

Aus der Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Analyse von sozioökonomischen Merkmalen und des Sense of Coherence als
Einflussgrößen auf die vom Patienten wahrgenommene Einbeziehung in die
präoperative Anästhesievisite im Sinne des Shared Decision Making**

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Isabel Alexandra Schwerdt

aus Witzenhausen

Gutachter/in: 1. Prof. Dr. med. C. Spies
 2. Prof. Dr. med. A. Kuhlmei
 3. Prof. Dr. med. C. Heesen

Datum der Promotion: 30.11.2012

Inhaltsverzeichnis

1 Abkürzungsverzeichnis	6
2 Einleitung	7
2.1 Definition und Bedeutung von Shared Decision Making	7
2.2 Bisherige Studienlage zum Shared Decision Making	8
2.3 Definition und Bedeutung des Sense of Coherence	9
2.4 Bisherige Studienlage zum Sense of Coherence	10
2.5 Studiendurchführung in der Anästhesieambulanz	11
3 Ziel der Studie	12
4 Methoden	13
4.1 Erhebungszeitraum	13
4.2 Studienaufbau	13
4.2.1 Einschlusskriterien	13
4.2.2 Ausschlusskriterien	13
4.2.3 Resultierendes Patientenkollektiv	14
4.3 Messinstrumente	14
4.3.1 Perceived Involvement in Care – Scales	14
4.3.2 Sense of Coherence – Fragebogen	16
4.3.2.1 Brief Assessment of Sense of Coherence	17
4.3.3 Erhebungsbogen für die sozioökonomischen Merkmale	18
4.3.4 Erhebung der anthropometrischen Daten	18
4.4 Statistische Methoden	19
5 Ergebnisse	20
5.1 Anthropometrische und sozioökonomische Merkmale der Patienten	20
5.2 Bewertung der Percieved Involvement in Care – Scales	21
5.2.1 Bewertung der wahrgenommenen „Einbeziehung“	21
5.2.2 Bewertung der „Patientenaktivierung durch Ärzte“	22
5.2.3 Bewertung von „Aktives Informationsverhalten des Patienten“	23
5.3 Einfluss anthropometrischer und sozioökonomischer Merkmale der Patienten auf die Percieved Involvement in Care – Scales	24
5.3.1 Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale auf die von den Patienten wahrgenommene „Einbeziehung“	24

5.3.2 Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale auf die „Patientenaktivierung durch Ärzte“	25
5.3.3 Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale auf „Aktives Informationsverhalten des Patienten“	26
5.4 Sense of Coherence – Score	27
5.4.1 Die Verteilung der erreichten Sense of Coherence – Werte aller Patienten	27
5.4.2 Die Verteilung der von Männern und Frauen erreichten Sense of Coherence – Werte	28
5.5 Einfluss anthropometrischer und sozioökonomischer Merkmale der Patienten auf den Sense of Coherence	29
5.6 Multivariate lineare Regression der Percieved Involvement in Care – Scales	30
6 Diskussion	32
6.1 Bewertung der von Patienten wahrgenommenen Einbeziehung	32
6.2 Einfluss von anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmalen auf die vom Patienten wahrgenommene Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite	33
6.2.1 Geschlecht und wahrgenommene Einbeziehung	33
6.2.2 Alter und wahrgenommene Einbeziehung	33
6.2.3 Familienstand und wahrgenommene Einbeziehung	34
6.2.4 Schulabschluss/berufliche Situation und wahrgenommene Einbeziehung	34
6.3 Einfluss von anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmalen auf den Sense of Coherence	35
6.3.1 Geschlecht und Sense of Coherence	35
6.3.2 Alter und Sense of Coherence	35
6.3.3 Familienstand und Sense of Coherence	36
6.3.4 Schulabschluss/Berufliche Situation und Sense of Coherence	36
6.4 Zusammenhang zwischen der Ausprägung der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale, des Sense of Coherence und der vom Patienten wahrgenommenen Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite	37

7 Methodenkritik	39
7.1 Patienteneinschluss/Patientenbefragung	39
7.2 Die Anästhesieambulanz	40
7.3 Percieved Involvement in Care – Scales	40
7.4 Brief Assesment of Sense of Coherence	40
8 Schlussfolgerung	42
9 Zusammenfassung	43
10 Literaturverzeichnis	45
11 Abbildungsverzeichnis	51
12 Tabellenverzeichnis	51
13 Lebenslauf	52
14 Posterpräsentation im Rahmen der Dissertation	54
15 Danksagung	55
16 Eidesstattliche Erklärung	56

1 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ANOVA	Einfaktorielle Varianzanalyse
ASA	American Society of Anesthesiologists – Klassifikation
B	Steigungsmaß b (Regressionskoeffizient der Variablen)
BASOC	Brief Assessment of Sense of Coherence
Beta	Angabe der Prädiktorstärke
CCM	Campus Charité Mitte
CVK	Campus Virchow Klinikum
LOC	Locus of Control
MW	Mittelwert
N	Anzahl der Studienteilnehmer
p	Wahrscheinlichkeit des α – Fehler
PICS	Perceived Involvement in Care – Scales
R – Quadrat	Zentrale Güte des Regressionsmodells
SD	Standardabweichung
SDM	Shared Decision Making
SOC	Sense of Coherence
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
T	T – Wert
Tab.	Tabelle

2 Einleitung

2.1 Definition und Bedeutung von Shared Decision Making

Shared Decision Making (SDM) wird im deutschsprachigen Raum mit dem Begriff Partizipative Entscheidungsfindung (Partizipation – lat: particeps = an etwas teilnehmend) gleichgesetzt. Der seit 1970 in der englischsprachigen Forschung etablierte Begriff SDM¹ und das in den 90er Jahren von Charles et al.² entwickelte gleichnamige Konzept, kommt dem von Strull et al.³ 1984 in einer empirischen Studie erstmalig ermittelten Wunsch der Patienten an konkreten Behandlungsentscheidungen teilzuhaben nach². Insbesondere bei Diagnosen, die dem Patienten Behandlungsalternativen bieten, sich jedoch in Lebensqualität und Lebenserwartung unterscheiden können und Ärzte nicht in der Lage sind individuelle Werte oder Präferenzen der Patienten angemessen vorhersehen und einschätzen zu können⁴. Nach der Definition von Charles et al.² zeichnet sich SDM bei medizinischen Entscheidungsprozessen durch folgende Merkmale, die bei der Erfassung des Konstruktes berücksichtigt werden sollten, aus:

- sowohl Arzt als auch Patient beteiligen sich als gleichberechtigte Partner aktiv am Prozess der Entscheidungsfindung,
- die Bereitstellung gegenseitiger Informationen stellt eine Voraussetzung für die Umsetzung von SDM dar und
- Arzt und Patient stimmen der gemeinsamen Behandlungsentscheidung zu und sind zu deren aktiven Umsetzung bereit.

Das SDM – Modell gewinnt im Rahmen der medizinischen Behandlung, Forschung und klinischer Praxis zunehmend an Bedeutung^{5,6}. Es nimmt eine Mittelstellung zwischen dem „paternalistischen Modell“ (Arzt fällt Entscheidungen allein) und dem „Autonomie – Modell“ (Patient wird umfassend informiert, entscheidet aber letztendlich allein) ein⁷ und stellt mittlerweile das am weitesten entwickelte und am besten messbare Konzept der Patientenbeteiligung dar⁸. In den letzten Jahren erhielt es im deutschsprachigen Raum vermehrt Zuspruch und wurde von Härter⁹ hinsichtlich der Definition präzisiert. Die objektive Bestimmung des tatsächlich erfolgten SDM ist aufgrund unzureichend valider deutschsprachiger Messinstrumente bisher nicht gegeben. Jedoch ist die subjektive Bewertung der Arzt – Patienten – Interaktion seitens der Patienten mittels der wahrgenommenen Einbeziehung, die sich aus dem SDM – Konstrukt ableitet, möglich.

2.2 Bisherige Studienlage zum Shared Decision Making

Die Studien zum SDM unterscheiden sich dahingehend, ob SDM als unabhängige (erklärende) oder abhängige (zu erklärende) Variable auf die Auswertung Einfluss hat.

Bei Betrachtung von SDM als unabhängige Variable zeigte sich bei Lerman et al.¹⁰ und Brody et al.¹¹ ein positiver Zusammenhang zwischen SDM und der Zufriedenheit bezüglich nichttechnischer Interventionen, jedoch kein Zusammenhang zu technischen Interventionen. In anderen Studien ist dieser Zusammenhang nicht nachweisbar oder sogar negativ^{12,13}. Es ließen sich weitere positive Zusammenhänge, und zwar zwischen SDM und Lebensqualität¹⁴, Compliance bzw. Adherence^{15,16} des Krankheitsverständnisses¹⁰, der wahrgenommenen Kontrolle über die Erkrankung durch den Patienten^{10,11,17,18}, entscheidende Outcomes wie Rückgang der Leiden¹¹, funktioneller Kapazität¹⁴ und des Gesundheitszustandes¹⁸ nachweisen.

Für SDM als abhängige Variable ergaben sich in verschiedenen Studien eine Reihe unterschiedlicher Faktoren. Beisecker und Beisecker¹⁹ fanden heraus, dass die Qualität der Arzt – Patienten – Interaktion einen maßgeblichen Einflussfaktor darstellt. Stevenson et al.²⁰ zeigten, nachdem sie in einer deskriptiven Studie in Großbritannien kaum Belege für SDM fanden, dass neben der vorherrschenden paternalistischen Sichtweise der Ärzte die wenigsten der Befragten das Konzept des SDM kannten. Als weitere Ursachen für das Nicht – Zustandekommen ergaben sich Zeitmangel, das britische Ausbildungssystem und ein festes Rollen- und Erwartungsverständnis der Patienten. Der Zusammenhang zwischen SDM und Schicht- und Sozialstruktur der Patienten erbrachte divergente Ergebnisse. Mit zunehmendem Alter und Krankheitsschwere nahm in der Studie von Ende et al.²¹ die Partizipationspräferenz ab. Schulbildung zeigte in dieser Untersuchung nur einen schwach positiven signifikanten Zusammenhang. Strull et al.³ bestätigten mit ihrer Arbeit dieses Ergebnis. Fischbeck und Huppmann²² fanden dagegen einen negativen Zusammenhang zwischen Schulabschluss und dem Bedürfnis nach Verfügbarkeit des Arztes. Patienten mit niedrigeren Schulabschlüssen hatten demnach ein höheres Bedürfnis nach Verfügbarkeit ihrer Ärzte.

2.3 Definition und Bedeutung des Sense of Coherence

Die präoperative Anästhesievisite stellt für einige Patienten eine neue und zum Teil befremdliche Situation dar, in der sie mit ihrem individuellen Gesundheitsbeziehungsweise Krankheitszustand und mit dessen möglichem Risikopotential konfrontiert werden. Dies kann vom Patienten als Stressor (Reiz oder Stimulus, der Stress erzeugt) empfunden werden.

Die individuelle Fähigkeit des Menschen auf unbekannte Stressoren mit einer angemessenen Coping – Strategie zu reagieren steht im wesentlichen Interesse von Antonovsky²³, unabhängig davon, welchen Stressoren sie begegnen beziehungsweise welche Art von Coping – Strategien sie anwenden^{24,25}. Diese Fähigkeit beschreibt er mit dem Begriff Sense of Coherence (SOC), der im deutschsprachigen Raum als Kohärenzgefühl bezeichnet werden kann²⁶.

Antonovsky definiert den SOC als eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersehbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann^{23,27}. Der SOC ist Ausdruck der generellen Lebenseinstellung eines Menschen^{27,26}, seines Glaubens an ein verständliches, bedeutungsvolles und beeinflussbares Leben^{26,24}, sowie der Fähigkeit selbstständig auf neue Situationen einzuwirken. Er wird als eine dispositionelle Bewältigungsressource betrachtet, die über die Wahrnehmung der eigenen Bewältigungskompetenzen und effizientem Problemlösungsverhalten zu geringerem Distress und damit zu verringerten Erkrankungsrisiken führt²⁸. Das Konzept des SOC steht in dem von Antonovsky²⁹ entwickelten Modell der Salutogenese (= Gesundheitsentwicklung, abgeleitet von lat. *salus* für Gesundheit, Wohlbefinden, und Genese von griechisch *genesis* für Geburt, Ursprung, Entstehung) im Mittelpunkt. Mit diesem distanziert er sich von dem bisher dominierenden pathogenetischen Erklärungsansatz zur Entstehung von Krankheit und stellt die Frage in den Vordergrund, was den Gesundheitszustand der Menschen trotz Einfluss vielfältiger und allgegenwärtiger Belastungen und Stressoren erhält bzw. variieren lässt^{30,31}. Sowohl Antonovsky als auch Autoren anderer Studien haben festgestellt, dass Personen mit ausgeprägtem SOC seltener erkranken, Belastungssituationen kognitiv gut verstehen, sich ihrer Ressourcen bedienen können und in der Belastung eine Herausforderung sehen^{32,33}.

2.4 Bisherige Studienlage zum Sense of Coherence

Die zum SOC bisher vorliegenden Studien unterscheiden sich bezüglich ihrer Komplexität. Es handelt sich hauptsächlich um Querschnittsuntersuchungen, die den Zusammenhang von SOC (erfasst mit der Kurz- und Langform der SOC – Skala) mit zahlreichen Parametern psychischer und physischer Gesundheit und Persönlichkeitseigenschaften messen³⁰. Der SOC findet weltweit in zahlreichen Projekten Anwendung, sowohl in der Normalbevölkerung als auch in speziellen Krankheitspopulationen^{23,27,25}.

Antonovsky geht davon aus, dass die Ausprägung des SOC von soziokulturellen und soziodemographischen Einflüssen unabhängig ist. Er schränkt die Gültigkeit dieser Aussage aber insofern ein, als dass er das Kriterium der Partizipation an Entscheidungsprozessen als maßgebend für die Entwicklung beziehungsweise Aufrechterhaltung des SOC betrachtet. Gleichzeitig betont er, dass sich die Entscheidungsprozesse auf Aktivitäten beziehen müssen, die sich sozialer Wertschätzung erfreuen. Dies würde aber wiederum zum Beispiel einen Einfluss des Geschlechts und des Bildungsstandes nahelegen³⁰. In verschiedenen Studien konnte ein starker Einfluss der sozialen Verhältnisse auf die Entwicklung des SOC nachgewiesen werden^{27,34}. Für Personen in gut situierten Lebensverhältnissen ergab sich ein höherer SOC als für Personen, die in ärmeren Verhältnissen lebten oder deren Lebensverhältnisse sich verschlechtert hatten²⁷. Lundberg³⁴, Rimann und Udris³⁵ kamen in ihren Studien zu dem Ergebnis, dass die Höhe der beruflichen Stellung positiv mit dem SOC korreliert. Untersuchungen des SOC hinsichtlich geschlechterspezifischer Unterschiede brachten keine eindeutigen Ergebnisse. Lundberg³¹ und Schnyder³³ fanden keinen geschlechtsspezifischen Unterschied der SOC – Werte. In den Studien von Buddeberg-Fischer et al.³⁶ und Schumacher²⁸ ergaben sich für Männer höhere SOC – Werte als für Frauen.

Antonovsky geht von der Stabilität des SOC im Erwachsenenalter aus. In mehreren Studien finden sich jedoch Hinweise, dass der SOC mit zunehmendem Alter an Stärke gewinnt^{26,37,35,38}. Um fundierte Aussagen machen zu können, fehlt es jedoch an Längsschnittstudien.

Studien, mit denen der Zusammenhang vom SOC und Gesundheit untersucht wurde, zeigten entgegen der Annahme Antonovskys, dass psychische Beschwerden^{33,28} und die Beeinträchtigung durch physische Behinderung²⁴ stärker als physische Erkrankungen mit dem SOC korrelieren^{33,24}.

2.5 Studiendurchführung in der Anästhesieambulanz

Im Rahmen der präoperativen Anästhesievisite nimmt die Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine besondere Stellung ein. Um eine problemlose anästhesiologische Behandlung zu ermöglichen, sind sowohl Arzt als auch Patient auf die gegenseitige Bereitstellung von Informationen angewiesen. Die informierte Zustimmung des Patienten zu einem medizinischen Eingriff setzt ein ausreichendes Wissen bezüglich Ablauf und Risiken des Eingriffs voraus³⁹, um sich im Rahmen seines individuellen Erwartungshorizonts über Erfolgchancen sowie Fehlschläge und Risiken im Klaren zu sein, sog. „Informed consent“⁴⁰. Die auf einem Gespräch basierende präoperative Patientenaufklärung führt jedoch oft zu einem nur unbefriedigendem Wissenstransfer zwischen Aufklärendem und Aufzuklärendem⁴¹. Weiterhin ist seit längerem bekannt, dass Patienten nur ungenügende Kenntnisse über die Anästhesiologie im Allgemeinen^{41,42} sowie der Tätigkeit des Anästhesisten im Bereich der Intensivmedizin und während der Narkose haben^{43,44,45}. Dies führte in den letzten Jahrzehnten zu einer sich stetig verschärfenden Rechtsprechung und Ausweitung des präoperativen Aufklärungsgespräches hinsichtlich Umfang und Grad der Detaillierung³⁹.

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, die Patientenautonomie und die Entscheidungsfreiheit des Patienten haben einen eindeutigen Vorrang vor der medizinischen Auffassung des Arztes⁴⁰ und können durch Partizipation der Patienten im Sinne des SDM gefördert und verbessert werden. SDM in der präoperativen Anästhesievisite bedeutet sowohl einen Informationsgewinn für den Patienten als auch für den Arzt. Dieser Informationsgewinn stellt ein Qualitätskriterium des anästhesiologischen Aufklärungsprozesses im Sinne des SDM dar.

Die Bewertung der vom Patienten wahrgenommenen Einbeziehung ist somit ein nützliches Maß zur Beurteilung der aktiven Motivation zum SDM seitens der Ärzteschaft und damit ein Qualitätskriterium des Aufklärungsgespräches. Weiterhin kann das aktive Informationsverhalten des Patienten in der präoperativen Anästhesievisite bewertet werden. Die vom Patienten wahrgenommene Einbeziehung dient in diesem Zusammenhang als Evaluation der Qualität der Gesundheitsversorgung und ist unter anderem mit der Patientenzufriedenheit, Compliance, Behandlungserfolg assoziiert; diese nehmen bei zunehmender Kundenorientierung im Gesundheitswesen einen stetig wachsenden Stellenwert ein³⁹.

3 Ziel der Studie

Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, wie Patienten einer Anästhesieambulanz eines innerstädtischen Universitätskrankenhauses die aus ihrer Sicht wahrgenommene Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite im Sinne des SDM bewerten.

Darüber hinaus sollte geprüft werden, inwiefern anthropometrische und sozioökonomische Merkmale einen entscheidenden Einfluss auf die wahrgenommene Einbeziehung und den SOC haben und ob ein maßgeblicher Zusammenhang zwischen anthropometrischen, sozioökonomischen Merkmalen, dem SOC und der wahrgenommenen Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite besteht.

4 Methoden

4.1 Erhebungszeitraum

Die Erhebung der Patientendaten für unsere Studie erfolgte stichprobenartig im Zeitraum vom 23.01.2007 bis zum 17.10.2007 in den Anästhesieambulanzen der Standorte Charité Campus Mitte (CCM) und Charité Virchow Klinikum (CVK) der Universitätsklinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operativer Intensivmedizin Charité Berlin im Rahmen einer Studie zum Thema „Prävention Nikotin – assoziierter Erkrankungen durch Raucherentwöhnung“ vom 15.02.2006 bis 31.12.2007. Die Zustimmung der örtlichen Ethikkommission liegt vor.

4.2 Studienaufbau

Die Studienteilnehmer wurden nach Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien sowohl mündlich als auch schriftlich über den Studienablauf und die Datenschutzbestimmungen durch geschulte wissenschaftliche Mitarbeiter informiert. Nach schriftlicher Einverständniserklärung wurden sie gebeten, vor der präoperativen Anästhesievisite die computerisierte Version des Brief Assessment of Sense of Coherence (BASOC), eingebunden in Fragen zu anthropometrischen Merkmalen, sozioökonomischem Status und zu soziodemographischen Variablen auszufüllen. Nach der präoperativen Anästhesievisite erhielten sie zur Bewertung der wahrgenommenen Einbeziehung die Perceived Involvement in Care – Scales (PICS) in Papierform, die handschriftlich auszufüllen waren.

4.2.1 Einschlusskriterien

Die Bedingungen zur Studienteilnahme waren erfüllt, wenn die Patienten einwilligungsfähig waren, ein Mindestalter von 18 Jahren aufwiesen und im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes einen operativen Eingriff unter Narkose oder lokaler Anästhesie erwarteten. Sie mussten zusätzlich in der Lage sein, computergestützte Fragen beziehungsweise Aussagen selbstständig zu beantworten und zu bewerten.

4.2.2 Ausschlusskriterien

Patienten, die nicht selbstständig einwilligungsfähig waren, über unzureichende Deutschkenntnisse verfügten, die als Notfall geführt wurden, bereits an einer anderen Studie teilnahmen oder Mitarbeiter der Charité Universitätsmedizin Berlin waren, wurden nicht in die Studie aufgenommen.

4.2.3 Resultierendes Patientenkollektiv

Im angegebenen Untersuchungszeitraum wurden nur die Datensätze derjenigen Patienten für die Analyse berücksichtigt, die nach der präoperativen Anästhesievisite die Perceived Involvement in Care – Scales (PICS) vollständig beantwortet und die computergestützten Fragebögen bearbeitet haben. Die PICS – Aussagen wurden insgesamt von 329 Patienten bewertet.

Von 43 Patienten wurden diese unvollständig bearbeitet. Bei einem Patienten fehlte die Angabe über den schulischen Abschluss, was jedoch nicht zum Ausschluss des Patienten führte. In die Analyse gingen somit die Daten von 286 Patienten ein.

4.3 Messinstrumente

4.3.1 Perceived Involvement in Care – Scales

Die von Lerman et al.¹⁰ 1990 in den USA entwickelten Perceived Involvement in Care – Scales (PICS) stellen das zentrale Messinstrument dieser Studie dar. Die PICS bestehen aus drei Subskalen mit denen gemessen wird, inwiefern sich Patienten in den Prozess der Entscheidungsfindung eingebunden fühlen. Die amerikanischen Originalskalen wurden 2001 von Scheibler et al.⁴⁶ ins Deutsche übersetzt und validiert. Alle Items liegen in Aussageform vor. Auf einer vierstufigen Likert – Skala geben die Patienten an, in welchem Maß sie den Aussagen zustimmen. Die Skala erstreckt sich über einen Wertebereich von eins bis vier, wobei für 1 = „trifft überhaupt nicht zu“, 2 = „trifft eher nicht zu“, 3 = „trifft eher zu“ und 4 = „trifft voll und ganz zu“ steht. Die erste Subskala „Patientenaktivierung durch Ärzte“⁴⁶ (Doctor Facilitation Scale¹⁰) besteht aus fünf Items. Diese fragen erfolgte Handlungen ab wie zum Beispiel, ob das Einverständnis des Patienten mit der Behandlung gegeben war oder der Patient durch den Arzt motiviert wurde, seine Meinung über die medizinische Behandlung zu äußern. Die zweite Subskala „Aktives Informationsverhalten des Patienten“⁴⁶ (Patient Information Scale¹⁰) besteht aus vier Items. Die Patienten werden dabei zum Beispiel befragt, ob eine aktive Nachfrage nach Informationen ihrerseits und eine ausführliche Schilderung der eigenen Symptome erfolgte.

Die dritte Subskala „Kritische Entscheidungsteilnahme des Patienten“⁴⁶ (Patient Decision Making – Scale¹⁰) besteht aus vier Items. Auf ihren Einsatz wurde in dieser Studie verzichtet, da diese Subskala anstatt der tatsächlich zustande gekommenen gemeinsamen Entscheidung, ein anderes Konstrukt misst⁴⁶. In der Komponentenmatrix ergaben sich Mehrfachbeladungen zu den beiden anderen Subskalen. Auch durch

Modifikation der Item – Formulierung konnte diese Problematik nicht behoben werden. Möglicherweise ist dies auf gesundheitspezifische Unterschiede zwischen Deutschland und den United States of America zurückzuführen⁴⁶.

Die aus Patientensicht wahrgenommene Einbeziehung in den medizinischen Entscheidungsprozess wird ausschließlich mit den beiden Subskalen „Patientenaktivierung durch Ärzte“ und „Aktives Informationsverhalten des Patienten“ ermittelt. Da diese Subskalen lediglich zwei der von Charles et al.² geforderten Kriterien des SDM abdecken, der Arzt informiert und motiviert den Patienten aktiv und der Patient sucht und verlangt aktiv nach Informationen über seine Erkrankung und Therapie, wird die Summenskala wahrgenommene „Einbeziehung“ nur dann verwendet, wenn es um die Messung des SDM aus der subjektiven Sicht der Patienten geht⁴⁶.

Entsprechend der Auswertung von Lerman et al.¹⁰ wurden die Aussagen der einzelnen Items summiert und anschließend durch ihre Anzahl dividiert. Dabei ergab sich ein Wertebereich von eins („trifft überhaupt nicht zu“) bis vier („trifft voll und ganz zu“) für die jeweilige Subskala. Für die Berechnung der vom Patienten wahrgenommenen „Einbeziehung“ wurden die beiden Subskalen „Patientenaktivierung durch Ärzte“ und „Aktives Informationsverhalten des Patienten“ summiert und durch ihre Anzahl dividiert. Um eine Einschätzung geben zu können, ob sich die Patienten subjektiv wahrgenommen einbezogen gefühlt haben, wurden die Werte im Bereich von eins („trifft überhaupt nicht zu“) bis zwei („trifft eher nicht zu“) als „gering“ und die Werte im Bereich von drei („trifft eher zu“) bis vier („trifft voll und ganz zu“) als „hoch“ zusammengefasst.

4.3.2 Sense of Coherence – Fragebogen

Die Originalversion des Fragebogens zur Messung des SOC wurde 1985 von Antonovsky²⁹ entwickelt. Dieser setzt sich aus 29 als Fragen oder unvollendeten Sätzen formulierten und auf unterschiedliche Lebensaspekte bezogene Items zusammen^{23,26}.

Mittels einer siebenstelligen Ratingskala erfolgt die Selbsteinschätzung der Patienten, wobei die Bezeichnung der Pole der Antwortskalen aufgrund der unterschiedlichen Itemformulierungen variieren können^{23,26,24,28}.

Dem SOC liegen drei miteinander verbundene Komponenten zugrunde:

1. Verstehbarkeit (comprehensibility), die das Ausmaß beschreibt, in dem Reize, Ereignisse oder Entwicklungen als strukturiert, geordnet und vorhersehbar wahrgenommen werden,
2. Handhabbarkeit oder Bewältigbarkeit (manageability), die darstellt, inwiefern eine Person geeignete (personale und soziale) Ressourcen wahrnimmt, um interne und externe Anforderungen zu bewältigen und
3. Sinnhaftigkeit oder Bedeutsamkeit (meaningfulness), die zeigt, wie eine Person ihr Leben als sinnvoll empfindet und zumindest einige der vom Leben gestellten Anforderungen als Herausforderungen betrachtet, die Engagement und Investitionen wert sind^{25,27,28}.

Antonovsky sieht die drei Subkomponenten des SOC – Konstruktes unauflösbar miteinander verflochten (inextricably intertwined)²⁹. Aufgrund unbefriedigender faktorenanalytischer Reproduzierbarkeit^{25,28} der dreidimensionalen Struktur der SOC – Skala und einer starken Korrelation zwischen den SOC – Subskalen²⁶ empfiehlt sich die ausschließliche Beurteilung des SOC – Gesamtwertes²⁹. Aufgrund der zunehmenden Relevanz und Attraktivität des Salutogenesemodells für die Gesundheitswissenschaften und die kulturübergreifende Einsetzbarkeit^{25,47,28} wurde die SOC – Skala in mehrere Sprachen übersetzt^{27,28,47,48}. Inzwischen gibt es mehrere Kurzformen mit variierenden Antwort- und Aussageskalen^{25,33,31,49,50,34,28,51}.

4.3.2.1 Brief Assessment of Sense of Coherence

Der Brief Assessment of Sense of Coherence (BASOC) wurde im Jahr 2003 von Schumann et al.⁵¹ als vereinfachtes Messinstrument zur Erfassung des SOC entwickelt und an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe validiert.

Diese Kurzform beinhaltet die aus Antonovskys Originalfassung SOC – 29 stammenden Items 12,14 und 19 mit einem einheitlichen fünfstufigen Antwortformat nach Schmidt-Rathjens et al.⁵². Die Items 12 und 14 werden der Komponente „Verstehbarkeit“ und das Item 19 der „Sinnhaftigkeit“ zugeordnet.

In Untersuchungen von Schumann et al.⁵¹ zur Itemauswahl ergab sich für diese drei Items der höchste Aussagewert in Bezug auf die Ermittlung des SOC – Punktwertes. Im Vergleich zu der von Lundberg und Nyström Peck³¹ 1995 entwickelten und auch aus drei Original – Items bestehenden Kurzform SOC – 3 weist der BASOC einige Vorteile auf. Die Korrelation zwischen der Summe der Items 12,14 und 19 und der Summe des SOC – 29 unter Ausschluss der Items 12,14 und 19 war signifikant höher als die Korrelation zwischen SOC – 3 und SOC – 29⁵¹. Die interne Konsistenz des BASOC war im Vergleich zum SOC – 3 besser. Das Nicht – Einhalten der drei Komponentenstruktur (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit) erwies sich trotz vorheriger Annahme als unproblematisch für die Ermittlung des SOC – Punktwertes.

Der BASOC ist somit für große Studienpopulationen ein geeignetes Messinstrument⁵¹, die eines ökonomischen Zeit- und Kostenmanagements bedürfen. Entsprechend dem Vorgehen von Schumann et al.⁵¹ wurden die einzelnen Fragen umgepolt und die einzelnen Punktwerte zu einem ungewichteten Gesamtwert addiert. Es ergibt sich ein Wertebereich von 3-15 Punkten.

Der mit dem BASOC gemessene SOC ergab bei Männern einen arithmetischen Mittelwert von 12,68 Punkten ($\pm 2,08$), bei Frauen einen von 12,41 Punkten ($\pm 2,17$). Für Personen zwischen 18 und 32 Jahren 12,25 Punkte ($\pm 2,12$), zwischen 33 und 48 Jahren 12,60 Punkte ($\pm 2,12$) und zwischen 49 und 64 Jahren 12,75 Punkte ($\pm 2,12$).

4.3.3 Erhebungsbogen für die sozioökonomischen Merkmale

Die sozioökonomischen Merkmale wurden mittels Fragen in Anlehnung an den Bundesgesundheitsurvey 1998 des Robert – Koch – Institutes erhoben. Die Patienten mussten anhand einer Auswahl vorgegebener Antworten die für sie zutreffende Antwort auswählen. Diese waren in dem computerisierten Fragebogenteil enthalten. Für die Analyse des Einflusses sozioökonomischer Merkmale auf die vom Patienten wahrgenommene Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite und dem SOC wurden neben den anthropometrischen Daten die Variablen „Familienstand“, „Schulabschluss“ und „Berufliche Situation“ herangezogen.

Folgende Variablen wurden in binäre Variablen eingeteilt:

- „Schulabschluss“ in einen Abschluss nach 12 oder 13 Schuljahren „(Fach-)Abitur“ versus einen Schulabschluss nach 10 Jahren oder weniger oder „Kein (Fach-)Abitur“.
- „Familienstand“ in die Kategorie „Verheiratet“ versus „Nicht verheiratet“ (ledig, geschieden oder verwitwet)

Die Variable „Berufliche Situation“ wurde aus zwei Variablen, nämlich „Derzeitige Situation“ und „Letzte berufliche Beschäftigung“, gebildet. Dabei ergab sich folgende Einteilung in: „Arbeiter“, „Selbstständige“, „Angestellte/Beamte“, „Rentner“, „Sonstige Tätigkeit“ und „Arbeitslose“.

4.3.4 Erhebung der anthropometrischen Daten

Zur Erfassung von Unterschieden zwischen den Geschlechtern wurden die Daten von Männern und Frauen getrennt berechnet. Die Variable „Alter“ wurde in Alterskategorien von „18-39 Jahre“, „40-59 Jahre“ und „60-79 Jahre“ eingeteilt. Die in die Alterskategorie „18-39 Jahre“ einbezogenen Patienten repräsentieren die sich in beruflicher und familiärer Entwicklung befindliche Studienpopulation. Dagegen weisen die Patienten der Alterskategorie „40-59 Jahre“ meist eine berufliche und familiäre Stabilität auf. Patienten der Alterkategorie „60-79 Jahre“ befinden sich am Ende ihrer beruflichen Karriere beziehungsweise sind pensioniert und verbringen den Ruhestand entweder im Familienverbund, in partnerschaftlicher Beziehung oder sind auf sich selbst gestellt.

4.4 Statistische Methoden

Die Daten wurden entsprechend ihrer Skalierung deskriptiv ausgewertet und graphisch dargestellt. Alle Angaben wurden für die gesamte Patientengruppe und jeweils für Männer und Frauen getrennt bestimmt. Für das Alter wurden der Median und die Spannweite berechnet. Für die Geschlechterverteilung, Verteilung der sozioökonomischen Merkmale und erreichten SOC – Werte und PICS – Werte mit Standardabweichung wurden die jeweiligen relativen Häufigkeiten angegeben. Unterschiede zwischen unabhängigen Gruppen für normal verteilte Variablen wurden mittels t – Test beziehungsweise einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA) und für nicht normal verteilte Variablen mittels Kruskal – Wallis – Test geprüft. Das Signifikanzniveau wurde für alle Tests bei $p < 0,05$ festgelegt. Zur Vorhersage, inwiefern anthropometrische und sozioökonomische Merkmale Einfluss auf die PICS und den BASOC haben, aber auch der SOC zusätzlich auf die PICS hat, wurde eine multivariate lineare Regression in Form einer Backward – Analyse durchgeführt.

Mit Hilfe der Backward – Analyse werden nacheinander alle unabhängigen Variablen mit dem kleinsten partiellen Korrelationskoeffizienten ausgeschlossen, deren dazugehöriger Regressionskoeffizient nicht signifikant ist. Das Signifikanzniveau wurde bei $p = < 0,05$ festgelegt. Alle Ergebnisse sind explorativ zu betrachten.

Die gesamten Berechnung wurden mit der Statistik – Software „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) Version 14.0 durchgeführt.

5 Ergebnisse

5.1 Anthropometrische und sozioökonomische Merkmale der Patienten

Die folgende Tabelle (Tab.) 1 zeigt die anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale der 286 Patienten, die in unsere Studie eingeschlossen wurden.

	Gesamt N = 286	Männlich N = 152 (53,1%)	Weiblich N = 134 (46,9%)
Alter in Jahren ¹	46 (18-77)	50 (18-77)	44 (18-77)
Alterskategorien			
18-39 Jahre	95 (33,2%)	46 (30,3%)	49 (36,6%)
40-59 Jahre	118 (41,3%)	54 (35,5%)	64 (47,8%)
60-79 Jahre	73 (25,5%)	52 (34,2%)	21 (15,7%)
Familienstand			
Verheiratet	142 (49,7%)	76 (50%)	68 (50,7%)
Nicht verheiratet	144 (50,3%)	76 (50%)	66 (49,3%)
Schulabschluss ²			
Kein (Fach-)Abitur	171 (60%)	88 (57,9%)	83 (61,9%)
(Fach-)Abitur	114 (40%)	63 (41,4%)	51 (38,1%)
Berufliche Situation			
Arbeiter	36 (12,6%)	27 (17,8%)	9 (6,7%)
Selbstständige	28 (9,8%)	17 (11,2%)	11 (8,2%)
Angestellte/Beamte	112 (39,2%)	46 (30,3%)	66 (49,3%)
Rentner	49 (17,1%)	34 (22,4%)	15 (11,2%)
Arbeitslose	33 (11,5%)	15 (9,9%)	18 (13,4%)
Sonstige Tätigkeit	28 (9,8%)	13 (8,6%)	15 (11,2%)

¹Angabe als Median (Spannweite), ²eine fehlende Angabe (N = 151)

Tab. 1: Anthropometrische und sozioökonomische Merkmale der Patienten

Von den 286 Patienten waren 53,1% männlichen versus 46,9% weiblichen Geschlechts. Die Patienten waren im Median 46 (Spannweite: 18-77) Jahre alt, wobei der Alterskategorie von „40-59 Jahre“ 41,3% der Patienten zugeteilt wurden. Bezüglich des Familienstandes zeigte sich bei beiden Geschlechtern zwischen Verheirateten und Nicht – Verheirateten eine ausgeglichene Verteilung von ca. 50%. Mit 60% überwog der Anteil der Patienten, die kein (Fach-)Abitur als Schulabschluss erreichten. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern erwiesen sich als minimal. Angestellte/Beamte machten mit 39,2% den größten, Rentner und Selbstständige mit jeweils 9,8% den kleinsten Anteil in Bezug auf die berufliche Situation der Patienten aus. Frauen sind im Vergleich zu Männern häufiger angestellt oder verbeamtet (49,3% versus 30,3%), aber seltener als Arbeiterinnen (6,7% versus 17,8%) oder als Selbstständige (8,2% versus 11,2%) tätig. Männer dagegen sind häufiger berentet (22,4% versus 11,2%), jedoch seltener arbeitslos (9,9% versus 13,4%) beziehungsweise gehen einer sonstigen Tätigkeit (8,6% versus 11,2%) nach.

5.2 Bewertung der PICS

5.2.1 Bewertung der wahrgenommenen „Einbeziehung“

Die Bewertung der von den Patienten wahrgenommenen „Einbeziehung“ ist der Abbildung (Abb.) 1 zu entnehmen.

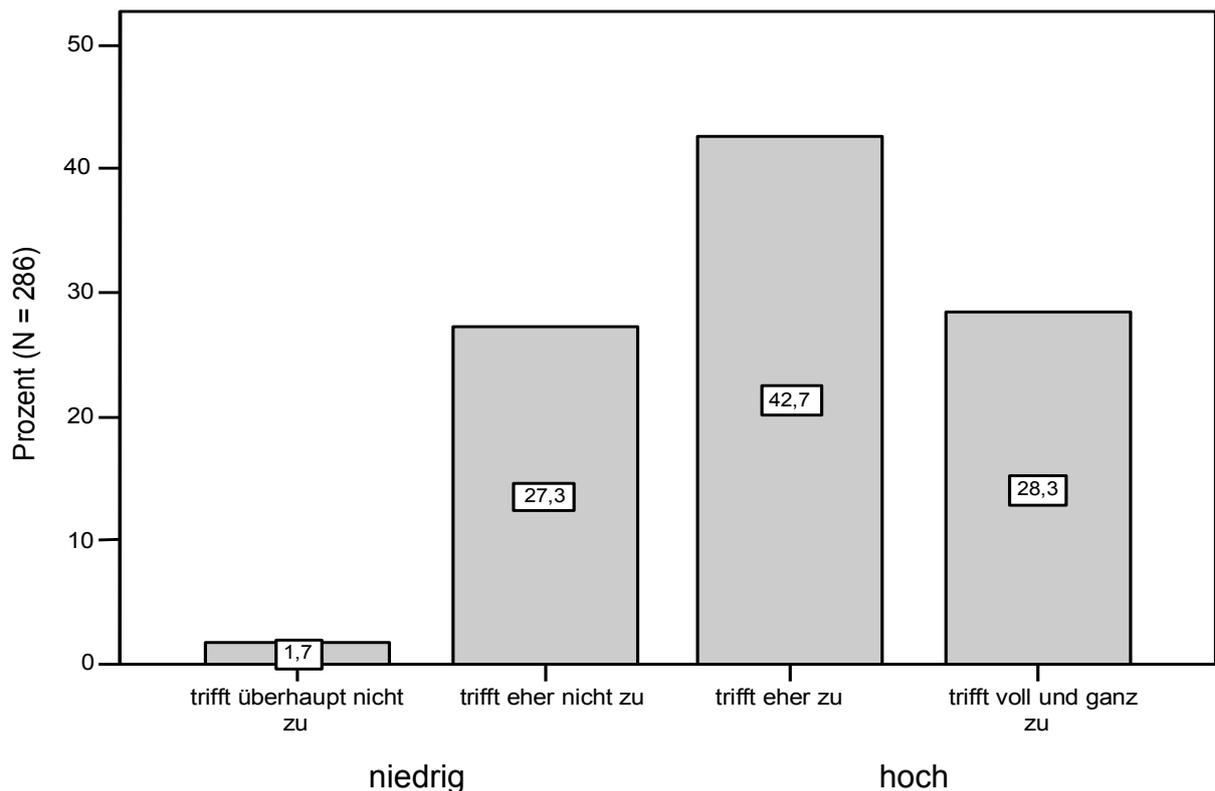


Abb. 1: Bewertung der von den Patienten wahrgenommenen „Einbeziehung“

Die in Abbildung 1 dargestellten deskriptiven Ergebnisse zeigen, dass sich 71% der Patienten vom Arzt motiviert fühlten beziehungsweise das eigene aktive Informationsverhalten als hoch bewerteten. 29% fühlten sich wenig bis gar nicht einbezogen. Im folgenden Abschnitt werden die Bewertungen für die Subskalen „Patientenaktivierung durch Ärzte“ und „Aktives Informationsverhalten des Patienten“ dargestellt.

5.2.2 Bewertung der „Patientenaktivierung durch Ärzte“

Die Bewertung der Subskala „Patientenaktivierung durch Ärzte“ ist der Abb. 2 zu entnehmen.

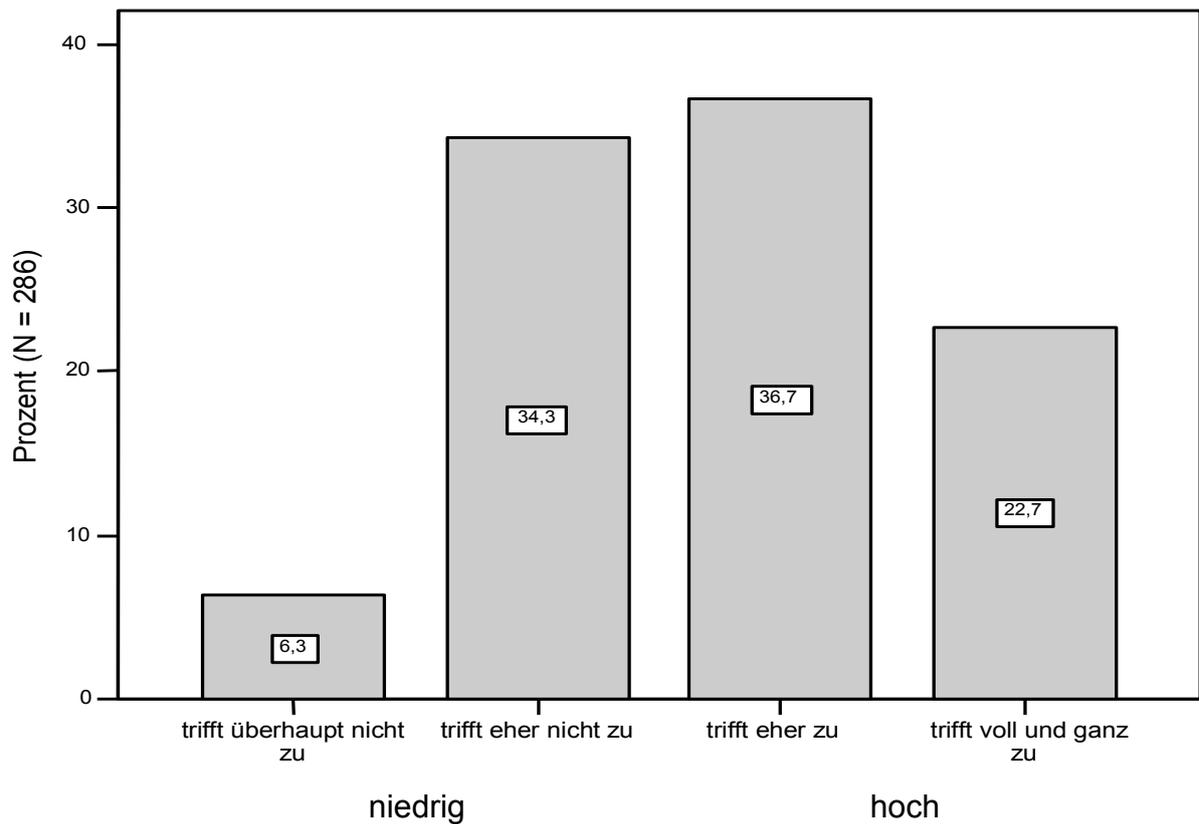


Abb. 2: Bewertung der „Patientenaktivierung durch Ärzte“

Die von den Ärzten ausgehende Motivation Patienten zur Beteiligung zu aktivieren, stuften 59,4% der Patienten als hoch ein. 40,6% der Patienten vergaben für die „Patientenaktivierung durch Ärzte“ niedrige Werte.

5.2.3 Bewertung von „Aktives Informationsverhalten des Patienten“

Die Bewertung der Subskala „Aktives Informationsverhalten der Patienten“ ist der Abb. 3 zu entnehmen.

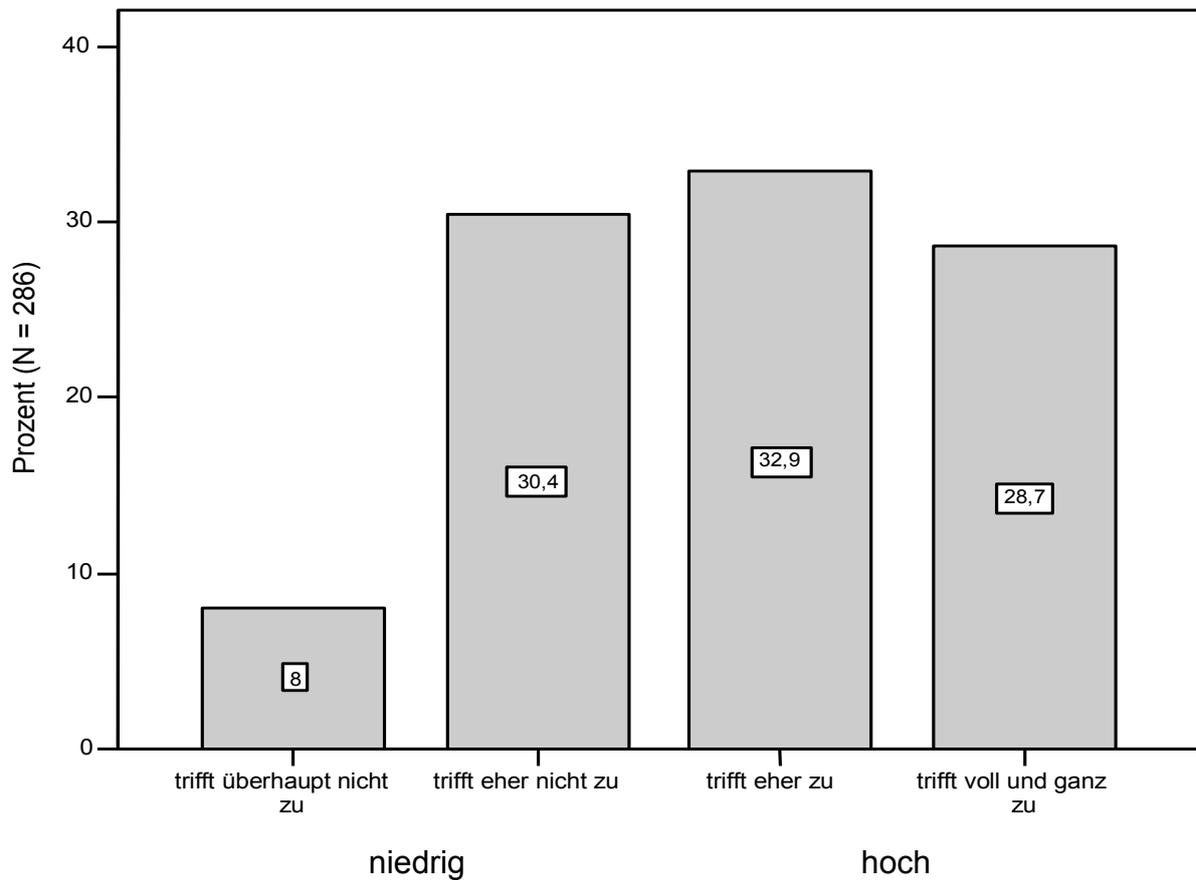


Abb. 3: Bewertung von „Aktives Informationsverhalten des Patienten“

Den Statements der Skala „Aktives Informationsverhalten der Patienten“ stimmten 61,6% der Patienten zu. Dagegen schätzten 38,4% der Patienten ihr eigenes aktives Informationsverhalten als niedrig ein.

5.3 Einfluss anthropometrischer und sozioökonomischer Merkmale der Patienten auf die PICS

5.3.1 Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale auf die von den Patienten wahrgenommene „Einbeziehung“

Tab. 2 stellt den Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale (unabhängige Variablen) auf die von den Patienten wahrgenommene „Einbeziehung“ (abhängige Variable) dar.

	Anzahl N = 286	MW / SD ²	p – Wert	Freiheitsgrade
Geschlecht			0,003	T(284) = -2,99
Männlich	152 (53,1%)	3,11 / 0,78		
Weiblich	134 (46,9%)	2,83 / 0,78		
Alterskategorien			< 0,001	F(2;283) = 9,60
18-39 Jahre	95 (33,2%)	2,79 / 0,73		
40-59 Jahre	118 (41,3%)	2,92 / 0,79		
60-79 Jahre	73 (25,5%)	3,30 / 0,79		
Familienstand			0,006	T(284) = -2,79
Verheiratet	142 (49,7%)	3,11 / 0,79		
Nicht verheiratet	144 (50,3%)	2,85 / 0,78		
Schulabschluss ¹			0,143	T(283) = 1,50
Kein (Fach-)Abitur	171 (60%)	3,01 / 0,79		
(Fach-)Abitur	114 (40%)	2,89 / 0,80		
Berufliche Situation			0,024	F(2;283) = 0,53
Arbeiter	36 (12,6%)	3,14 / 0,76		
Selbstständige	28 (9,8%)	2,82 / 0,82		
Angestellte/Beamte	112 (39,2%)	2,88 / 0,78		
Rentner	33 (17,1%)	3,29 / 0,79		
Arbeitslose	49 (11,5%)	2,91 / 0,77		
Sonstige Tätigkeit	28 (9,8%)	2,86 / 0,76		

¹eine fehlende Angabe (N = 285), ²MW (=Mittelwert) / SD (=Standardabweichung) der PICS

Tab. 2: Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale auf die von den Patienten wahrgenommene „Einbeziehung“

5.3.2 Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale auf die „Patientenaktivierung durch Ärzte“

Tab. 3 stellt den Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale (unabhängige Variablen) auf die Subskala „Patientenaktivierung durch Ärzte“ (abhängige Variable) der Patienten dar.

	Anzahl N = 286	MW / SD ²	P – Wert	Freiheitsrade
Geschlecht			0,027	T(284) = -2,22
Männlich	152 (53,1%)	2,90 / 0,84		
Weiblich	134 (46,9%)	2,65 / 0,82		
Alterskategorien			< 0,001	F(2;283) = 6,93
18-39 Jahre	95 (33,2%)	2,66 / 0,75		
40-59 Jahre	118 (41,3%)	2,66 / 0,84		
60-79 Jahre	73 (25,5%)	3,08 / 0,87		
Familienstand			0,023	T(284) = -2,29
Verheiratet	142 (49,7%)	2,88 / 0,82		
Nicht verheiratet	144 (50,3%)	2,66 / 0,84		
Schulabschluss ¹			0,510	T(283) = 0,66
Kein (Fach-)Abitur	171 (60%)	2,80 / 0,84		
(Fach-)Abitur	114 (40%)	2,73 / 0,83		
Berufliche Situation			0,180	F(5;280) = 2,80
Arbeiter	36 (12,6%)	2,90 / 0,82		
Selbstständige	28 (9,8%)	2,51 / 0,88		
Angestellte/Beamte	112 (39,2%)	2,69 / 0,83		
Rentner	49 (17,1%)	2,61 / 0,85		
Arbeitslose	33 (11,5%)	3,10 / 0,80		
Sonstige Tätigkeit	28 (9,8%)	2,79 / 0,77		

¹eine fehlende Angabe (N = 285) ²MW (=Mittelwert) / SD (=Standardabweichung) der PICS

Tab. 3: Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale auf die „Patientenaktivierung durch Ärzte“

5.3.3 Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale auf „Aktives Informationsverhalten des Patienten“

Tab. 4 stellt den Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale (unabhängige Variablen) auf die Subskala „Aktives Informationsverhalten des Patienten“ (abhängige Variable) der Patienten dar.

	Anzahl N = 286	MW / SD ²	P – Wert	Freiheitsgrade
Geschlecht			0,002	T(284) = -3,20
Männlich	152 (53,1%)	2,88 / 0,87		
Weiblich	134 (46,9%)	2,30 / 0,94		
Alterskategorien			< 0,001	F(2;283) = 9,92
18-39 Jahre	95 (33,2%)	2,49 / 0,89		
40-59 Jahre	118 (41,3%)	2,66 / 0,88		
60-79 Jahre	73 (25,5%)	3,10 / 0,90		
Familienstand			0,006	T(284) = -2,75
Verheiratet	142 (49,7%)	2,86 / 0,91		
Nicht verheiratet	144 (50,3%)	2,57 / 0,91		
Schulabschluss ¹			0,266	T(283) = 1,11
Kein (Fach-)Abitur	171 (60%)	2,76 / 0,89		
(Fach-)Abitur	114 (40%)	2,64 / 0,95		
Berufliche Situation			0,120	F(2;283) = 0,37
Arbeiter	36 (12,6%)	2,92 / 0,82		
Selbstständige	28 (9,8%)	2,51 / 1,00		
Angestellte/Beamte	112 (39,2%)	2,62 / 0,95		
Rentner	49 (17,1%)	3,08 / 0,82		
Arbeitslose	33 (11,5%)	2,66 / 0,89		
Sonstige Tätigkeit	28 (9,8%)	2,47 / 0,85		

¹eine fehlende Angabe (N = 285), ²MW (=Mittelwert) / SD (=Standardabweichung) der PICS

Tab. 4: Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale auf „Aktives Informationsverhalten des Patienten“

Aus den Tab. 3 und 4 für die Subskalen „Patientenaktivierung durch Ärzte“ und „Aktives Informationsverhalten des Patienten“ wird ersichtlich, dass für die Variablen „Geschlecht“, „Alter“ und „Familienstand“ jeweils das Signifikanzniveau von $p = < 0,05$ erreicht wurde. Patienten männlichen Geschlechts, verheiratet und mit zunehmendem Alter gaben an, sich vom Arzt motiviert und informiert zu fühlen, aber sich auch selbst stärker einzubringen, teilzunehmen und zu informieren. Dieses Ergebnis ergab sich auch für die Summenskala wahrgenommene „Einbeziehung“ (Tab. 2). Als weitere signifikante Variable stellte sich die „Berufliche Situation“ heraus. Rentner und Arbeiter

fühlten sich im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen stärker in die präoperative Anästhesievisite einbezogen.

5.4 Sense of Coherence – Score

5.4.1 Die Verteilung der erreichten SOC – Werte aller Patienten

Die genaue Verteilung der erreichten SOC – Werte aller Patienten ist der Abb. 4 zu entnehmen.

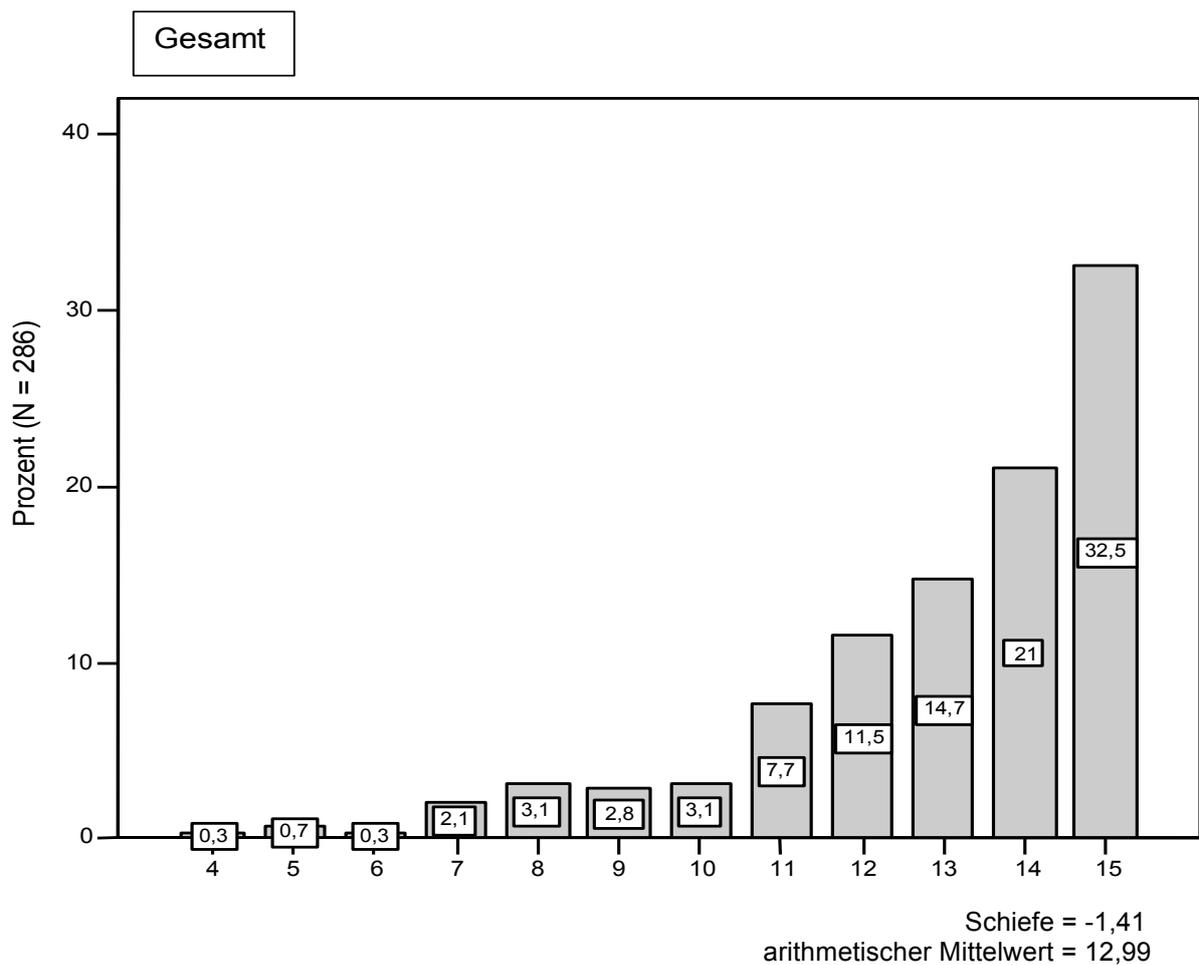


Abb. 4: Die Verteilung der erreichten SOC – Werte aller Patienten

68,2% der Patienten wiesen einen Punktwert für den SOC auf, der über den für die Gesamtheit aller Patienten ermittelten arithmetischen Mittelwert (MW) von 12,99 lag.

5.4.2 Die Verteilung der von Männern und Frauen erreichten SOC – Werte

Die Verteilung der von Männern erreichten SOC – Werte sind in der Abb. 5a, die der Frauen in der Abb. 5b dargestellt.

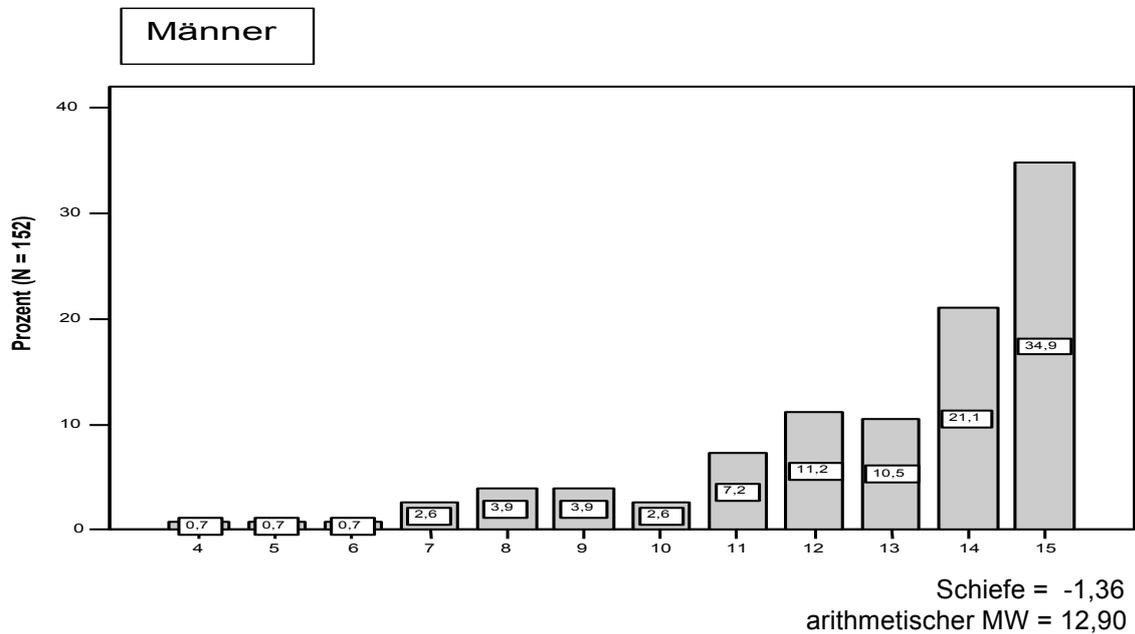


Abb. 5a: Die Verteilung der von Männern erreichten SOC – Werte

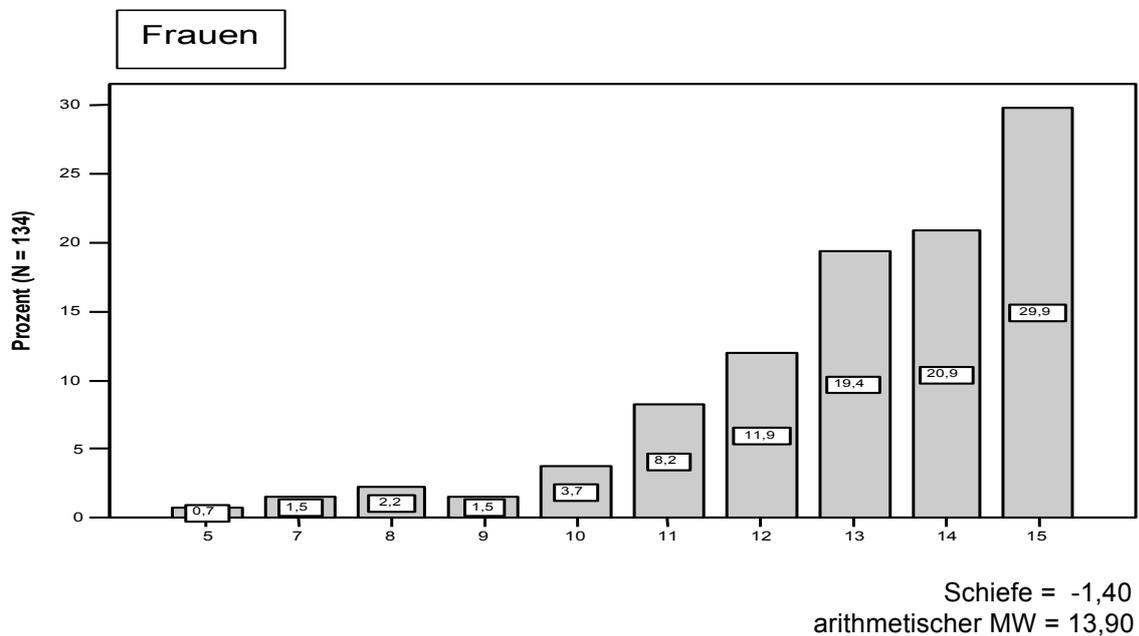


Abb. 5b: Die Verteilung der von Frauen erreichten SOC – Werte

Frauen wiesen im Vergleich zu Männern einen höheren Punktwert für den SOC auf. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant ($p = 0,844$).

5.5 Einfluss anthropometrischer und sozioökonomischer Merkmale der Patienten auf den SOC

Der Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale (unabhängige Variablen) auf den SOC (abhängige Variable) der Patienten wird in Tab. 5 dargestellt.

	Anzahl N = 286	MW / SD ²	P – Wert	Mittlerer Rang
Geschlecht			0,844	
Männlich	152 (53,1%)	12,90 / 2,47		144,38
Weiblich	134 (46,9%)	13,09 / 2,01		142,50
Alterskategorien			< 0,001	
18-39 Jahre	95 (33,2%)	12,44 / 2,29		119,63
40-59 Jahre	118 (41,3%)	12,92 / 2,35		140,19
60-79 Jahre	73 (25,5%)	13,81 / 1,85		179,91
Familienstand			< 0,001	
Verheiratet	142 (49,7%)	13,58 / 1,82		145,90
Nicht verheiratet	144 (50,3%)	12,40 / 2,50		138,65
Schulabschluss ¹			0,456	
Kein (Fach-)Abitur	171 (60%)	13,11 / 2,12		145,90
(Fach-)Abitur	114 (40%)	12,86 / 2,01		138,65
Berufliche Situation			< 0,001	
Arbeiter	36 (12,6%)	13,08 / 2,36		153,01
Selbstständige	28 (9,8%)	13,64 / 1,19		155,75
Angestellte/Beamte	112 (39,2%)	13,19 / 2,16		150,01
Rentner	49 (17,1%)	13,76 / 1,89		177,50
Arbeitslose	33 (11,5%)	11,58 / 2,93		98,03
Sonstige Tätigkeit	28 (9,8%)	11,75 / 2,01		97,05

¹eine fehlende Angabe (N = 285), ² MW (= Mittelwert) / SD (Standardabweichung) des BASOC

Tab. 5: Einfluss anthropometrischer und sozioökonomischer Merkmale der Patienten auf den SOC

Der Tab. 5 ist zu entnehmen, dass die Variablen „Alter“, „Familienstand“, und „Berufliche Situation“ ein Signifikanzniveau von $p = < 0,05$ erreichten. Patienten höheren Alters, verheiratet, Rentner und Selbstständige wiesen einen vergleichsweise ausgeprägten SOC auf.

5.6 Multivariate lineare Regression der PICS

In den Tab. 6-8 werden die unabhängigen Variablen von anthropometrischen, sozioökonomischen Merkmalen und dem SOC dargestellt, die auf die abhängigen Variablen wahrgenommene „Einbeziehung“ (Tab. 6), „Patientenaktivierung durch Ärzte“ (Tab. 7) und „Aktives Informationsverhalten des Patienten“ (Tab. 8) nach der Backward – Analyse einen signifikanten Einfluss haben können.

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	B	Standard-Fehler	Beta		
(Konstante)	2,071	0,186		11,112	< 0,001
Geschlecht	0,174	0,092	0,110	1,892	0,059
Alter in Jahren	0,013	0,003	0,241	4,204	< 0,001
Arbeiter	0,239	0,118	0,117	2,025	0,044

Korrigiertes R-Quadrat = 0,092

Geschlecht: Referenzkategorie = Weiblich

Familienstand: Referenzkategorie = Verheiratet

Schulabschluss: Referenzkategorie = Kein (Fach-)Abitur

Berufliche Situation: Referenzkategorie = Rentner

Tab. 6: Multivariate lineare Regression – wahrgenommene „Einbeziehung“

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	B	Standard-Fehler	Beta		
(Konstante)	2,974	0,090		32,891	< 0,001
Alter in Jahren	0,012	0,003	0,220	3,706	< 0,001
Selbstständige	-0,428	0,164	-0,170	-2,607	0,010
Angestellte/Beamte	-0,246	0,112	-0,145	-2,202	0,028

Korrigiertes R-Quadrat = 0,051

Geschlecht: Referenzkategorie = Weiblich

Familienstand: Referenzkategorie = Verheiratet

Schulabschluss: Referenzkategorie = Kein (Fach-)Abitur

Berufliche Situation: Referenzkategorie = Rentner

Tab. 7: Multivariate lineare Regression – „Patientenaktivierung durch Ärzte“

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	B	Standard-Fehler	Beta		
(Konstante)	1,688	0,224		7,520	< 0,001
Geschlecht	0,231	0,106	0,126	2,174	0,031
Alter in Jahren	0,018	0,004	0,297	5,044	< 0,001
Selbstständige	-0,332	0,175	-0,120	-1,898	0,059
Angestellte/Beamte	-0,228	0,121	-0,123	-1,891	0,060

Korrigiertes R-Quadrat = 0,105

Geschlecht: Referenzkategorie = Weiblich

Familienstand: Referenzkategorie = Verheiratet

Schulabschluss: Referenzkategorie = Kein (Fach-)Abitur

Berufliche Situation: Referenzkategorie = Rentner

Tab. 8: Multivariate lineare Regression – „Aktives Informationsverhalten des Patienten“

In der multivariaten linearen Regressionsanalyse wies das „Alter in Jahren“ mit einem Signifikanzniveau von $p = < 0,001$ den größten Zusammenhang mit der vom Patienten wahrgenommenen „Einbeziehung“ auf. Mit jedem Lebensjahr steigt die Bewertung um 0,013 Punkte an. Das Geschlecht zeigte einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit der abhängigen Subskala „Aktives Informationsverhalten des Patienten“. Männer bewerteten ihr aktives Informationsverhalten im Vergleich zu den Frauen um 0,231 Punkte höher. In Bezug auf die wahrgenommene „Einbeziehung“ und „Aktives Informationsverhalten des Patienten“ zeichnete sich eine positive, jedoch nicht signifikante Assoziation ab. Bei Frauen im Vergleich zu Männern ergaben sich dabei geringere Werte. Für die Subskalen „Patientenaktivierung durch Ärzte“ und „Aktives Informationsverhalten des Patienten“ zeigte sich ein negativer Zusammenhang zum beruflichen Status des Selbstständigen und Angestellten/Beamten. Im Vergleich zu Rentnern wiesen Angestellte/Beamte einen um 0,228 und Selbstständige sogar einen um 0,332 niedrigeren Punktwert auf. Eine positive Assoziation zeichnete sich dagegen zwischen dem Status des Arbeiters und der vom Patienten wahrgenommenen „Einbeziehung“ ab.

6 Diskussion

6.1 Bewertung der von Patienten wahrgenommenen Einbeziehung

Durch die Erhebung der PICS lagen erstmals Informationen über die von Patienten wahrgenommene Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite vor. Die in unserer Studie aus den Subskalen „Patientenaktivierung durch Ärzte“ und „Aktives Informationsverhalten des Patienten“ ermittelte Summenskala wahrgenommene „Einbeziehung“ wurde von 71 Prozent der Patienten als hoch bewertet. Sie fühlten sich demnach positiv vom Arzt motiviert beziehungsweise suchten und fragten aktiv nach Informationen. Spies et al.⁵³ zeigten in einer Studie, dass Patienten in der präoperativen Anästhesievisite ein größeres Verlangen nach SDM aufweisen, als es bei Patienten der Schmerzklinik für chronisch Kranke der Fall war. Die Patienten in der präoperativen Anästhesievisite fühlten sich vergleichsweise weniger durch den Arzt informiert und in das Gespräch eingebunden als die Patienten der Schmerzklinik. Dies könnte im Zusammenhang mit der von Floer et al.⁵⁴ gewonnenen Erkenntnis stehen, dass Patienten mit einer akuten schweren Erkrankung am häufigsten eine gemeinsame Entscheidung wünschten und dass der vergleichsweise neue Aspekt des SDM in der Arzt – Patienten – Interaktion nicht ausreichend berücksichtigt wurde. Zahlreiche Studien zum Thema SDM belegen, dass die meisten Patienten stärker einbezogen werden wollen, als dies derzeit der Fall ist^{55,56}. Es lassen sich bei präventiven Maßnahmen und medizinischer Therapie bessere Ergebnisse (= Outcome) erzielen, wenn die Patienten an bestimmten Diagnose- und Behandlungsentscheidungen aktiv beteiligt werden. Sie weisen eine höhere Zufriedenheit, Therapietreue, Compliance und Lebensqualität auf, haben ein besseres Verständnis und ein stärkeres Gefühl der Kontrolle über ihre Erkrankung^{57,58,59}. Entscheidungen, die mit der Einbeziehung der Patienten getroffen werden, können sich von rein leitlinienbasierten Entscheidungen abgrenzen⁶⁰. Gezielte Interventionen, die auf eine stärkere Einbeziehung der Patienten in die Behandlung abzielen, können zusätzlich die Behandlungsergebnisse verbessern⁶¹. Je schwerwiegender die individuelle Bedeutung der Entscheidung, umso mehr empfiehlt sich die Partizipation von Patienten^{62,63}. Nach Elwyn et al.⁶⁴ werden für die Entscheidung neben medizinischen Informationen insbesondere Erwartungen, Befürchtungen und Werthaltungen des Patienten als bedeutsam angesehen. Mitentscheiden bedeutet aber auch Verantwortung zu übernehmen. Möglicherweise führt diese Konsequenz dazu, dass ein Partizipationsprozess nicht von allen Patienten gewünscht wird²¹ und in der Bewertung der wahrgenommenen Einbeziehung zum Ausdruck kommt.

6.2 Einfluss von anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmalen auf die vom Patienten wahrgenommene Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite

6.2.1 Geschlecht und wahrgenommene Einbeziehung

Im Gegensatz zu den Untersuchungen von Scheibler et al.⁶⁵ erwies sich das Geschlecht in unserer Studie als eine statistisch signifikante Einflussgröße auf die vom Patienten wahrgenommene Einbeziehung. Männer vergaben im Vergleich zu Frauen sowohl eine höhere Bewertung für die „Patientenaktivierung durch Ärzte“ als auch für „Aktives Informationsverhalten des Patienten“. Dies bestätigt die zuvor in der Anästhesieambulanz durch Spies et al.⁵³ gewonnenen Erkenntnisse, dass sich Frauen weniger partizipiert und informiert fühlten, obwohl sie ein signifikant höheres Bedürfnis nach Einbindung in SDM aufwiesen. Dieses Ergebnis spiegelt auch die gewonnenen Erkenntnisse der Studie von Mansell⁶⁶ und Ende²¹ wider.

6.2.2 Alter und wahrgenommene Einbeziehung

Als weitere signifikante Einflussgröße zeichnete sich das Alter auf die vom Patienten wahrgenommene Einbeziehung ab. Patienten höheren Alters (60-79 Jahre) fühlten sich von Seiten der Ärzteschaft zur Partizipation stärker aktiv motiviert und wiesen ein höheres Informationsverhalten auf als Patienten mittleren (40-69 Jahre) und jungen Alters (18-39 Jahre). In der Studie von Scheibler et al.⁴⁶ zur Validierung der PICS ließ sich lediglich zwischen der Subskala „Patientenaktivierung durch Ärzte“ und „Alter“ ein positiver, statistisch signifikanter Zusammenhang feststellen. Für die vom Patienten wahrgenommene „Einbeziehung“ konnte dieser nicht nachgewiesen werden. Im Gegensatz dazu fanden Lerman et al.¹⁰ keinen Zusammenhang zwischen den PICS und dem Alter. Ende et al.²¹, Floer et al.⁵⁴ und Spies et al.⁵³ zeigten mit ihren Studien, dass jüngere Patienten eher dazu bereit sind partnerschaftlich zu entscheiden, während sich ältere Patienten häufiger den Arzt als Entscheidungsträger wünschten. Limitierende Faktoren für das Partizipationsbedürfnis im Alter waren laut Studienergebnissen von Ende et al.²¹ die im Alter oft zunehmende Schwere der Erkrankung und laut Robinson et al.⁶⁷ und Krupat et al.⁶⁸ der Zustand, dass ältere Patienten von Seiten der Ärzteschaft oft weniger in Entscheidungsprozesse einbezogen würden als dies bei jüngeren der Fall ist. Diese Erkenntnis konnten wir im Rahmen unserer Studie jedoch nicht bestätigen.

6.2.3 Familienstand und wahrgenommene Einbeziehung

Der Familienstand als sozioökonomisches Merkmal wird in der zur Verfügung stehenden Literatur nur vereinzelt aufgegriffen. Im Gegensatz zur Studie von Spies et al.⁵³ zeigten unsere Untersuchungsergebnisse den Familienstand als signifikante Einflussgröße auf die vom Patienten wahrgenommene Einbeziehung auf. Verheiratete empfanden sich im Vergleich zu Unverheirateten, Ledigen und Geschiedenen zur Partizipation stärker aktiv motiviert und schätzten ihr eigenes Informationsverhalten höher ein. Die unterstützende Beziehung zu einem Ehepartner und möglicherweise weiterer Familienangehöriger kann demnach die Partizipationspräferenz positiv bestärken.

6.2.4 Schulabschluss/berufliche Situation und wahrgenommene Einbeziehung

In der Forschungsliteratur werden die Variablen „Schulabschluss“ und „Berufliche Situation“ oft zusammengefasst oder verallgemeinert, jedoch nur selten einzeln diskutiert. Es ergibt sich dadurch eine Vielzahl divergenter Ergebnisse.

In unserer Studie zeichnete sich die berufliche Situation als schwache, signifikante Einflussgröße ab. Rentner und Arbeiter wurden aus ihrer subjektiven Sicht am stärksten in die präoperative Anästhesievisite eingebunden. Der berufliche Status „Rentner“ steht jedoch oft im direkten Zusammenhang mit dem Alter, das bereits bei der Auswertung als unabhängige Variable einen statistisch signifikanten Einfluss aufwies. Patienten, die einer selbstständigen oder sonstigen Tätigkeit nachgehen, fühlten sich am wenigsten zur Partizipation aktiviert. Für die Variable „Schulabschluss“ ergab sich keine Signifikanz. Scheibler et al.⁶⁵ wiesen weder für den Schulabschluss noch für die berufliche Situation einen signifikanten Einfluss auf die wahrgenommene Einbeziehung nach. Dagegen ergab sich bei Ende et al.²¹ und Strull et al.³ ein positiver, signifikanter Zusammenhang zwischen Schulbildung und SDM – Präferenz. In der Studie von Floer et al.⁵⁴ war der Wunsch nach Mitentscheidung bei Patienten der Oberbeziehungsweise oberen Mittelschicht am höchsten, bei Patienten der unteren Mittelschicht beziehungsweise der Unterschicht am geringsten. Für Patienten mit gehobenem Bildungsstand zeichnete sich in der Studie von Spies et al.⁵³ ein größerer Wunsch nach Informationen von Seiten der Ärzteschaft ab. Fischbeck und Huppmann²² stellten bei Patienten mit niedrigeren Schulabschlüssen ein höheres Bedürfnis nach Verfügbarkeit ihrer Ärzte fest.

6.3 Einfluss von anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmalen auf den SOC

6.3.1 Geschlecht und SOC

Für die in unserer Studie untersuchten Patienten zeichnete sich kein signifikanter Einfluss des Geschlechts auf die Ausprägung des SOC ab. Dies unterstützt das Ergebnis von Lundberg³¹ und Schnyder²⁴, die auch keinen geschlechtsspezifischen Unterschied der SOC – Werte nachweisen konnten. Dagegen wurden in anderen Studien bei Männern höhere SOC – Werte als bei Frauen festgestellt^{36,28}. Diese lassen sich nach Buddeberg-Fischer et al.³⁶ dadurch erklären, dass Männer eher dazu tendieren ihre mentalen Probleme zu verschleiern und ihre Kompetenz und Coping – Fähigkeiten zu überschätzen. Für die niedrigeren SOC – Werte bei Frauen sehen Anson et al.⁶⁹ eine Erklärung in der weiblichen Sozialisation, die noch häufig zu einer finanziell abhängigen Position führt und eine Barriere für die Entwicklung eines ausgeprägten SOC ist. Geschlechtsunterschiede ließen sich auch bei Personen in einem besonderen sozialen Umfeld nachweisen, wie beispielsweise Eltern mit behinderten Kindern⁷⁰, pflegende Angehörige⁷¹ und Sozialarbeiter⁷².

6.3.2 Alter und SOC

Als statistisch signifikant erwies sich der in unserer als auch in den Studien von Schumann et al.⁵¹, Bengel et al.³⁰, Sack et al.²⁶, Carstens und Spangenberg⁴⁷ mit dem zunehmenden Alter ermittelte Trend zu höheren SOC – Punktwerten. Gemäß der Vorstellung von Sagy und Antonovsky²⁷ entwickelt sich der SOC während der Kindheit und festigt sich im Laufe der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter^{36,34}. Von einem stabilen SOC geht man circa ab dem 30. Lebensjahr aus^{25,34,36}. Bei Adoleszenten mit höheren SOC – Werten können diese aber auch weitgehend bis ins Alter stabil bleiben³⁶. Neuere Studien zeigen jedoch eine höhere individuelle Variabilität des SOC im Erwachsenenalter als von Antonovsky ursprünglich angenommen wurde^{36,50} und bestätigen damit die für unsere Studienpopulation ermittelten Ergebnisse. Dennoch existiert keine einheitliche Meinung bezüglich des Zusammenhanges zwischen Alter und SOC. So verzeichneten Schumacher et al.²⁸ und Lundberg et al.³¹ bei älteren Studienteilnehmern eine absteigende Tendenz des SOC mit dem Alter. Schnyder et al.²⁴ konnten dagegen keinen Zusammenhang zwischen dem SOC und Alter feststellen.

6.3.3 Familienstand und SOC

Der Familienstand zeichnete sich in unseren Untersuchungen als signifikante Einflussgröße auf den SOC ab. Verheiratete Patienten wiesen im Vergleich zu unverheirateten, ledigen oder verwitweten Patienten einen wesentlich höheren SOC auf. Antonovsky³⁰ schätzt die Bedeutung der sozialen Unterstützung nicht sehr hoch ein und bezeichnet sie als eine generalisierte Widerstandsressource unter vielen anderen. Dennoch geht er davon aus, dass Menschen in ungünstigen Lebenssituationen – und dazu gehört auch das Fehlen sozialer Unterstützung – nicht die gleiche Chance auf die Entwicklung des SOC haben. Bisher gibt es nur wenige Studien zu diesem Themenbereich. In einer ihrer repräsentativen Bevölkerungsstichproben fanden Larsson und Kallenberg³⁷ einen Zusammenhang zwischen dem SOC und Anzahl der Freunde. Je ausgeprägter der SOC, desto größer die Anzahl der Freunde.

6.3.4 Schulabschluss/Berufliche Situation und SOC

In unserer Untersuchung erwies sich der Schulabschluss im Vergleich zur beruflichen Situation als eine nicht signifikante Einflussgröße. Auch in anderen Studien konnte kein Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und dem SOC nachgewiesen werden^{37,73}. Jedoch haben Larsson und Kallenberg³⁷ eine signifikante Beziehung zwischen der Beschäftigungsart, dem Einkommen und dem SOC festgestellt. Selbstständige und Angestellte sowie Personen mit höheren Einkommen wiesen im Vergleich zu Arbeitern und Personen mit niedrigem Einkommen einen höheren SOC – Wert auf. In Bezug auf die berufliche Situation konnte dieses Ergebnis in unserer Studie bestätigt werden. Neben Rentnern, deren SOC auch durch das Alter beeinflusst sein könnte, wiesen Selbstständige, Angestellte/Beamte und Arbeiter einen wesentlich höheren SOC – Wert auf, als dies bei arbeitslosen oder in sonstiger Tätigkeit befindlichen Personen der Fall war. Lundberg³⁴, Rimann und Udris³⁵ kommen in ihren Studien zu dem Ergebnis, dass größere berufliche Tätigkeitsspielräume und eine höhere Stellung in der betrieblichen Hierarchie mit der Ausprägung des SOC positiv korrelieren. Angehörige des oberen und mittleren Managements zeigten die höchsten, Hilfsarbeiter dagegen die niedrigsten SOC – Werte. Schichtzugehörigkeit und der sozioökonomische Status während der Kindheit haben nach Aussage von Lundberg³⁴ keinen Einfluss auf die Ausprägung des SOC im Erwachsenenalter. Eine abschließende Beurteilung über den Zusammenhang zwischen dem SOC, Bildungsstand und sozioökonomischen Status ist insofern nicht möglich, da die Ergebnisse aufgrund der

Überschneidung der Begrifflichkeiten von Bildungsstand, sozioökonomischem Status und Art der Berufstätigkeit schwer zu interpretieren sind.

6.4 Zusammenhang zwischen der Ausprägung der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale, des SOC und der vom Patienten wahrgenommenen Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite

Scheibler et al.⁴⁶ beschrieben bei Validierung der deutschen PICS in Bezug auf die vom Patienten wahrgenommene Einbeziehung eine weitestgehende Unabhängigkeit von soziodemographischen und sozioökonomischen Variablen. Lediglich zwischen dem Alter und der Subskala „Patientenaktivierung durch Ärzte“ konnten sie einen positiv statistisch signifikanten Zusammenhang feststellen. In der Erstpublikation von Lerman et al.⁷⁴ wurde dagegen kein statistischer Zusammenhang zwischen den PICS und dem Alter festgestellt. In unserer Studie wiesen jedoch die unabhängigen Variablen „Alter in Jahren“, der berufliche Status „Arbeiter“ und das „Geschlecht“ in der Backward – Analyse der multivariaten linearen Regression auf die abhängige Variable „wahrgenommene Einbeziehung“ den maßgeblichsten Zusammenhang auf. Für das „Alter in Jahren“ zeichnete sich ein ausgeprägter und für den beruflichen Status „Arbeiter“ ein geringer signifikanter Zusammenhang ab. In Bezug auf das „Geschlecht“ zeigte sich nur eine positive Assoziation mit der „wahrgenommenen Einbeziehung“, das Signifikanzniveau wurde nicht erreicht. Für den SOC konnte kein Zusammenhang festgestellt werden. Die Ergebnisse unserer Studie unterstreichen die von Scheibler et al.⁶⁵ angesprochene Inkonsistenz der Studienlage bezüglich der Zusammenhänge zwischen der wahrgenommenen Einbeziehung und den soziodemographischen Charakteristika der Patienten. Auch in der Backward – Analyse der multivariaten linearen Regressionen der abhängigen Subskalen „Patientenaktivierung durch Ärzte“ und „Aktives Informationsverhalten des Patienten“ zeichnete sich für das „Alter in Jahren“, wie zuvor bei der wahrgenommenen „Einbeziehung“, der stärkste signifikante Zusammenhang ab. Für Patienten mit dem beruflichen Status „Selbstständige“ ließ sich mit den beiden Subskalen ein signifikant negativer Zusammenhang nachweisen. Auch für den beruflichen Status „Angestellte/Beamte“ zeichnete sich eine negative Assoziation zu den beiden Subskalen ab. In Bezug auf die „Patientenaktivierung durch Ärzte“ ergab sich sogar eine leichte Signifikanz. Die Auswertung unserer Studienergebnisse ergab, dass sich männliche Patienten mit zunehmendem Alter und mit dem beruflichen Status des Arbeiters subjektiv weitestgehend in die präoperative

Anästhesievisite wahrgenommen einbezogen fühlten. Um zukünftig eine bessere Bewertung der subjektiv wahrgenommenen Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite zu erzielen, sollten Frauen und junge Patienten zur aktiven Auseinandersetzung mit Informationen bezüglich ihrer Erkrankungen angehalten werden. Weiterhin bedarf es zwischen dem Arzt und jungen Patienten, Selbstständigen und Angestellten/Beamten eines intensiveren Informationsaustausches sowie einer verstärkten Motivation zur Partizipation durch den Arzt. Auch Floer et al.⁵⁴ kamen bei der Auswertung ihrer Befragung zu dem Ergebnis, dass der Wunsch der Mitentscheidung in der Ober- beziehungsweise mittleren Oberschicht am größten, in der unteren Mittelschicht beziehungsweise der Unterschicht am geringsten ist. Um individuelle Bedürfnisse der Patienten erfassen und berücksichtigen zu können gilt es auf den Bildungsstand sowie die berufliche Qualifikation des Patienten im Rahmen der Arzt – Patienten – Kommunikation stärker einzugehen.

7 Methodenkritik

7.1 Patienteneinschluss/Patientenbefragung

In unserer Studie wurden die Patienten konsekutiv und freiwillig ab einem Alter von 18 Jahren eingeschlossen. Es ist demnach davon auszugehen, dass die in die Studie aufgenommenen Patienten eine repräsentative Stichprobe für das gesamte Patientenkollektiv der Anästhesieambulanzen darstellen. Wie bei Spies et al.⁵³ ist das Risiko eines Selektions – Bias aufgrund der Vielzahl der Patienten, die im Rahmen der präoperativen Anästhesievisite in der Anästhesieambulanz vorstellig und von denen nicht alle von den Studienmitarbeitern angesprochen werden konnten, minimiert. Weitere Gründe, an der Studie nicht teilzunehmen, waren noch ausstehende präoperative Diagnostik oder die Möglichkeit für den Patienten sich unverzüglich nach Hause zu begeben. Bei 43 von ursprünglich 329 eingeschlossenen Patienten fanden sich unvollständig ausgefüllte PICS – Fragebögen. Mögliche Ursachen könnten ein unzureichendes Verständnis über die Art und Weise der Beantwortung der Fragen, Zeitdruck und Unachtsamkeit beziehungsweise Unkonzentriertheit der Patienten bei Bearbeitung der zweiseitigen Fragebögen gewesen sein. Patienten, die die PICS fehlerhaft beantwortet haben, wurden von der Studie ausgeschlossen. Die computerisiert vorliegenden Fragebögen zu den sozioökonomischen Merkmalen und des SOC wurden von allen Teilnehmern bis auf eine Ausnahme, bezüglich einer Angabe zum „Schulabschluss“, vollständig ausgefüllt. Es erfolgte jedoch kein Patientenausschluss statt. Nach Ausfüllen der Fragebögen, insbesondere der in Papierform vorliegenden PICS im Anschluss an das vertrauliche Arzt – Patienten – Gespräch, konnte nicht kontrolliert werden, inwiefern die Antworttendenz der sozialen Erwünschtheit zu einer systematischen Verfälschung der Ergebnisse geführt hat. Über den direkten Einfluss der Schwere der Erkrankung eines Patienten liegen in der Forschungsliteratur sowohl für die Bewertung der wahrgenommenen Einbeziehung^{5,66} als auch für den SOC³⁰ divergente Ergebnisse vor. Im Rahmen unseres Studiendesigns wurde die Schwere einer Erkrankung zum Beispiel anhand der American Society of Anesthesiologists – Klassifikation (ASA) als mögliche Einflussgröße jedoch nicht berücksichtigt.

7.2 Die Anästhesieambulanz

Aufgrund der hohen Anzahl von Fachabteilungen an der Universitätsklinik konnten Patienten mit vielfältigen Gesundheitsstörungen, einer hohen Altersspanne und unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergründen in unsere Studie in der Anästhesieambulanz eingeschlossen werden. Trotz bereits vorliegender Erfahrungen mit dem vergleichsweise neuen Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Ausbildung⁷⁵ unterliegt die Umsetzung von SDM dem Fort- und Weiterbildungsstand des Anästhesisten. Dies könnte sich auch in den Ergebnissen der vom Patienten wahrgenommenen Einbeziehung widerspiegeln.

7.3 Percieved Involvement in Care – Scales

Die von Scheibler et al.⁴⁶ übersetzten und validierten PICS der amerikanischen Originalversion von Lerman et al.¹⁰ stellen im deutschsprachigen Raum derzeit das einzige valide Messinstrument zur adäquaten Erfassung von SDM dar. Somit sind sie zur Ermittlung der vom Patienten subjektiv wahrgenommenen Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite am besten geeignet. Die in unserer Studie angewandten Subskalen der PICS sind für die Patienten inhaltlich eindeutig verständlich, mit insgesamt neun Items, verteilt auf die zwei Subskalen „Patientenaktivierung durch Ärzte“ und „Aktives Informationsverhalten des Patienten“ übersichtlich gehalten und im Rahmen einer Patientenbefragung zeitökonomisch gut einsetzbar. Die von Scheibler et al.⁶⁵ durch Faktoren- und Reliabilitätsanalysen überprüften Gütekriterien der deutschen PICS wiesen mit Ausnahme der dritten Subskala „Entscheidungsteilnahme des Patienten“, die aufgrund dessen in unserer Studie nicht zum Einsatz kam, zum Teil bessere Ergebnisse auf als es in der amerikanischen Originaluntersuchung der Fall war. Die interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = 0,73$) konnte als gut bezeichnet werden.

7.4 Brief Assesment of Sense of Coherence

Zur Erhebung des SOC wurde die von Schumann et al.⁵¹ entwickelte Kurzform BASOC des ursprünglichen und von Antonovsky entwickelten SOC – 29 – Fragebogens verwendet. Die Konstruktvalidität des SOC – Fragebogens ist schwer prüfbar, da gegenwärtig kein Goldstandard existiert, der ein dem SOC vergleichbares Konstrukt misst^{24,29}. Korrelationen des SOC – Gesamtwertes mit anderen Messinstrumenten, die eine globale Lebenseinstellung messen, weisen auf eine hohe Validität hin^{47,25}. Untersucht wurden zum Beispiel der interne „Locus of Control“ (LOC), Selbstachtung,

Optimismus und Robustheit^{25,47}. Da die drei Subskalen des SOC – 29 – Fragebogens bisher faktorenanalytisch nicht reproduzierbar waren, empfahlen verschiedene Autoren daraufhin nur den SOC – Gesamtwert zur Auswertung zu verwenden^{23,25,28}. Obwohl der BASOC die drei Strukturkomponenten der Subskalen nicht einhält, weist er eine ausreichende interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = 0,71$) auf⁵¹. Mit einer akzeptablen Korrelation ($r = 0,77$) zum SOC – 29 – Fragebogen stellt der BASOC ein zuverlässiges, valides und im Vergleich ein zeitökonomisches Instrument zur Erfassung des SOC dar⁵¹.

8 Schlussfolgerung

Die präoperative Anästhesievisite zeichnete sich bei der Mehrheit der Patienten unserer Studie durch eine hohe wahrgenommene Einbeziehung im Sinne des SDM aus. Um individuell beurteilen zu können, ob Patienten zur einer gemeinsamen Entscheidungsfindung bereit oder befähigt sind, können Parameter wie anthropometrische oder sozioökonomische Merkmale herangezogen werden⁵⁴. Der SOC als mögliche Einflussgröße kann nach unseren Studienergebnissen vernachlässigt werden. Letztendlich lässt sich jedoch keine konkrete Aussage über mögliche Auswirkungen der vom Patienten wahrgenommenen Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite in Hinblick auf Patientenzufriedenheit, Diagnostik, Behandlungsverlauf oder Outcome formulieren, da eine ausschließlich subjektive Bewertung erfolgte. Diesbezüglich sollten weitere Untersuchungen erfolgen. Interessant ist auch die Frage nach der tatsächlich erfolgten Einbeziehung in therapeutische Entscheidungen. Für eine objektive Messung fehlt es jedoch in der deutschen Sprache nach wie vor an erprobten validen Messinstrumenten. Da SDM bei gewachsenem Anspruch der Patienten auf Selbstbestimmung, Autonomie und Entscheidungsfreiheit auch zur Evaluation der Qualität der Gesundheitsversorgung dient, sollte auch in der medizinischen Aus- und Weiterbildung der Stellenwert des SDM Studenten und medizinischem Personal vermittelt werden, um zukünftig einen Transfer in die Versorgung zu sichern⁷⁵. Maßnahmen, wie die Messung der Qualität der Narkoseaufklärung mittels spezieller Fragebögen⁷⁶, Einführung von Informationsmaterialien⁷⁷ und videoassistierter Patientenaufklärung können die Einbeziehung der Patienten positiv beeinflussen^{78,79}.

9 Zusammenfassung

Shared Decision Making (SDM) ist eine spezielle Form der Arzt-Patienten-Kommunikation, in der sowohl Arzt als auch Patient gleichberechtigte Partner sind und gemeinsam ein Behandlungskonzept erarbeiten, zu dessen Umsetzung sie gleichermaßen bereit sind. Der anästhesiologische Behandlungserfolg basiert auf einem gegenseitigen Informationsaustausch im Sinne des SDM, der nur durch die Partizipation des Patienten in der präoperativen Anästhesievisite gewährleistet werden kann. Zahlreiche Studien zum Thema SDM belegen, dass Patienten eine höhere Zufriedenheit, Therapietreue, Compliance und Lebensqualität aufweisen, wenn sie in Diagnose- und Therapieentscheidungen einbezogen werden^{57,58,59}. In diesem Zusammenhang dient die vom Patienten wahrgenommene Einbeziehung im Sinne des SDM auch der Evaluation der Gesundheitsversorgung bei zunehmender Kundenorientierung im Gesundheitswesen. Welchen Stellenwert anthropometrische und sozioökonomische Merkmale auf das Zustandekommen von SDM haben, wird in der Literatur widersprüchlich diskutiert. Bisher erfolgten keine Untersuchungen, inwieweit der von Antonovsky²³ definierte Sense of Coherence (SOC), der die individuelle Fähigkeit von Menschen mit effektiven Coping – Strategien auf Stressoren zu reagieren erfasst, Einfluss auf die wahrgenommene Einbeziehung hat.

Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, wie Patienten einer Anästhesieambulanz eines innerstädtischen Universitätskrankenhauses die aus ihrer Sicht wahrgenommene Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite im Sinne des SDM bewerten. Darüber hinaus sollte geprüft werden, inwiefern anthropometrische und sozioökonomische Merkmale einen entscheidenden Einfluss auf die wahrgenommene Einbeziehung und den SOC haben und ob ein maßgeblicher Zusammenhang zwischen anthropometrischen, sozioökonomischen Merkmalen, dem SOC und der wahrgenommenen Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite besteht.

Die Datenerhebung erfolgte stichprobenartig im Zeitraum vom 23.01.2007 bis 17.10.2007 im Rahmen einer Studie zum Thema „Prävention Nikotin – assoziierter Erkrankungen durch Raucherentwöhnung“ vom 15.02.2006 bis 31.12.2007 in den Anästhesieambulanzen der Standorte Charité Campus Mitte (CCM) und Charité Virchow Klinikum (CVK) der Universitätsklinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operativer Intensivmedizin Charité – Universitätsmedizin Berlin. Zu den Einschlusskriterien zählten ein Mindestalter von 18 Jahren, Einwilligungsfähigkeit, geplanter operativer Eingriff unter Narkose oder Lokalanästhesie und ausreichende PC – Kenntnisse. Ausschlusskriterien waren unzureichende Deutschkenntnisse, als Notfall geführte Patienten, Mitarbeiter der Charité, Teilnehmer anderer Studien,

mangelnde PC – Kenntnisse und unzureichende Einwilligungsfähigkeit. Es wurden nur die Datensätze derjenigen Patienten für die Analyse berücksichtigt, die die computerisierte Version des Brief Assessment of Sense of Coherence (BASOC)⁵¹, eingebunden in Fragen zu anthropometrischen Merkmalen, zum sozioökonomischen Status und zu soziodemographischen Variablen vor und die Perceived Involvement in Care – Scales (PICS)⁴⁶ zur Bewertung der wahrgenommenen Einbeziehung im Sinne des SDM nach der präoperativen Anästhesievisite vollständig beantwortet haben. Es ergab sich ein Kollektiv von insgesamt 286 Patienten. In der deskriptiven Statistik wurden Unterschiede zwischen unabhängigen Gruppen für normal verteilte metrische und ordinale Variablen mittels t – Test beziehungsweise einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA) und für nicht normal verteilte metrische und ordinale Variablen mittels Kruskal – Wallis – Test geprüft. Zusätzlich erfolgte eine multivariate lineare Regression in Form einer Backward – Analyse zum Ausschluss unabhängiger Variablen mit dem kleinsten partiellen Korrelationskoeffizienten.

Das Signifikanzniveau wurde für alle Tests bei $p < 0,05$ festgelegt. Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des Statistik – Programms SPSS 14.0.

In Bezug auf die von den Patienten wahrgenommene Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite zeichnete sich in unserer Studie eine hohe Bewertung ab. Einen signifikanten Einfluss darauf zeigten neben „Alter“ und „Geschlecht“ auch der „Familienstand“ und die „berufliche Situation“. In Bezug auf den SOC zeichnete sich das „Alter“ sowie der „Familienstand“ und die „Berufliche Situation“ als signifikante Einflussgrößen ab. In der multivariaten linearen Regression in Form einer Backward – Analyse konnte ein maßgeblicher Zusammenhang zwischen dem „Geschlecht“ und „Alter in Jahren“ sowie dem beruflichen Status „Arbeiter“, jedoch keinerlei Einfluss des SOC auf die vom Patienten wahrgenommene „Einbeziehung“ in die präoperative Anästhesievisite nachgewiesen werden. Es wurde aufgezeigt, dass junge Patienten, beruflich Selbstständige und Angestellte/Beamte eines intensiveren Informationsaustausches sowie einer verstärkten Motivation zur Partizipation durch den Arzt bedürfen. Besonders Frauen und junge Patienten sollten zur aktiven Auseinandersetzung mit Informationen bezüglich ihrer Erkrankung angehalten werden. Um individuelle Bedürfnisse des Patienten zukünftig erfassen zu können, gilt es den Bildungsstand und die berufliche Qualifikation der Patienten in der Arzt – Patienten – Kommunikation zu beachten. Somit sollte SDM als Qualitätskriterium und vergleichsweise neuer Aspekt der medizinischen Ausbildung in der Fort- und Weiterbildung des Arztes berücksichtigt und im Arbeitsalltag integriert werden.

10 Literaturverzeichnis

1. Cassileth, B.R., Zupkis, R.V., Sutton-Smith, K. & March, V. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann. Intern. Med* 92, 832-836 (1980).
2. Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 44, 681-692 (1997).
3. Strull, W.M., Lo, B. & Charles, G. Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA* 252, 2990-2994 (1984).
4. Brock, D.W. & Wartman, S.A. When competent patients make irrational choices. *N. Engl. J. Med* 322, 1595-1599 (1990).
5. Elwyn, G. u. a. Measuring the involvement of patients in shared decision-making: a systematic review of instruments. *Patient Educ Couns* 43, 5-22 (2001).
6. Vennin, P., Taïeb, S. & Carpentier, P. Patient choice for cancer treatment: towards a shared-decision model? *Bull Cancer* 88, 391-397 (2001).
7. Härter, M., Loh, A. & Spies, C. *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln.* (Deutscher Ärzte-Verlag: 2005).
8. Elwyn, G. u. a. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect* 8, 34-42 (2005).
9. Härter, M. Shared decision making--from the point of view of patients, physicians and health politics is set in place. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 98, 89-92 (2004).
10. Lerman, C.E. u. a. Patients' Perceived Involvement in Care Scale: relationship to attitudes about illness and medical care. *J Gen Intern Med* 5, 29-33 (1990).
11. Brody, D.S., Miller, S.M., Lerman, C.E., Smith, D.G. & Caputo, G.C. Patient perception of involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *J Gen Intern Med* 4, 506-511 (1989).
12. Bernstein, S.J. u. a. A randomized controlled trial of information-giving to patients referred for coronary angiography: effects on outcomes of care. *Health Expect* 1, 50-61 (1998).
13. Morgan, M.W. u. a. Randomized, controlled trial of an interactive videodisc decision aid for patients with ischemic heart disease. *J Gen Intern Med* 15, 685-693 (2000).
14. Greenfield, S., Kaplan, S. & Ware, J.E. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann. Intern. Med* 102, 520-528 (1985).

15. Eisenthal, S., Emery, R., Lazare, A. & Udin, H. "Adherence" and the negotiated approach to patienthood. *Arch. Gen. Psychiatry* 36, 393-398 (1979).
16. Roter, D.L. Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Educ Monogr* 5, 281-315 (1977).
17. Schulman, B.A. Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment: application of a socio-organizational perspective. *Med Care* 17, 267-280 (1979).
18. Wasserman, R.C., Inui, T.S., Barriatua, R.D., Carter, W.B. & Lippincott, P. Pediatric Clinicians' Support for Parents Makes a Difference: An Outcome-Based Analysis of Clinician-Parent Interaction. *Pediatrics* 74, 1047-1053 (1984).
19. Beisecker, A.E. & Beisecker, T.D. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Med Care* 28, 19-28 (1990).
20. Stevenson, F.A., Barry, C.A., Britten, N., Barber, N. & Bradley, C.P. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Soc Sci Med* 50, 829-840 (2000).
21. Ende, J., Kazis, L., Ash, A. & Moskowitz, M.A. Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med* 4, 23-30 (1989).
22. Fischbeck, S.S. & Huppmann, G. Psychosoziale Betreuungsbedürfnisse erfassen: ein Ansatzpunkt patientenorientierter Gesundheitsförderung in der ambulanten Nachsorge bei Brustkrebs-Patientinnen. *Deusinger IM ed. Wohlbefinden bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Hogrefe: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle*, 103-21 (2002).
23. Antonovsky, A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 36, 725-733 (1993).
24. Schnyder, U., Büchi, S., Mörgeli, H., Sensky, T. & Klaghofer, R. Sense of coherence - a mediator between disability and handicap? *Psychother Psychosom* 68, 102-110 (1999).
25. Schnyder, U., Büchi, S., Sensky, T. & Klaghofer, R. Antonovsky's sense of coherence: trait or state? *Psychother Psychosom* 69, 296-302 (2000).
26. Sack, M., Künsebeck, H.W. & Lamprecht, F. Sense of coherence and psychosomatic treatment outcome. An empirical study of salutogenesis. *Psychother Psychosom Med Psychol* 47, 149-155 (1997).

27. Sagy, S. & Antonovsky, H. The development of the sense of coherence: a retrospective study of early life experiences in the family. *Int J Aging Hum Dev* 51, 155-166 (2000).
28. Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. The Antonovsky Sense of Coherence Scale. Test statistical evaluation of a representative population sample and construction of a brief scale. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50, 472-482 (2000).
29. Antonovsky, A. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well.* (Jossey-Bass Inc., U.S.: 1987).
30. Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. 6, (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln: Köln, 2001).
31. Lundberg, O. & Nyström Peck, M. Sense of coherence, social structure and health: evidence from a population survey in Sweden. *European Journal of Public Health* 4, 252-257 (1994).
32. Heim, E. Salutogenesis versus pathogenesis--a new approach to an old wisdom. *Schweiz Med Wochenschr* 124, 1267-1275 (1994).
33. Kivimäki, M., Feldt, T., Vahtera, J. & Nurmi, J.E. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Soc Sci Med* 50, 583-597 (2000).
34. Lundberg, O. Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: exploring their theoretical and empirical relations. *Soc Sci Med* 44, 821-831 (1997).
35. Rimann, M. & Udrys, I. "Kohärenzerleben" (Sense of Coherence): Zentraler Bestandteil von Gesundheit oder Gesundheitsressource? (Ullstein Medical: Wiesbaden, 1998).
36. Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R. & Schnyder, U. Sense of coherence in adolescents. *Soz Präventivmed* 46, 404-410 (2001).
37. Larsson, G. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *The European Journal of Public Health* 6, 175-180 (1996).
38. Frenz, A.W., Carey, M.P. & Jorgensen, R.S. Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Psychological Assessment* 145-153 (1993).

39. Salzwedel, C., Marz, S., Bauer, M. & Schuster, M. Video-assisted patient education in anaesthesiology: possibilities and limits of a new procedure for improvement of patient information. *Anaesthesist* 57, 546-554 (2008).
40. Parzeller, M, Wenk, M, Zedler, B & Rothschild, M Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen. *Deutsches Ärzteblatt* 104, 507-515 (2007).
41. Hume, M.A., Kennedy, B. & Asbury, A.J. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia* 49, 715-718 (1994).
42. Shevde, K. & Panagopoulos, G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesth. Analg* 73, 190-198 (1991).
43. Bauer, M. u. a. Current level of patients' knowledge of anaesthesiology. *Anaesthesist* 55, 892-898 (2006).
44. Deusch, E., Weber, T., Libal, G., Christian, L. & Ofner, C. Patient knowledge concerning anesthesia general practice and the responsibilities of the anesthetist. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 31, 409-413 (1996).
45. Swinhoe, C.F. & Groves, E.R. Patients' knowledge of anaesthetic practice and the role of anaesthetists. *Anaesthesia* 49, 165-166 (1994).
46. Scheibler, F., Freise, D. & Pfaff, H. Die Einbeziehung von Patienten in die Behandlung. *Journal of Public Health* 12, 199-209 (2004).
47. Carstens, J.A. & Spangenberg, J.J. Major depression: a breakdown in sense of coherence? *Psychol Rep* 80, 1211-1220 (1997).
48. Eriksson, M. & Lindström, B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 59, 460-466 (2005).
49. Langius, A. & Björvell, H. The applicability of the Antonovsky Sense of Coherence Scale to a group of Pentecostalists. *Scand J Caring Sci* 15, 190-192 (2001).
50. Geyer, S. Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science & Medicine* 44, 1771-1779 (1997).
51. Schumann A., Hapke U., Meyer C., Rumpf H-J. & John U. Measuring Sense of Coherence with only three items: A useful tool for population surveys. *British Journal of Health Psychology* 8, 409-421 (2003).
52. Schmidt-Rathjens, C., Benz, D., Van Damme, D., Feldt, K. & Amelang, M. Über zwiespältige Erfahrungen mit Fragebogen zum Kohärenzsinn Antonovsky. *Diagnostica* 43, 327-346 (1997).

53. Spies, C.D. u. a. Preferences for shared decision making in chronic pain patients compared with patients during a premedication visit. *Acta Anaesthesiol Scand* 50, 1019-1026 (2006).
54. Floer, B. u. a. Shared decision making. *Dtsch. Med. Wochenschr* 129, 2343-2347 (2004).
55. Rothenbacher, D., Lutz, M.P. & Porzsolt, F. Treatment decisions in palliative cancer care: patients' preferences for involvement and doctors' knowledge about it. *Eur. J. Cancer* 33, 1184-1189 (1997).
56. Verhaak, C.M., Kraaimaat, F.W., Staps, A.C. & van Daal, W.A. Informed consent in palliative radiotherapy: participation of patients and proxies in treatment decisions. *Patient Educ Couns* 41, 63-71 (2000).
57. Coulter, A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. *J Health Serv Res Policy* 2, 112-121 (1997).
58. Frosch, D.L. & Kaplan, R.M. Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *Am J Prev Med* 17, 285-294 (1999).
59. Scheibler, F., Janssen, C. & Pfaff, H. Shared decision making: an overview of international research literature. *Soz Präventivmed* 48, 11-23 (2003).
60. Hamann, J. u. a. Effects of a shared decision making model in psychiatric and neurologic practice. *Nervenarzt* 77, 1071-1076, 1078 (2006).
61. O'Connor, A.M. u. a. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* CD001431 (2001).doi:10.1002/14651858.CD001431
62. Armstrong, A.P., Cole, A.A. & Page, R.E. Informed consent: are we doing enough? *Br J Plast Surg* 50, 637-640 (1997).
63. Whitney, S.N. A new model of medical decisions: exploring the limits of shared decision making. *Med Decis Making* 23, 275-280 (2003).
64. Murray, E., Charles, C. & Gafni, A. Shared decision-making in primary care: tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Educ Couns* 62, 205-211 (2006).
65. Scheibler, F. Shared Decision-Making: von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. (Huber: 2004).
66. Mansell, D., Poses, R.M., Kazis, L. & Duefield, C.A. Clinical factors that influence patients' desire for participation in decisions about illness. *Arch. Intern. Med* 160, 2991-2996 (2000).

67. Robinson, A. & Thomson, R. Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Qual Health Care* 10 Suppl 1, i34-38 (2001).
68. Krupat, E., Bell, R.A., Kravitz, R.L., Thom, D. & Azari, R. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract* 50, 1057-1062 (2001).
69. Anson, O., Paran, E., Neumann, L. & Chernichovsky, D. Gender differences in health perceptions and their predictors. *Soc Sci Med* 36, 419-427 (1993).
70. Margalit, M., Raviv, A. & Ankonina, D.B. Coping and Coherence Among Parents With Disabled Children. *Journal of Clinical Child Psychology* 21, 202 (1992).
71. Coe, R.M., Miller, D.K. & Flatherty, J. Sense of Coherence and perception of caregiving burden. *Behavior, Health, and Aging* 2, 93-99 (1992).
72. George, V.D. Field-workers' sense of coherence and perception of risk when making home visits. *Public Health Nurs* 13, 244-252 (1996).
73. Dudek, B. & Makowska, Z. Psychometric characteristics of the Orientation to Life Questionnaire for measuring the sense of coherence. *Polish Psychological Bulletin* 24, 308-318 (1993).
74. Lerman, C.E. u. a. Patients' Perceived Involvement in Care Scale: relationship to attitudes about illness and medical care. *J Gen Intern Med* 5, 29-33 (1990).
75. Loh, A., Simon, D., Rockenbauch, K. & Härter, M. Partizipative Entscheidungsfindung - Stellenwert und Verbreitung in der medizinischen Ausbildung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 15, 87-92 (2006).
76. Snyder-Ramos, S.A. u. a. Development of a questionnaire to assess the quality of the preanesthetic visit. *Anaesthetist* 52, 818-829 (2003).
77. Cheung, A., Finegan, B.A., Torok-Both, C., Donnelly-Warner, N. & Lujic, J. A patient information booklet about anesthesiology improves preoperative patient education. *Can J Anaesth* 54, 355-360 (2007).
78. Snyder-Ramos, S.A. u. a. Patient satisfaction and information gain after the preanesthetic visit: a comparison of face-to-face interview, brochure, and video. *Anesth. Analg* 100, 1753-1758 (2005).
79. Yang, Y. u. a. Improved satisfaction of preoperative patients after group video-teaching during interview at preanesthetic evaluation clinic: the experience of a medical center in Taiwan. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 45, 149-154 (2007).

11 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Bewertung der von den Patienten wahrgenommenen „Einbeziehung“	21
Abb. 2: Bewertung der „Patientenaktivierung durch Ärzte“	22
Abb. 3: Bewertung von „Aktives Informationsverhalten des Patienten“	23
Abb. 4: Die Verteilung der erreichten SOC – Werte aller Patienten	27
Abb. 5a: Die Verteilung der von Männern erreichten SOC – Werte	28
Abb. 5b: Die Verteilung der von Frauen erreichten SOC – Werte	28

12 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Anthropometrische und sozioökonomische Merkmale der Patienten	20
Tab. 2: Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale auf den Patienten wahrgenommene „Einbeziehung“	24
Tab. 3: Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale auf die „Patientenaktivierung durch Ärzte“	25
Tab. 4: Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale auf „Aktives Informationsverhalten des Patienten“	26
Tab. 5: Einfluss der anthropometrischen und sozioökonomischen Merkmale auf den SOC	29
Tab. 6: Multivariate lineare Regression – wahrgenommene „Einbeziehung“	30
Tab. 7: Multivariate lineare Regression – „Patientenaktivierung durch Ärzte“	30
Tab. 8: Multivariate lineare Regression – „Aktives Informationsverhalten des Patienten“	31

13 Lebenslauf

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

14 Posterpräsentation im Rahmen der Dissertation

30th Annual Meeting of the Society for Medical Decision Making

Heidi U. Linnen, MD, PhD, Isabel Schwerdt, Edith Weiss-Gerlach, Andreas Ramme
and Claudia Spies, MD, PhD, Charité Universität Berlin, Berlin

“The importance of Patients`Percieved Involvement in decision making during the
pre – anaesthesia assessment”, 2008

15 Danksagung

Mein Dank gilt:

Frau Prof. Dr. med. C. Spies (Leiterin der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Universitätsklinikum Charité, Campus Charité Mitte und Campus Virchow Klinikum) für die Überlassung des Dissertationsthemas, für die inhaltliche und organisatorische Betreuung sowie die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Den Mitarbeitern der Universitätsklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, insbesondere Frau Dr. med. H. Linnen und Frau Dr. E. Weiß-Gerlach (Dipl. psych.) für die Unterstützung bei der praktischen Durchführung beziehungsweise Betreuung der Arbeit und den studentischen Kollegen, die an der Durchführung der Studie beteiligt waren und mich bei der Erhebung und Auswertung der Daten unterstützt haben.

Frau Dr. phil. U. Grittner vom Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte (Leitung Prof. rer. nat. Peter Martus) für die Beratung bei der statistischen Auswertung.

Den Patienten, die durch ihre Bereitschaft an der Studie teilzunehmen, die Arbeit erst möglich gemacht haben.

Frau Dr. phil. habil. U. Stötzer für ihre Anmerkungen und kritischen Durchsicht der Arbeit.

Meinen Eltern und Geschwistern Sebastian und Alenka, die mir immer tatkräftig zur Seite standen und die Ausbildung ermöglicht haben.

Meinen Freunden, insbesondere Susanne Stegmeier, Cornelia Schotte, Bernd Beierbach, Nora Bruns, Nicole Wendt, Regina Schott, Chris Cho, Philip Benter, John Wannovius und Moritz Schneider für eine unvergessliche und wunderbare Studienzeit.

16 Eidesstattliche Erklärung

„Ich, Isabel Alexandra Schwerdt, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema: „Analyse von sozioökonomischen Merkmalen und des Sense of Coherence als Einflussgrößen auf die vom Patienten wahrgenommene Einbeziehung in die präoperative Anästhesievisite im Sinne des Shared Decision Making“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Isabel Schwerdt