

Die Psychiatrische Universitätsklinik der Charité Universitätsmedizin Berlin  
im St. Hedwig-Krankenhaus

DISSERTATION

***Das Weddinger Modell***

Stationäres Arbeiten im Trialog- eine Vergleichsstudie

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Sophie Anne Jeschke

aus Greifswald

Datum der Promotion:

11.12.2015

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>4</b>
<b>1. ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
2. DAS „WEDDINGER MODELL“ - RESILIENZ UND RESSOURCENORIENTIERUNG IM KLINISCHEN KONTEXT <sup>1</sup> .....	8
2.2.1. Theoretische Hintergründe des „Weddinger Modells“ .....	11
2.2.1.1. <i>Trialog</i> .....	11
2.2.1.2. <i>Recovery</i> .....	13
2.2.1.3. <i>Resilienz</i> .....	15
2.2.1.4. <i>Empowerment</i> .....	16
2.2.1.5. „Need Adatped Treatment“ und „Offener Dialog“ .....	17
2.2.1.6. <i>Salutogenese</i> .....	19
2.2.2. <i>strukturelle Veränderungen in der stationären Psychiatrie</i> .....	22
2.2.3. <i>Integrierte Versorgung und das "Weddinger Modell"</i> .....	24
<b>3. HYPOTHESEN</b> .....	<b>26</b>
3.1. HAUPTHYPOTHESE DES „WEDDINGER MODELLS“ .....	26
3.2. NEBENHYPOTHESEN DES „WEDDINGER MODELLS“ .....	26
<b>4. PATIENTEN UND METHODEN</b> .....	<b>28</b>
4.1. STUDIENDESIGN .....	28
4.2. STUDIENPOPULATION.....	29
4.2.1. <i>Einschlusskriterien</i> .....	30
4.2.2. <i>Ausschlusskriterien</i> .....	30
4.2.3. <i>Abbruchkriterien</i> .....	30
4.2.4. <i>Stichprobenumfang der Studie „Weddinger Modell“</i> .....	31
4.2.5. <i>Teilnahme der Hauptbezugspersonen an der Studie „Weddinger Modell“</i> .....	32
4.2.6. <i>Verteilung der ICD- Hauptdiagnosen bei den teilnehmenden Patienten</i> .....	33
4.3. METHODISCHER TEIL .....	34
4.3.1. <i>Erhebung von Basisangaben</i> .....	34
4.3.2. <i>Beschreibung der Erhebungsinstrumente</i> .....	34
4.3.2.1. <i>Fragebogen zur therapeutischen Beziehung- Working Alliance Inventory</i> <sup>39,40</sup> .....	34
4.3.2.2. <i>Entwickelte Messinstrumente</i> .....	35
4.3.2.3. <i>„Weddinger Patientenzufriedenheitsfragebogen (WPAZ)“</i> <sup>1</sup> .....	35
4.4. STATISTISCHE METHODIK .....	37
4.4.1. <i>Datenaufbereitung</i> .....	37
4.4.2. <i>Erstellung von Summenscores</i> .....	39
4.4.3. <i>Statistische Analyse der Patientenzufriedenheit in Kontroll- und Interventionsgruppe</i> .....	44
<b>5. ERGEBNISSE</b> .....	<b>47</b>
5.1. UNTERSUCHUNG DER NORMALVERTEILUNG DES WPAZ- UND WAI-SUMMENScores IN DER KONTROLLGRUPPE .....	47
5.2. UNTERSCHIEDE ZWISCHEN KONTROLL- UND INTERVENTIONSGRUPPE FÜR WPAZ- UND WAI-SUMMENScores .....	49
5.2.1. <i>Unterschiede in der Selbstbewertung von Patientenzufriedenheit in Kontroll- und Interventionsgruppe</i> .....	49
5.2.2. <i>Unterschiede in der Patientenzufriedenheitsbewertung durch Professionelle aus Kontroll- und Interventionsgruppe</i> .....	51
5.3. EINFLUSS ANDERER VARIABLEN AUF DEN WPAZ- UND WAI-SUMMENSORE DER PATIENTEN .....	53

# Inhaltsverzeichnis

5.3.1. Der Einfluss von Hauptbezugspersonen auf den WPAZ- und WAI-Summscore .....	54
5.3.2. Der Einfluss der Krankheitsdiagnose auf den WPAZ- und WAI- Summscore.....	54
5.4. KORRELATION ZWISCHEN WPAZ- UND WAI- SUMMSCORES DER PATIENTEN .....	54
<b>6.DISKUSSION .....</b>	<b>56</b>
6.1. PATIENTENZUFRIEDENHEIT ALS SOZIALPSYCHOLOGISCHES KONSTRUKT.....	56
6.2. PATIENTENZUFRIEDENHEIT IM VERGLEICH: KONTROLL-UND INTERVENTIONSKRANKENHÄUSER.....	58
6.2.1. Selbstbewertung von Patientenzufriedenheit in Kontroll- und Interventionsgruppe .....	58
6.2.2. Die Patientenzufriedenheitsbewertung durch Professionelle in Kontroll- und Interventionsgruppe.....	60
6.2.3. Die Rolle der Angehörigen und ihre Bedeutung für die Patientenzufriedenheitsbewertung im „Weddinger Modell“ .....	62
6.2.4. Diagnosegruppen und ihre Bedeutung für die Patientenzufriedenheitsbewertung im „Weddinger Modell“ .....	65
6.2.5. Trialog und Recovery-Konzept im „Weddinger Modell“ .....	67
<b>7.FEHLERBETRACHTUNG .....</b>	<b>69</b>
LITERATURVERZEICHNIS.....	71
<b>DANKSAGUNG .....</b>	<b>76</b>
<b>EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG .....</b>	<b>77</b>
<b>ANHANG .....</b>	<b>78</b>
<b>LEBENS LAUF .....</b>	<b>78</b>
<b>TABELLE 6&amp;7: .....</b>	<b>78</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS:.....</b>	<b>80</b>
<b>SYNTAX: .....</b>	<b>83</b>

## 1. Zusammenfassung

Ziel dieser Dissertation ist die Analyse von Patientenzufriedenheitsbewertung nach Einführung eines neuen Behandlungskonzeptes in der stationären Psychiatrie, dem „Weddinger Modell“. Zusätzlich wurde in diesem Zusammenhang der Einfluss von Hauptbezugspersonen und Diagnosegruppen auf die Patientenzufriedenheitsbewertung untersucht. Das „Weddinger Modell“ integriert innovative Ansätze, wie Recovery und Trialog in das stationäre Setting. Der Patient als Experte seiner eigenen Erkrankung soll im gleichberechtigten Trialog mit Angehörigen und Professionellen durch individuelle Krankheitskonzepte mit Selbstwirksamkeitserfahrung zu Krankheitsakzeptanz und -bewältigung finden.

Um Unterschiede in der Patientenzufriedenheitsbewertung festzustellen, wurden eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe innerhalb des St. Hedwig Krankenhauses Berlin gebildet. Die Kontrollgruppe wurde dabei vor der Einführung des „Weddinger Modells“, im Sinne einer historischen Kontrollgruppe (prä Intervention) und die Interventionsgruppe nach Einführung (post Intervention) befragt und anschließend verglichen. Außerdem wurde die Kontrollgruppe durch Befragungen in zwei externen Krankenhäusern ergänzt, um einen krankenhausesinternen Bias zu vermeiden. Die Patientenzufriedenheitsbewertung fand in der Selbstbewertung, sowie aus Sicht der professionellen Mitarbeiter statt. Insgesamt befanden sich 85 Patienten und 77 Professionelle in der Interventionsgruppe und 227 Patienten und 225 Professionelle in der Kontrollgruppe. Als Messinstrumente dienten der "Weddinger Patientenzufriedenheitsfragebogen (WPAZ)" und der "Working Alliance Inventory" (WAI), aus welchen mithilfe einer Faktoranalyse Summenscores gebildet wurden. Mithilfe eines Kruskal-Wallis-Tests wurden für diese Summenscores im paarweisen Vergleich in der Follow-up Analyse mit adjustierten p-Werten keine signifikanten Unterschiede für den durch Patienten bewerteten WPAZ- Summenscore ermittelt. In der Patientenzufriedenheitsbewertung durch Professionelle ergab die Follow-up Analyse durch paarweise Vergleiche signifikante Unterschiede zwischen der krankenhausesinternen Kontroll- und Interventionsgruppe des St. Hedwig Krankenhauses (adjustierter p-Wert=0,001), sowie zwischen Interventionsgruppe und einer der externen Kontrollgruppen (adjustierter p-Wert=0,014). Einflüsse auf die Patientenzufriedenheit

durch soziale Unterstützung oder die Hauptdiagnose nach ICD-10 Kategorie konnten mithilfe eines Kruskal-Wallis Tests ausgeschlossen werden.

Der Working Alliance Inventory-Fragebogen (WAI) wurde als Kontrollfragebogen für sämtliche Rechnungen mitgeführt und ergab mit dem WPAZ- Summenscore in der Korrelationsanalyse nach Pearson einen signifikanten Zusammenhang ( $r=-0,643$ ,  $[-0,72, -0,55]$ ,  $p<0,001$ ).

Schlussfolgernd ist das „Weddinger Modell“ bislang nicht mit einer statistisch signifikant höheren Patientenzufriedenheit in der Selbstbewertung verbunden. Die Komplexität des Modells erfordert eventuell einen längeren Zeitraum zur vollständigen Etablierung, da es einen Paradigmenwechsel im Denken und Handeln aller Beteiligten voraussetzt. Die statistisch signifikant höher bewertete Patientenzufriedenheit aus Sicht der Professionellen der Interventionsgruppe könnte ein Hinweis auf die Zunahme an Zufriedenheit am Arbeitsplatz sein. Angehörigenarbeit sollte vermehrt in stationär psychiatrische Therapieprozesse integriert werden, um von therapeutischen und protektiven Effekten sozialer Netzwerke zu profitieren. Zusammenfassend integriert das „Weddinger Modell“ innovative Konzepte und ist Diagnosen übergreifend anwendbar.

## 1. Abstract

The objective of this study was to measure patient satisfaction after establishing the "Weddinger Modell", a new inpatient treatment concept in the St. Hedwig hospital in Berlin. Furthermore the impact of the psychiatric diagnosis and relatives on patient satisfaction of was evaluated. The model integrates innovative approaches, such as Recovery and Dialog in the inpatient setting. It aims to lead patients to acceptance, self-efficacy and problem- related coping concerning their disease while being in equal communication with relatives and staff members.

With the help of two questionnaires, patients and their staff members rated patient satisfaction. To find differences in patient satisfaction one group was interviewed before establishing the "Weddinger Modell" and an additional group was interviewed after, in order to create a control group and a treatment group. To avoid any hospital associated bias, the control group included test patients and their staff members from external hospitals. 614 respondents rated patient's satisfaction, separated in control group (patients=227, employees=225) and treatment group (patients=85, employees=77). With the help of a factor analysis sum scores were computed in order to compare patient satisfaction between control an treatment group.

The Kruskal–Wallis one-way analysis of variance showed in pairwise comparisons with adjusted p-values no significant difference between control and treatment group, rated by patients. Furthermore for the St. Hedwig hospital, the pairwise comparison with adjusted p-values presented significant differences for staff members between control and treatment group (adjusted  $p=0,001$ ) as well as for the staff members of the treatment group in comparison with an external hospital (adjusted  $p=0,014$ ). Kruskal-Wallis tests showed no significant differences for the sum score level neither for the existence of relatives nor for the type of diagnosis (by ICD-classification).

The "Working Alliance Inventory" questionnaire was used to monitor the findings. Pearsons correlation analysis showed significant results for the two sum scores ( $r=-0,643$  [-0,72, -0,55],  $p<0,001$ ).

The new concept "Weddinger Modell" was statistically not associated with greater patient satisfaction until now. However, there was only a short period of time to

establish a complex model including a paradigm shift in the inpatient psychiatric treatment. The higher rated sum scores of staff members in the treatment group could indicate a greater job satisfaction. The active involvement of relatives should be better integrated into therapeutic processes to benefit from social integration as a therapeutic and preventive aspect.

The "Weddinger Modell" shows universal practicability for all psychiatric diagnoses while integrating innovative concepts.

## **2. Das „Weddinger Modell“ - Resilienz und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext<sup>1</sup>**

Mithilfe des "Weddinger Modells" soll eine Änderung der Sichtweise in der Psychiatrie ermöglicht werden. Zentral ist hierbei die konsequente Veränderung bestehender stationärer, tradierter Strukturen in der Psychiatrie. Obwohl es primär eine Umstrukturierung der stationär psychiatrischen Versorgung beinhaltet, besteht gleichzeitig ein Zusammenwirken mit dem Modell der integrierten Versorgung.

Der Name leitet sich von dem Einzugsgebiet des Stadtteils Berlin Wedding ab, meint aber dennoch eine universelle Anwendbarkeit für alle stationär- psychiatrischen Einrichtungen. Im Mittelpunkt des „Weddinger Modells“ steht der personenzentrierte, ressourcenorientierte Ansatz, welcher ein partizipatives Behandlungskonzept zwischen Patienten, Angehörigen und Professionellen ermöglichen will. Diese Entkopplung von starren, diagnose- und symptomfokussierten Ansätzen hin zu individualisierter Problemlösung und alternativen Genesungsprozessen sollen die Therapieeffizienz erhöhen und die Zufriedenheit aller Beteiligten steigern. Es handelt sich insgesamt unter Berücksichtigung praktischer und theoretischer Anteile nicht um ein feststehendes Konstrukt, sondern ist durch Dynamik und Flexibilität gekennzeichnet und durch seine Komplexität wissenschaftlich bislang noch nicht vollends erfasst.

Eines der Hauptziele ist die Individualisierung von Krankheits- und Genesungsprozessen und damit einhergehend die Initiierung eines nachhaltigen Wandels in der stationär psychiatrischen Therapie. Die weiteren Hauptziele des "Weddinger Modells" lassen sich nach Mahler et al. " Das Weddinger Modell- Resilienz und Ressourcenorientierung im Klinischen Kontext" (2014) wie folgt zusammenfassen:

- durchgehend dialogische und multiprofessionelle Therapieplanung und -gestaltung
- ressourcen- und resilienzierte Therapiekonzepte
- absolute Transparenz dem Patienten gegenüber und aller beteiligte Berufsgruppen untereinander bezüglich der Therapie



- maximale Einbeziehung der Patienten in ihren Behandlungsprozess
- Verbesserung von Therapieeffizienz und Zufriedenheit der Dialogpartner (Betroffene, Angehörige, Behandler)
- Fokussierung auf ambulante Behandlungsstrategien vor stationären Therapien und eine optimierte Verzahnung beider Systeme
- permanente Progression und Nachhaltigkeit in der Weiterentwicklung des Konzeptes
- Umsetzung des Konzeptes in allen Bereichen (ambulant und stationär) und Stationen der psychiatrischen Klinik
- kontinuierliche multiprofessionelle Schulungen aller Mitarbeiter

Zur Erreichung dieser Ziele ist die "richtige" Kommunikation mit dem Patienten unabdingbar. Dabei stehen Authentizität, Empathie, therapeutischer Halt, Beständigkeit, geteilte Verantwortung, das Herausarbeiten von Berührungspunkten im Sinne von Gemeinsamkeiten, aber auch das Darstellen und Berücksichtigen von Divergenzen als Maxime der täglichen Arbeit. Auch die Darstellung eigener Grenzen des Personals ist für die therapeutische Beziehung von Bedeutung. Wichtig ist die Erwartungshaltung des Personals im Sinne von beeinflussendem Verhalten kritisch zu reflektieren und durch Neubewertungen zu hinterfragen. Partizipation und Partnerschaft sollten nicht als Therapietreue und Compliance interpretiert werden<sup>1</sup>.

Als Ansatz wird zusammenfassend eine multiprofessionelle Grundhaltung verfolgt, welche bereits bestehende "psychotherapeutische und konzeptionelle Ansätze"<sup>1</sup> integriert. Des Weiteren ist eine praxisnahe Orientierung zentrales Element, dass dementsprechend bereits gesammelte, praktische Erfahrungen in der Konzeptualisierung berücksichtigt. Damit wird das, durch unterschiedliche Personengruppen gewonnene Erfahrungswissen, mit in die klinische Forschung integriert und möchte andere Forschungsgruppen für eine praxisnahe, klinische Forschung ermutigen. Diese Beachtung unterschiedlichster Perspektiven, die Nähe zur Praxis, sowie die Verknüpfung mit verschiedensten modernen Konzepten stellt eine Innovation in der stationären psychiatrischen Behandlung dar. Die Schwerpunkte liegen

bei einem patientenzentrierten, ressourcenorientierten, triologischen, multiprofessionellen Arbeiten. Zusätzlich versucht das "Weddinger Modell" einen Raum für Individualität, Subjektivität und Authentizität zu kreieren<sup>1</sup>. Mit der Individualisierung von therapeutischen Konzepten einhergehend weisen die Autorinnen auf die Gefahr hin, langjährige Krankheitsverläufe mit einer Chronifizierung und einer stagnierenden Identitätsentwicklung gleichzusetzen. Doch jeder Mensch durchlebt einen Entwicklungsverlauf seiner Persönlichkeit unabhängig von seiner Erkrankung und besitzt einen Anspruch seine Identität weiterzuentwickeln. Ebenso besitzt er ein Recht, seine Krankheitserfahrung zu integrieren. Der dafür benötigte Raum wird im klinischen Kontext häufig nicht mehr gewährleistet. Ziel ist die Förderung und Aufrechterhaltung dieser Entwicklungsprozesse unabhängig von der Krankheitssituation. Zudem ist die konsequente kritische Reevaluierung von Diagnosen nach Krankheitssymptomen, Behinderung und Zeitkriterien notwendig. Besonders bei langjährigen Krankheitsverläufen sollten außerdem vereinfachte Erklärungsmodelle vermieden werden, da sie zu Resignation und schlimmstenfalls zur Selbstaufgabe führen könnten. In diesen Fällen wird die Krankheit dann unter Umständen als unüberwindbar wahrgenommen, was bei dem Betroffenen zur Aufgabe seiner aktiven Patientenrolle und damit einhergehend mit einem Verlust von Verantwortung und Sinnhaftigkeit seiner Behandlung verbunden ist. Zusammenfassend sind Modelle zur Entstehung psychiatrischer Krankheiten sehr vielschichtig, eine Simplifizierung sollte aufgrund potentieller negativer Effekte auf den Betroffenen möglichst vermieden werden<sup>1</sup>.

Der Erfolg seiner Anwendbarkeit setzt nicht nur ein konsequentes Umdenken des Personals voraus, sondern verlangt ebenso eine Akzeptanz aller Beteiligten, dass es sich dabei um einen langwierigen Prozess handelt. Die Initiatorinnen des Konzeptes sehen das „Weddinger Modell" als eine Form der Inklusion, welche „die Anpassung der Strukturen an die Bedürfnisse und nicht die Anpassung der betroffenen Personen an die Strukturen fordert"<sup>1</sup>.

Die konsequente Anwendung der o. g. Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung ermöglicht wiederum die Umsetzung einer "integrierten Versorgung, eine Behandlerkontinuität im Sinne eines multiprofessionellen Bezugsteams, sowie eine Priorisierung des ambulanten Sektors"<sup>1</sup>.

Die Integration bereits bestehender, innovativer Ansätze in der Psychiatrie sind zentraler Bestandteil des „Weddinger Modells“<sup>1</sup>. Daher wurden der Dialog, sowie die Recovery- und Empowerment- Konzepte, in denen Resilienz- und Ressourcenorientierung eine zentrale inhaltliche Rolle spielen, in das Modell aufgenommen. Zusätzlich sind auch Grundsätze des „Need Adapted Treatment“ bzw. des „Offenen Dialogs“ Teil des „Weddinger Modells“.

### *2.2.1. Theoretische Hintergründe des „Weddinger Modells“*

Durch die Aufnahme des „Dialogs“, sowie der „Recovery“- und „Empowerment“-Elemente und des „Offenen Dialogs“ in das stationäre Behandlungsmodell können die Bedürfnisse, Ziele und Lebenspläne des Patienten besser verstanden und bestmöglich aus seiner Sicht bewertet werden.

#### *2.2.1.1. Dialog*

Ursprünglich wurde das Arbeiten im „Dialog“ 1989 in Hamburg von D. Buck und T. Bock als Psychoseseminar für den außerstationären Bereich entwickelt und von Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Professionellen bzw. Interessierten praktiziert<sup>2</sup>. Anfangs als Dialog zwischen Psychiatern und Patienten angelegt, fand bald eine Öffnung des Seminars für alle Interessensgruppen, z. B. Angehörige oder andere psychiatrische Berufsgruppen statt. Auf der Basis des „Dialogs“ existiert ein respektvolles Miteinander, welches das gegenseitige Verständnis fördert und die Perspektive der anderen nachvollziehbarer werden lässt. Die Rahmenbedingungen sehen ein Treffen an einem neutralen Ort, außerhalb von Selbsthilfeorganisationen und Klinikgebäuden vor<sup>3</sup>. Amering<sup>4</sup> beschreibt in „Dialog- an exercise in communication between consumers“ den „Dialog“ als Lernort für eine patientenzentrierte Arbeit, welche eine intensive Kollaboration zwischen Klienten und ihren Angehörigen, sowie Professionellen voraussetzt. Außerdem können an diesem neutralen Ort praktisch die

Interaktion und die Überwindung von Rollenstigmata hin zur Gleichberechtigung trainiert werden<sup>5</sup>.

Eine Grundregel in der Kommunikation ist die Aufhebung der klassisch paternalistischen Arzt- Patienten- Beziehung. Die Moderation wechselt dementsprechend gleichberechtigt zwischen den Subgruppen. Die Themen werden von der Gruppe frei diskutiert und gewählt, meist handeln die Psychoseseminare von den Erfahrungen mit Psychosen und deren Behandlung. Binder<sup>6</sup> berichtet in „Der Dialog in Theorie und Praxis“ (2008) über Schwierigkeiten in der Kommunikation. So gilt es einerseits den Standpunkt des Anderen nachzuvollziehen, andererseits seine eigene Position nicht zu vergessen. Ein „konstruktives Miteinander, Abgrenzungsprobleme und Interessenskonflikte“ zu erkennen und zu lösen führt nachhaltig zu einem tieferen gegenseitigen Verständnis.

Nach „Dialog und Psychosenpsychotherapie“ (2012) von Bock et al.<sup>7</sup> fand der Dialog bislang tatsächlich nur Anwendung durch Integration in die Arbeit des ambulanten Sektors, z. B. durch Übernahme von Behandlungsvereinbarungen oder Antistigmatakampagnen, wie „Irren ist menschlich“. So ist bislang trotz bundesweiter Etablierung von Psychose-Seminaren, der Organisation von Dialog in Verbänden oder der Entwicklung der dialogischen Psychosenpsychotherapie<sup>7</sup> keine Anwendung des Dialogs im stationären Bereich erfolgt. Unter Berücksichtigung der Erfolgsgeschichte des Dialogs<sup>8</sup> fand dies nun im Konzept des „Weddinger Modells“ statt. Grundlage hierfür bildeten die stationär-psychiatrischen Erfahrungen im therapeutisch-dialogischen Miteinander von Patienten, Angehörigen und Professionellen des St. Hedwig Krankenhauses Berlin. Die ständige und aktive Einbeziehung aller wichtigen Bezugspersonen des Patienten stehen hierbei im Mittelpunkt der stationären Anwendung des Dialogs mit dem Ziel, mithilfe der dialogischen Kommunikation das gegenseitige Verständnis zu fördern und eine langfristige Stabilisierung zu erreichen<sup>1</sup>. Das "Weddinger Modell" versucht z. B. im Falle einer stationären Intervention das gewohnte Lebensumfeld des Patienten so intensiv wie möglich in den Behandlungsalltag miteinzubeziehen. Diese "Öffnung der stationären Therapie nach außen" ermöglicht dem Patienten bei Konflikten mit Bezugspersonen nachhaltige Lösungsansätze zu entwickeln und erhöht die Wahrscheinlichkeit einer langfristigen

Stabilisierung<sup>1,9</sup>. Das zentrale Element hierbei ist jedoch eine dialogische, also gemeinsame Problembewältigung.

Der Dialog ist weiterhin, neben Resilienz und Empowerment ein wichtiger Bestandteil des Recovery-Ansatzes<sup>10</sup>.

### 2.2.1.2. Recovery

Recovery ist eine Orientierung in der Psychiatrie, welche sich in den letzten Jahren auch in Deutschland als theoretisches Konstrukt in der psychiatrischen Versorgung etablieren konnte<sup>11</sup>. Der Begriff kann vielbedeutend erklärt werden. Der Ansatz von Schrank und Amering deutet „Recovery“ einerseits symptomfokussiert, andererseits personenzentriert. Damit sei entweder eine Genesung hin zum Zustand vor Erkrankungsbeginn, oder im besten Falle sogar eine Verbesserung der Lebenssituation gemeint<sup>12</sup>.

Eine zweite, von Psychiatrie-Erfahrenen geprägte Definition von „personenzentrierter Recovery“ beschreibt das Umgehen mit der Erkrankung und dem Krankheitserleben<sup>13,14</sup>. Es wird ein geeigneter Weg für das eigene Leben gesucht, dies setzt jedoch keine völlige Heilung voraus. Daher ist ein Bestehen der Krankheitssymptomatik durchaus möglich und akzeptiert. Der Betroffene findet dabei einen Weg, in seinem sozialen Umfeld dennoch zu funktionieren. Diese ganzheitliche Ansicht von einem Leben zwischen den Extremen von Krankheit und vollständiger Gesundheit kann den Betroffenen Hoffnung spenden und sie in ihrer persönlichen Akzeptanz stärken. Auch Kriseninterventionen in der Akutpsychiatrie können Teil der „Recovery“ sein<sup>15</sup>.

Im Literaturreview von Onken et al. (2007) ist ein Überblick über derzeit entwickelte Definitionen und Charakteristika des Recovery“- Begriffs zusammengestellt<sup>16</sup>.

Innerhalb des „Weddinger Modells“ findet der Recovery Ansatz unter Mithilfe eines Multiprofessionellen Bezugstherapeutenteams Anwendung bei der eigenen Zielfindung und -setzung, sowie zur Stärkung von persönlichen Ressourcen. Zentral ist hierbei die Unterstützung der Eigenverantwortung des Patienten, um möglichst selbstständig oder, falls erforderlich unter Mithilfe Entscheidungen zu treffen<sup>1</sup>. Es wird außerdem eine Entkopplung der Psychiatrie von diagnosefokussierten Behandlungszielen hin zur Nutzung innerer und äußerer Expertisen der Patienten angestrebt. In Anlehnung an die personenzentrierte Recovery können Krankheit und Gesundheit als fließende, ineinander übergehende Zustände verstanden werden und schließen einander nicht aus<sup>1</sup>. Somit wird eine Integration von Krankheitserfahrung in das eigene Leben ermöglicht. Krankheitsverläufe sollten außerdem als Prozess vermittelt werden, welche einer ständigen Entwicklung unterliegen und demnach wandelbar und überwindbar sind. Recovery kann darüber hinaus der Stärkung zwischenmenschlicher, v. a. therapeutischer Beziehungen dienen<sup>17</sup>. Dabei erfährt der Patient durch die Übernahme von Eigenverantwortung über das eigene Dasein die Erreichung individueller Lebensziele, Motivation und Hoffnung. Diese Erfahrung stärkt auch das Vertrauen in den Behandlungsprozess<sup>18</sup>.

Perspektivisch möchte das „Weddinger Modell“ dem Patienten auf seinem Weg in ein selbstbestimmtes Leben helfen, die eigene Fürsorge und ein positives Selbstbild fördern. Dies wird durch eine grundsätzlich positive, therapeutische Grundhaltung allen Menschen gegenüber unterstützt. Bereits bestehende, eigene Heilungskonzepte des Patienten sollten aktiv in die Therapie eingebracht werden und damit die Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt werden<sup>1</sup>. Diese positiven Grundannahmen müssen durch das gesamte multiprofessionelle Team gestützt und getragen werden. Zusätzlich erfolgt eine Stärkung der Selbsthilfe durch therapeutische Maßnahmen und Eingliederung in soziale Netzwerke außerhalb des stationären Settings. Als wichtigste Maxime gilt die Entscheidungsfindung durch den Betroffenen selbst ohne Abnahme bzw. Übernahme dieser.<sup>1</sup> Dies setzt jedoch die Bereitschaft zur Veränderung der eigenen Sichtweise im Personal voraus.

### 2.2.1.3. Resilienz

Auch die Stärkung von Resilienz als Widerstandskraft gegen die eigene Erkrankung ist in den Recovery- Ansatz integriert, wird aber auch im Empowerment Konzept berücksichtigt<sup>4,12,19,20</sup>. Resilienz wird klar im "Weddinger Modell" fokussiert und meint die klare Abwendung vom defizitär und krankheitsorientierten, symptomfokussierten therapeutischen Ansatz. Dabei sollte der Patienten auf eigene Empfindungen sensibilisiert werden, da vorher häufig der „emotionslose Patient als stabiler Patient" betrachtet wurde<sup>1</sup>. Für den Betroffenen entstand daraus die Schlussfolgerung, dass seine Emotionen Teil des Krankheitsbildes seien und dementsprechend versuchte er diese zu unterdrücken. Einerseits resultiert daraus eine Abhängigkeit von Medikation und Therapeuten, andererseits findet keine psychisch- emotionale Krisenbewältigung statt. Resilienz versucht diesem Teil der eigenen Krankheitsverarbeitung Beachtung zu schenken.

Es geht in der Resilienz- und Ressourcenorientierung um eine Konzentration und Nutzung vorhandener Ressourcen und Copingstrategien, sowie deren Stärkung, um Selbstwirksamkeit und Kontrolle der eigenen Lebenssituation erfahrbar zu machen, andererseits aus einem problembehafteten Kontext zu lernen und nachhaltig gestärkt daraus hervorzugehen. Der zentrale Fokus liegt darauf, ein aktive Patientenrolle einzunehmen, um Passivität und Selbststigmatisierung überwinden zu können. Auch hier ist eine Individualisierung des therapeutischen Konzeptes unabdingbar und damit einhergehend die persönliche Weiterentwicklung mit dem langfristigen Ziel, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können und Verantwortung für die eigene Lebenssituation zu übernehmen. Die Bewältigung einer Krankheitssituation bzw. eine innere Kraft aus einer solchen Lebenslage zu entwickeln, initiiert gleichzeitig Hoffnung bei dem Betroffenen<sup>1</sup>. Diese damit verbundene Grundhaltung muss aktiv durch den Behandelnden gestärkt werden, darf jedoch andererseits nicht zu einer falschen Erwartungshaltung führen. Die Schaffung von Hoffnung unabhängig von einer symptomorientierten Heilung versucht das "Weddinger Modell" durch einen Perspektivwechsel zu erreichen<sup>1</sup>. Dieser beinhaltet, dass eine Verbesserung der Lebenssituation nicht unbedingt eine Symptomreduktion implizieren muss und einem

langanhaltenden, immerwährenden Prozess unterliegt. Auch sollte der Behandelnde seine Perspektive in Bezug auf den Betroffenen wechseln und eine solche Steigerung von Lebensqualität bei dem Patienten als für ihn nicht immer offensichtlich wahrnehmbar akzeptieren.

Für die Umsetzung sind organisatorische Elemente, wie absolute Transparenz in jedem Behandlungssetting zu gewährleisten. Als Nebeneffekt kommt es dabei durch gemeinsam getroffene Absprachen im Multiprofessionellen Bezugstherapeutenteam (MBT) zu Zeitoptimierung und Effizienzsteigerung im stationären Alltag.<sup>1</sup> Zudem schafft es die Grundlage für eine ausgewogene Beziehung zwischen Patient und Therapeut und ermöglicht die Überwindung einer Hierarchie im Sinne eines paternalistischen Konzeptes zwischen Betroffenen und Behandlern. Zusätzlich dient die uneingeschränkte Transparenz des Behandlungskonzeptes als Basis einer ebenbürtigen therapeutischen Beziehung<sup>21</sup>.

#### *2.2.1.4. Empowerment*

„Empowerment“ wurde aus der englischsprachigen Wissenschaft übernommen und beschreibt die Emanzipation einer benachteiligten sozialen Gruppe in die völlige Gleichberechtigung. Der Begriff schließt Aktivismus, Kontrolle, Kraft, Optimismus und Lebensqualität der sich engagierenden Betroffenen mit ein<sup>22</sup>. Er bedeutet sowohl die aktive Teilnahme der Psychiatrie-Erfahrenen am Dialog, als auch die psychiatrische Planung und Gestaltung der jeweiligen regionalen Verbände. Die Nutzer psychiatrischer Netze schließen sich im Sinne des „Empowerments“ von Selbsthilfegruppen bis hin zum Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener zusammen<sup>23</sup>. Es wird schlussfolgernd eine völlige Inklusion aller Menschen in die Gesellschaft angestrebt. Kernelemente zur Realisierung von „Empowerment“ im Umgang mit den Klienten sind die Förderung einer ressourcenorientierten Denkweise, Selbstbestimmung, Mitsprache in der Behandlung, Selbsthilfe im Sinne einer alleinigen oder gemeinsamen Krisenbewältigung, Mitbestimmung in allen Bereichen der Gemeindepsychiatrie, politisches und soziales



Engagement der Patienten als Bürger in ihrem Viertel, sowie die Beratung von Angehörigen und Professionellen als Experten der eigenen Erkrankung<sup>24</sup>. Des Weiteren wird Empowerment in der Wissenschaft als Konzept gegen Selbststigmatisierung diskutiert. Selbststigmatisierung hat einen starken Einfluss auf den Behandlungsverlauf und -erfolg und kann also mithilfe des Empowerment- Konzeptes beeinflusst werden<sup>22</sup>.

Die Verzahnung mit dem „Weddinger Modell“ zeigt sich in der beschriebenen Inklusion aller Menschen mit der aktiven Einbeziehung des sozialen Umfeldes in therapeutische Prozesse. Selbstbestimmung und die Nutzung sozialer Ressourcen können langfristig zur Krisenbewältigung und Verbesserung der Lebensqualität dienen<sup>1</sup>.

#### 2.2.1.5. „Need Adapted Treatment“ und „Offener Dialog“

In *“The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics”*<sup>25</sup> stellen Seikkula und Olson die finnische Entwicklung des „Offenen Dialogs“ als Teil der bedürfnisangepassten Behandlung („Need-Adapted Treatment“<sup>9,26,27</sup>) vor. Ursprünglich war dieser therapeutische Ansatz Menschen, welche an Schizophrenie litten, vorbehalten. Die Methode befürwortet die absolute Integration des sozialen Umfeldes des Patienten in akute und längerfristige therapeutische Prozesse. Die Gesprächspartner bestehen aus dem Patienten, seinem Multiprofessionellen Bezugsteam und den Angehörigen. Der offene Dialog findet nach Möglichkeit in der häuslichen Umgebung oder am Arbeitsplatz des Patienten statt. Jeder Teilnehmer wird als gleichwertiges Mitglied in dieser Partnerschaft wahrgenommen. Diese sogenannten „Therapieversammlungen“ finden so lange täglich statt, wie dies nötig ist bzw. bis die Symptome des Patienten abklingen. Die grundlegende Gesprächstechnik versucht die Psychose des Patienten nach außen zu verlagern und sie nicht nur als eine innere Erfahrung zu belassen.

Folgende sieben Prinzipien formulierten Seikkula et al. für den „Offenen Dialog“:

1. Frühintervention bei Krisen innerhalb der ersten 24 Stunden bzw. sofortige Hilfe

2. maximale Integration des sozialen Netzwerkes als Ressource und Partner im Recovery- Prozess (nach Gleeson, Jackson, Stavely, & Burnett, 1999, p. 390)
3. bedürfnisadaptierte Behandlung durch individualisierte Therapie
4. Prozessdenken und gemeinsame Entscheidungsfindung
5. Vertrauen schaffen durch das Aushalten von Unsicherheit,  
z.B. sicherheitsvermittelnde Diagnosefindung durch Professionelle vermeiden
6. Konstanz von Gesprächspartnern und therapeutischer Methode
7. gemeinsames Nachdenken führt zu gegenseitigem Verständnis und einem flexiblen, „offenen“ Dialog

In einer 5-jährigen Vergleichsstudie der Autoren konnte belegt werden, dass die Gruppe im Behandlungspfad „Offener Dialog“ seltener stationär aufgenommen werden musste und nur in 35% der Fälle Neuroleptika im Krisenfall gegeben wurden<sup>28</sup>.

Ein großer Vorteil der Methode scheint die erleichterte Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungssysteme für Familienmitglieder Betroffener zu sein<sup>9</sup>. Da der „Open Dialogue“ den Anspruch erhebt, möglichst das gesamte soziale Netzwerk des Patienten in den therapeutischen Prozess zu integrieren, sinkt die Belastung der Familie. Die Integration der Krise in das natürliche Lebensumfeld fördert soziale Inklusion und verringert außerdem eine Stigmatisierung. Laut Seikkula et al.<sup>26</sup> hatten im 5-Jahres-Follow-up nur 14% einen Erwerbsunfähigkeitsstatus, in der Kontrollgruppe waren es 27%. Daraus resultieren Compliance und gute therapeutische Ergebnisse mit u. a. vollständiger Remission.

„Need- adapted treatment“ kann nach Aderhold et al. auch in Deutschland als Methode etabliert werden, um stationäre Aufenthalte zu reduzieren, die Anwendung von Neuroleptika zu senken und eine Steigerung des Behandlungserfolgs durch die natürliche Integration der Angehörigen in den Krankheitsprozess zu erzielen<sup>9,27</sup>. Derzeit laufen Studien zur Anwendbarkeit des „Offenen Dialogs“ auf weitere psychiatrische Erkrankungen.

Das "Weddinger Modell" weist viele Gemeinsamkeiten mit dem Modell der Integrierten Versorgung bzw. dem "Need- adapted treatment" auf. Die Einbeziehung sozialer Netzwerke des Patienten findet innerhalb des „Weddinger Modells" konkrete Anwendung in der Einbeziehung der Angehörigen bzw. Bezugspersonen von Beginn an. Zudem findet dies Anwendung im Rahmen von Netzwerkgesprächen zur Entlassplanung, um eine poststationäre Unterstützung für den Patienten zu realisieren und sein Umfeld weitestgehend in den Therapieprozess zu integrieren. Mithilfe der „Offene Dialog“ aller Beteiligten wird die Entwicklung gemeinsamer Lösungsstrategien fokussiert<sup>1</sup>.

Des Weiteren werden im Sinne des „Need Adapted Treatment“ möglichst unterschiedliche Therapieformen im „Weddinger Modell“ angeboten, um ein Gesamtkonzept für den Patienten erstellen zu können<sup>9</sup>. Es wird also ein intensiver Fokus auf äußere Strukturen gelegt, welche das Umfeld weitestgehend miteinbeziehen. Grundsätzlich ist eine klare Formulierung von Therapiezielen durch den Betroffenen und ein damit verbundener "Behandlungsauftrag" entscheidend<sup>1</sup>. Zur Umsetzung nutzt das "Weddinger Modell" unter anderem Elemente aus der Systemischen Therapie. Sie hat Ähnlichkeiten mit dem "Need Adapted Treatment". Die Systemische Therapie sieht "interpersonelle Zusammenhänge als Grundlage für Diagnose und Therapie von seelischen Beschwerden und interpersonellen Konflikten"<sup>1</sup>.

Darüber hinaus sind Psychoseteams und Netzwerkgespräche innerhalb des "Weddinger Modells" in Planung, um in Momenten der Psychose die damit empfundene, fehlende Autonomie und die häufig unklaren, wechselnden Rollen innerhalb des häuslichen Systems durch intensivierte Krankheitsverarbeitung bzw. Vertiefung mit dem Krankheitsgeschehen für alle Beteiligten verständlicher zu machen.

#### *2.2.1.6. Salutogenese*

Das Prinzip der Salutogenese wurde in den 70er und 80er Jahren von dem medizinischen Soziologen A. Antonovsky entwickelt<sup>29</sup>. Er führte eine neue Perspektive auf eine bislang praktizierte Krankheitsfokussierung ein, indem er den Blickpunkt hin zu

den Kapazitäten und Ressourcen zur Erhaltung von Gesundheit und weg von der Krankheit brachte. Zentrale Elemente der salutogenetischen Entwicklung sind die Problemlösung und die Fähigkeit zur Nutzung eigener Ressourcen. Gesundheit wird in diesem Kontext als fließendes Kontinuum verstanden, welches sich zwischen den Polen der totalen Krankheit (dis-ease) und totalen Gesundheit (ease) bewegt. Diese Zustände zu verstehen und gleichzeitig die eigenen, verfügbaren Ressourcen nutzen zu können, beschreibt den in der Salutogenese geprägten Begriff des Kohärenzgefühls (Sense of Coherence/SOC)<sup>30</sup>. Damit ist also die Einschätzung des eigenen Lebens und das Vermögen, auf stressreiche Situationen adäquat zu reagieren, gemeint. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus den drei Elementen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutung bzw. Sinnhaftigkeit zusammen<sup>29</sup>.

Mit Verstehbarkeit ist die kognitive Fähigkeit gemeint, einen externen oder internen Stimulus in eine folgerichtige, klare, strukturierte Information umzuwandeln und nicht als Chaos wahrzunehmen<sup>1,29</sup>.

Unter Handhabbarkeit versteht man in diesem Zusammenhang die innere Sicherheit, das eigene Urvertrauen, dass man über Ressourcen verfügt, welche den Anforderungen der gesetzten Stimuli jederzeit gerecht werden können<sup>30</sup>.

Das Gefühl von Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens schafft nach dem Konzept der Salutogenese die notwendige Bereitschaft sich den Anforderungen und Problemen täglich zu stellen und die Motivation dafür, in diese Aufgaben Energie zu investieren und sie als Herausforderungen und nicht als Belastung wahrnehmen zu können<sup>29</sup>.

Die Vernetzungen mit dem "Weddinger Modell" liegen in der individuellen Betrachtung des Menschen und der Ressourcenorientierung im Sinne von spezifischen, protektiv wirkenden Strukturen zur Krankheitsbewältigung. Darüber hinaus spielt der von Antonovsky geprägte Begriff des "Kohärenzsinn" (Sense of Comprehensibility/ SOC) eine wichtige Rolle in der täglichen Praxis des "Weddinger Modells". Das Gefühl von Verstehbarkeit wird insofern berücksichtigt, als das ein häufig vorherrschendes Chaos interner und externer Stimuli hier gemeinsam mit dem Patienten und dem multiprofessionellen Bezugsteam in eine geordnete Wahrnehmung bzw. einen "sinnhaften Zusammenhang" gebracht wird<sup>1</sup>.

Das zweite Element des Kohärenzsinn, die Handhabbarkeit wird im Rahmen des "Weddinger Modells" durch ein "individuelles Genesungskonzept" mithilfe des multiprofessionellen Bezugsteams unter Anwendung verschiedenster spezifischer Therapieformen gefördert. Auch hier spielt die permanente Ressourcenorientierung und -förderung eine zentrale Rolle für eine nachhaltige Stabilisierung<sup>1</sup>.

Das Gefühl von Sinnhaftigkeit setzt das Vorhandensein von Lebenszielen und Motivatoren voraus. Diese sind aufgrund von Krankheitsprozessen für den Betroffenen häufig nicht mehr klar ersichtlich. Mithilfe des multiprofessionellen Bezugsteams des "Weddinger Modells" müssen sie wieder erarbeitet und für den Betroffenen fühlbar bzw. vorstellbar werden. Es geht zusätzlich zu einer Vorstellung einer sinnhaften Zukunft auch um die Erarbeitung "subjektiver Sinn- und Lebenszusammenhänge der Erkrankung und Symptome"<sup>1</sup>. Durch das Einbetten in einen sinnreichen Lebenskontext wird eine langfristige Genesung gefördert.

Abschließend sei hier die Studie "Sense of coherence and psychiatric morbidity: a 19-year register-based prospective study" von Kouvonen et al kurz vorgestellt, welche die protektive Wirkung eines starken Kohärenzsinn vor psychiatrischen Störungen über einen Zeitraum von 19 Jahren analysierte. Die Stärke des Kohärenzsinn wurde bei allen Teilnehmern mittels Fragebogen zusammen mit weiteren Basisangaben, wie z.B. Geschlecht ermittelt. Von 8029 untersuchten Probanden hatten im genannten Zeitraum 406 einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer psychiatrischen Störung, bzw. aufgrund von suizidalem Verhalten. Hierbei zeigte sich bei einem starken Kohärenzsinn ein um 40% reduziertes Risiko für psychiatrische Störungen. Das Ergebnis wurde durch eine Subkohorte wiederholt dargestellt, welche keinerlei erhöhte psychologische Bedrängnis in der Baseline angaben (Hazard Ratio=0.59, 95% CI 0.40 to 0.86). Zusammenfassend ist ein hoher Kohärenzsinn über einen langen Zeitraum als protektiver Faktor für psychiatrische Störungen ermittelt worden und ist demnach auch in der Integration in das "Weddinger Modell" unabdingbar.

### *2.2.2. strukturelle Veränderungen in der stationären Psychiatrie*

Zur Umsetzung der theoretischen Ansätze des „Weddinger Modells“ war zuerst eine Umstrukturierung der bislang bestehenden stationären Verhältnisse notwendig.

Der Patient im „Weddinger Modell“ ist nunmehr als Mittelpunkt mit seinem individuellen Krankheitserleben und als Experte seiner Erkrankung wahrzunehmen. Sein Wissen kann mithilfe der stationär angebotenen Psychoedukation noch wissenschaftlich ergänzt werden. Der Professionelle fungiert hierbei als Berater. Weitere Mentoren des Patienten bestehen aus einer ihm zugeteilten Bezugspflege, dem zuständigen Psychologen und bedarfsweise Sozialarbeitern, Sporttherapeuten und anderen Mitarbeitern. Sie alle bilden das Multiprofessionelle Bezugsteam (MBT) des Patienten. Die gleichberechtigte Teamstruktur mit Integration aller Behandlungsaspekte des MBTs ermöglicht die Erstellung eines Gesamtbehandlungskonzeptes. Durch die Auflösung der traditionell paternalistischen Strukturen benötigt sie jedoch einerseits die Akzeptanz der psychiatrischen Ärzte Verantwortung an die anderen Teilnehmer des MBTs abzugeben, im Umkehrschluss allerdings auch die Bereitschaft des restlichen MBTs diese zu übernehmen. Als unumgängliche Voraussetzung für die Realisierung o.g. Konzepte verlangt das „Weddinger Modell“ zudem einen konsequenten Haltungswandel des Personals dem Patienten gegenüber.

Die kontinuierliche Beziehung und der ständige Informationsaustausch sind Grundlage der Interaktion zwischen MBT und Betroffenen. Zusammenwirkende Effekte im therapeutischen Setting des Patienten sollen ebenso ermöglicht werden, wie ein gegenseitiges Vertrauen und ein besseres Verständnis füreinander. Nicht zuletzt wirkt die gemeinsame Interaktion aller Dialogpartner (Betroffene, Angehörige und MBT/Professionelle) deutlich zeitsparend, da kongruente Absprachen getroffen werden können und Doppelbotschaften über Dritte vermieden werden. Grundvoraussetzung für dieses vertraute Miteinander sind absolute Transparenz und Behandlerkontinuität<sup>1</sup>.

Das stationäre Setting versucht, z.B. mit offenen Türen oder Ausflügen in das gewohnte Umfeld, so alltagsnah wie möglich zu sein.

Grundlage der therapeutischen Struktur ist die Therapiegestaltung, welche in Therapieplanung und -besprechung gegliedert ist.

Die Behandlungsplanung findet idealerweise mit dem gesamten MBT bei Aufnahme und bei Entlassung statt. Es werden Therapieziele mit dem Patienten eruiert und im Sinne des „Offenen Dialogs“ die aktive Einbeziehung des sozialen Umfelds, sowie des alltäglichen Lebens in den Fokus der Behandlung gerückt. Unter Beachtung des Recovery- Ansatzes wird mit dem Patienten ein individualisiertes Genesungskonzept nach gemeinsamer Eruiierung des Krankheitsgeschehens entwickelt.

Die Integration des „trialogisches“ Ansatzes in das stationäre Setting berücksichtigt die Angehörigen bei der Therapieplanung und ermöglicht somit eine gemeinschaftliche Entscheidungsfindung und einen gleichberechtigten Austausch.

Die Therapieplanung verlangt grundsätzlich eine freiwillige Teilnahme des Betroffenen. Bei akut kranken Patienten kann die Therapieplanung nach Durchführung stabilisierender und deeskalierender Maßnahmen erneut erfolgen. Prinzipiell sollte das MBT dem Patienten das Interesse an seiner Genesung vermitteln und nicht durch komplizierte Therapieansätze zu Verunsicherung und Ablehnung beim Patienten führen. Die letzte Therapieplanung vor Entlassung eruiert ungeklärte Aspekte der Therapie und fokussiert ggf. noch zu organisierende, ambulante Unterstützung. Außerdem dient sie der Widerspiegelung des Therapieerfolgs aus trialogischer und damit teilweise divergenter Sicht.

Insgesamt sollte der stationäre Aufenthalt so kurz wie möglich und so lang wie nötig stattfinden.

Die Therapiebesprechung findet ohne den Patienten im MBT statt, da es sich hierbei um Qualitätssicherung zur Überprüfung der Therapie handelt. Zudem wird sie für administrative Zwecke genutzt.

Die stationäre Visite dient als Forum zur Diskussion von bisherigem, aktuellem und zukünftigem Behandlungsverlauf. Auch sie wird durch die ganzheitliche, „trialogische“ Sichtweise des „Weddinger Modells“ gestaltet. Zur Besserung der intrastationären Kommunikation nimmt nach Möglichkeit das gesamte MBT an den Visiten teil. Dabei

kann der Austausch mit dem Betroffenen gleichermaßen durch Bezugspflege, Psychologen oder anderen Professionellen geführt werden. Die Visite beurteilt kurz den aktuellen Therapiestand, bespricht Termine und den stationären Verlauf. Der Fokus liegt auch hier auf der Unterstützung des Betroffenen, um einen einheitlichen Austausch des aktuellen Behandlungsstandes und derzeitige Behandlungsziele zu schaffen. Auch der Angehörige kann jederzeit nach Zustimmung des Betroffenen aktiver Teilnehmer einer solchen Visite werden. Die oberärztliche bzw. chefärztliche Visite versteht sich im „Weddinger Modell“ als Supervision mit unterstützender Funktion. Oberärzte und Chefärzte können so den Therapieverlauf verfolgen und validieren<sup>1</sup>.

### *2.2.3. Integrierte Versorgung und das "Weddinger Modell"*

Unter Integrierter Versorgung wird in der Psychiatrie eine sektorenübergreifende Vernetzung von stationären, teilstationären und jeglichen ambulanten Behandlungsformen verstanden, welche damit die Behandlungsqualität der Betroffenen steigern möchte. Hierbei ist demnach die organisatorische Einheit von Krankenhaus, und ambulanten Formen, wie die Psychiatrische Insititutsambulanz und alle weiteren sozialen Aspekte, z. B. das Betreute Wohnen möglichst eng miteinander verzahnt<sup>31</sup>. Am Idealsten ist eine zusätzliche Zuordnung eines festen Bezugstherapeutenteams, welches die langfristige Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen gewährleistet. Das bedeutet, dass jede Krise bedürfnisangepasst durch dieses Team begleitet wird, dementsprechend auch jede Behandlungsform durch das Team durchführbar sein muss<sup>1</sup>. Man spricht in diesem Kontext auch von komplexer integrierter Versorgung.

Eine weltweite Anerkennung findet das „Assertive Community Treatment“ (ACT), welches seit über 30 Jahren angewandt wird<sup>32</sup>. Es handelt sich hierbei um eine der bekanntesten Formen komplexer, integrierter Versorgung. Das Konzept basiert auf einem Multidisziplinären Bezugsteam, welches 24 Stunden am Tag über das ganze



Jahr für Betroffene mit schweren psychischen Erkrankungen zur Verfügung steht. Das Programm richtet sich vor allem an Menschen, die kaum oder keine Unterstützung durch andere Dienstleister erfahren. Dabei findet nach Möglichkeit eine Betreuung im sozialen Netzwerk (z. B. am Arbeitsplatz oder zuhause) des Patienten, also außerhalb des Krankenhausaufenthalts statt<sup>33</sup>.

Als Resultat können Hospitalisierungen häufiger umgangen, der Patient in seinem häuslichen Umfeld weitestgehend stabilisiert und damit die Lebensqualität deutlich gesteigert werden<sup>34</sup>. Auch das "Weddinger Modell" versucht die Liegezeiten im stationären Setting so gering wie möglich zu halten<sup>1</sup>.

Aufgrund einer langjährigen Existenz der „Assertive Community Treatments“ (ACT) und fehlender klarer Standards entwickelte sich eine erhebliche Vielfalt in der Anwendung des ACTs<sup>34</sup>. Daher wurden in der ACTA 2013 Eigenschaften eines Multidisziplinären Bezugsteams standardisiert und operationalisiert<sup>1</sup>. Hierbei existieren viele Gemeinsamkeiten mit dem Multiprofessionellen Bezugsteam des "Weddinger Modells". Im "Weddinger Modell" wird z. B. die medizinische Verantwortung, ähnlich dem ACT Team ebenfalls durch das MBT getragen, jedoch hat die psychiatrische Pflege "mehr therapeutische Aufgaben und definiert den Behandlungsprozess mit"<sup>1</sup>. Der therapeutische Schwerpunkt liegt im "Weddinger Modell" stärker auf der akut psychiatrischen Behandlung, jedoch sind ebenfalls ambulante Termine auf Station und manchmal aufsuchende Besuche in der Langzeitbehandlung gegeben. Damit wird auch hier eine sektorübergreifende Betreuung zugelassen. Jedoch liegt hier der deutlichste Unterschied zu der Betreuung des ACT Teams, welche akut und langfristig im häuslichen Umfeld möglich ist<sup>1</sup>. Trotzdem wird auch im "Weddinger Modell" die Entwicklung eines respektvollen, nachhaltigen, langfristigen Vertrauensverhältnis sowohl mit den Betroffenen als auch ihren Angehörigen ermöglicht.

Zusammenfassend wird durch die intensiviertere Nutzung von Synergien zwischen integrierter Versorgung und "Weddinger Modell" eine Minimierung der Krankenhausaufenthalte und eine Stärkung der ambulanten Betreuung fokussiert.

### 3. Hypothesen

#### 3.1. Haupthypothese des „Weddinger Modells“

Zahlreiche sozialpsychiatrische Untersuchungen beschreiben den Erfolg eines personenzentrierten, trialogischen Behandlungsansatzes, sowie den positiven Effekt von Recovery, Empowerment, Resilienz und „Offenem Dialog“ in der Sozialpsychiatrie. Das „Weddinger Modell“ versucht u. a. die Therapieeffizienz und die Patientenzufriedenheit zu steigern, indem es diese, in Kapitel 2.2.1. vorgestellten Konzepte in den Behandlungsalltag integriert. Hieraus ergaben sich folgende Hypothesen, die dieser Arbeit zugrunde liegen:

*Haupthypothese (H<sup>1</sup>) des „Weddinger Modells“ :*

Die Einführung des „Weddinger Modells“ führt zu einer Zunahme an Patientenzufriedenheit. Diese wird im Sinne des „Weddinger Modells“ trialogisch aus Sicht von Patient, Angehörigen und Professionellen bewertet und mithilfe eines dafür entwickelten WPAZ-Summenscores gemessen.

#### 3.2. Nebenhypothesen des „Weddinger Modells“

Ein weiterer Fokus im „Weddinger Modell“ liegt, in Anlehnung an die beschriebenen Konzepte (s. Kapitel 2.2.1.), auf der aktiven Einbeziehung und Stabilisierung sozialer Netzwerke des Betroffenen. Dementsprechend wurde folgende weitere Annahme im Zusammenhang mit Patientenzufriedenheitsbewertung überprüft:

*Nebenhypothese 1 des „Weddinger Modells“:*

Die Patientenzufriedenheit im „Weddinger Modell“ wird durch Faktoren, wie soziale Unterstützung bzw. dem Vorhandensein von Hauptbezugspersonen beeinflusst.

Doch nicht nur der zwischenmenschliche Umgang, sondern auch die psychiatrische Krankheitsdiagnose kann die Patientenzufriedenheit signifikant beeinflussen<sup>35-37</sup>. Daher wurde die Nebenhypothese zwei wie folgt formuliert:

*Nebenhypothese 2 des „Weddinger Modells“:*

Die Höhe der Patientenzufriedenheitsbewertung im „Weddinger Modell“ ist abhängig von der psychiatrischen Erkrankung des Patienten.

## 4. Patienten und Methoden

### 4.1. Studiendesign

Bei der vorliegenden Dissertation handelt es sich um eine kontrollierte, zweiarmige, prospektive quasi-experimentelle Studie mit zeitlicher Kontrollgruppe. Die angewandte soziotherapeutische Intervention lässt aufgrund der bestehenden Zuständigkeitsbereiche von Versorgungssektoren innerhalb Berlins keine zufällige Verteilung von Kontroll- und Interventionsgruppe zu. Demnach erfolgte eine Zuordnung in die jeweiligen Studienarme durch die stationäre Aufnahme nach soziodemografischen und klinischen Parametern in eines der drei teilnehmenden Krankenhäuser.

In der Tabelle 1 werden die drei Krankenhäuser mit ihren Versorgungsbereichen und den teilnehmenden Stationen dargestellt. Außerdem wird ersichtlich, dass die Interventionsgruppe (post Intervention) ausschließlich im St. Hedwig Krankenhaus rekrutiert wurde. Ihre Behandlung erfolgte nach dem neuen therapeutischen Konzept „Weddinger Modell“.

Die Kontrollgruppe wird einerseits von den Studienteilnehmern des St. Hedwig Krankenhauses vor Einführung des "Weddinger Modells" (Prä Intervention) und andererseits von den Probanden der Vergleichskrankenhäuser St. Josef Krankenhaus, sowie Krankenhaus Hedwigshöhe gebildet. Es fand dieselbe Befragung in Kontroll- und Interventionsgruppe statt.

Zur Erhöhung der internen Validität wurde demnach eine prä und post Intervention<sup>38</sup> im Sankt Hedwig-Krankenhaus durchgeführt, indem in den unten aufgeführten Erhebungszeiträumen eine Population vor (Prä Intervention) und eine nach Einführung (Post Intervention) des „Weddinger Modells“ untersucht wurde.

Die aus dem St. Hedwig Krankenhaus teilnehmende Station 34 behandelt Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, bei der Station 35 handelt es sich um eine gerontopsychiatrische Station. Die beiden genannten Stationen 36 und 37 des St. Hedwig Krankenhauses sind allgemeinspsychiatrische Stationen.

Bei den Stationen 2 und 5 vom Sankt Joseph Krankenhaus handelt es sich um akutpsychiatrische Stationen mit dem Schwerpunkt Depression und Psychosen. Im Krankenhaus Hedwigshöhe wurden Probanden der allgemeinspsychiatrischen Station 54 befragt.

Krankenhaus	Versorgungsbereich	Station	Kontroll-Gruppe	Interventionsgruppe
St. Hedwig-Krankenhaus	Stadtteil Wedding	34, 35, 36, 37	Ja (Prä Intervention)	Ja (Post Intervention)
St. Joseph Krankenhaus	Stadtteil Weißensee	2, 5	Ja	Nein
Krankenhaus Hedwigshöhe	Stadtteil Treptow-Köpenick	54	Ja	Nein

Tabelle 1: Charakteristika der Krankenhäuser von Kontroll- und Interventionsgruppe

#### 4.2. Studienpopulation

Als Studienpopulation von Kontroll- und Interventionsgruppe gelten alle stationär und tagesstationär behandelten Patienten psychiatrischer Kliniken der in Kapitel 4.1. beschriebenen Stationen des St. Hedwig Krankenhauses, sowie der beschriebenen Kontrollkrankenhäuser. Neben den Patienten wurden auch Angehörige, nach Einwilligung der Patienten und eigener schriftlicher Einverständniserklärung, in die Studie eingeschlossen. Hierunter zählen alle Hauptbezugspersonen, wie leibliche Verwandte, Lebenspartner, engste Freunde und professionelle Betreuungspersonen.

Die Professionellen bzw. das MBT der psychiatrischen Kliniken wurden ebenfalls als Studienteilnehmer befragt. Dabei ist zu beachten, dass die einzelnen Fragebogenteile von Professionellen unterschiedlicher beruflicher Qualifikationen ausgefüllt wurden. So wurde der WPAZ-Fragebogen zur Untersuchung von Patientenzufriedenheit

(s. *Kapitel 4.3.2.3.*) beispielsweise von der Bezugspflege und der WAI-Fragebogen (s. *Kapitel 4.3.2.1.*) von Ärzten oder Psychologen ausgefüllt.

#### *4.2.1. Einschlusskriterien*

Eingeschlossen wurden alle volljährigen Patienten, welche eine schriftliche Einwilligungserklärung unterschrieben haben und sich länger als 24 Stunden einer stationären therapeutischen Behandlung unterzogen. Außerdem mussten die Probanden über ausreichend kognitive Fähigkeiten verfügen bzw. in der Lage sein, den Studieninhalt und dessen Bedeutung erfassen. Dies wurde mithilfe der Stationsärzte erfasst. Für Angehörige und Professionelle gilt die Einwilligungserklärung des Patienten und seine Bereitschaft darüber, seine Angehörigen zu befragen, sowie die Einwilligung der Hauptbezugspersonen selbst zur Studienteilnahme als Einschlusskriterium.

#### *4.2.2. Ausschlusskriterien*

Von der Studie ausgeschlossen wurden Personen mit manifester Eigen- oder Fremdgefährdung oder solche, die unter schwersten organischen Hirnerkrankungen litten. Als weiteres Ausschlusskriterium ist hier ein zu kurzer stationärer Aufenthalt mit weniger als 24 Stunden zu nennen.

#### *4.2.3. Abbruchkriterien*

Da es sich hierbei um eine quasi-experimentelle Studie handelt, entfällt ein vollständiger Studienabbruch. Die Datenerhebung kann im Einzelfall jedoch jederzeit bei Widerruf der Einwilligung abgebrochen werden. Im Ausnahmefall kann die erhöhte subjektive

Belastung durch die Beantwortung der Fragebögen ein weiteres Abbruchkriterium darstellen, dies wurde durch den Untersucher eingeschätzt.

#### 4.2.4. Stichprobenumfang der Studie „Weddinger Modell“

Die Grundgesamtheit von n=746 Probanden, aufgeteilt in Patienten und Professionelle entspricht dem Originaldatensatz ohne Bereinigung der Daten nach gültigen Fällen. Für die statistische Auswertung wurde der bereinigte Datensatz (s. Kapitel 4.4.1.) mit n=614 Fällen genutzt, davon insgesamt 312 Patienten und 302 Professionelle. Er ergibt sich aus den zu zwei unterschiedlichen Zeiträumen erhobenen Stichproben, welche in Tabelle 2 für die jeweiligen Krankenhäuser für Kontroll- und Interventionsgruppe abgebildet sind. Die erste Erhebung dauerte vom 31.08.2010 bis zum 17.01.2011. Diese fand zur ausschließlichen Rekrutierung der Kontrollgruppe vor Einführung des „Weddinger Modells“ statt. Die zweite Erhebung erstreckte sich vom 04.09.2011 bis zum 16.12.2011. Sie fand nach Einführung des „Weddinger Modells“ statt und umfasste somit Kontroll- und Interventionsgruppe.

Studienpopulation	Proband	St. Hedwig-Krankenhaus	St. Joseph-Krankenhaus	Krankenhaus Hedwigshöhe	Gesamt
Kontrollgruppe	Patient	85	99	43	227
	Professioneller	82	104	39	225
	Gesamt	167	203	82	452
Interventionsgruppe	Patient	85			85
	Professioneller	77			77
	Gesamt	162			162
Gesamt	Patient	170	99	43	312
	Professioneller	159	104	39	302
Total		329	203	82	614

Tabelle 2: Studienpopulation der jeweiligen Krankenhäuser

#### 4.2.5. Teilnahme der Hauptbezugspersonen an der Studie „Weddinger Modell“

Die Teilnahme der Hauptbezugspersonen an der Studie „Weddinger Modell“ war sehr gering. Die Tabelle 3 enthält Angaben über die anamnestisch eruierten Hauptbezugspersonen der Patienten. Hierbei wird ersichtlich, dass von insgesamt 309 statistisch gewerteten Patientenfällen in der Kontrollgruppe (n=144) 63,7% und innerhalb der Interventionsgruppe (n=83) 54,2% keine Hauptbezugspersonen angegeben haben. Am Häufigsten wurde die Familie als Hauptperson mit etwa 19% in beiden Gruppen genannt. Der größte Unterschied bestand in der Häufigkeit der Angaben von Freunden als Hauptbezugsperson. Hier waren es 9,3% in der Kontroll- und 18,1% in der Interventionsgruppe. Am wenigsten wurden die professionellen Helfer mit etwa 8% in beiden Gruppen als Hauptbezugspersonen beschrieben. Bei diesen Angaben ist jedoch die Betrachtung der absoluten Häufigkeiten der Studienpopulation in Kontroll- und Interventionsgruppe zu beachten.

Studienpopulation		Hauptbezugsperson des Patienten im KH*				Gesamt
		keine Angehörigen	Familie	Freunde	professionelle Helfer	
Kontrollgruppe	Anzahl	144	43	21	18	226
	% innerhalb von Studienpopulation	63,7%	19,0%	9,3%	8,0%	100,0%
Interventionsgruppe	Anzahl	45	16	15	7	83
	% innerhalb von Studienpopulation	54,2%	19,3%	18,1%	8,4%	100,0%
Gesamt	Anzahl	189	59	36	25	309
	% innerhalb von Studienpopulation	61,2%	19,1%	11,7%	8,1%	100,0%

Tabelle 3: Anamnestische Angehörige der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes

\*KH=Krankenhaus



4.2.6. Verteilung der ICD- Hauptdiagnosen bei den teilnehmenden Patienten

Mithilfe von Tabelle 4 werden die vier häufigsten Diagnosegruppen der ICD-10 Kategorien F0-F7 abgebildet. Daraus wird ersichtlich, dass 35,4% aller befragten Patienten an Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Krankheiten leiden und damit die häufigste Diagnosegruppe (F2) repräsentieren. Einen weiteren großen Anteil stellen die Patienten mit affektiven Störungen (24,4 %) und solche, die an psychischen Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (19,5%) erkrankt sind. Patienten, mit einer der ICD-Kategorien F0 (1,3%), F5 (0,6%), F6 (3,9%) und F7 (0,3%) oder anderer ICD-Kategorien (0,3%) wurden aufgrund der geringen Fallzahlen nicht abgebildet und von weiteren Untersuchungen ausgeschlossen.

ICD-Kategorie	Studienpopulation	St. Hedwig Krankenhaus	St. Joseph Krankenhaus	Krankenhaus Hedwigshöhe	Gesamt
F1	Kontrollgruppe	25	12	2	39
	Interventionsgruppe	21			21
	Gesamt	46	12	2	60
F2	Kontrollgruppe	27	40	11	78
	Interventionsgruppe	31			31
	Gesamt	58	40	11	109
F3	Kontrollgruppe	20	21	20	61
	Interventionsgruppe	14			14
	Gesamt	34	21	20	75
F4	Kontrollgruppe	3	22	9	34
	Interventionsgruppe	10			10
	Gesamt	13	22	9	44

Tabelle 4: häufigste Diagnosegruppen der Studienpopulation innerhalb der Krankenhäuser

### 4.3. Methodischer Teil

#### 4.3.1. Erhebung von Basisangaben

Die im Folgenden aufgeführten Basisvariablen stellen eine Auswahl der erhobenen Angaben zur befragten Person im Rahmen der Studie „Weddinger Modell“ dar. Sie dienen als Ausschnitt zur Beantwortung von Haupt- und Nebenhypothesen der vorliegenden Promotion.

1. Hauptdiagnose der zu behandelnden Person nach ICD-Nomenklatur
2. Soziale Unterstützung des Betroffenen vorhanden?
3. Gibt es Hauptbezugspersonen? Wenn ja, welcher Art?

Alle weiteren Variablen sind dem Fragebogen (s. Anhang) zu entnehmen.

#### 4.3.2. Beschreibung der Erhebungsinstrumente

##### 4.3.2.1. Fragebogen zur therapeutischen Beziehung- Working Alliance Inventory<sup>39,40</sup>

Der WAI Fragebogen wurde 1989 von Horvath und Greenberg, in Anlehnung an Bordins 1979 entwickelte transtheoretische Herleitung des therapeutischen Bündnisses konzipiert. Bordin beschreibt darin drei Komponenten einer guten therapeutischen Beziehung: das Einverständnis über die Bewältigung einer gemeinsamen Aufgabe, die Zielsetzung und die emotionale Verbindlichkeit, bestehend aus Vertrauen und Akzeptanz.

Der ursprüngliche Fragebogen besteht aus 36 Items, welche sich aus den oben genannten drei Subskalen Aufgabe, Zielsetzung und emotionale Beziehung des therapeutischen Bündnisses zusammensetzen. Jede der drei Subskalen kann dabei für sich einzeln betrachtet oder die gesamten Skalen zusammen berechnet werden.

Die Skala existiert in drei unterschiedlichen Ausprägungen, als Patienten- und Therapeutenversion, sowie für den neutralen Beobachter. In dieser Studie wurden nur

der Patienten- (WAI-P) und der Therapeutenbogen (WAI-T) verwendet. Die je 12 Items der beiden Teile sind gleich gestellt. Einige Fragen sind reziprok formuliert.

Psychometrische Studien von Horvath und Greenberg (1989), sowie Horvath und Symonds (1991) belegen die Validität und Reliabilität dieses Fragebogens<sup>39</sup>.

Der WAI Fragebogen bzw. dessen Ergebnisse wurden in der vorliegenden Dissertation als Kontrolle des von der AG „Weddinger Modell“<sup>1</sup> entwickelten WPAZ-Fragebogens (s. *Kapitel 4.3.3.1.*) verwendet. Als Grundlage dafür dient die Annahme, dass Patientenzufriedenheit im stationären Aufenthalt in erheblichem Maße von der Patient-Therapeutenbeziehung beeinflusst wird<sup>41,42</sup>.

Die Patientenversion des WAI-Fragebogens ist dem Anhang zu entnehmen.

#### *4.3.2.2. Entwickelte Messinstrumente*

Der „Weddinger Patientenzufriedenheitsfragebogen (WPAZ)“ wurde zur Messung von Patientenzufriedenheit vor und nach Einführung des "Weddinger Modells" des St. Hedwig-Krankenhauses neu konzipiert und für alle teilnehmenden Probanden der drei Krankenhäuser gleichermaßen verwendet.

#### *4.3.2.3. „Weddinger Patientenzufriedenheitsfragebogen (WPAZ)“<sup>1</sup>*

Zur Untersuchung der erstmalig entwickelten, stationären Versorgungsstruktur mit trialogischer Arbeitsweise dient der „Weddinger Patientenzufriedenheitsfragebogen“. Rentrop et al.<sup>41</sup> zeigen in ihrem Literaturreview die unterschiedlichen Auslegungen zur Definition von Patientenzufriedenheit auf. So wird hier von Ipsen<sup>41</sup> die Begrifflichkeit als „das Ergebnis vom Verhältnis von Erwartungen zu der Realität eines Objektes“ beschrieben. Nach Rentrop et al diskutieren Ware et al.<sup>41</sup> Zufriedenheit als Resultat einer medizinischen Behandlung, welche ebenso Endergebnis einer guten Behandlung

sein sollte. Die Arbeitsgruppe von Ware geht dabei davon aus, dass Zufriedenheit das Schlüsselement einer guten Arzt-Patienten-Beziehung, einer aktiven Beteiligung des Patienten an seinem Genesungsprozess ist und somit das Therapieresultat determiniert. Diese Annahme begründet die Auswahl des WAI-Fragebogens als Kontrollfragebogen des selbst entwickelten WPAZ-Fragebogens.

Des Weiteren wird von Rentrop eine Untersuchung von Qualitätskriterien durch Hansson et. al<sup>41</sup> vorgestellt. Mithilfe von Interviews ermittelte dieser sechs Gebiete, welche die Arbeit auf psychiatrischen Stationen beeinflussen: „Patienten-Personal Beziehung, Einfluss der Patienten auf die Behandlung, Behandlungsinhalte und -methoden, soziale Aktivitäten und Übungsmöglichkeiten, Stationsatmosphäre und Kompetenz des Personals“<sup>41</sup>.

Unter Berücksichtigung der o.g. Untersuchungen wurde der „Weddinger Patientenzufriedenheitsfragebogen“ entwickelt. Er erfüllt die Prozess-Indikatoren des KTQ®-Leitfaden, der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus zur Patientenbefragung, welche „die Erfahrung/Zufriedenheit des Patienten mit Behandlung und Betreuung durch Ärzte und Pflegekräfte, sowie Informationen des Patienten und Entlassungsgeschehen“ berücksichtigt. Dieser seit 2000 festgelegte Mindeststandard methodischer Datenerhebung<sup>43</sup>, sieht als Ergebnis-Indikatoren die Bewertung des Behandlungsergebnisses, sowie Gesamturteile über die Station und den Aufenthalt vor<sup>44</sup>. Auch diesen Teil berücksichtigt der „Weddinger Patientenzufriedenheitsfragebogen“.

Im Spektrum der Erhebung befinden sich demnach die Bewertung der Therapie, die Beziehung zum multiprofessionellen Bezugsteam, sowie die Einbeziehung des alltäglichen Lebens unter Berücksichtigung der Angehörigen in das stationäre Setting.

Es wurde je eine Version für Patienten, Angehörige und Bezugspflege zur Bewertung der Patientenzufriedenheit aus drei Perspektiven entwickelt. Die 25 Items zur Erhebung können ordinal skaliert zwischen „Stimme absolut zu“ bis „Stimme überhaupt nicht zu“ mit der Option „Frage unzutreffend“ von den drei oben genannten Probandengruppen bewertet werden.

Der zweite Teil des WPAZ-Fragebogens dient der Feststellung der wichtigsten Hilfen zur Genesung des Patienten. Er wird ebenfalls trialogisch aus Sicht des Patienten, der Angehörigen und des therapeutischen Personals ausgefüllt. Es folgt auf die Frage „Was hat Ihnen am meisten geholfen?“ eine Aufzählung angebotener Therapieoptionen mit Option der Mehrfachnennung. Dieser Abschnitt wurde jedoch nicht in die statistische Auswertung integriert, da er nicht denselben Aufbau wie der erste Teil des Fragebogens besitzt und primär Therapiemethoden in ihrer Wirksamkeit evaluiert.

Der Fragebogen ist beispielhaft als Version für Professionelle im Anhang zu finden.

#### 4.4. Statistische Methodik

##### 4.4.1. Datenaufbereitung

Zur statistischen Auswertung des Datensatzes wurde das Statistikprogramm Statistical Package of the Social Science (SPSS) Version 20<sup>45,46</sup> verwendet.

Bei der Datendurchsicht wurde deutlich, dass insgesamt die WPAZ-Angehörigenfragebögen nur in 18,9% der Fälle ausgefüllt wurden. Die Tabelle 5 illustriert die geringe Rücklaufquote der WPAZ-Angehörigenfragebögen.

Datensatz	WPAZ-A ausgefüllt	Häufigkeit	Prozent
Originaldatensatz	Nein	305	81,8
	Ja	68	18,2
		373	100,0
Bereinigter Datensatz	Nein	253	81,1
	Ja	59	18,9
	Gesamt	312	100

Tabelle 5: Häufigkeiten der ausgefüllten WPAZ-Angehörigen Fragebögen

Die niedrige Fallzahl von n=59 teilnehmenden Angehörigen stellt einen nicht repräsentativen Stichprobenumfang für die Untersuchung von Kontroll- und Interventionsgruppe dar<sup>38</sup>. Aus diesem Grund wurde von einer ursprünglich geplanten, statistischen Auswertung von Angehörigendaten Abstand genommen und der WPAZ-Angehörigenfragebogen von den weiteren statistischen Analysen ausgeschlossen.

Des Weiteren zeigte sich, dass einige Fragen im Fragebogen von den zwei restlichen Befragungsgruppen Patienten und Professionelle, wenig beantwortet wurden. Dies betrifft inhaltlich v.a. Fragen zu den Angehörigen (Frage 9, 20, 23, 24). Die genannten vier Fragen wurden von mindestens 20% der gesamten Studienpopulation unbeantwortet gelassen und daher nicht in der weiteren Untersuchung berücksichtigt. Außerdem wurden alle Probanden (Patienten oder Professionelle) von der statistischen Analyse ausgeschlossen, welche drei oder mehr Fragen vom WPAZ- und WAI-Fragebogen nicht beantworteten.

Für diejenigen Fälle, welche drei oder weniger Fragen im WPAZ- oder WAI-Fragebogen nicht beantworteten, fand ein Ersatz der fehlenden Werte mithilfe von "Multipler Imputation" statt<sup>47,48</sup>. Diese Methode wurde angewandt, um den Informationsverlust so gering wie möglich zu halten und eine mögliche Verzerrung der Daten, z.B. eine Verschönerung der Ergebnisse durch eine vollständige Teilnahme sehr zufriedener Probanden an der Befragung, zu reduzieren. Die Imputationsmethode für WPAZ- und WAI-Fragebögen wurde vom Programm SPSS automatisch gewählt. Es wurden 10 Imputationen durchgeführt. Als Modell für metrische Variablen wurde eine lineare Regression gewählt.

Falls die fehlenden Werte nur in einem der beiden Fragebogenteile (WPAZ- oder WAI-Fragebogen) auftraten, fand eine Auswertung der vorhandenen Daten (analysis of observed data) statt<sup>49</sup>. Dementsprechend wurden auch Fälle mit einem fehlenden WAI-Fragebogen, aber ausgefüllten WPAZ-Fragebogen in die statistische Auswertung aufgenommen. Die gültigen Fallzahlen des bereinigten Datensatzes sind in Kapitel 4.2.4. näher beschrieben.

#### 4.4.2. Erstellung von Summenscores

Um die Patientenzufriedenheit darzustellen wurden sowohl für den WPAZ-, als auch für den WAI-Fragebogen Summenscores entwickelt. Sie dienen einer inhaltlichen Zusammenfassung der Fragebögen auf den Schwerpunkt Patientenzufriedenheit und ergeben sich aus der Summe der Zahlenwerte der einzelnen Fragen bzw. Items.

Für diese Dimensionsreduktion fand eine Faktorenanalyse<sup>50</sup> des WPAZ- Fragebogens statt. Die 21 erhobenen Items wurden auf ihre Struktur untersucht, inhaltlich auf die Haupthypothese Patientenzufriedenheit gebündelt und damit zu gemeinsamen Indikatoren für das Merkmal Patientenzufriedenheit zusammengefasst. Dabei wird von einer inhaltlichen Überlappung der einzelnen Items ausgegangen ( z.B. „Ich konnte mit meinen Bezugstherapeuten gemeinsame Ziele für den stationären Aufenthalt setzen“ und „Anstehende Aufgaben und Schritte zur Erreichung meiner Ziele wurden gemeinsam vereinbart “). Gleichzeitig konnte somit eine Datenreduktion erreicht werden.

Um die Beziehung bzw. die Stärke des Zusammenhangs zwischen den einzelnen Variablen zu untersuchen, wurde eine empirische Korrelationsmatrix aus den Daten geschätzt<sup>50</sup>.

Hierfür fand die Berücksichtigung folgender Annahme statt: Da für die Bewertung von Patientenzufriedenheit einige Fragen informativer sind als andere, sollte ihr Einfluss größer auf die zu bildenden Faktoren sein<sup>38</sup>. Jeder Variablen kann somit ein Gewicht zugeordnet werden, welches die Information der ursprünglichen Variablen und deren Einfluss auf die zu bildenden Faktoren widerspiegelt. Diese auch als Faktorladungen bezeichneten Gewichte bedingen eine optimale Schätzung des extrahierten Faktors, welcher in Form eines Summenscores abgebildet wird. Der Höhe der Faktorladungen ist zu entnehmen, wie gut sie den Faktor "Patientenzufriedenheit" repräsentieren. Die geschätzten Faktorladungen (Gewichte) haben einen Wertebereich zwischen -1 und +1 und sind im Anhang in Tabelle 6 dargestellt.

Die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren hängt davon ab, wie weit man die Dimension der Daten reduzieren kann ohne zu viel Information zu verlieren. Je stärker der lineare Zusammenhang zwischen den einzelnen Items, desto eher können sie zu wenigen Faktoren zusammengefasst werden.

Um die Anzahl an Faktoren zu ermitteln, wurde ein Scree- Test durchgeführt. Dabei wurden die Eigenwerte der Korrelationsmatrix, also die Summe der quadrierten Faktorladungen eines Faktors über alle Variablen ermittelt<sup>50</sup>. Sie beschreiben die Erklärungskraft eines Faktors auf die Varianz aller Variablen. Diese Eigenwerte wurden anschließend in einem Koordinatensystem nach absteigender Wertefolge angeordnet (siehe Abbildung 1). Dort, wo die Differenz der Eigenwerte zwischen zwei Faktoren am Höchsten ist, entsteht ein Knick, welcher als „Elbow Kriterium“<sup>50</sup> bezeichnet wird.

Da es sich bei der vorliegenden Untersuchung um die Analyse von Patientenzufriedenheit handelt, ist es naheliegend sich bei der Hauptkomponentenanalyse auf die Extraktion eines Faktors festzulegen. Dies ist statistisch mit dem Ergebnis des Scree- Plots in Abbildung 1 vereinbar. Der extrahierte Faktor, der WPAZ-Summenscore besitzt eine Erklärungskraft von 42,1% der Varianz aller zuvor untersuchten Variablen.



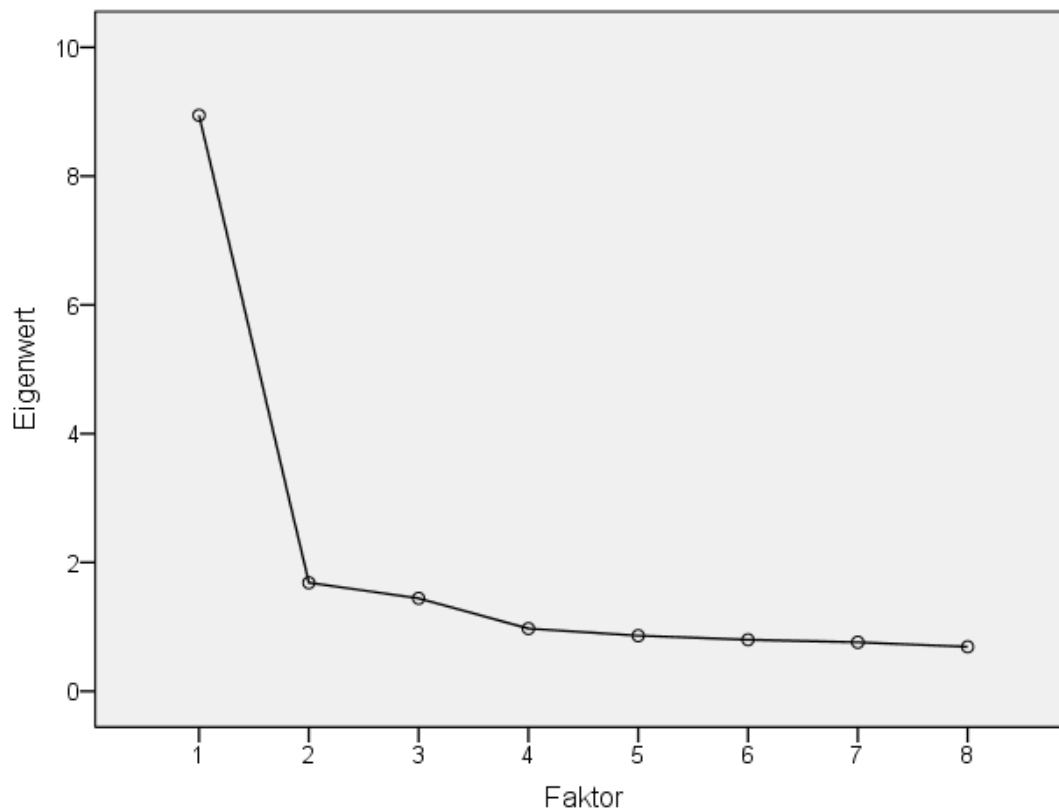


Abbildung 1: Screeplot des WPAZ-Fragebogens

Anhand der Faktorladungen lässt sich der Summenscore von Proband  $i$  nach folgender Gleichung berechnen:

$$S_i^* = 0,72 * WPAZ_1 + \dots + 0,64 * WPAZ_{22}$$

Zur besseren Interpretierbarkeit und Vergleichbarkeit wurde der berechnete Summenscore anschließend nach folgender Formel standardisiert:

$$S_i = \frac{S_i^* - \bar{S}^*}{\sqrt{Var(S^*)}}$$

Zuletzt erfolgte eine Zuordnung der geschätzten Summenscores zu den jeweiligen Probanden.

Weitere Details zur exakten Berechnung der Faktoranalyse sind den Literaturquellen<sup>50-52</sup> zu entnehmen.

Für den WAI-Fragebogen wurde eine Faktorenanalyse nach dem gleichen Procedere durchgeführt, wobei nur 12 Items zu analysieren waren. Auch wenn der WAI-Fragebogen inhaltlich nach den in Kapitel 4.3.2.1. genannten drei Hauptthemen eine Festlegung auf drei zu extrahierende Faktoren nahelegt, fand der besseren Vergleichbarkeit mit dem WPAZ-Fragebogen halber ebenfalls die Extraktion nur eines Faktors statt. Diese Determinierung auf einen Faktor ist nach dem „Elbow Kriterium“ mit dem durchgeführten Scree- Plot vereinbar (siehe Abbildung 2). In Tabelle 7 sind die für den WAI ermittelten Faktorladungen abzulesen, welche dem Anhang zu entnehmen ist. Die Erklärungskraft des extrahierten Faktors WAI-Summenscore umfasst 53% der Varianz aller zuvor untersuchten Variablen.

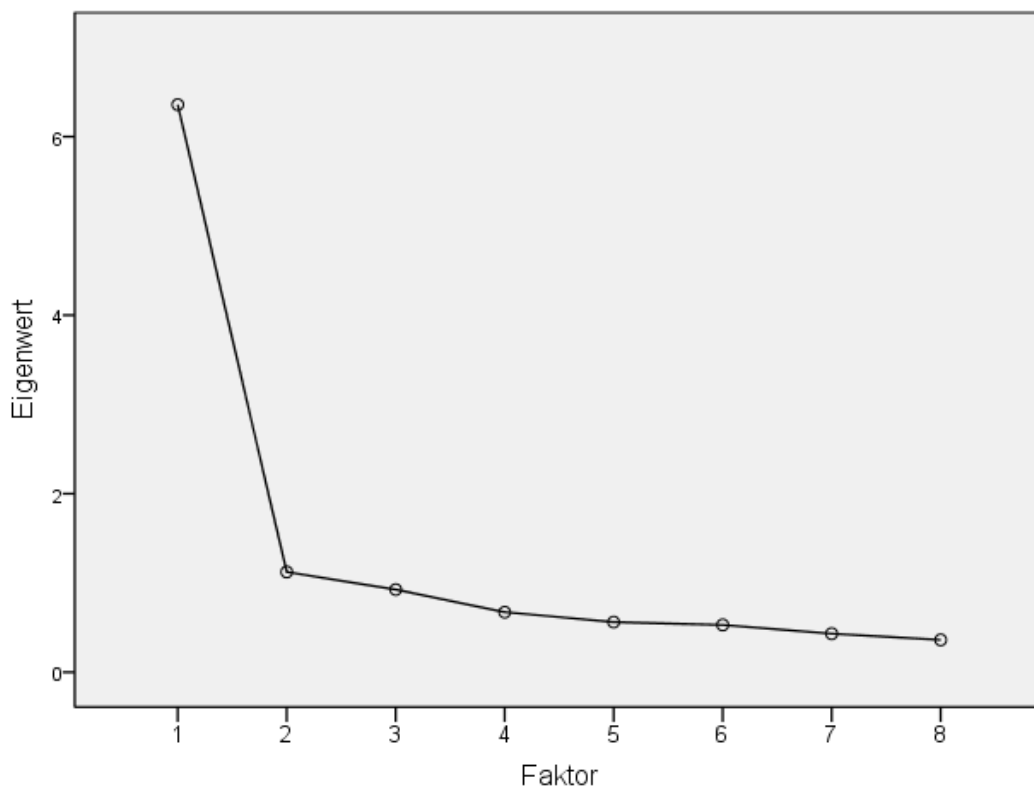


Abbildung 2: Screeplot WAI „Elbow Kriterium“

Es ist zu beachten, dass jede Zusammenfassung von Variablen zu Faktorbündeln mit einem Informationsverlust einhergeht, ursprüngliche Eigenschaften der Patientenzufriedenheit (z.B. Arzt- Patientenbeziehung) daher nicht mehr selektiv untersucht werden können. Dieser Erklärungsverlust ist zugunsten einer Variablenverdichtung mit Konzentration auf die Patientenzufriedenheit verschoben worden und wird damit bewusst eingegangen.

Abschließend sei auf die Übersichtsarbeit "Patientenzufriedenheit in psychiatrischen Kliniken" von Spießl et al. verwiesen, welche als methodische Orientierung für die statistische Bearbeitung der Fragestellung diene<sup>53</sup>.

#### *4.4.3. Statistische Analyse der Patientenzufriedenheit in Kontroll- und Interventionsgruppe*

Die Bewertung von Patientenzufriedenheit aus der Perspektive von Patienten und Professionellen in den unterschiedlichen Studienpopulationen (Kontroll- und Interventionsgruppe) wurde untersucht, indem zuerst die Normalverteilung der beiden ermittelten WPAZ- und WAI-Summscores überprüft wurde. Somit konnte eine korrekte Auswahl des statistischen Verfahrens erfolgen. Eine Normalverteilung wurde im durchgeführten Shapiro-Wilk Test unter Berücksichtigung erstellter QQ-Plots (s. Kapitel 5.1.) mit einem Signifikanzniveau von <1% abgelehnt.

Um nun Unterschiede in der Beurteilung von Patientenzufriedenheit innerhalb der Gruppe der Patienten und der Professionellen aus Kontroll- und Interventionsgruppe festzustellen, wurde eine nichtparametrische Ein-Weg-Varianzanalyse durchgeführt. Mithilfe dieses, auch als Kruskal-Wallis Test bezeichneten Verfahrens konnten die Untergruppen der Kontrollgruppe zusammen mit der Interventionsgruppe auf Unterschiede in der Höhe des WPAZ-Summscores untersucht werden. Der Test geht in der Nullhypothese davon aus, dass bezüglich des WPAZ-Summscores alle untersuchten Untergruppen gleich sind, es demnach keine Unterschiede in der Bewertung der Patientenzufriedenheit in den verschiedenen Krankenhäusern gibt. Bei Signifikanz wird der WPAZ-Summscore mindestens einer Subgruppe von dem der anderen abweichen. Der Kruskal-Wallis Test ermöglicht somit einerseits den WPAZ-Summscore innerhalb der Kontrollgruppe auf Homogenität zu überprüfen (z. B. Wurde die Patientenzufriedenheit im St. Hedwig Krankenhaus, erster Befragungszeitraum und im Krankenhaus Hedwigshöhe, zweiter Befragungszeitraum durch die Patienten unterschiedlich bewertet?). Gleichzeitig konnte mit diesem Test ein Vergleich von Kontroll- und Interventionsgruppe in der Höhe des WPAZ-Summscores erfolgen (z. B. Bestehen signifikante Unterschiede in der Bewertung von Patientenzufriedenheit zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe von Patienten des Sankt Hedwig Krankenhauses?).

Nachdem generelle, statistisch signifikante Unterschiede innerhalb der untersuchten Populationen aus Kontroll- und Interventionsgruppe festgestellt wurden, fand eine

Follow-up Analyse statt. Diese Methode untersucht mithilfe von paarweisen Vergleichen, welche Gruppen sich im Einzelnen signifikant in der Höhe des WPAZ-Summenscores voneinander unterscheiden, indem sie jede Untergruppe gegen jede noch vorhandene Untergruppe prüft. Die Follow-up Analyse zwischen den einzelnen Untergruppen der Kontroll- und der Interventionsgruppe wird mithilfe der Abbildung 3 schematisch dargestellt.

Der Kruskal-Wallis Test wurde in gleicher Weise für beide Probandengruppen (Patienten und Professionelle) separat durchgeführt.

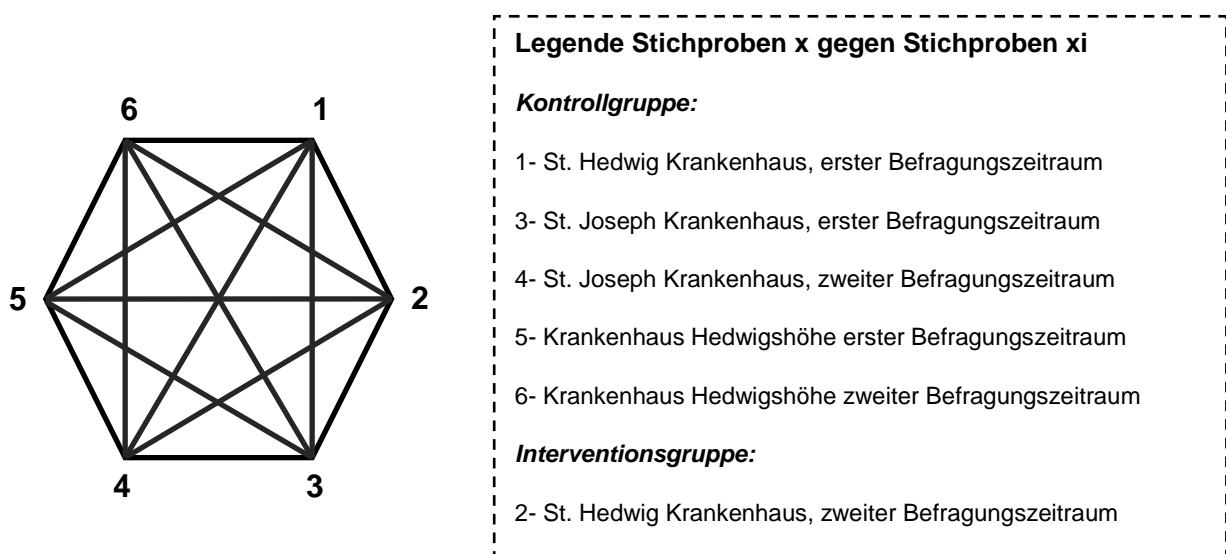


Abb. 3: paarweise Vergleiche aller Untergruppen von Kontroll- und Interventionsgruppe

Signifikante Unterschiede in der Bewertung von Patientenzufriedenheit wurden mithilfe eines Boxplots illustriert. Diese Form der Darstellung demonstriert vielfältige Informationen über die Verteilung von Werten. Der mittlere Balken innerhalb der Kästen repräsentiert den Median. Das dritte Quartil wird durch den oberen Rand, das erste Quartil durch den unteren Rand abgebildet. 50% aller Fälle liegen demnach innerhalb der Kästen. Die von den Kästen ausgehenden, senkrechten Linien repräsentieren den größten und den kleinsten Wert der Gruppe, abgesehen von Ausreißern.

Ausreißer sind extrem hohe oder extrem niedrige Werte, welche sich außerhalb der erwarteten Streuung befinden. Sie sind in dem Diagramm per Kreis (°) gezeigt.

Anschließend wurde der WAI-Summscore zur Ergebniskontrolle des WPAZ-Summscores als Kontrollanalyse in gleicher Weise auf Unterschiede in der Höhe des Summscores zwischen den einzelnen Untergruppen der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe überprüft.

Der Einfluss von Angehörigen und der ICD-Kategorie der Hauptdiagnose auf den WPAZ-Summscore wurde ebenfalls mithilfe des Kruskal-Wallis Tests für die Probandengruppe Patient untersucht. Bei der Kontrolle der Diagnosegruppe nach ICD-Kategorie wurde jedoch nur die Interventionsgruppe statistisch analysiert, da ein Effekt des "Weddinger Modells" auf die Krankheitsdiagnose überprüft werden sollte.

Das gleiche Procedere wurde auch hier für die Untersuchung des WAI-Summscores für Kontroll- und Interventionsgruppe von Patienten durchgeführt.

Abschließend wurde überprüft, ob ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen WPAZ- und WAI- Summscore existiert, welcher inhaltlich in Kapitel 4.3.2.1. zwischen therapeutischer Beziehung und Patientenzufriedenheit beschrieben wurde. Aufgrund der Unabhängigkeit der beiden metrischen Variablen, sowie der Linearität des Zusammenhangs (s. Abbildung 7, Kapitel 5.5.) wurde eine Korrelationsanalyse nach Pearson durchgeführt<sup>54</sup>. Mittels Bootstrapping wurden robuste Konfidenzintervalle generiert, welche den Einfluss von Ausreißern minimieren. Dieses, als Resamplingmethode bezeichnete Verfahren, untersucht durch computergestützte Simulation empirischer Teilstichproben entstehende Kennwertverteilungen und ermöglicht somit die Auswertung der Ergebnisse ohne Verletzung der Voraussetzung für den Test. Die angegebenen Bootstrapergebnisse beruhen auf 1000 Teilstichproben<sup>38,52,54</sup>.

Soweit nicht anders angegeben, wurden alle Ergebnisse mit einem Signifikanzniveau von 0,05 dargestellt. Alle Ergebnisse der Follow-up Analyse der nichtparametrischen Ein-Weg-Varianzanalyse wurden mit adjustierten p-Werten nach Step- down Prozedur ermittelt und mit einem Signifikanzniveau von 0,05 angezeigt.

## 5. Ergebnisse

### 5.1. Untersuchung der Normalverteilung des WPAZ- und WAI-Summscores in der Kontrollgruppe

Zur Beurteilung der Normalverteilung des WPAZ- und WAI-Summscores in der Kontrollgruppe wurden QQ-Plots erstellt, welche in Abbildung 3 und 4 gezeigt werden. Die x- Achse stellt dabei die Quantile der erhobenen Daten des WPAZ- bzw. WAI-Summscores dar. Die y-Achse wurde einer theoretischen Normalverteilung angepasst und ist ebenfalls in Quantilen abgebildet. Falls die Daten normalverteilt sind, müssten die empirischen und theoretischen Quantile identisch sein. Alle Punkte lägen dann auf einer Geraden. Sowohl Abbildung 4, als auch Abbildung 5 zeigen eine Abweichung der WPAZ- und WAI-Summscores aller Probanden von der linearen Geraden und repräsentieren somit keine Normalverteilung.

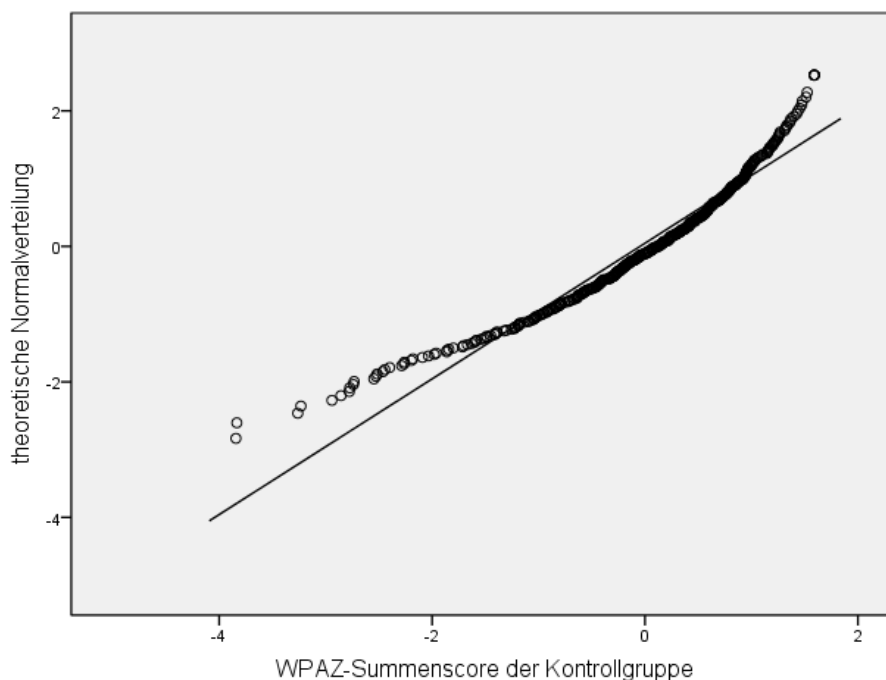


Abbildung 4: QQ-Plot des WPAZ-Summscores in der Kontrollgruppe

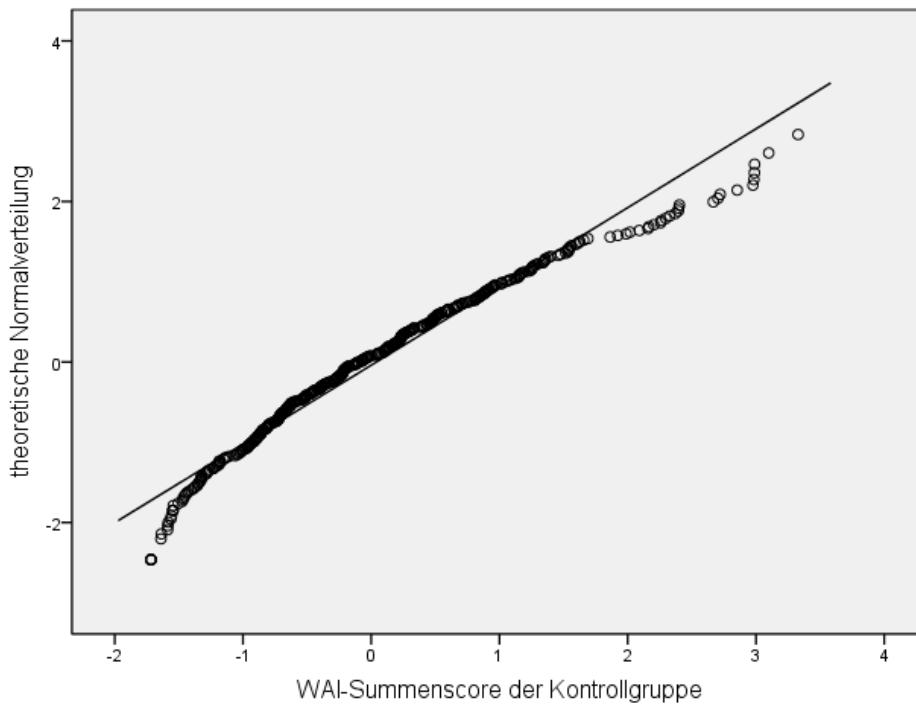


Abbildung 5: QQ-Plot des WAI-Summscores in der Kontrollgruppe

Zuletzt wurden die WPAZ- und WAI-Summscores mithilfe des Shapiro-Wilk Tests auf Normalverteilung geprüft. Für beide Summscores zeigte sich ein signifikantes Testergebnis mit einem p-Wert  $< 0,05$ , welches in Tabelle 8 dargestellt ist.

Somit liegt zusammenfassend keine Normalverteilung für die WPAZ- und WAI-Summscores vor.

Getestete Variable	Statistik	df	Signifikanz
WPAZ-Summscore	0,942	434	0,000
WAI-Summscore	0,966	434	0,000

Tabelle 8: Shapiro-Wilk Test: Untersuchung des WPAZ- und WAI-Summscores auf Normalverteilung



## 5.2. Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe für WPAZ- und WAI-Summenscores

Zur besseren Verständlichkeit sind anschließend die Charakteristika von Kontroll- und Interventionsgruppe erneut kurz zusammengefasst dargestellt.

Die Kontrollgruppe zeichnet sich durch folgende Charakteristika aus: drei verschiedene Krankenhäuser (St. Hedwig Krankenhaus, St. Joseph Krankenhaus und Krankenhaus Hedwigshöhe), zwei Erhebungszeiträume (erster und zweiter Befragungszeitraum) und zwei Probandengruppen (Patienten und Professionelle).

Die Interventionsgruppe besteht aus den oben beschriebenen Probandengruppen, welche ausschließlich im St. Hedwig Krankenhaus zum zweiten Erhebungszeitraum unter Therapie mit dem "Weddinger Modell" befragt wurden.

Mithilfe des Kruskal-Wallis Tests können die Untergruppen der Kontrollgruppe untereinander und mit der Interventionsgruppe auf Unterschiede in der Höhe des WPAZ- und WAI-Summenscores getestet werden.

### *5.2.1. Unterschiede in der Selbstbewertung von Patientenzufriedenheit in Kontroll- und Interventionsgruppe*

Die durchgeführte nichtparametrische Ein-Weg-Varianzanalyse ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den Patienten der Kontroll- und Interventionsgruppe in der Höhe der WPAZ- Summenscores ( $H=13,5$ ;  $df=5$ ,  $p=0,019$ ). Die Follow-up Analyse ergab bei adjustierten p-Werten nach zweiseitigem Test, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den WPAZ-Summenscores der Untergruppen innerhalb der Kontrollgruppe, sowie im Vergleich zur Interventionsgruppe existiert. Die adjustierten p-Werte der paarweisen Vergleiche sind in Tabelle 9 zusammengefasst.

Stichprobe x gegen Stichprobe $x_i$	Angepasste Signifikanz
6 gegen 2	0,207
5 gegen 2	0,266
3 gegen 2	0,336
6 gegen 1	0,479
5 gegen 4	1,0
5 gegen 1	0,586
3 gegen 1	0,972
1 gegen 2	1,0
3 gegen 4	1,0
6 gegen 4	1,0
5 gegen 3	1,0
6 gegen 3	1,0
4 gegen 2	1,0
6 gegen 5	1,0
4 gegen 1	1,0

<b>Legende Stichproben x gegen Stichproben <math>x_i</math></b>
<b>Kontrollgruppe:</b>
1- St. Hedwig-Krankenhaus, erster Befragungszeitraum
3- St. Joseph-Krankenhaus, erster Befragungszeitraum
4- St. Joseph Krankenhaus, zweiter Befragungszeitraum
5- Krankenhaus Hedwigshöhe erster Befragungszeitraum
6- Krankenhaus Hedwigshöhe zweiter Befragungszeitraum
<b>Interventionsgruppe:</b>
2- St. Hedwig-Krankenhaus, zweiter Befragungszeitraum

Tabelle 9: adjustierte p-Werte bei paarweisen Vergleichen von Kontroll- und Interventionsgruppe Patient

Für den WAI- Summenscore ergab der Kruskal-Wallis Test keinen signifikanten Unterschied in der Höhe des WAI-Summscores im Gesamtvergleich der Untergruppen der Kontrollgruppe, sowie im Vergleich mit der Interventionsgruppe ( $H=9,92$ ;  $df=5$ ,  $p=0,078$ ).

Zusammenfassend existiert kein signifikanter Unterschied der von Patienten bewerteten WPAZ- und WAI-Summscores zwischen den einzelnen Kontrollgruppen, sowie im Vergleich mit der Interventionsgruppe. Dementsprechend unterscheidet sich die Patientenzufriedenheit nicht signifikant innerhalb der drei Krankenhäuser, zwischen den Befragungszeiträumen und der Behandlungsmethode (ohne oder mit „Weddinger Modell“).

### *5.2.2. Unterschiede in der Patientenzufriedenheitsbewertung durch Professionelle aus Kontroll- und Interventionsgruppe*

In der Patientenzufriedenheitsbewertung durch Professionelle, welche am WPAZ-Summenscore gemessen wurde, zeigten sich folgende Ergebnisse: Die Vergleiche der Untergruppen der Kontrollgruppe, sowie die Gegenüberstellung mit der Interventionsgruppe ergab einen signifikanten Unterschied im Kruskal-Wallis Test ( $H=29,96$ ;  $df=5$ ,  $p<0,001$ ).

Die adjustierten p-Werte des paarweisen Stichprobenvergleichs sind Tabelle 10 zu entnehmen. Signifikante Unterschiede bestanden zwischen der Interventionsgruppe (Professionelle mit „Weddinger Modell“ im St. Hedwig-Krankenhaus) und der krankenhausesinternen Kontrollgruppe (St. Hedwig-Krankenhaus, erster Befragungszeitraum) mit einem adjustierten p-Wert von 0,001. Weiterhin ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen der Höhe des WPAZ-Summenscores der Interventionsgruppe und der Untergruppe der Kontrollgruppe St. Joseph-Krankenhaus, erster Befragungszeitraum (adjustierter p-Wert=0,014), sowie für die Untergruppen Kontrollgruppe St. Joseph-Krankenhaus zweiter Befragungszeitraum und St. Hedwig-Krankenhaus erster Befragungszeitraum (adjustierter p-Wert=0,016). Alle weiteren paarweisen Vergleiche ergaben keine signifikanten Unterschiede.

Stichprobe x gegen Stichprobe x <sub>i</sub>	Angepasste Signifikanz
6 gegen 1	1,0
3 gegen 5	1,0
3 gegen 4	0,082
3 gegen 1	1,0
5 gegen 4	0,264
5 gegen 1	1,0
4 gegen 1	0,016
6 gegen 3	1,0
6 gegen 2	1,0
5 gegen 2	0,099
3 gegen 2	0,014
1 gegen 2	0,001
3 gegen 4	0,082
4 gegen 2	1,0
6 gegen 5	1,0
6 gegen 4	1,0

#### Legende Stichproben x gegen Stichproben x<sub>i</sub>

##### **Kontrollgruppe:**

1- St. Hedwig-Krankenhaus, erster Befragungszeitraum

3- St. Joseph-Krankenhaus, erster Befragungszeitraum

4- St. Joseph-Krankenhaus, zweiter Befragungszeitraum

5- Krankenhaus Hedwigshöhe erster Befragungszeitraum

6- Krankenhaus Hedwigshöhe zweiter  
Befragungszeitraum

##### **Interventionsgruppe:**

2- St. Hedwig-Krankenhaus, zweiter Befragungszeitraum

Tabelle 11: p-Werte für die paarweisen Vergleiche der Kontrollgruppen für Professionelle

Anhand der Mittelwerte der WPAZ-Summenscores für die einzelnen Untergruppen konnte eine Tendenz des niedrigsten WPAZ-Summenscores für das St. Joseph-Krankenhaus in der ersten Befragung ( $\mu=-0,13$ ; Standardfehler= 0,1; Varianz 0,55) und des höchsten WPAZ-Summenscores für das St. Hedwig Krankenhaus ( $\mu=0,4$ ; Standardfehler=0,09; Varianz=0,58), sowie für das St. Joseph Krankenhaus in der zweiten Befragung ( $\mu=0,35$  Sf 0,07; Varianz=0,32) gezeigt werden. Dieses Ergebnis wurde mithilfe eines Boxplots für die Untergruppen der Kontrollgruppe und die Interventionsgruppe für Professionelle in Abbildung 6 illustriert.

Zusammenfassend ergaben sich innerhalb der Untergruppen der Kontrollgruppe Unterschiede in der Höhe des WPAZ- Summenscores zwischen dem St. Joseph-Krankenhaus, zweiter Befragungszeitraum und dem St. Hedwig-Krankenhaus, erster Befragungszeitraum. Außerdem gab es signifikante Unterschiede zwischen der

Interventions- und der Kontrollgruppe des St. Hedwig Krankenhauses, sowie zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe des St. Joseph-Krankenhauses, erster Befragungszeitraum. In der Interventionsgruppe war der Mittelwert des WPAZ-Summenscores der Professionellen am Höchsten, in der ersten Befragung des St. Joseph-Krankenhauses dagegen am Niedrigsten.

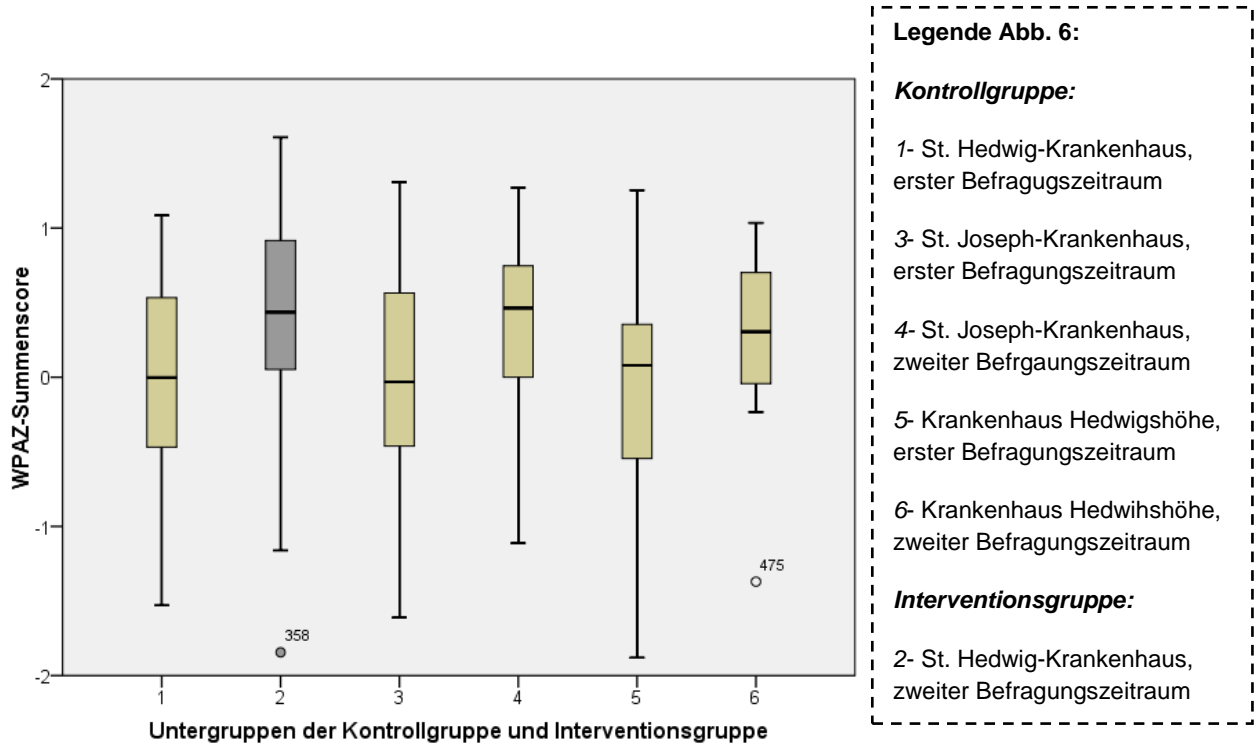


Abbildung 6: Boxplots für den WPAZ-Summenscore von Professionellen aus Kontroll- und Interventionsgruppe

### 5.3. Einfluss anderer Variablen auf den WPAZ- und WAI-Summenscore der Patienten

Da keine Normalverteilung der Summenscores für den WPAZ- und WAI-Summenscores vorliegt, wurde erneut der Kruskal-Wallis Test durchgeführt, um einen Einfluss auf die Höhe des WPAZ- und WAI-Summenscores für die Variablen Angehörige und Hauptdiagnose des Patienten zu eruieren.

### 5.3.1. Der Einfluss von Hauptbezugspersonen auf den WPAZ- und WAI-Summenscore

Die Höhe der durch Patienten bewerteten WPAZ-Summenscores wurde im Kruskal-Wallis Test nicht signifikant durch die Angabe von Hauptbezugspersonen beeinflusst ( $H=4,01$ ,  $df=3$ ,  $p=0,25$ ). Dementsprechend fand keine weiterführende Follow-up Analyse als paarweiser Vergleich der einzelnen Untergruppen an Hauptbezugspersonen, z.B. Familie gegen Freunde statt.

Auch für den WAI-Summenscore ergab sich kein signifikanter Gruppenunterschied für die Hauptbezugspersonen der Patienten ( $H=1,004$ ,  $df=3$ ,  $p=0,8$ ). Auch hier wurde auf weitere Follow-up Analysen aus o.g. Grund verzichtet.

### 5.3.2. Der Einfluss der Krankheitsdiagnose auf den WPAZ- und WAI- Summenscore

Des Weiteren wurde untersucht, ob sich für die Hauptdiagnosen in den Kategorien F1-F4 nach ICD-10 Klassifikation ein Unterschied in der Höhe des WPAZ- oder WAI-Summenscores für die Interventionsgruppe Patienten mit „Weddinger Modell“ abbilden lässt.

Die Teststatistik für den Kruskal-Wallis Test ergab keine signifikanten Unterschiede für die Hauptdiagnosegruppe und die Höhe des WPAZ- Summenscores ( $H=5,66$ ;  $df=3$ ;  $p=0,13$ ). Mehrfachvergleiche wurden nicht durchgeführt, da der Gesamtvergleich keine signifikanten Unterschiede ergab.

Die Analyse des WAI- Summenscores zeigte eine gleiche Verteilung des Scores über die Kategorien F1-F4 und liefert somit ebenso keinen signifikanten Unterschied ( $H=4,956$ ;  $df=3$ ,  $p=0,175$ ) in der Höhe des WAI-Summenscores.

Zusammenfassend hat die ICD-10 Kategorie keinen signifikanten Einfluss auf den WPAZ- und WAI-Summenscore gezeigt.

## 5.4. Korrelation zwischen WPAZ- und WAI- Summenscores der Patienten

Die bivariate Korrelationsanalyse nach Pearson erbrachte folgende Ergebnisse: Die Höhe des WPAZ-Summenscores der Patienten ist signifikant mit der Höhe des WAI-Summenscores der Patienten verbunden ( $p<0,001$ ). Pearson's Korrelationskoeffizient  $r$

betrug  $-0,643$ , das verzerrungskorrigierte und akzellerte 95%-Konfidenzintervall lag zwischen  $-0,72$  und  $-0,55$ . Das gruppierte Streudiagramm (Abbildung 7) stellt die bivariate Punktwolke von WPAZ- und WAI-Summenscore, unterteilt in Kontroll- und Interventionsgruppe dar. Betrachtet man die gesamte Punktwolke, so erkennt man eine zunehmend längliche, ovale Form mit niedrigen WAI- Summenscores und hohen WPAZ-Summenscores. Somit existiert ein gegenläufiger Zusammenhang zwischen den beiden Variablen, welcher ebenfalls durch den negativen Korrelationskoeffizienten angezeigt wird. Dementsprechend sind hohe positive WPAZ-Summenscores mit negativen WAI-Summenscores assoziiert. Der lineare Zusammenhang als Voraussetzung für eine Korrelationsanalyse nach Pearson wird durch die Regressionsgerade beschrieben.

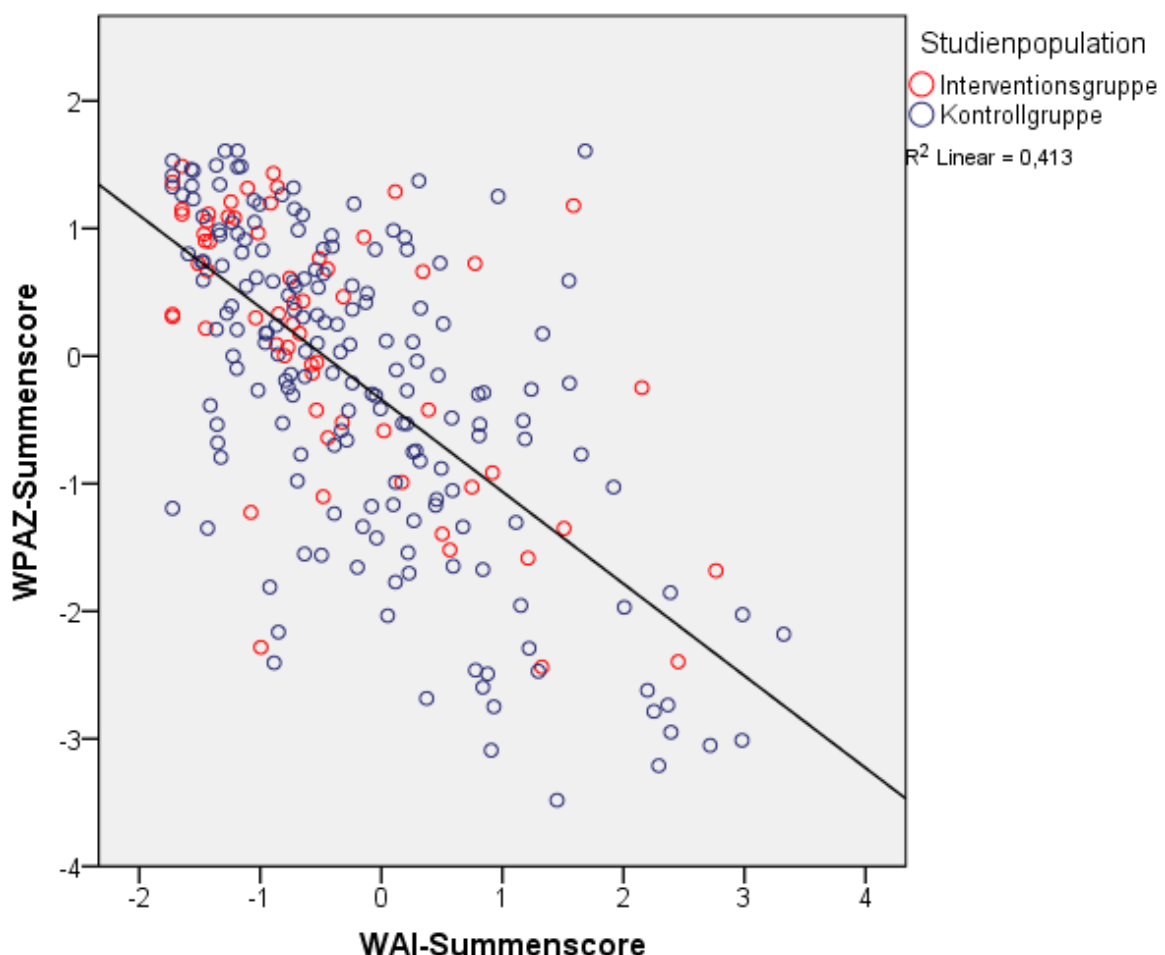


Abbildung 7: Streudiagramm für WPAZ- und WAI-Summenscore der Patienten aufgeteilt nach Kontroll- und Interventionsgruppe

## 6. Diskussion

### 6.1. Patientenzufriedenheit als sozialpsychologisches Konstrukt

Ziel dieser Promotion ist es, Veränderungen der Patientenzufriedenheit nach Einführung einer neuen stationären Versorgungsform, dem „Weddinger Modell“ zu untersuchen. Dabei wird der Parameter Zufriedenheit anhand des WPAZ-Summenscores gemessen und in Kontroll- und Interventionsgruppe verglichen. Wie bereits im Kapitel 4.3. erwähnt, wird Patientenzufriedenheit als wissenschaftlicher Parameter in der Literatur kontrovers diskutiert, darauf soll im Folgenden näher eingegangen werden.

In „Soziologische und sozialpsychologische Aspekte psychischer Erkrankungen“ (Kapitel 13) aus *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie (2011)*<sup>42</sup> definiert Möller-Leimkühler den Begriff Patientenzufriedenheit als Ansatz, welcher zur Messung subjektiver Qualität im Rahmen von Versorgungsstudien in der Medizin eingesetzt wird. Sie beschreibt weiterhin die Brauchbarkeit von Patientenzufriedenheit als wissenschaftlich validen Parameter in Abhängigkeit von sozialpsychologischen Erklärungsmodellen. Bis heute konnten in Studien „keine konstanten Einflussfaktoren auf Patientenzufriedenheit“ herauskristallisiert werden. Möller-Leimkühler betrachtet die Patientenzufriedenheitsforschung als „multidimensionales Konstrukt“, welches einem dynamischen Verlauf unterliegt und verschiedenste Aspekte in sich integriert: Bewertung der Lebenslage, Abwägen positiver und negativer Facetten, Abgleich von Erwartung oder Zielsetzung und aktueller Situation, sowie Abgleich mit sozialen Norm- und Wertevorstellungen. Zusammenfassend bildet sie Patientenzufriedenheit als einen „komplexen psychosozialen Regulations-und Adaptationsprozess“ ab, welcher stark subjektiv beeinflusst wird. Daher sei bei der Erhebung von Zufriedenheit als Messparameter eine kritische Bewertung des Ergebnisses unter Berücksichtigung eventueller Adaptationsmechanismen des Patienten an seine eigene Zufriedenheit gefordert.

Auch Pawils et al.<sup>43</sup> beschreiben Patientenzufriedenheit aus soziopsychologischer Sicht als Prozess. Es handelt sich dabei um eine Zusammenführung von eigenen Norm- und



## 6. Diskussion

Wertevorstellungen, der Abschätzung der eigenen Lebenslage und den situativ entstehenden Gefühlen, die zu einer „mentalen Reaktion“, nämlich Zufriedenheit oder Unzufriedenheit führen. Soziale Normen zusammen mit bestehenden Rollenbildern speisen dabei die Erwartungen des Patienten. Demnach kann Patientenzufriedenheit als Resultat „komplexer Verarbeitung von Erwartungen, Bewertungen und Emotionen“ nach Lecher et al<sup>43</sup> verstanden werden.

Herschbach formuliert in *„Das Zufriedenheitsparadoxon“*<sup>55</sup> Lebenszufriedenheit als „Konstrukt subjektiver Selbsteinschätzungen des Befindens einer Person in relevanten Lebensdimensionen“, welche meist mittels psychologischer Selbsteinschätzungsfragebögen erfasst wird. Er beschreibt in seiner Arbeit die kontroverse Diskussion von Zufriedenheit in der wissenschaftlichen Forschung, welche widersprüchlich zu empirischen Annahmen, scheinbar unabhängig von objektiven Faktoren, wie z. B. Geschlecht sei. Ein wichtiger Aspekt seiner Arbeit diskutiert das sozial erwünschte Antwortverhalten (z. B. den Wunsch des Gefallens vom Patienten dem Arzt gegenüber) und damit ein Vermeiden negativer Emotionen beim Patienten. Doch stellt Herschbach einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und davon abhängigem Antwortverhalten und Lebenszufriedenheit her, d. h. die eigene Persönlichkeit korreliert mit der Lebenszufriedenheit. Folglich kann aus sozial erwünschten Antworten als Teil der eigenen Persönlichkeitsstruktur nicht auf fehlerhafte Messungen im Sinne der Patientenzufriedenheit geschlossen werden.

Zusammenfassend verweist der Autor auf die Anwendung multivariater Analysemethoden, um damit den Anteil erklärbarer Varianz zu ermitteln und der Komplexität der Zufriedenheitsforschung gerecht zu werden.

Unter Berücksichtigung oben geschilderter Kontroverse des Zufriedenheitsbegriffs kann die vorliegende Forschungsarbeit nicht vollständig die Unsicherheit des Messparameters „Patientenzufriedenheit“ auffangen. Dementsprechend ist die Aussagekraft der Ergebnisse von der Vielschichtigkeit des sozialpsychologischen Konstruktes "Patientenzufriedenheit" beeinflusst und konnte mithilfe der durchgeführten statistischen Analysen nicht vollends erfasst werden.

## 6.2. Patientenzufriedenheit im Vergleich: Kontroll- und Interventionskrankenhäuser

### 6.2.1. *Selbstbewertung von Patientenzufriedenheit in Kontroll- und Interventionsgruppe*

Aus den in Kapitel 5.2. vorgestellten Ergebnissen wird deutlich, dass die Patientenzufriedenheit in der Selbstbewertung unter konservativer Behandlung bzw. unter Therapie des „Weddinger Modells“ statistisch nicht signifikant verschieden ist. Dementsprechend scheinen die in Kapitel 5.2.1. vorgestellten Unterschiede in der Behandlungsstruktur ein Jahr nach Einführung des „Weddinger Modells“ noch keinen signifikanten Effekt auf die selbstbewertete Patientenzufriedenheit zu haben.

Der durchgeführte Kruskal-Wallis Test zur Untersuchung des durch Patienten bewerteten WAI- Summenscores präsentierte ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede in Kontroll- und Interventionsgruppe. Damit hat das „Weddinger Modell“ an der therapeutischen Allianz, bzw. der gemeinsamen Zielsetzung und dem Vertrauen in die Therapeut- Patienten- Beziehung keine statistisch nachweisbaren Umbrüche erzielen können.

Dieses Ergebnis widerspricht der Annahme, dass mithilfe des Dialogs und der völligen Transparenz gegenüber den Betroffenen die interpersonelle Beziehung zwischen Patient und Therapeut positiv beeinflusst wird. Zudem steht es im Kontrast zu der Vermutung, dass Transparenz als eine Art Grundvoraussetzung für eine vertrauliche Beziehung angesehen wird<sup>27,56</sup>. Eine Interpretationsmöglichkeit wird hier in dem kurzen Etablierungszeitraum eines neuen, komplexen Konzeptes und einem damit verbundenen neuen Rollenverständnis aller Beteiligten gesehen.

Um die Annahme zu überprüfen, ob es statistisch einen Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und der Therapeut- Patienten- Beziehung gibt (gemessen am WPAZ- und WAI- Summenscore), wurde eine Korrelationsanalyse nach Pearson durchgeführt, welche signifikante Ergebnisse erbrachte. Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass Patientenzufriedenheit in Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung steht. Die Höhe des Korrelationskoeffizienten ist mit -0,645 hinweisend auf eine starke Korrelation. Jedoch ist die Richtung der Korrelation negativ, d.h. je höher

der WPAZ-Summenscore, desto niedriger der WAI-Summenscore. Dementsprechend hatten Patienten, unabhängig von ihrer Studienpopulation mit sehr hoher Patientenzufriedenheit einen sehr niedrigen WAI-Summenscore (s. Abb.7, Kapitel 5.4.). Folglich waren diese Patienten mit der therapeutischen Allianz eher unzufrieden, was aber die generelle Patientenzufriedenheit nicht verringerte bzw. den WPAZ-Summenscore nicht erniedrigte.

Dieser Widerspruch soll im Folgenden kurz näher betrachtet werden. "In Patientenzufriedenheit in psychiatrischen Kliniken"<sup>57</sup> untersuchten Spießl et al. Prädiktoren für Unzufriedenheit und Zufriedenheit von psychiatrischen Patienten. Als wichtigste Einflussfaktoren auf den Generalfaktor Zufriedenheit wurden „erfolgreiche Therapie, Ärzte und Mitarbeiter, die sich kümmern" ermittelt. Interessanterweise ist für die genannten Prädiktoren, sowie für weitere wichtige Einflussfaktoren aus der Arzt-Patienten Interaktion, wie z. B. Wahrung der Menschenrechte, die Zufriedenheit relativ geringer, als bei anderen Einflussfaktoren. Andere soziodemografische und krankheitsbezogene Variablen, wie z. B. die Krankheitsdiagnose blieben ohne signifikanten Einfluss.

Zu davon abweichenden Resultaten gelangten Hannöver, W. et al. in „Patientenzufriedenheit- ein Maß für Behandlungserfolg?“<sup>58</sup>, wo mithilfe des ZUF-8<sup>59</sup>, einem validierten, deutschsprachigen Fragebogen zur Patientenzufriedenheit und dem HAQ-Helping Alliance Questionnaire<sup>58</sup>, mögliche Zusammenhänge von Patientenzufriedenheit und der therapeutischen Arbeitsbeziehung untersucht wurden. Ihre Studie ergab, dass „negative Einschätzungen der Arbeitsbeziehung mit einer deutlich steigenden Unzufriedenheitsquote einhergehen“. Des Weiteren sei ihrer Untersuchung zufolge Unzufriedenheit bei Patienten eher vom Therapeuten und seiner Therapie abhängig als vom Behandlungserfolg.

Möller-Leimkühler<sup>42</sup> stellt ebenfalls die optimale psychiatrische Versorgung aus Sicht der Patienten (nach Hansson et al. 1993) dar. Hierbei wird deutlich, dass ca. 30 Prozent der Zufriedenheit von der Beziehung zwischen Patient und Personal abhängen und weitere etwa 25 Prozent von der individuellen Therapie. Drei Prozent würden

„kompetentes Personal“ ausmachen. Die Patienten-Professionellen-Beziehung bedingt folglich einen hohen Anteil der Patientenzufriedenheit.

Zusammenfassend kommen alle drei diskutierten Studien zu ähnlichen Resultaten. Patientenzufriedenheit wird demnach in starkem Maße von der Patienten- Therapeuten Beziehung beeinflusst. Bei Hannover et al. geht eine negativ bewertete Arbeitsbeziehung mit einer höheren Unzufriedenheit einher. Diese Studie steht im Gegensatz zu den eigenen Untersuchungen, hohe Patientenzufriedenheit korreliert hier mit einer schlechter bewerteten Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut.

Um festzustellen, ob generell eine hohe Patientenzufriedenheit mit niedrigeren Bewertungen in der Patienten- Therapeuten- Beziehung einhergehen, wie in den Ergebnissen des Kapitels 5.4. sichtbar, sind weiterführende Analysen notwendig. Sie weichen allerdings zu stark von den Fragestellungen dieser Promotion ab.

#### *6.2.2. Die Patientenzufriedenheitsbewertung durch Professionelle in Kontroll- und Interventionsgruppe*

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Patienten zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Patientenzufriedenheitsbewertung durch Professionelle, welche per WPAZ- Summenscore im Vergleich von Kontroll- und Interventionsgruppe ermittelt wurde. Professionelle der Interventionsgruppe "Weddinger Modell" schätzten die Zufriedenheit ihrer Patienten insgesamt höher ein, als die Professionellen der Kontrollgruppe. Zu diesem Ergebnis kommt man sowohl im krankenhausinternen Vergleich innerhalb des St. Hedwig Krankenhauses, als auch in der Gegenüberstellung mit den anderen Krankenhäusern (s. Abb. 6, Kapitel 5.2.2.). Aus ihrer Sicht ist folglich unter der Einführung des „Weddinger Modells“ die Patientenzufriedenheit gestiegen. Nach sozialpsychologischen Erklärungsmodellen aus der Zufriedenheitsforschung<sup>43</sup> ist dieses Ergebnis als Anpassungsleistung an die neue Arbeitssituation der Mitarbeiter

des St. Hedwig Krankenhauses für ihre eigene Zufriedenheit deutbar. Außerdem führt die verstärkte Zusammenarbeit aller Mitarbeiter im Multiprofessionellen Bezugsteam wahrscheinlich zu einer generellen Erhöhung von Wertschätzung und Akzeptanz des einzelnen Mitarbeiters. Diese Annahme wird durch die gewollte Auflösung hierarchischer Strukturen im „Weddinger Modell“ erklärbar<sup>1</sup>. Somit kann dieser höhere WPAZ- Summenscore ein Hinweis auf die Zunahme an Zufriedenheit am Arbeitsplatz der Professionellen im St. Hedwig-Krankenhaus interpretiert werden.

Andererseits ist dieses Ergebnis in Bezug auf das oben beschriebene „Zufriedenheitsparadoxon“ von Herschbach<sup>55</sup> auch als sozial erwünschtes Antwortverhalten der Professionellen gegenüber ihren Vorgesetzten deutbar.

Zusammenfassend sollte bei der Betrachtung der unterschiedlichen Bewertungen von Patientenzufriedenheit durch Patienten und Professionelle beachtet werden, dass in der Wissenschaft „Patienten- und Expertenbewertungen aufgrund unterschiedlicher Erfahrungs- und Prioritätenstrukturen häufig nicht übereinstimmen“<sup>42</sup>.

Im Gegensatz dazu steht das Ergebnis des Kruskal-Wallis Tests für den WAI-Summenscore. Dieser erbrachte keinen signifikanten Unterschied in Kontroll- und Interventionsgruppe für Professionelle. Demnach wurde die Therapeuten-Patienten-Beziehung im „Weddinger Modell“ durch die Interventionsgruppe nicht besser bewertet.

Folglich sind sowohl für Professionelle, als auch für Patienten in Kontroll- und Interventionsgruppe statistisch keine Unterschiede in der therapeutischen Allianz feststellbar. Dies wirft die Frage auf, inwiefern neue Kommunikationsstrukturen, wie der Trialog bereits in die tägliche Arbeit integriert und konsequent umgesetzt werden konnten. Dementsprechend sollte in Follow- Up- Studien nach langjähriger Etablierung des „Weddinger Modells“ dieser Aspekt erneut untersucht werden

### *6.2.3. Die Rolle der Angehörigen und ihre Bedeutung für die Patientenzufriedenheitsbewertung im „Weddinger Modell“*

Soziale Unterstützung hat nach heutigem wissenschaftlichen Forschungsstand eine protektive Wirkung auf die Gesundheit des Individuums<sup>60</sup>. Im Umkehrschluss gilt soziale Isolation als gesicherter Risikofaktor für eine erhöhte Morbidität und Mortalität<sup>61</sup>. Damit ist die medizinische Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen heute unverkennbar. Neben einem erhöhten kardiovaskulären Risiko ist Einsamkeit insbesondere mit psychischen Erkrankungen, wie Persönlichkeitsstörungen, Depression, oder Psychosen assoziiert<sup>62</sup>.

Betrachtet man nun die sozialen Beziehungen der untersuchten Patientenpopulation, erhalten mehr als die Hälfte aller Befragten keine soziale Unterstützung durch Hauptbezugspersonen bzw. gaben keine Hauptbezugspersonen an. Prozentual war der Anteil an Patienten ohne Angehörige in der Kontrollgruppe knapp 10% höher, als in der Interventionsgruppe (s. Tabelle 3, Kapitel 4.2.5.).

Diese Ergebnisse können in Zusammenschau mit der sehr geringen Rücklaufquote von Angehörigenfragebögen (WPAZ-A), dargestellt in Kapitel 4.4.1. interpretiert werden. Insgesamt haben von dem schon geringen Anteil an Hauptbezugspersonen nur 18,9% (unabhängig vom Krankenhaus) den Patientenzufriedenheitsfragebogen ausgefüllt und damit die Patientenzufriedenheit aus ihrer Sicht bewertet. Die Ursachen dafür können vielschichtig sein. Wie aus dem Review "Barriers to participation in mental health research: are there specific gender, ethnicity and age related barriers?" von Woodall et al. ersichtlich wird, spielen sowohl praktische Gründe, als auch innere Konflikte der Befragten häufig eine Rolle<sup>63</sup>. Als Ursachen einer Nichtteilnahme bei Studien mit psychischen Erkrankungen werden generelles Misstrauen der Forschung gegenüber, sowie sprachliche Barrieren angegeben. Letzteres trifft vor allem für die Befragungen im St. Hedwig Krankenhaus zu, da im dazugehörigen Einzugsbereich Wedding der prozentuale Anteil an "nichtdeutschsprachigen Staatsangehörigen" weitaus höher ist, als in den Kontrollkrankenhäusern. Im Jahre 2005 betrug dieser über 25 Prozent, wohingegen der Anteil im Einzugsbereich Pankow (St. Joseph Krankenhaus) bei etwa 5-10 Prozent und im Bezirk Treptow-Köpenick (Krankenhaus Hedwigshöhe) bei 0-5

Prozent lag<sup>64</sup>. Als weitere mögliche Ursachen werden in dem Review u. a. die Angst vor Stigmatisierung und Misstrauen in Bezug auf Geheimhaltung durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter beschrieben.

Außerdem sollte hier berücksichtigt werden, dass Einsamkeit einen sich selbst verstärkenden Kreislauf bedingen kann, welcher sozial isolierte Menschen zu einer aktiven Distanz von potentiellen sozialen Netzwerken treibt. Zusätzlich führt längeres Alleinsein nach derzeitigem Wissensstand zu einer kognitiv verzerrten Wahrnehmung sozialer Interaktionen, z. B. fördert es die Entstehung einer negativen Erwartungshaltung bei sozialer Interaktion<sup>62</sup>. Grundsätzlich hat sich auch das Unterstützerpotential von Hauptbezugspersonen aufgrund des sozioökonomischen Druckes des Arbeitsmarktes und des demografischen Wandels reduziert<sup>42</sup>. In Betracht kommt ebenso die unzureichende professionelle Einbindung von Hauptbezugspersonen in den stationären Aufenthalt. Diese Unzulänglichkeit versucht das „Weddinger Modell“ zu durchbrechen, scheint jedoch unter Berücksichtigung oben genannter Ergebnisse mit einer trialogischen Kommunikation noch keine konsequenten Veränderungen im Rahmen dieser Studie erzielt zu haben. Dabei gilt es zu bedenken, dass Angehörigenarbeit strukturell so konsequent bislang noch nicht in ein stationäres Modell umgesetzt wurde. Die im "Weddinger Modell" untersuchte Studienpopulation war dementsprechend auch noch Teil einer absoluten Neuerung, fehlende oder konfliktreiche Angehörigenbeziehungen mussten erstmalig langsam aufgebaut werden. Auf der anderen Seite sollten auch die Angehörigen Zugang zu ihrer neuen Rolle finden und Vertrauen zu den neuen Stationsstrukturen entwickeln.

Den Untersuchungen zufolge ergibt sich die Frage, inwieweit die Integration der Hauptbezugsperson im trialogischen Sinne in das stationäre Setting realisierbar ist. Eine weitere denkbare Interpretation der Ergebnisse wäre die Annahme, dass für den Betroffenen die Teilnahme der Hauptbezugsperson an den Visiten eher als Last und weniger als Unterstützung wahrgenommen wird. Eventuell kann er Konflikte mit der Hauptbezugsperson dem Multiprofessionellen Bezugsteam nicht mehr so frei kommunizieren wie vorher. Ebenfalls ist eine stärkere Konzentration auf die Beziehung zwischen Hauptbezugspersonen und Patienten in der Therapiegestaltung denkbar, welche vom Betroffenen möglicherweise als negative Fokussierung erlebt wird.

Berücksichtigt man weiterhin die Ergebnisse des Kruskal-Wallis- Tests (*Kapitel 5.3.1.*), so ist die Patientenzufriedenheit vom Vorhandensein von Hauptbezugspersonen statistisch unbeeinflusst. Auch wird die Patienten- Therapeuten- Beziehung dadurch nicht signifikant verändert. Weiterhin sei erwähnt, dass die Mehrheit der Patienten gar keine Hauptbezugspersonen angab und dementsprechend von einer trialogischen Arbeitsweise auch nicht profitieren kann.

Abschließend scheint die Rolle des Angehörigen in unserer Gesellschaft und seiner Position und Funktion in der Begleitung psychisch erkrankter Patienten nicht eindeutig geklärt. Grundsätzlich ist aber die Wichtigkeit dieser sozialen Ressource in ihrer protektiven Funktion genauso zu berücksichtigen, wie ihre belastenden Effekte für den Patienten<sup>65</sup>. Auch der Angehörige muss bereit sein, diese Verantwortung bzw. aktive Rolle im Behandlungsgeschehen einzunehmen. Mithilfe der statistischen Auswertung ist es nicht gelungen, positive Einflüsse von Angehörigen auf die Patientenzufriedenheit zu zeigen. Vielmehr wurde anhand der deskriptiven Analysen die soziale Isolation aller untersuchten psychiatrischen Patienten und das damit assoziierte, erhöhte Krankheitsrisiko v. a. für weitere psychiatrische Erkrankungen bzw. für eine gesteigerte Morbidität und Mortalität verdeutlicht. Da die vorliegenden Ergebnisse eher eine Desintegration von Hauptbezugspersonen in den Genesungsprozess abbildet, sollten weitere Strategien zur Verzahnung für ein Arbeiten im Trialog überdacht werden. Eine Follow-up Studie könnte die Weiterentwicklung der Angehörigenintegration seit Einführung des "Weddinger Modells" erneut analysieren, um eine potentielle Reintegration des Patienten in ursprüngliche soziale Strukturen und bestehende Strukturen zu überprüfen und das Konzept der Angehörigenintegration weiter zu optimieren.

Um die Belastung der Hauptbezugspersonen so gering wie möglich zu halten, sollte Angehörigenarbeit ab der ersten Hospitalisierung zur Unterstützung dieser wichtigen Ressource für den Patienten und zur Reduktion des Erkrankungsrisikos des Angehörigen angeboten werden<sup>42</sup>. Außerdem kann somit ein Rückgang der nachgewiesenen negativen Effekte instabiler und schlechter emotionaler Gesinnung des Angehörigen auf den Krankheitsverlauf des Patienten erreicht werden<sup>66 67</sup>.



#### *6.2.4. Diagnosegruppen und ihre Bedeutung für die Patientenzufriedenheitsbewertung im „Weddinger Modell“*

Wie in Kapitel 6.1. beschrieben, handelt es sich bei der Analyse und den Effekten von soziodemografischen Faktoren auf Patientenzufriedenheit um ein multivariates Konstrukt<sup>68</sup>. Die derzeitige Studienlage beschreibt den Einfluss von Krankheitsdiagnosen auf die Patientenzufriedenheit uneinheitlich<sup>69,70</sup>. Im Vergleich mit somatischen Erkrankungen sind psychiatrische Diagnosen in der Literatur teilweise mit höherer Unzufriedenheit assoziiert<sup>36,37</sup>. Dabei scheinen in älteren Studien Krankheitsbilder der F2-Kategorie nach ICD-10 Nomenklatur mit der niedrigsten Zufriedenheit unter den psychiatrischen Diagnosegruppen verbunden zu sein<sup>70,71</sup>.

Das „Weddinger Modell“ basiert v. a. auf einem patientenzentrierten Arbeiten unter Integration des Empowerment-, Recovery- und Trialog-Konzeptes. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass diese neuen Kommunikationsformen in der Psychiatrie besonders für Diagnosen der F2-Kategorie nach ICD-10 geeignet sind<sup>72</sup>, jedoch keinesfalls darauf beschränkte Anwendbarkeit aufweisen<sup>73</sup>. Der universelle Einsatz des „Weddinger Modells“, unabhängig von der Krankheitsdiagnose wurde mithilfe des Kruskal-Wallis Tests (Kapitel 5.3.2.) ermittelt. Jedoch konnten Patienten mit Diagnosen der F2- Kategorie nach ICD-10 Nomenklatur in Bezug auf die Patientenzufriedenheit nicht stärker vom „Weddinger Modell“ profitieren, als Patienten mit anderen Erkrankungen.

Die Relevanz des Trialog-Konzeptes für weitere psychiatrische Erkrankungen beweisen die aktuellen S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen<sup>8</sup>. Sie integrieren den Trialog auch inhaltlich in den Katalog (DGBS e.V. und DGPPN e.V.: S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion, 2012). Gielen et al. diskutieren in „Leitlinie Bipolare Störungen und die Bedeutung des Trialogs-Chancen und Risiken“<sup>8</sup> die besondere Rolle des Trialogs im Sinne der gleichberechtigten Begegnung für Patienten mit bipolarer Störung und deren Angehörigen. Im Vordergrund stehen dabei die Vermittlung von Selbstmanagement,

Hilfe zur Selbsthilfe, sowie Patienten- und Angehörigenratgeber, um dem besonders zu Beginn der Erkrankung hohen Bedürfnis nach Wissensvermittlung, gerecht zu werden. Im Sinne des Trialogs hat die richtige Bildung über das Krankheitsbild einen „Einfluss auf die Kooperationsbereitschaft und Behandlungstreue („adherence“), aber auch auf Selbstbewusstsein und Lebensqualität (Statement).“

Wie auch im „Weddinger Modell“ geschildert, geht es um die partizipative Entscheidungsfindung aller Beteiligten in Fragen von Diagnose- und Therapieschritten. Besonderes Augenmerk wird in den S3- Leitlinien für bipolare Störungen auf die Integration der Angehörigen gelegt u. a. durch „family-focussed-therapy“. Dies erfolgt unter Berücksichtigung der Prognose des Patienten und in Abhängigkeit von der Kontinuität seiner Beziehung zu den Angehörigen.

Kritisch bemerken die Autoren die Tatsache, dass die Verankerung des Trialogs in den Leitlinien dem Patienten, entgegen seines Wunsches nach Individualität der Therapie, das Gefühl von standardisierter Betreuung geben könnte. Doch gerade der Trialog widerspricht eigentlich einem starren Konzept, funktioniert ressourcenorientiert, hört und integriert die unterschiedlichen Gesichtspunkte der trialogischen Begegnungen.

Insgesamt kann das „Weddinger Modell“ somit diagnosenübergreifend als ein weiteres Beispiel für die potentiell universelle Anwendbarkeit des Trialogkonzeptes auch im stationären Kontext betrachtet werden.

### 6.2.5. *Trialog und Recovery-Konzept im „Weddinger Modell“*

Ein trialogisches Arbeiten konnte mithilfe dieser Analyse nicht untersucht werden, da die Angehörigenbefragung zu geringe Fallzahlen ergab.

Eine der wesentlichsten Grundsätze der ursprünglichen Trialogbewegung, unabhängig vom „Weddinger Modell“ war die Begegnung an einem neutralen Ort, um einen räumlichen Vorteil einer der drei Personengruppen zu vermeiden<sup>74</sup>. Durch die örtliche Trennung von Hauptbezugspersonen und den restlichen beiden Trialogpartnern durch das stationäre Setting könnte ein Ungleichgewicht zwischen den Beteiligten im „Weddinger Modell“ entstehen. Eine gleichberechtigte Begegnung auf Augenhöhe wird somit eventuell erschwert. Der ambulante Schwerpunkt aus den Teilen des „Offenen Dialogs“ (s. Kapitel 2.2.1.5.) ermöglicht ein Arbeiten im natürlichen Umfeld von Patienten und Angehörigen. Auch hier befinden sich die Partner nicht an einem neutralen Ort, jedoch erfolgt dies nicht im Nachteil für den Betroffenen und seine Hauptbezugspersonen. Leider ist die Übertragung dieser Lösungsstrategie aus dem ambulanten Sektor für das „Weddinger Modell“ nicht möglich. Die stationäre Barriere bzw. die größtenteils festgelegte Räumlichkeit ist organisatorisch derzeit nicht veränderlich und auch langfristig ist eine Verlagerung von Therapieprozessen in das alltägliche Setting des Patienten großflächig nicht realisierbar.

Die Etablierung des Recovery- Konzeptes als weiterer Kommunikationsschwerpunkt im „Weddinger Modell“ wurde innerhalb der vorliegenden Promotion statistisch nicht untersucht. Jedoch sei an dieser Stelle auf die Vieldeutigkeit des Recovery-Begriffs und daran anknüpfend auf die individualisierte Auslegung von Recovery hingewiesen. In "Uses and Abuses of Recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems"<sup>15</sup> weisen Slade et al. auf mögliche Fehlanwendungen des Recovery-Konzeptes hin, welche hier auszugsweise vorgestellt werden. Zum Einen wird betont, dass die Einführung oder Schulung durch besonderes Personal nicht gleichzeitig bei allen Mitarbeitern zu einem Paradigmenwechsel führen kann. Gleichberechtigte Beziehungen, das Vermitteln von Hoffnung, sowie die Hilfe zur Selbstwirksamkeitserfahrung verlangen eine generelle Transformation der vorbestehenden stationären Strukturen. Außerdem betonen die Autorinnen, dass

Recovery ein Wegbewegen von „der Dominanz stationärer Betreuung, medikamentöser Behandlung, sowie der Zwangsaufenthalte“ für einen persönlichen Recoveryprozess benötigt. Die Grundlagen hierfür hat das „Weddinger Modell“ z. B. durch regelmäßige Mitarbeiterschulungen schaffen können. Weiterhin wird auf die Wichtigkeit der Reduzierung professioneller Kontakte hin zu einer Förderung natürlicher sozialer Kontakte bzw. eines natürlichen sozialen Umfeldes nach einem gemeinsamen, systematisch angefertigten Plan hingewiesen. Dieser Aspekt ist ebenfalls Teil des „Weddinger Modells“.

Die Arbeitsgruppe betont weiterhin, dass zur Zeit noch Langzeiterfahrung empirischer Untersuchungen zur universellen Anwendbarkeit des Recovery-Konzeptes fehlen, sich jedoch in vielen Studien der Einsatz für eine breite Population bestätigte. Diese Annahme wird auch in den Ergebnissen des "Weddinger Modells" zur Diagnose und deren Einfluss auf die Patientenzufriedenheit angedeutet (s. Kapitel 6.2.4.).

Zuletzt wird der Dialog von den Autoren als eine Möglichkeit eines empirisch validierten, sozialen Vermittlungskonzeptes beschrieben, welches an das Recovery-Konzept angelehnte Kommunikationsweisen und Strukturen fördert. Zusammenfassend findet sich hier die Integration von Dialog in das Recovery-Konzept, wie im „Weddinger Modell“ praktiziert, wissenschaftlich validiert wieder.

Zudem wird noch einmal die fehlende Standardisierung vom Arbeiten mit Recovery verdeutlicht und die Gefahren der individualisierten Recovery- Anwendung unterstrichen.

Zur weiteren Abklärung der Wirksamkeit von Dialog und Recovery im „Weddinger Modell“ sollte auch für diesen Bereich eine Follow-up Studie durchgeführt werden. Die oben beschriebene Schwierigkeit in der Standardisierung von Recovery-Konzepten wird im „Weddinger Modell“ durch eine klare Beschreibung der Auslegung von Recovery für die Anwender vereinheitlicht<sup>1</sup>. Eine grundsätzliche Orientierung an bereits wissenschaftlich nachgewiesenen positiven und negativen Einflüssen kann zur regelmäßigen und permanenten Weiterentwicklung des "Weddinger Modells" genutzt werden. Durch Langzeitstudien ist es möglich, den universellen Einsatz von Dialog und Recovery im stationären Setting genauer zu überprüfen.

## 7. Fehlerbetrachtung

Diese Studie wird zum einen durch die Unmöglichkeit der Randomisierung der Studienpopulation aufgrund der festgelegten Einzugsbereiche in der stationär psychiatrischen Versorgung in Berlin limitiert.

Zum anderen sind die Ergebnisse aufgrund der Anwendung eines bisher wissenschaftlich nicht validierten Fragebogens (WPAZ) eingeschränkt aussagekräftig. Diese Tatsache wurde durch die Einbeziehung des WAI-Fragebogens weitgehend kompensiert, da ein signifikanter Zusammenhang beider Summenscores mithilfe der Korrelationsanalyse nach Pearson nachgewiesen werden konnte.

Für die Analyse im trialogischen Sinne fand eine Zusammenführung der Antwortbögen von Bezugspflege, Arzt, Psychologen und Sozialarbeitern statt, welche als Professionelle betitelt wurden. Aus den Ergebnissen ist demnach nicht mehr ersichtlich, welche Subgruppe an Professionellen welchen Fragebogen ausgefüllt und damit die gebildeten Summenscores beeinflusst hat. Ein weiterer Aspekt in der Auswertung der Fragebögen für Professionelle ist, dass nicht klar wird, wie oft dieselbe Person unterschiedliche Patienten bewertete. Die Annahme unabhängiger Stichproben ist somit statistisch gesehen nicht ganz korrekt und hätte z.B. mithilfe einer Clusteranalyse genauer beurteilt werden können.

Eine weitere Limitation dieser Studie entstand durch die uneinheitliche Rekrutierung von Probanden. Insgesamt fand eine Befragung durch sechs unterschiedliche Doktoranden statt, wovon eine Person nur innerhalb des ersten und eine nur innerhalb des zweiten Befragungszeitraumes Interviews führte. Grundlegend können Intervieweffekte durch die unterschiedlichen Personen demnach nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Zusätzlich erfolgte vorab keine Standardisierung der Interviews. Außerdem muss ein Einfluss des Settings (der Patient befand sich zum Zeitpunkt des Interviews immer noch im Krankenhaus) berücksichtigt werden. Somit kann sozial erwünschtes Antwortverhalten nicht gänzlich ausgeschlossen werden<sup>38</sup>. Die Angehörigenbefragung erfolgte z. T. als Interview per Telefon oder in direktem Kontakt mit dem Angehörigen. Einige Hauptbezugspersonen füllten den Bogen jedoch eigenständig zuhause aus.

Zusammenfassend war die Rekrutierung von Angehörigen zur Patientenzufriedenheitsbewertung aus ihrer Sicht mithilfe des WPAZ-A von einer unterschiedlichen Motivation der Doktoranden geprägt, Telefoninterviews etc. durchzuführen. Somit ist der statistisch durch sehr ungleiche Gruppengrößen nicht realisierbare, trialogische Vergleich von Patientenzufriedenheitsbewertung durch Patienten, Hauptbezugspersonen und Professionelle in der Studie vermutlich stark von äußeren Faktoren beeinflusst worden.

## Literaturverzeichnis

1. Mahler L, Jarchov-Jádi, I. , Montag, C., Gallinat, J. *Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. Vol 1.,2014.
2. Bock T, Priebe, S. Psychosis seminars:an unconventional approach. *Psychiatric Services- a journal of the American Psychiatric Association*. 11/ 2005;Vol. 56 (No.11 ):1441-1443.
3. Amering M, Mikus M, Steffen S. Recovery in Austria: mental health trialogue. *Int Rev Psychiatry*. Feb 2012;24(1):11-18.
4. Amering M. Trialog—an exercise in communication between consumers. *International Journal of Integrated Care*. 2010;10(Conceptual Explorations on Person-centered Medicine):35-36.
5. Dt. Gesellschaft für Psychiatrie PuN. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. *S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin, Göttingen: DGPPN-Dt. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. med. Falkai, Universitätsklinikum Göttingen; 2013.
6. Binder W. Der Trialog in Theorie und Praxis. In: Bender W, ed. *Angehörigenarbeit und TRIALOG-auf dem Weg zu einer trialogischen Psychiatrie*. Köln: Claus Richter Verlag; 2008:21-27.
7. Bock T, Sielaff, G., Ruppelt, F., Nordmeyer, S., Klapheck, K. Trialog und Psychosenpsychotherapie. *Psychotherapeut*. 11/2012;57:514–521.
8. Gielen R, Geissler, D., Giesler, H., Bock, T. Leitlinie Bipolare Störungen und die Bedeutung des Trialogs. *Nervenarzt*. 2012;82:587–594.
9. Aderhold V, Greve, N. Bedürfnisangepasste Behandlung und Offene Dialoge. *PfD*. 2010;11(3):258-261.
10. Amering M. Trialog-an exercise in communication between consumers, carers and professional mental health workers beyond role stereotypes. *International journal of integrated care*. 2010;10 Suppl:e014.
11. Schrank B, Amering M. [Recovery in mental health]. *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*. 2007;21(1):45-50.
12. Amering M, Schmolke, M. . *Recovery- das Ende der Unheilbarkeit*. 5. überarbeitete Auflage ed. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2012.
13. Barber ME. Recovery as the new medical model for psychiatry. *Psychiatr Serv*. Mar 2012;63(3):277-279.
14. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. Apr-Jun 2008;17(2):128-137.
15. Slade M, Amering M, Farkas M, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*. Feb 2014;13(1):12-20.

16. Onken SJ, Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., Cook, J. A. An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric rehabilitation journal*. Summer 2007;31(1):9-22.
17. Jacobson NG, D. What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*. 2001;52(4).
18. Kvrđic S, Cavelti,M., Beck, E.-M., Rűsch,N., Vauth, R. Therapeutic alliance in schizophrenia:The role of recovery orientation,self-stigma,and insight. *Psychiatry Research*. 2012;209:15-20.
19. Deegan PE. The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*. October 1, 2005 2005;33(66 suppl):29-35.
20. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. Mar 2011;37(2):316-323.
21. Langhoff CB, T.; Zubaegel,D. Therapist–Patient Alliance, Patient–Therapist Alliance, Mutual Therapeutic Alliance, Therapist–Patient Concordance, and Outcome of CBT in GAD. 2008;22(8):1-13.
22. Corrigan PW, Rao, D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Can J Psychiatry*. 08/2012;57(8):464-469.
23. Wallcraft JA, M; Freidin, J; Davar,B; Froggatt,D; Jafri, H;, Javed AK, K., Raja,S., Rataemane,S., Steffen,S., Tyano,S., Underhill,C., Wahlberg,H., Warner,R., Herrman,H. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry*. 2011;10:229-236.
24. Resnick SG, Fontana A, Lehman AF, Rosenheck RA. An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia research*. Jun 1 2005;75(1):119-128.
25. Seikkula J, Olson, M.E. The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis:Its Poetics and Micropolitics. *Family Process*. 2003;42(3):403-418.
26. Seikkula J, Aaltonen,J., Alakare,B.,Haarakangas,K., Keränen,J., Lehtinen, K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*. 03/2006;16(2):214-228.
27. Aderhold V, Gottwalz-Itten,E., Haßlöwer, H. Die Behandlungskonferenz - Dialog, Reflexion und Transparenz. *Psych Pflege Heute*. 2010;16(3):142-152.
28. Seikkula J, Aaltonen,J., Alakare,B. „Open dialogue in first-episode psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases “. *Journal of Constructivist Psychology*. 2001;14,„Open dialogue in first-episode psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases “:267-284.
29. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*. June 1, 2005 2005;59(6):440-442.
30. Antonovsky A. The life cycle, mental health and the sense of coherence. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1985;22(4):273-280.



31. <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/integrierte-versorgung.html>.
32. <http://www.nami.org>. Assertive Community Treatment: Investment Yields Outcomes. 09/2007.
33. van Vugt M, Kroon, H., Delespaul, P., Greef, F., Nutger, A., Roosenschoon, B.-J., van Weeghel, J., Zoeteman, J. Mulder, C. Assertive Community Treatment in the Netherlands: Outcome and Model Fidelity. *Can J Psychiatry*. 2011;56(3):154–160.
34. Drake RE, Deegan, P.E. Are Assertive Community Treatment and Recovery Compatible? Commentary on “ACT and Recovery: Integrating Evidence-based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams”. *Community Mental Health Journal*. 2008;44:75-77.
35. Gebhardt SW, A. M. ; Huber, M. T. Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients—the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. *Comprehensive Psychiatry*. 2013;54:53-60.
36. Hoff RA, Rosenheck RA, Meterko M, Wilson NJ. Mental illness as a predictor of satisfaction with inpatient care at Veterans Affairs hospitals. *Psychiatr Serv*. May 1999;50(5):680-685.
37. Jackson JL, Chamberlin, J., Kroenke, K. Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*. 2001;52:609-620.
38. Bortz J, Döring, N. Forschungsmethoden und Evaluation. *für Human- und Sozialwissenschaftler*. Vol 42006.
39. Soygüt G, IŞIKLI, S. Assessment of the Therapeutic Alliance: Reliability and Validity of the Working Alliance Inventory. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2008;19(4):2-11.
40. Munder T, Wilmers F, Leonhart R, Linster HW, Barth J. Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical psychology & psychotherapy*. May-Jun 2010;17(3):231-239.
41. Rentrop M, Böhm, A., Kissling, W. Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1999;67:456-465.
42. Möller-Leimkühler AM. Soziologische und sozialpsychologische Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller HJ, Laux, G., Kampfhammer, H.-P., ed. *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Vol 4. Heidelberg: Springer; 2011:349-376.
43. Pawils S, Trojan, A., Nickel, S., Bleich, C. . Kunden-beziehungsweise Patientenzufriedenheit, ein geeignetes Steuerungsinstrument im Krankenhaus? *Bundesgesundheitsblatt*. 2012(55):1183-1189.
44. KTQ. die Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus - Leitfaden zur Patientenbefragung. 2000.
45. Martens J. *statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows*. Vol 2. München 2003.
46. Brosius F. *SPSS 20 für Dummies*. Vol 1. Düsseldorf: Wiley VCH Verlag GmbH & Co. KGaA; 2012.

47. Spratt M, Carpenter J, Sterne JA, et al. Strategies for multiple imputation in longitudinal studies. *American journal of epidemiology*. Aug 15 2010;172(4):478-487.
48. Steindorf K, Kuß, O. Multiple Imputation – der State-of-the-Art-Umgang mit fehlenden Werten. 2013; [http://de.saswiki.org/images/c/c7/15.\\_KSFE\\_2011\\_-\\_Steindorf\\_\\_Multiple\\_Imputation.pdf](http://de.saswiki.org/images/c/c7/15._KSFE_2011_-_Steindorf__Multiple_Imputation.pdf).
49. Gaus W, Muche, R. *Medizinische Statistik*. Vol 1. Stuttgart, Germany: Schatthauer; 2014.
50. Backhaus K, Erichson, B., Plinke Weiber, R. *multivariate Analysemethoden- eine anwendungsorientierte Einführung*. Vol 12: Springer Verlag; 2008.
51. Bortz J, Schuster,C. Faktorenanalyse. In: Bortz J, Schuster,C., ed. *Statistik für Human-und Sozialwissenschaftler*. Vol 7. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag; 2010:385-426.
52. Field A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. Vol 1. 4 ed. London, California, New Dehli, Singapore: SAGE Publications; 2013.
53. Spießl HL, C.; Radlinger,P.; Schmid,R.; Kaatz,S.; Binder,H.; Hambrecht,M., Klein HE. Patientenzufriedenheit in psychiatrischen Kliniken. *Nervenheilkunde*. 07/2009;07:481-486.
54. Weiß C. *Basiswissen Medizinische Statistik*. Vol 6. Berlin Heidelberg: Springer Verlag; 2013.
55. Herschbach P. Das "Zufriedenheitsparadoxon" in der Lebensqualitätsforschung, wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *Psychotherapeut Psych Med*. 2002;52:141-150.
56. Donner-Banzhoff N. Arzt und Patient: Archäologie einer Beziehung. *Dtsch Arztebl*. 2012;109(42):A 2078–2082.
57. Spießl H, Klein, H.E. Eine untere Grenze der Verweildauer ist erreicht! *Psychiat Prax*. 2008;35:269-270.
58. Hannover W, Dogs, C., P., Kordy, H. Patientenzufriedenheit –ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*. 2000;45(5):292-300.
59. Modestina J, Hanselmann,F., Rüescha,P., Grünwaldb,H., Meyera, P. Der Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie: Entwicklung und Charakteristika. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 2003;154(3):127-138.
60. Faller H, Lang, H. medizinische Soziologie und Psychologie. In: Faller H, ed. Vol 3. Heidelberg: Springer Verlag; 2010.
61. Pantell M, Rehkopf D, Jutte D, Syme SL, Balmes J, Adler N. Social isolation: a predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. *American journal of public health*. Nov 2013;103(11):2056-2062.
62. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*. Oct 2010;40(2):218-227.
63. Woodall A, Howard L, Morgan C. Barriers to participation in mental health research: findings from the Genetics and Psychosis (GAP) Study. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23(1):31-40.

64. Ohlinger R, Raiser, U. Integration und Migration in Berlin- Zahlen, Daten , Fakten. *Internet:www.berlin.de/auslb*. 2005.
65. Möller-Leimkühler AM. Soziologische und sozialpsychologische Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller HJ, Laux,G., Kapfhammer H.-P., ed. *Psychiatrie und Psychotherapie*. Vol 42011:369-374.
66. Moller-Leimkuhler AM, Jandl M. Expressed and perceived emotion over time: does the patients' view matter for the caregivers' burden? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. Aug 2011;261(5):349-355.
67. Moller-Leimkuhler AM. Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. Aug 2005;255(4):223-231.
68. Hekkert KD, Cihangir S, Kleefstra SM, van den Berg B, Kool RB. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Soc Sci Med*. Jul 2009;69(1):68-75.
69. Soergaard KW, Nivison M, Hansen V, Oeiesvold T. Treatment needs and acknowledgement of illness - importance for satisfaction with psychiatric inpatient treatment. *BMC health services research*. 2008;8:103.
70. Kelstrup A, Lund K, Lauritsen B, Bech P. Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients. Relationship to diagnosis and medical treatment. *Acta psychiatrica Scandinavica*. Jun 1993;87(6):374-379.
71. Perreault M, Rogers WL, Leichner P, Sabourin S. Patients' requests and satisfaction with services in an outpatient psychiatric setting. *Psychiatr Serv*. Mar 1996;47(3):287-292.
72. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current opinion in psychiatry*. Jul 2009;22(4):374-380.
73. Amering M. [Recovery--why not?]. *Psychiatrische Praxis*. Mar 2008;35(2):55-56.
74. Dörner K. Wie kann der Dialog die Kommunikationsstrategien der psychiatrischen Versorgungslandschaft aufbrechen? *Psych Pflege Heute*. 2006;12:318–321.

Promovenden: C. Elz; K. Geiling, T. Jacob, S. Jeschke, M. Möller, A. Paschke

## ***Danksagung***

Mein Dank gilt vor allem Simon Diehl für die statistische Betreuung und rechnerische Kontrolle der Ergebnisse. Des Weiteren danke ich meinem Vater Dr. Bengt Jeschke, meiner Mutter Dr. Anne Jeschke, meiner Schwester Marie Jeschke mit Heinrich Jeschke und Martin Remus, Toni Herta, Kerstin Bindel und der Arbeitsgruppe „Weddinger Modell“ (Prof. J. Gallinat, Dr. Lieselotte Mahler, Dr. Christiane Montag, Ina Jarchoh-Jani).

## ***Eidesstattliche Versicherung***

„Ich, Sophie Anne Jeschke, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: "Das Weddinger Modell Stationäres Arbeiten im Trialog- eine Vergleichsstudie" selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

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

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

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

Datum: 02.11.2015

Unterschrift: Sophie Anne Jeschke

## Anhang

### LEBENS LAUF

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

Tabelle 6&7:

Variable	Faktorladung
WPAZ_P1	,714
WPAZ_P2	,719
WPAZ_P3	,761
WPAZ_P4	,748
WPAZ_P5	,693
WPAZ_P6	,675
WPAZ_P7	,701
WPAZ_P8	,589
WPAZ_P10	,626
WPAZ_P11	,705
WPAZ_P12	,620
WPAZ_P13	,647
WPAZ_P14	,627
WPAZ_P15	,614
WPAZ_P16	,507
WPAZ_P17	,619
WPAZ_P18	,663
WPAZ_P19	,587
WPAZ_P21	,638
WPAZ_P22	,661
WPAZ_P25	,525

Variable	Faktorladungen
WAI_1	,736
WAI_2	,595
WAI_3	,721
WAI_4	-,521
WAI_5	,786
WAI_6	,828
WAI_7	,754
WAI_8	,826
WAI_9	,822
WAI_10	-,508
WAI_11	,768
WAI_12	,771

Tabelle 7: Korrelationsmatrix der Faktorladungen des WAI-Summscores

Tabelle 6: Korrelationsmatrix der  
Faktorladungen des WPAZ-Summscores

## Abbildungsverzeichnis:

TABELLE 1: CHARAKTERISTIKA DER KRANKENHÄUSER VON KONTROLL-UND INTERVENTIONSGRUPPE .....	29
TABELLE 2: STUDIENPOPULATION DER JEWEILIGEN KRANKENHÄUSER .....	31
TABELLE 3: ANAMNESTISCHE ANGEHÖRIGE DER PATIENTEN WÄHREND DES KRANKENHAUSAUFENTHALTES .....	32
TABELLE 4: HÄUFIGSTE DIAGNOSEGRUPPEN DER STUDIENPOPULATION INNERHALB DER KRANKENHÄUSER .....	33
TABELLE 5: HÄUFIGKEITEN DER AUSGEFÜLLTEN WPAZ-ANGEHÖRIGEN FRAGEBÖGEN .....	37
ABBILDUNG 1: SCREEPLOT DES WPAZ-FRAGEBOGENS.....	41
ABBILDUNG 2: SCREEPLOT WAI „ELBOW KRITERIUM“ .....	42
ABBILDUNG 4: QQ-PLOT DES WPAZ-SUMMENSCORES .....	47
ABBILDUNG 5: QQ-PLOT DES WAI-SUMMENSCORES .....	48
TABELLE 8: SHAPIRO-WILK TEST: UNTERSUCHUNG DES WPAZ- UND WAI-SUMMENSCORES AUF NORMALVERTEILUNG .....	48
TABELLE 9: ADJUSTIERTE P-WERTE BEI PAARWEISEN VERGLEICHEN VON KONTROLL- UND INTERVENTIONSGRUPPE PATIENT.....	50
ABBILDUNG 6: BOXPLOTS FÜR DEN WPAZ-SUMMENSCORE VON PROFESSIONELLEN AUS KONTROLL- UND INTERVENTIONSGRUPPE .....	53
ABBILDUNG 7: STREUDIAGRAMM FÜR WPAZ- UND WAI-SUMMENSCORE DER PATIENTEN AUFGETEILT NACH KONTROLL- UND INTERVENTIONSGRUPPE .....	55
TABELLE 7: KORRELATIONSMATRIX DER FAKTORLADUNGEN DES WAI- SUMMENSCORES .....	78
TABELLE 6: KORRELATIONSMATRIX DER FAKTORLADUNGEN DES WPAZ-SUMMENSCORES.....	79



## Syntax:

\* ERSTELLEN EINER VARIABLEN, WELCHE KRANKENHAUS UND ERHEBUNGSZEITRAUM CHARAKTERISIERT:

```
DATASET ACTIVATE DATENSET1.
```

```
COMPUTE ZUSAMMENFASSUNG=(KH=5&KOHORTE=1) * 1+(KH=5&KOHORTE=2)*2+(KH=6&KOHORTE=1)*3  
+(KH=6&KOHORTE=2)*4+(KH=7 & KOHORTE=1)*5+(KH=7 & KOHORTE=2)*6.
```

```
EXECUTE.
```

\* FEHLENDE WERTE IM WPAZ-FRAGEBOGEN ZÄHLEN:

```
COUNT MISSING_VALUESWPAZ=WPAZ_P1 WPAZ_P2 WPAZ_P3 WPAZ_P4 WPAZ_P5 WPAZ_P6  
WPAZ_P7 WPAZ_P8 WPAZ_P10
```

```
WPAZ_P11 WPAZ_P12 WPAZ_P13 WPAZ_P14 WPAZ_P15 WPAZ_P16 WPAZ_P17 WPAZ_P18  
WPAZ_P19 WPAZ_P21 WPAZ_P22
```

```
WPAZ_P25(MISSING) WPAZ_P1 WPAZ_P2 WPAZ_P3 WPAZ_P4 WPAZ_P5 WPAZ_P6 WPAZ_P7  
WPAZ_P8 WPAZ_P10 WPAZ_P11
```

```
WPAZ_P12 WPAZ_P13 WPAZ_P14 WPAZ_P15 WPAZ_P16 WPAZ_P17 WPAZ_P18 WPAZ_P19  
WPAZ_P21 WPAZ_P22
```

```
WPAZ_P25(-99) WPAZ_P1 WPAZ_P2 WPAZ_P3 WPAZ_P4 WPAZ_P5 WPAZ_P6 WPAZ_P7  
WPAZ_P8 WPAZ_P10 WPAZ_P11
```

```
WPAZ_P12 WPAZ_P13 WPAZ_P14 WPAZ_P15 WPAZ_P16 WPAZ_P17 WPAZ_P18 WPAZ_P19  
WPAZ_P21 WPAZ_P22
```

```
WPAZ_P25(-1).
```

\* VARIABLENNAME: MISSING\_VALUES

```
VARIABLE LABELS MISSING_VALUESWPAZ 'FEHLENDE WERTE IN WPAZ-FRAGEN'.
```

```
EXECUTE.
```

\* HERAUSFILTERN ALLER FÄLLE, DIE >3 FÄLLE NICHT BEANTWORTET HABEN

```
USE ALL.
```

```
COMPUTE FILTER_$=(MISSING_VALUESWPAZ <= 3).  
VARIABLE LABELS FILTER_$ 'MISSING_VALUESWPAZ <= 3 (FILTER)'.  
VALUE LABELS FILTER_$ 0 'NOT SELECTED' 1 'SELECTED'.  
FORMATS FILTER_$ (F1.0).  
FILTER BY FILTER_$.  
EXECUTE.
```

\* FEHLENDE WERTE BEI DREI ODER WENIGER MISSINGS PER MULTIPLE IMPUTATION ERSETZEN:

```
*IMPUTE MISSING DATA VALUES.  
DATASET DECLARE MULTIPLE_IMPUTATION_WPAZ.  
MULTIPLE IMPUTATION WPAZ_P1 WPAZ_P2 WPAZ_P3 WPAZ_P4 WPAZ_P5 WPAZ_P6 WPAZ_P7  
WPAZ_P8 WPAZ_P10  
WPAZ_P11 WPAZ_P12 WPAZ_P13 WPAZ_P14 WPAZ_P15 WPAZ_P16 WPAZ_P17 WPAZ_P18  
WPAZ_P19 WPAZ_P21 WPAZ_P22  
WPAZ_P25  
/IMPUTE METHOD=AUTO NIMPUTATIONS=10 MAXPCTMISSING=NONE  
/MISSINGSUMMARIES NONE  
/IMPUTATIONSUMMARIES MODELS  
/OUTFILE IMPUTATIONS=MULTIPLE_IMPUTATION_WPAZ .
```

\* LÖSCHEN DES ORIGINALDATENSATZES ALS VORBEREITUNG ZUR AGGREGATION DER 10 IMPUTATIONEN:

```
DATASET ACTIVATE MULTIPLE_IMPUTATION_WPAZ.  
USE ALL.  
COMPUTE FILTER_$=(IMPUTATION_ ~= 0).  
VARIABLE LABELS FILTER_$ 'IMPUTATION_ ~= 0 (FILTER)'.  
VALUE LABELS FILTER_$ 0 'NOT SELECTED' 1 'SELECTED'.  
FORMATS FILTER_$ (F1.0).  
FILTER BY FILTER_$.
```

EXECUTE.

\* AGGREGATION DER WPAZ-FRAGEN AUS DEN 10 IMPUTATIONEN GEMITTELT:

DATASET DECLARE WPAZE.

AGGREGATE

/OUTFILE='WPAZE'

/BREAK=ID\_USER

/WPAZ\_P1\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P1)

/WPAZ\_P2\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P2)

/WPAZ\_P3\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P3)

/WPAZ\_P4\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P4)

/WPAZ\_P5\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P5)

/WPAZ\_P6\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P6)

/WPAZ\_P7\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P7)

/WPAZ\_P8\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P8)

/WPAZ\_P10\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P10)

/WPAZ\_P11\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P11)

/WPAZ\_P12\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P12)

/WPAZ\_P13\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P13)

/WPAZ\_P14\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P14)

/WPAZ\_P15\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P15)

/WPAZ\_P16\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P16)

/WPAZ\_P17\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P17)

/WPAZ\_P18\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P18)

/WPAZ\_P19\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P19)

/WPAZ\_P21\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P21)

/WPAZ\_P22\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P22)

/WPAZ\_P25\_MEAN\_1=MEAN(WPAZ\_P25).

\* EINFÜHREN DER AGGREGIERTEN WPAZ-WERTE IN DEN ORIGINALDATENSATZ:

DATASET ACTIVATE DATENSET1.

SORT CASES BY ID\_USER(A).

MATCH FILES /FILE=\*

/RENAME (WPAZ\_P1 WPAZ\_P10 WPAZ\_P11 WPAZ\_P12 WPAZ\_P13 WPAZ\_P14 WPAZ\_P15  
WPAZ\_P16 WPAZ\_P17 WPAZ\_P18

WPAZ\_P19 WPAZ\_P2 WPAZ\_P21 WPAZ\_P22 WPAZ\_P25 WPAZ\_P3 WPAZ\_P4 WPAZ\_P5  
WPAZ\_P6 WPAZ\_P7 WPAZ\_P8 = D0 D1

D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15 D16 D17 D18 D19 D20)

/FILE='WPAZE'

/BY ID\_USER

/DROP= D0 D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15 D16 D17 D18 D19 D20.

EXECUTE.

\* FAKTORANALYSE:HAUPTKOMPONENTENANALYSE, KEINE ROTATION DA NUR EIN FAKTOR

FACTOR

/VARIABLES WPAZ\_P1\_MEAN\_1 WPAZ\_P2\_MEAN\_1 WPAZ\_P3\_MEAN\_1 WPAZ\_P4\_MEAN\_1  
WPAZ\_P5\_MEAN\_1

WPAZ\_P6\_MEAN\_1 WPAZ\_P7\_MEAN\_1 WPAZ\_P8\_MEAN\_1 WPAZ\_P10\_MEAN\_1 WPAZ\_P11\_MEAN\_1  
WPAZ\_P12\_MEAN\_1

WPAZ\_P13\_MEAN\_1 WPAZ\_P14\_MEAN\_1 WPAZ\_P15\_MEAN\_1 WPAZ\_P16\_MEAN\_1  
WPAZ\_P17\_MEAN\_1 WPAZ\_P18\_MEAN\_1

WPAZ\_P19\_MEAN\_1 WPAZ\_P21\_MEAN\_1 WPAZ\_P22\_MEAN\_1 WPAZ\_P25\_MEAN\_1

/MISSING LISTWISE

/ANALYSIS WPAZ\_P1\_MEAN\_1 WPAZ\_P2\_MEAN\_1 WPAZ\_P3\_MEAN\_1 WPAZ\_P4\_MEAN\_1  
WPAZ\_P5\_MEAN\_1

WPAZ\_P6\_MEAN\_1 WPAZ\_P7\_MEAN\_1 WPAZ\_P8\_MEAN\_1 WPAZ\_P10\_MEAN\_1 WPAZ\_P11\_MEAN\_1  
WPAZ\_P12\_MEAN\_1

WPAZ\_P13\_MEAN\_1 WPAZ\_P14\_MEAN\_1 WPAZ\_P15\_MEAN\_1 WPAZ\_P16\_MEAN\_1  
WPAZ\_P17\_MEAN\_1 WPAZ\_P18\_MEAN\_1

WPAZ\_P19\_MEAN\_1 WPAZ\_P21\_MEAN\_1 WPAZ\_P22\_MEAN\_1 WPAZ\_P25\_MEAN\_1

/PRINT UNIVARIATE INITIAL EXTRACTION FSCORE

/PLOT EIGEN

/CRITERIA FACTORS(1) ITERATE(25)

/EXTRACTION PC

/ROTATION NOROTATE

/SAVE REG(ALL)

/METHOD=CORRELATION.

\* UMBENENNUNG DER VARIABLEN AUS FAKTORANALYSE IN WPAZ-SUMMENSORE:

RENAME VARIABLES FAC1\_1= WPAZ\_SUMMENSORE.

EXECUTE.

\* REZIPROKE DES WPAZ-SUMMENSORES ZUR BESSEREN INTERPRETIERBARKEIT:

COMPUTE WPAZ\_SUMMENSORE=WPAZ\_SUMMENSORE\*(-1).

EXECUTE.

\* FEHLENDE WERTE IM WAI-FRAGEBOGEN ZÄHLEN:

COUNT MISSING\_VALUESWAI=WAI\_1 WAI\_2 WAI\_3 WAI\_4 WAI\_5 WAI\_6 WAI\_7 WAI\_8 WAI\_9 WAI\_10  
WAI\_11

WAI\_12(MISSING) WAI\_1 WAI\_2 WAI\_3 WAI\_4 WAI\_5 WAI\_6 WAI\_7 WAI\_8 WAI\_9 WAI\_10 WAI\_11  
WAI\_12(-99)

WAI\_1 WAI\_2 WAI\_3 WAI\_4 WAI\_5 WAI\_6 WAI\_7 WAI\_8 WAI\_9 WAI\_10 WAI\_11 WAI\_12(-1).

VARIABLE LABELS MISSING\_VALUESWAI 'FEHLENDE WERTE IN WAI-FRAGEN'.

EXECUTE.

\* HERAUSFILTERN ALLTER FÄLLE DIE MEHR ALS DREI WAI-FRAGEN NICHT BEANTWORTET HABEN:

USE ALL.

COMPUTE FILTER\_\$=(MISSING\_VALUESWAI <= 3).

VARIABLE LABELS FILTER\_\$ 'MISSING\_VALUESWAI <= 3 (FILTER)'.  
VALUE LABELS FILTER\_\$ 0 'NOT SELECTED' 1 'SELECTED'.

FORMATS FILTER\_\$ (F1.0).

FILTER BY FILTER\_\$.

EXECUTE.

\* ERSETZEN FEHLENDER WAI-WERTE PER MULTIPLE IMPUTATION:

\*IMPUTE MISSING DATA VALUES.

DATASET DECLARE MULTIPLE\_IMPUTATION\_WAI.

MULTIPLE IMPUTATION WAI\_1 WAI\_2 WAI\_3 WAI\_4 WAI\_5 WAI\_6 WAI\_7 WAI\_8 WAI\_9 WAI\_10  
WAI\_11 WAI\_12

/IMPUTE METHOD=AUTO NIMPUTATIONS=10 MAXPCTMISSING=NONE

/MISSINGSUMMARIES NONE

/IMPUTATIONSUMMARIES MODELS

/OUTFILE IMPUTATIONS=MULTIPLE\_IMPUTATION\_WAI .

\* HERAUSLÖSCHEN DES ORIGINALWAI-DATENSATZES ALS VORBEREITUNG AUF DIE AGGREGATION DER 10  
IMPUTATIONEN GEMITTELT:

DATASET ACTIVATE MULTIPLE\_IMPUTATION\_WAI.

USE ALL.

COMPUTE FILTER\_\$=(IMPUTATION\_ ~= 0).

VARIABLE LABELS FILTER\_\$ 'IMPUTATION\_ ~= 0 (FILTER)'.  
VALUE LABELS FILTER\_\$ 0 'NOT SELECTED' 1 'SELECTED'.

FORMATS FILTER\_\$ (F1.0).

FILTER BY FILTER\_\$.

EXECUTE.

EXECUTE.

\* AGGREGATION DER 10 GEMITTELTEN DATENSÄTZE:

DATASET DECLARE WAIE.

AGGREGATE

/OUTFILE='WAIE'

/BREAK=ID\_USER

/WAI\_1\_MEAN=MEAN(WAI\_1)

/WAI\_2\_MEAN=MEAN(WAI\_2)

/WAI\_3\_MEAN=MEAN(WAI\_3)

/WAI\_4\_MEAN=MEAN(WAI\_4)

/WAI\_5\_MEAN=MEAN(WAI\_5)

/WAI\_6\_MEAN=MEAN(WAI\_6)

/WAI\_7\_MEAN=MEAN(WAI\_7)

/WAI\_8\_MEAN=MEAN(WAI\_8)

/WAI\_9\_MEAN=MEAN(WAI\_9)

/WAI\_10\_MEAN=MEAN(WAI\_10)

/WAI\_11\_MEAN=MEAN(WAI\_11)

/WAI\_12\_MEAN=MEAN(WAI\_12).

\* EINFÜGEN DER IMPUTierten, GEMITTELTEN WAI-FRAGEN IN DEN ORIGINALDATENSATZ:

DATASET ACTIVATE DATENSET1.

SORT CASES BY ID\_USER(A).

DATASET ACTIVATE DATENSET1.

MATCH FILES /FILE=\*

/RENAME (WAI\_1 WAI\_10 WAI\_11 WAI\_12 WAI\_2 WAI\_3 WAI\_4 WAI\_5 WAI\_6 WAI\_7 WAI\_8 WAI\_9

WPAZ\_P10\_MEAN\_1 WPAZ\_P11\_MEAN\_1 WPAZ\_P12\_MEAN\_1 WPAZ\_P13\_MEAN\_1  
WPAZ\_P14\_MEAN\_1 WPAZ\_P15\_MEAN\_1

```
WPAZ_P16_MEAN_1 WPAZ_P17_MEAN_1 WPAZ_P18_MEAN_1 WPAZ_P19_MEAN_1  
WPAZ_P1_MEAN_1 WPAZ_P21_MEAN_1
```

```
WPAZ_P22_MEAN_1 WPAZ_P25_MEAN_1 WPAZ_P2_MEAN_1 WPAZ_P3_MEAN_1 WPAZ_P4_MEAN_1  
WPAZ_P5_MEAN_1
```

```
WPAZ_P6_MEAN_1 WPAZ_P7_MEAN_1 WPAZ_P8_MEAN_1 = D0 D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11  
D12 D13 D14
```

```
D15 D16 D17 D18 D19 D20 D21 D22 D23 D24 D25 D26 D27 D28 D29 D30 D31 D32)
```

```
/FILE='WAIE'
```

```
/BY ID_USER
```

```
/DROP= D0 D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15 D16 D17 D18 D19 D20 D21 D22 D23 D24  
D25 D26 D27 D28 D29 D30 D31 D32.
```

```
EXECUTE.
```

\* FAKTORANALYSE (GLEICHE METHODE, WIE WPAZ) FÜR WAI-SUMMENSCORE:

```
FACTOR
```

```
/VARIABLES WAI_1_MEAN WAI_2_MEAN WAI_3_MEAN WAI_4_MEAN WAI_5_MEAN WAI_6_MEAN  
WAI_7_MEAN
```

```
WAI_8_MEAN WAI_9_MEAN WAI_10_MEAN WAI_11_MEAN WAI_12_MEAN
```

```
/MISSING LISTWISE
```

```
/ANALYSIS WAI_1_MEAN WAI_2_MEAN WAI_3_MEAN WAI_4_MEAN WAI_5_MEAN WAI_6_MEAN  
WAI_7_MEAN WAI_8_MEAN
```

```
WAI_9_MEAN WAI_10_MEAN WAI_11_MEAN WAI_12_MEAN
```

```
/PRINT UNIVARIATE INITIAL EXTRACTION FSCORE
```

```
/PLOT EIGEN
```

```
/CRITERIA FACTORS(1) ITERATE(25)
```

```
/EXTRACTION PC
```

```
/ROTATION NOROTATE
```

```
/SAVE REG(ALL)
```

```
/METHOD=CORRELATION.
```

\* UMBENENNUNG DER FAKTORVARIABLEN IN WAI- SUMMENSCORE:



```
RENAME VARIABLES FAC1_1=WAI_SUMMENSORE.
```

```
EXECUTE.
```

\* REZIPROKE DES WAI- SUMMENSORES ZUR BESSEREN INTERPRETIERBARKEIT:

```
COMPUTE WAI_SUMMENSORE=WAI_SUMMENSORE*(-1).
```

```
EXECUTE.
```

\* QQ-PLOT UND SHAPIRO-WILK TEST ZUR ÜBERPRÜFUNG DER NORMALVERTEILUNG VON WPAZ UND WAI-SUMMENSORE:

\* DAFÜR AUSWAHL ALLER FÄLLE, DIE ENTWEDER WPAZ- ODER WAI- SUMMENSORE BESITZEN:

```
USE ALL.
```

```
COMPUTE FILTER_$=(WPAZ_SUMMENSORE ~= 0 | WAI_SUMMENSORE ~= 0).
```

```
VARIABLE LABELS FILTER_$ 'WPAZ_SUMMENSORE ~= 0 | WAI_SUMMENSORE ~= 0 (FILTER)'.  
VALUE LABELS FILTER_$ 0 'NOT SELECTED' 1 'SELECTED'.  
FORMATS FILTER_$ (F1.0).  
FILTER BY FILTER_$.  
EXECUTE.
```

```
EXAMINE VARIABLES=WPAZ_SUMMENSORE WAI_SUMMENSORE
```

```
/PLOT NPLOT
```

```
/STATISTICS DESCRIPTIVES
```

```
/CINTERVAL 95
```

```
/MISSING PAIRWISE
```

```
/NOTOTAL.
```

\* AUSWAHL EINES NICHTPARAMETRISCHEN TESTVERFAHRENS, UM UNTERSCHIEDE ZWISCHEN KONTROLL- UND INTERVENTIONSGRUPPE ZU ERUIEREN:

\* A) FÜR PATIENTEN- KRUSKALL-WALLIS TEST

USE ALL.

COMPUTE FILTER\_\$=(PROBAND=0).

VARIABLE LABELS FILTER\_\$ 'PROBAND=0 (FILTER)'.  
VALUE LABELS FILTER\_\$ 0 'NOT SELECTED' 1 'SELECTED'.

FORMATS FILTER\_\$ (F1.0).

FILTER BY FILTER\_\$.

EXECUTE.

\* KRUSKAL-WALLIS TEST ZUM VERGLEICH DES WPAZ-& WAI-SUMMENSCORES VON KONTROLL- UND INTERVENTIONSGRUPPE :

\*NONPARAMETRIC TESTS: INDEPENDENT SAMPLES.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (WPAZ\_SUMMENSORE WAI\_SUMMENSORE) GROUP (ZUSAMMENFASSUNG)

KRUSKAL\_WALLIS(COMPARE=PAIRWISE)

/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE

/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

\* VERGLEICH DER PATIENTENZUFRIEDENHEITSBEWERTUNG DURCH PROFESSIONELLE:

USE ALL.

COMPUTE FILTER\_\$=(PROBAND=1).

VARIABLE LABELS FILTER\_\$ 'PROBAND=1 (FILTER)'.  
VALUE LABELS FILTER\_\$ 0 'NOT SELECTED' 1 'SELECTED'.

FORMATS FILTER\_\$ (F1.0).

FILTER BY FILTER\_\$.

EXECUTE.

\* KRUSKAL-WALLIS TEST FÜR WPAZ- UND WAI-SUMMENSORE VON KONTROLL- UND INTERVENTIONSGRUPPE  
PROFESSIONELLE:

\*NONPARAMETRIC TESTS: INDEPENDENT SAMPLES.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (WPAZ\_SUMMENSORE WAI\_SUMMENSORE) GROUP (ZUSAMMENFASSUNG)

KRUSKAL\_WALLIS(COMPARE=PAIRWISE)

/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE

/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

\* DESKRIPTIVE STATISTIK ZU DEN ERGEBNISSEN IM KRUSKAL-WALLIS TEST FÜR DEN WPAZ-SUMMENSORE:

EXAMINE VARIABLES=WPAZ\_SUMMENSORE BY ZUSAMMENFASSUNG

/PLOT BOXPLOT

/COMPARE VARIABLES

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/CINTERVAL 95

/MISSING PAIRWISE

/NOTOTAL.

\* ANALYSE DER NEBENHYPOTHESEN: EINFLUSS VON ANGEHÖRIGEN AUF WPAZ UND WAI & EINFLUSS VON  
DIAGNOSE AUF WPAZ UND WAI:

\* FILTERN DER PATIENTEN:

DATASET ACTIVATE DATENSET1.

USE ALL.

COMPUTE FILTER\_\$=(PROBAND = 0).

VARIABLE LABELS FILTER\_\$ 'PROBAND = 0 (FILTER)'.  
VALUE LABELS FILTER\_\$ 0 'NOT SELECTED' 1 'SELECTED'.  
FORMATS FILTER\_\$ (F1.0).  
FILTER BY FILTER\_\$.  
EXECUTE.

\* KRUSKAL-WALLIS FÜR VARIABLE ANGEHÖRIGE:

\*NONPARAMETRIC TESTS: INDEPENDENT SAMPLES.

NPTESTS

/INDEPENDENT TEST (WPAZ\_SUMMENSORE WAI\_SUMMENSORE) GROUP (ANGEHÖRIGE)

KRUSKAL\_WALLIS(COMPARE=PAIRWISE)

/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE

/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

\* AUSWÄHLEN ALLER FÄLLE DER INTERVENTIONSGRUPPE PATIENT:

DATASET ACTIVATE DATENSET1.

USE ALL.

COMPUTE FILTER\_\$=(PROBAND = 0&STUDIENPOPULATION=0).

VARIABLE LABELS FILTER\_\$ 'PROBAND = 0&STUDIENPOPULATION=0 (FILTER)'.  
VALUE LABELS FILTER\_\$ 0 'NOT SELECTED' 1 'SELECTED'.  
FORMATS FILTER\_\$ (F1.0).  
FILTER BY FILTER\_\$.  
EXECUTE.

\* KRUSKAL-WALLIS-TEST FÜR ICD-KATEGORIE:

\*NONPARAMETRIC TESTS: INDEPENDENT SAMPLES.

NPTESTS

```
/INDEPENDENT TEST (WPAZ_SUMMENSORE WAI_SUMMENSORE) GROUP (ICDKAT_HAUPTDIAGNOSE)
KRUSKAL_WALLIS(COMPARE=PAIRWISE)
/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
```

\* UNTERSUCHUNG DER KORRELATION VON WPAZ UND WAI-SUMMENSORE MIT KORRELATIONSANALYSE NACH PEARSON:

A) FÜR PATIENTEN:

BOOTSTRAP

```
/SAMPLING METHOD=SIMPLE
/VARIABLES INPUT=WPAZ_SUMMENSORE WAI_SUMMENSORE
/CRITERIA CILEVEL=95 CITYPE=PERCENTILE NSAMPLES=1000
/MISSING USERMISSING=EXCLUDE.
```

CORRELATIONS

```
/VARIABLES=WPAZ_SUMMENSORE WAI_SUMMENSORE
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.
```

\* DIAGRAMMERSTELLUNG STREUDIAGRAMM WPAZ UND WAI- SUMMENSORE PATIENTEN NACH STUDIENPOPULATION:.

\* PATIENTEN AUS KONTROLL- UND INTERVENTIONSGRUPPE AUSWÄHLEN:

DATASET ACTIVATE DATENSET1.

USE ALL.

COMPUTE FILTER\_\$=(PROBAND = 0).

VARIABLE LABELS FILTER\_\$ 'PROBAND = 0 (FILTER)'.  
VALUE LABELS FILTER\_\$ 0 'NOT SELECTED' 1 'SELECTED'.

FORMATS FILTER\_\$ (F1.0).

FILTER BY FILTER\_\$.

EXECUTE.

GGRAPH

/GRAPHDATASET NAME="GRAPHDATASET" VARIABLES=WAI\_SUMMENSORE WPAZ\_SUMMENSORE  
STUDIENPOPULATION

MISSING=LISTWISE REPORTMISSING=NO

/GRAPHSPEC SOURCE=INLINE.

BEGIN GPL

SOURCE: S=USERSOURCE(ID("GRAPHDATASET"))

DATA: WAI\_SUMMENSORE=COL(SOURCE(S), NAME("WAI\_SUMMENSORE"))

DATA: WPAZ\_SUMMENSORE=COL(SOURCE(S), NAME("WPAZ\_SUMMENSORE"))

DATA: STUDIENPOPULATION=COL(SOURCE(S), NAME("STUDIENPOPULATION"), UNIT.CATEGORY())

GUIDE: AXIS(DIM(1), LABEL("WAI"))

GUIDE: AXIS(DIM(2), LABEL("WPAZ"))

GUIDE: LEGEND(AESTHETIC(AESTHETIC.COLOR.EXTERIOR), LABEL("STUDIENPOPULATION"))

ELEMENT: POINT(POSITION(WAI\_SUMMENSORE\*WPAZ\_SUMMENSORE),  
COLOR.EXTERIOR(STUDIENPOPULATION))

END GPL.