

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

DISSERTATION

**Spiegeln sich die Konstrukte Selbstermächtigung
und Behandlungszufriedenheit im
psychiatrischen Funktionsniveau wider?**

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Katharina Geiling
aus Köthen (Anhalt)

Gutachter:

1. Prof. Dr. S. Goldt
2. Prof. Dr. Heuser-Collier
3. PD Dr. M. Adli

Datum der Promotion: 11.12.2015

Inhaltsverzeichnis

1	Abstrakt	1
2	Einleitung	3
3	Einführung	4
3.1	Selbstermächtigung	4
3.2	Behandlungszufriedenheit	6
4	Untersuchungsschwerpunkt und Hypothesen	7
4.1	Untersuchungsschwerpunkt	7
4.2	Hypothesen	7
4.3	Operationalisierung	7
5	Methodik	8
5.1	Studiendesign und Einschlusskriterien	8
5.2	Studienprocedere	8
5.3	Statistische Methoden	9
5.4	Messinstrumente	9
5.5	Auswertung der Fragebögen	12
5.6	Untersuchung der Hypothesen	14
6	Ergebnisse	15
6.1	Beschreibung der Studienpopulation	15
6.2	Untersuchung der Hypothesen	19
6.2.1	Hypothese 1.1	19
6.2.2	Hypothese 1.2	21
6.2.3	Hypothese 2	23
6.2.4	Hypothese 3.1	25
6.2.5	Hypothese 3.2	26
6.3	Zusammenfassende Darstellung	27

7	Diskussion	28
7.1	Inhaltliche Diskussion	28
7.1.1	Hypothese 1	28
7.1.2	Hypothese 2	30
7.1.3	Hypothese 3	32
7.2	Methodische Diskussion	33
8	Literaturverzeichnis	35

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ALG	Arbeitslosengeld
AU-Rente	Arbeitsunfähigkeitsrente
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CGI	Clinical Global Impression Scale
CGI-I	Clinical Global Impression - Improvement Scale
CGI-S	Clinical Global Impression - Severity Scale
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
etc.	et cetera
EU-Rente	Erwerbsunfähigkeitsrente
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
SD	Standardabweichung
Tab.	Tabelle
VSSS-EU	Verona Service Satisfaction Scale - European version
WPAZ	Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit
z. B.	zum Beispiel
ZUF-8	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

1 Abstrakt

ZIEL

Selbstermächtigung und Behandlungszufriedenheit stellen zwei maßgebliche Kriterien für die Erfolgsbewertung der psychiatrischen Behandlung dar. Die vorliegende Studie untersucht den Zusammenhang dieser Konstrukte miteinander und inwiefern sie mit dem klinisch evaluierten Behandlungserfolg übereinstimmen.

METHODEN

Es gingen Daten von 292 Teilnehmenden (25 % der stationär versorgten Patienten) aus drei psychiatrischen Kliniken zu zwei verschiedenen Erhebungszeitpunkten in die Analyse ein. Zur Befragung wurden ein Basisangaben-Bogen, der Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (WPAZ), sowie die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) und die Clinical Global Impression - Improvement Scale (CGI-I) genutzt. Die Datenauswertung erfolgte mittels explorativer Datenanalyse, Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung, konfirmatorischer Faktoren-, bivariaten Korrelations-, sowie univariater Kovarianzanalyse. Das Signifikanzniveau wurde auf 5 % festgelegt ($p < 0,05$).

ERGEBNISSE

Selbstermächtigung und Behandlungszufriedenheit stehen in einem signifikanten Zusammenhang ($p < 0,01$). Beide Konstrukte korrelieren gering mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsveränderung (beide $p < 0,05$), jedoch nicht mit dem psychiatrischen Funktionsniveau (Selbstermächtigung: $p = 0,267$; Behandlungszufriedenheit: $p = 0,506$).

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die vorliegende Arbeit weist einen Zusammenhang zwischen den Konstrukten Selbstermächtigung und Behandlungszufriedenheit nach. Wegen des erstmaligen Einsatzes des Weddinger Fragebogens zur Patientenzufriedenheit und der sehr eingeschränkten Verallgemeinerbarkeit dieser Aussage ist weitere Forschung auf diesem Gebiet notwendig.

OBJECTIVE

Self-empowerment and treatment satisfaction provide two essential criteria for the performance rating of the psychiatric treatment. The present study examines the coherence of these constructs with each other and how they coincide with the clinically evaluated treatment success.

METHODS

The data of 292 participants (25 % out of all inpatients) treated in three different psychiatric clinics at two different periods were analysed. A standard information sheet, the Weddinger Questionnaire for Patient Satisfaction (WPAZ), as well as the Global Assessment of Functioning Scale (GAF) and the Clinical Global Impression - Improvement Scale (CGI-I) were used for the survey. The data analysis was performed using exploratory data analysis, Shapiro-Wilk test for normal distribution, confirmatory factor analysis, bivariate correlation analysis and univariate analysis of covariance. The significance level was set at 5 % ($p < 0.05$).

RESULTS

Self-empowerment and treatment satisfaction coincide significantly ($p < 0.01$). Both constructs correlate very little with the general evaluation of the change of state (both $p < 0.05$), whereas not at all with the psychiatric level of function (self-empowerment: $p = 0.267$; treatment satisfaction: $p = 0.506$).

CONCLUSIONS

The present study demonstrates the coherence of the constructs of self-empowerment and treatment satisfaction. Because of the first-time use of the WPAZ-Questionnaire and the very limited generalizability of this statement further research is needed.

2 Einleitung

Die Entwicklung der Psychiatrielandschaft aus dem Anstaltwesen verknüpft sich bis zum heutigen Tag beständig mit Reformen. Sie gilt längst nicht als abgeschlossen und bildet nach wie vor ein hochdynamisches Feld mit schier unüberschaubaren Akteuren und Behandlungsansätzen. [1] Der Wert eines Behandlungsverfahrens richtet sich allgemein nach drei wesentlichen Aspekten: Effektivität, Ökonomie und Akzeptanz durch die Behandelten; gleichwohl letztere eine oft unterschätzte Dimension der Versorgungsqualität darstellt. [2]

In den 1990er Jahren wurde der Diskurs über die Akzeptanz bzw. Patientenzufriedenheit sehr kontrovers geführt. [2] Ihr wurde mitunter eine geringe Bedeutung beigemessen und ihre Messung als unzuverlässig eingeschätzt. Diese Unklarheit nährte sich auch von der Angst, dass therapeutische Qualität viel weniger an evidenten Ergebnissen als vielmehr am „Drumherum“ der Therapie bemessen würde. [2] Inzwischen steht psychische Gesundheit im Zentrum des gesellschaftlichen Diskurses. Ihr Einfluss wird nicht nur auf individueller sondern auch auf volkswirtschaftlicher Ebene erörtert. [3] Das damit eng verwobene Konzept der Selbstermächtigung stammt aus einem politischen Kontext [4] und wurde bereits in den 1980er Jahren als Leitgedanke psychiatrischer Hilfsangebote verschiedener Einrichtungen verankert.

Der Zusammenhang von Behandlungszufriedenheit und objektiviertem Therapieerfolg wurde vielfach untersucht. [2, 5, 6, 7] Es wurden sowohl die Konstrukte Selbstermächtigung und Behandlungszufriedenheit als auch der Behandlungserfolg erforscht. Ebenso bildeten die Zusammenhänge zwischen dem Behandlungserfolg und je einem der beiden Konstrukte Studiengegenstände. [8, 9] Die Recherche ergab jedoch keine Studie, die den Zusammenhang von Behandlungszufriedenheit und Selbstermächtigung untersuchte. Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung dieses Zusammenhangs, sowie des Zusammenhangs der Behandlungszufriedenheit bzw. der Selbstermächtigung mit dem Behandlungserfolg.

Die Datenerhebung für die vorliegende Arbeit erfolgte im Rahmen einer quasi-experimentellen Pilotstudie zur Evaluierung des „Weddinger Modells“, einem neuen recoveryorientierten Behandlungskonzept, das 2010 in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus implementiert wurde. [10] Die zu untersuchenden Hypothesen und Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind nicht Teil der Evaluationsstudie.

3 Einführung

3.1 Selbstermächtigung

Das breit aufgestellte Konstrukt der Selbstermächtigung [9, 11] bezeichnet jene Prozesse, die es Personen ermöglichen, selbstbestimmt über die eigene Situation zu verfügen, sowie Einfluss auf soziale und organisatorische Strukturen im eigenen Umfeld zu nehmen. [8, 9, 12, 13] Ausgehend von der Überlegung, Macht als Fähigkeit der Einflussnahme auf Andere zur Förderung eigener Interessen zu charakterisieren, bezeichnet Selbstermächtigung die Entwicklung hin zu dieser Macht. [9] Dabei ist es zu kurz gegriffen, den einfachen Machttransfer von einer Person auf eine andere als Selbstermächtigung zu bezeichnen, da dies nicht die notwendigen komplexen Interaktionsprozesse widerspiegelt. [12] Je nach Anwendungsbereich variieren die Umsetzung und die zu erreichenden Ziele am Ende einer solchen Entwicklung. [9]

Nach der Verankerung als Leitgedanke psychiatrischer Hilfsangebote erlangte „Empowerment“¹ eine Schlüsselrolle in der Erzielung größerer Behandlungserfolge. Selbstermächtigung sollte maßgeblich zur Erreichung der Bedürfnisbefriedigung psychisch beeinträchtigter Personen beitragen. [9] Hierfür wurden zahlreiche Modelle entworfen, wobei jeweils unterschiedliche Foki vorlagen: grob lassen sich die Modelle nach Abzielung auf systeminternen und -externen Ausbau der Selbstermächtigung unterscheiden. So gab es bspw. klinikexterne Selbsthilfegruppen [8] und Programme, um soziale Fähigkeiten zu fördern und um eine größere Einbindung in die therapeutische Entscheidungsfindung zu erreichen. [14, 15]

Selbstermächtigung findet bezogen auf die Psychiatrie in verschiedenen Bereichen statt. Systemintern kann ein verbesserter Zugang mit größerer Therapiefreiheit eine Steigerung der Selbstermächtigung darstellen, während systemextern die Freiheit von Behandlungen in klassisch psychiatrischen Institutionen gemeint ist. McLean [13] diskutiert die politische Dimension des Begriffs, eingebettet in einen gesellschaftlichen Kontext (z. B. individuelle und kollektive Selbstermächtigung innerhalb [und] von politischen Interessengruppen).

Weiterhin wird das Konstrukt in verschiedene Dimensionen eingeteilt, wie Selbstwirksamkeit, erlebte Macht, Optimismus und Kontrolle über die Zukunft. [16] Reform(bemühung)en gingen sowohl von professioneller Seite als auch von ehemaligen Patienten² aus, die der Institution kritisch gegenüber standen und ihre Primärfunktion in der Selbstermächtigung ihrer Mitglieder

¹Zur Vereindeutigung des vielfach gebrauchten Begriffes des Empowerments wird in der vorliegenden Arbeit einheitlich der Begriff der Selbstermächtigung genutzt.

²In der vorliegenden Arbeit wird das generische Maskulinum genutzt. Dabei sind stets auch Frauen gemeint.

sahen. [8]

In den 1990er Jahren wurde das Konstrukt der Selbstermächtigung bei Personen mit psychischen Erkrankungen zunehmend erforscht; angefangen bei der Schwierigkeit, diesen Terminus einheitlich zu definieren und - davon ausgehend - messbar zu machen. [9] Diesbezüglich herrscht wenig Einigkeit. [16] Studien, die das Ausmaß von Selbstermächtigung untersuchten und eigens dafür Messinstrumente entwarfen, fokussierten auf unterschiedliche Dimensionen des Konstrukts. [8] Inwiefern Förderung und Forderung von Eigenverantwortung in gesteigerter Selbstermächtigung resultieren, ist schwer abschätzbar. Eine Stärkung scheint ebenso plausibel wie eine Überforderung jener Betroffener, denen ein ungewohntes Ausmaß an Verantwortung übertragen wird. Bezogen auf die psychische Gesundheit fehlen eindeutige Beweise. [17] Bloßer Informationszuwachs fördert den Prozess nicht automatisch und die Forderung nach unmöglich erreichbaren Zielen kann sich kontraproduktiv auswirken.

Thomas et al. [18] nehmen eine umfassende Entmachtung psychiatrischer Patienten an (durch Psychiatrie, staatliche Kontrolle, gesellschaftliche Stigmatisierung). Diese schaffe einen Zustand, in dem sich Betroffene außer Stande fühlen, Schritte in Richtung Selbstermächtigung zu unternehmen - oder vielmehr dem, was professionell darunter verstanden wird.

3.2 Behandlungszufriedenheit

Das Konzept der Behandlungszufriedenheit gestaltet sich komplex und mehrdimensional. [19] Die Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung kann die Bestrebung zur und tatsächliche Nutzung von psychiatrischen Hilfsangeboten beeinflussen. Sie bedingt sowohl die Compliance als auch den Behandlungserfolg. [20] Sie wird inzwischen als ein wichtiger Maßstab für die Qualität der Gesundheitsversorgung anerkannt und bietet einen Bezugspunkt, an dem Ärzte ihre Praxis messen können. (vgl. [19, 21]) Dabei bezieht sich das Konzept auf mehr als nur die subjektiv erlebte Symptomreduktion.

Die Rolle der affektiven und kognitiven Symptome, das Funktionsniveau der Patienten, das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität werden als wichtige Determinanten des Behandlungserfolgs benannt. [22] Dabei wird die gemessene Zufriedenheit auch als wichtiges komplementäres Maß in der Evaluation psychiatrischer Behandlungen angesehen. [23]

Die klinische Wirksamkeit der Behandlung ist weitgehend von der Therapiebefolgung abhängig, die wiederum stark von der Patientenzufriedenheit beeinflusst wird. Bedenken in Bezug auf eine Krankheit und ihrer Behandlung differieren mitunter zwischen den Vorstellungen der Patienten und denen, die durch objektive Maßstäbe gemessen werden und auf die sich das medizinische Fachpersonal fokussiert. [19, 24]

Eine stärkere Einbeziehung der Patienten in ihre eigene Behandlung bedeutet, dass die Bewertung der klinischen Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie mit objektiven Maßstäben der Wirksamkeit, Sicherheit, Funktion und Compliance bei der Behandlung, zusammen mit subjektiven (Patienten-bewerteten) Maßstäben einschließlich der Akzeptanz und Zufriedenheit bestimmt wird. [19, 25] Der Logik folgend, dass niedrigere Zufriedenheit eher zu Diskontinuität der Behandlung führt, stellt die Sicherstellung eines hohen Ausmaßes an Zufriedenheit ein essentielles Ziel der psychiatrischen Versorgung dar. [23, 25]

Zahlreiche Studien haben die Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit den von ihnen besuchten Einrichtungen untersucht. Die Recherchen ergaben jedoch keine Studie, die den Zusammenhang von Selbstermächtigung und Behandlungszufriedenheit in Kombination mit dem Therapieerfolg untersuchte.

4 Untersuchungsschwerpunkt und Hypothesen

4.1 Untersuchungsschwerpunkt

Die Hypothesen dieser Arbeit leiten sich aus folgende Fragen ab:

In welchem Zusammenhang steht das Maß der systeminternen Selbstermächtigung mit dem der Behandlungszufriedenheit? Gibt es einen Zusammenhang zwischen Behandlungseffekten und Selbstermächtigung bzw. Behandlungszufriedenheit?

4.2 Hypothesen

1.1 Selbstermächtigung steht im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau.

1.2 Selbstermächtigung steht im Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung.

2 Behandlungszufriedenheit steht im Zusammenhang mit Selbstermächtigung.

3.1 Behandlungszufriedenheit steht im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau.

3.2 Behandlungszufriedenheit steht im Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung.

4.3 Operationalisierung

Die Operationalisierung der Parameter, die zur Überprüfung der Hypothesen untersucht werden, erfolgt in Tabelle 1.

Parameter	Operationalisierung
Selbstermächtigung	WPAZ-Selbstermächtigung
Psychiatrisches Funktionsniveau	GAF
Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung	CGI-I
Behandlungszufriedenheit	WPAZ-Behandlungszufriedenheit

Tabelle 1: Operationalisierung der Parameter

5 Methodik

5.1 Studiendesign und Einschlusskriterien

Die Befragung fand in drei psychiatrischen Kliniken Berlins statt: Die Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus mit zwei Akutstationen, einer gerontopsychiatrischen und einer Suchtabteilung, sowie zwei akademische Lehrkrankenhäuser (St. Joseph-Krankenhaus, Berlin Weißensee und Krankenhaus Hedwigshöhe, Berlin Treptow-Köpenick) mit insgesamt drei akutpsychiatrischen Stationen.

Die Befragung erfolgte im Rahmen einer quasi-experimentellen Pilotstudie zur Evaluierung des „Weddinger Modells“, einem neuen recoveryorientierten Behandlungskonzept, das 2010 in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus implementiert wurde. Der Befragungszeitraum erstreckte sich auf zwei Erhebungen von September 2010 bis Januar 2011 und von September bis Dezember 2011. Es wurden auf allen Stationen Patienten mit ähnlichen Behandlungsschemata befragt; Patienten mit klinikspezifischen Therapieangeboten (z. B. DBT-Sucht-Programm) wurden von der Befragung ausgenommen. Neben Einzelgesprächen fanden Gruppenangebote wie Entspannungs-, Ergo-, Bewegungs- und Musiktherapie statt.

Es wurden alle volljährigen Patienten zur Studienteilnahme eingeladen. Um eine bessere Beurteilungsfähigkeit der Behandlung sicherzustellen, mussten sie mindestens sieben Tage stationär behandelt worden sein. Innerhalb eines Erhebungszeitraums wurden Personen nur einmal befragt, um einen größeren Einfluss der öfter stationär behandelten Patienten durch häufigere Befragung auszuschließen. Wenn die Beurteilungsfähigkeit nach ärztlichem Urteil durch kognitive (bspw. Demenz) oder sprachliche Einschränkungen (bspw. nicht ausreichende Beherrschung der deutschen Sprache) stark gemindert war, schieden Personen von der Befragung aus.

5.2 Studienprocedere

Am Tag vor der geplanten Entlassung wurden alle in Frage kommenden Personen zur Teilnahme eingeladen und unmittelbar vor der Befragung über Inhalt und Ziel der Studie aufgeklärt. Während der Basisangaben-Bogen gemeinsam mit einer Person aus dem Studienteam ausgefüllt wurde, bearbeiteten die Teilnehmenden die restlichen Bögen selbständig in Gegenwart der jeweiligen Person. Anschließend wurden den zuständigen Ärzten die von ihnen auszufüllenden Bögen (CGI-I und GAF) ausgehändigt.

5.3 Statistische Methoden

Die statistische Auswertung erfolgte mit IBM SPSS Statistics 20.0 für Windows (Armonk, NY, 2011). Die Patientendaten wurden durch einen Code anonymisiert und verschlüsselt in die Datenbank eingegeben. Die statistische Datenauswertung erfolgte mittels explorativer Datenanalyse, Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung, konfirmatorischer Faktoren-, bivariater Korrelations-, sowie univariater Kovarianzanalysen. Alle genannten Verfahren sind im Manual der Software beschrieben. Das Signifikanzniveau wurde auf 5 % ($p < 0,05$) festgelegt.

5.4 Messinstrumente

1. Basisdokumentation

Der Basisdokumentationsbogen erhebt neben demografischen Daten Einzelheiten zum aktuellen Aufenthalt, der psychiatrischen Vorgeschichte, der sozialen Unterstützung und der Freizeitgestaltung.

2. Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (WPAZ)

Der WPAZ [26] wurde für die Evaluation des „Weddinger Modells“ entworfen und erstmalig eingesetzt. Der Fragebogen wurde für die Untersuchungen in der vorliegenden Arbeit genutzt. Er gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil aus 25 Items mit 7-Punkt Likert-Skalen (1 = Stimme absolut zu; 2 = Stimme überwiegend zu; 3 = Unsicher - Stimme eher zu; 4 = Unsicher - Stimme eher nicht zu; 5 = Stimme überwiegend nicht zu; 6 = Stimme überhaupt nicht zu; 7 = Frage unzutreffend) bezieht sich auf den aktuellen Stationsaufenthalt. Im zweiten Teil wird mittels Mehrfachantwortmöglichkeiten nach den hilfreichsten Therapieelementen gefragt; er wird in dieser Arbeit in der Auswertung nicht weiter berücksichtigt.

Aus allen 25 Items wurden Subkategorien zur Ermittlung des Maßes für die Selbstermächtigung (Item 10, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 22) und die Behandlungszufriedenheit (Item 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 25) gebildet.

Beispiele für andere in der Literatur beschriebene und in Studien verwendete Instrumente sind ZUF-8 Fragebogen zur Patientenzufriedenheit und Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-EU). [2, 23, 27] Während der ZUF-8 Fragebogen die globale Zufriedenheit in Form von acht Items untersucht, ohne weiter zu differenzieren, untersucht der VSSS-EU

sieben verschiedene Dimensionen von Zufriedenheit. Letzterer wurde ausschließlich für die Befragung von Patienten mit Schizophrenie entworfen. [23]

3. **Global Assessment of Functioning Scale (GAF)**

Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) dient zur schnellen und einfachen Evaluation des allgemeinen psychischen Funktionsniveaus einer Person. Sie stellt ein gängiges Messinstrument im psychiatrischen Klinikalltag dar. Die Skala reicht von 1 (ständige Gefahr der Selbst- oder Fremdgefährdung) bis 100 (hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten). Sie beinhaltet in 10er-Schritten abgestufte Sätze zur Beschreibung psychiatrischer Störungen, die mit einem numerischem Rating assoziiert werden. Dabei sind zwei Ebenen in der Skala integriert: psychische Symptomatik und soziales, sowie berufliches Funktionslevel; ausschlaggebend für die Gesamtbeurteilung ist dabei der niedrigste Score der jeweiligen Ebenen. [28]

Die Einschätzung der Zuverlässigkeit der GAF reicht von großer Zustimmung bis hin zu großer Skepsis verbunden mit der Empfehlung weiterer Forschung und Überarbeitung. [29, 30] Verschiedene Studien belegen die Reliabilität und Validität dieses Messinstruments. (vgl. [31]) Der Einsatz in der vorliegenden Arbeit erfolgte unter Berücksichtigung der hohen Reliabilität in der Beurteilung länger psychisch erkrankter Menschen, [28] der vielfältigen Verwendbarkeit und des geringen Bearbeitungsaufwands. [31]

4. **Clinical Global Impression (CGI)**

Die Clinical Global Impression (CGI) evaluiert den Schweregrad der diagnostizierten Erkrankung (Clinical Global Impression - Severity scale: CGI-S) und die Gesamtbeurteilung der Zustandsveränderung im Verlauf der klinischen Behandlung (Clinical Global Impression - Improvement scale: CGI-I). [32] Seit ihrer Entwicklung für den Einsatz zur Operationalisierung psychopharmakologischer Studien bezogen auf Menschen mit Schizophrenie wurde die CGI-Skala als Standardmessinstrument zur Überprüfung der Effektivität der Therapie weiterer Erkrankungen genutzt. [32, 33, 34, 35, 36, 37, 38] Dabei bewertet die beurteilende Person beide Subskalen in einer 7-Punkt-Skala, von 1 „Patient ist überhaupt nicht krank“ bis 7 „Patient gehört zu den extrem schwer Kranken“ (CGI-S) bzw. 1 „Zustand ist sehr viel besser“ bis 7 „Zustand ist sehr viel schlechter“ (CGI-I). Die Einschätzung erfolgt basierend auf der klinischen Erfahrung des Arztes vergleichend innerhalb einer Diagnosegruppe.

Im klinischen Alltag wird die wenig arbeitsaufwändige CGI häufig gebraucht. [39] Es wurde eine vergleichbare Stärke mit der bewährten „Brief Psychiatric Rating Scale“ in Bezug auf Sensitivität zur Erfassung der Zustandsveränderung bestätigt. [40]

Die Studienlage umfasst eindeutige oder auf Studien beschränkte Empfehlungen sowie Ablehnung mangels ausreichender Zuverlässigkeit und Konsistenz wegen zu starker Verallgemeinerung zur Ableitung valider Aussagen. [33, 41, 42]

Die CGI-S-Skala kommt für die Erfassung von Zustandsänderungen nur in Frage, wenn bei Aufnahme ein Score erfasst wurde. Da dies im Studiendesign nicht vorgesehen war, wird in dieser Arbeit nur die CGI-I-Skala verwendet, da sie die Zustandsänderung durch die Behandlung untersucht. [33]

5.5 Auswertung der Fragebögen

1. Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit - Patient (WPAZ)

Zur Herausbildung von Unterkategorien mit stabilen faktoriellen Strukturen wurden folgende Tests durchgeführt: exploratorische Faktorenanalyse mit Beschränkung auf vier Unterkategorien, Hauptkomponentenanalysen mit Varimax-Verfahren mit Kaiser-Normalisierung.

Die ermittelten Unterkategorien (siehe Tabelle 2 im Anhang) wurden als Behandlungszufriedenheit (Item 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 25), Selbstermächtigung (Item 10, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 22) und Teamverhältnis (Item 16, 17, 18, 19) bezeichnet. Die Items, die auf die Einbeziehung der Angehörigen zielten (Item 9, 23 und 24) wurden nicht berücksichtigt.

Diese Arbeit untersucht die Unterkategorien Selbstermächtigung und Behandlungszufriedenheit, im Folgenden als WPAZ-Selbstermächtigung und WPAZ-Zufriedenheit bezeichnet. Die Skalenverteilung bedingt das Vorliegen eines höheren Maßes an Selbstermächtigung und Behandlungszufriedenheit bei niedrigeren Werten.

Die Angaben der Items wurden im SPSS mit 1 bis 6 bzw. -99 für fehlende Werte verschlüsselt. Da nicht in jedem Fall alle Items vorlagen, konnte keine Vergleichbarkeit der absoluten Score-Werte erzielt werden. Für jede Person wurde für die Anzahl der Items, die im Fragebogen beantwortet wurde, ein maximal erreichbarer Score errechnet. Durch Prozentrechnung mit dem tatsächlich erreichten Score wurde der relativ erreichte Wert ermittelt. Dabei bedeutet auch hier ein höherer Wert ein geringeres Maß an Selbstermächtigung bzw. Behandlungszufriedenheit. Auf diese Weise konnte die Anzahl der Teilnehmenden im Gegensatz zum listenweisen Ausschluss bei fehlenden Werten erhöht werden. Für beide Unterkategorien lagen 292 Datensätze vor.

Die Ergebnisse beider Unterkategorien wurden jeweils mit dem Shapiro-Wilk-Test nach Logarithmierung mit dem natürlichen Logarithmus nach log-linearem Modell auf Normalverteilung untersucht. Dabei muss die Nullhypothese einer vorliegenden Normalverteilung für Selbstermächtigung ($p < 0,01$) und Behandlungszufriedenheit ($p < 0,05$) abgelehnt werden. Es wird mit entsprechender Irrtumswahrscheinlichkeit davon ausgegangen, dass keine Normalverteilung für diese Werte vorliegt. In der Auswertung werden nicht-parametrische Testverfahren angewendet, da die Voraussetzung der Normalverteilung nicht erfüllt ist.

2. Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Die angegebenen GAF-Werte (232 Datensätze) wurden jeweils mit dem natürlichen Logarithmus transformiert. Die Werte wurden mit dem Shapiro-Wilk-Test nach Logarithmierung mit dem natürlichen Logarithmus nach log-linearem Modell mit der Hypothese einer vorliegenden Normalverteilung mit dem Konfidenzintervall 0,05 untersucht. Dabei wurde diese Hypothese abgelehnt ($p < 0,01$). Mit entsprechender Irrtumswahrscheinlichkeit wird davon ausgegangen, dass keine Normalverteilung vorliegt, weshalb nicht-parametrische Tests angewendet werden.

3. Clinical Global Impression (CGI)

Es wurde nur der CGI-I-Wert bei der Auswertung berücksichtigt (232 Datensätze). Die Werte wurden jeweils mit dem natürlichen Logarithmus transformiert. Die Werte wurden mit dem Shapiro-Wilk-Test nach Logarithmierung mit dem natürlichen Logarithmus nach log-linearem Modell mit der Hypothese einer vorliegenden Normalverteilung mit dem Konfidenzintervall 0,05 untersucht. Die Hypothese wurde bei $p < 0,01$ abgelehnt. Mit entsprechender Irrtumswahrscheinlichkeit wird davon ausgegangen, dass keine Normalverteilung vorliegt. Deshalb werden nicht-parametrische Tests angewendet.

5.6 Untersuchung der Hypothesen

Die Hypothesen wurden grafisch durch Scatterplots und analytisch mit dem Korrelationstest nach Pearson untersucht.

Die Werte von WPAZ-Selbstermächtigung, WPAZ-Zufriedenheit und die Werte von GAF und CGI-I wurden zunächst entsprechend der Hypothese in die Diagramme eingesetzt. Die Korrelation nach Pearson diente zur Testung der Zusammenhänge der für die Hypothese relevanten Werte.

Aus den in Kapitel vier hergeleiteten Hypothesen wurden Null- und Alternativhypothesen hergeleitet, die in Tabelle 3 zusammengestellt sind.

Hypothese	Nullhypothese	Alternativhypothese
1.1	Selbstermächtigung steht in keinem Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau.	Selbstermächtigung steht in einem Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau.
1.2	Selbstermächtigung steht in keinem Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung.	Selbstermächtigung steht im Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung.
2	Die Behandlungszufriedenheit steht in keinem Zusammenhang mit der Selbstermächtigung.	Die Behandlungszufriedenheit steht in einem Zusammenhang mit der Selbstermächtigung.
3.1	Die Behandlungszufriedenheit steht in keinem Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau.	Die Behandlungszufriedenheit steht im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau.
3.2	Die Behandlungszufriedenheit steht in keinem Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung.	Die Behandlungszufriedenheit steht im Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung.

Tabelle 3: Null- und Alternativhypothesen

6 Ergebnisse

6.1 Beschreibung der Studienpopulation

Im Befragungszeitraum wurden 1169 Entlassungen aus allen Kliniken verzeichnet. Von den davon 435 (37,2 %) für die vorliegende Arbeit in Frage kommenden Personen willigten 346 (29,6 %) zur Teilnahme ein. Lag nur der Basisangaben-Bogen ausgefüllt vor, schieden diese Teilnehmenden von der statistischen Auswertung aus. In der statistischen Auswertung wurden die Daten von 292 Teilnehmenden (25 %) berücksichtigt.

Beim Vergleich der Kliniken zeigten sich im t-Test keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich Klinik und Kohorte, weshalb die Gesamtpopulation insgesamt betrachtet wird.

Tabelle 4 schlüsselt exemplarisch soziodemografische Angaben und Informationen bzgl. der Hauptdiagnose der Studienpopulation auf. Die Prozentangaben beziehen sich auf die untersuchte Population.

6 Ergebnisse

Alter (SD)	42,11 Jahre (14,7)
Geschlecht	43,8 % weiblich
Aufenthaltsdauer	35,27 Tage
Familienstand	55,1 % ledig 16,1 % geschieden 10,3 % Ehe/Lebenspartnerschaft 9,6 % getrennt; verwitwet 8,9 % außereheliche Beziehung
Wohnform	52,7 % allein 24,7 % mit Familie oder Partner 13,7 % organisierte Wohnformen 5,8 % selbst gewählte Wohngemeinschaften
höchster erzielter Abschluss	36,8 % mittlere Reife 20,6 % Hauptschulabschluss 16,2 % Abitur 12 % Hochschulabschluss 10 % ohne Abschluss
Einkommen	32,6 % ALG-II 17,9 % EU und AU-Rente 13 % Lohnarbeit 8,8 % Altersrente 7,4 % Grundsicherung 7 % ALG-I oder Krankengeld
Nationalität	87,3 % deutsch
Hauptdiagnose	38,0 % schizophrener Formenkreis 24,3 % affektive Störungen 17,8 % Missbrauch psychotroper Substanzen 12,3 % neurotische, Belastungs- und somato- forme Störungen 3,8 % Persönlichkeitsstörungen
Erkrankungsdauer (SD)	13,8 Jahre (11,9)

Tabelle 4: Beschreibung der Studienpopulation

6 Ergebnisse

Für die Auswertung der Angaben im WPAZ konnten Datensätze fast aller Teilnehmender gewertet werden ($n = 290$). Der Median für Selbstermächtigung der relativen nicht-logarithmierten Werte lag bei 40,5 % (SD: 19,1); der für Behandlungszufriedenheit bei 37,5 % (SD: 18,3 %). Der Skala des WPAZ folgend stehen niedrigere Werte für eine stärkere Ausprägung der untersuchten Merkmale. In Abbildung 1 und 2 sind Boxplots der Ergebnisse abgebildet.

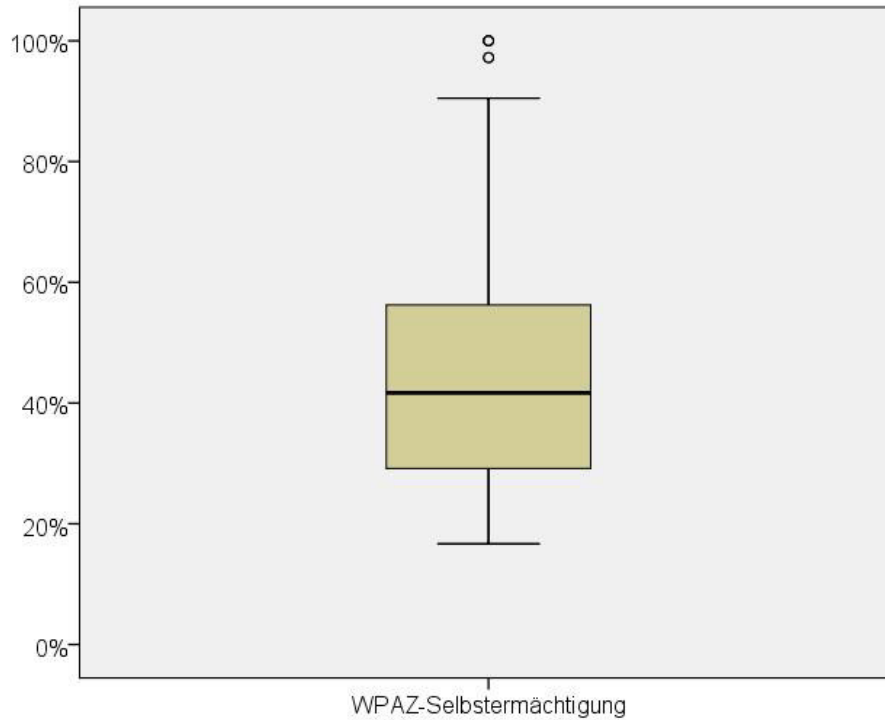


Abbildung 1: WPAZ-Selbstermächtigung

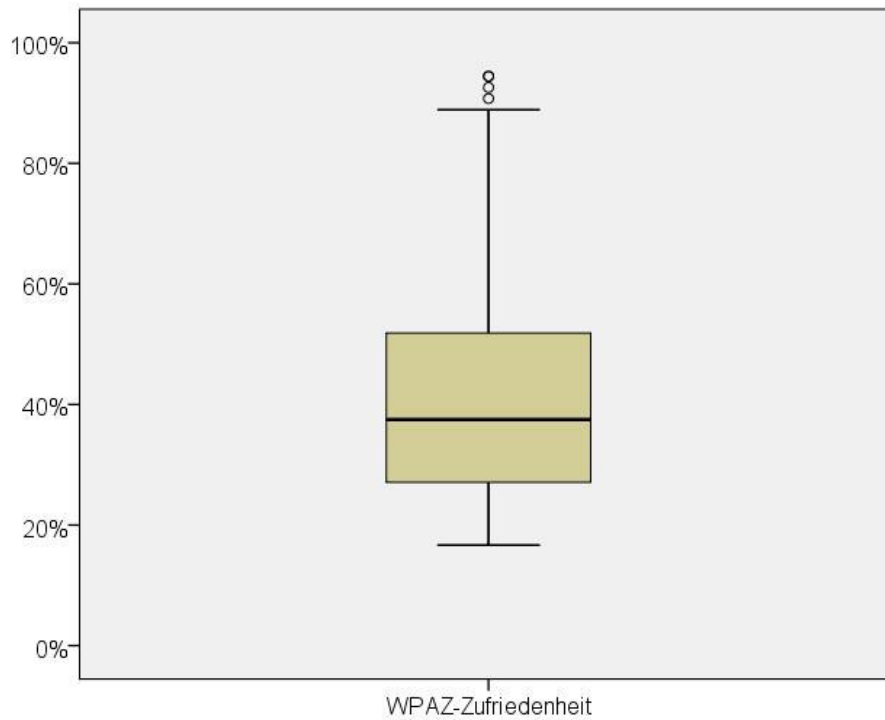


Abbildung 2: WPAZ-Zufriedenheit

Die ärztliche Einschätzung der Patienten wurde 239 CGI-I-Skalen und 243 GAF-Skalen entnommen. Die meisten Patienten zeigten zur Entlassung mäßig ausgeprägte (30,9 %) bzw. einige leichte Symptome (24,3 %). Der Zustand war in den meisten Fällen (41,1 %) viel besser als zum Zeitpunkt der Aufnahme. Im Korrelationstest nach Pearson ergab sich eine hochsignifikante Korrelation ($p < 0,01$) beider Scores. Die genaue Aufschlüsselung der Einschätzungen ist den Tabellen 5 und 6 im Anhang zu entnehmen.

6.2 Untersuchung der Hypothesen

6.2.1 Hypothese 1.1

Selbstermächtigung steht im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau.

Für die Berechnung wurden die logarithmierten Werte nach Logarithmierung mit dem natürlichen Logarithmus nach log-linearem Modell verwendet. Optisch konnte vom Scatterplot nicht auf einen eindeutigen Zusammenhang zwischen den Werten von GAF und WPAZ-Selbstermächtigung geschlossen werden.

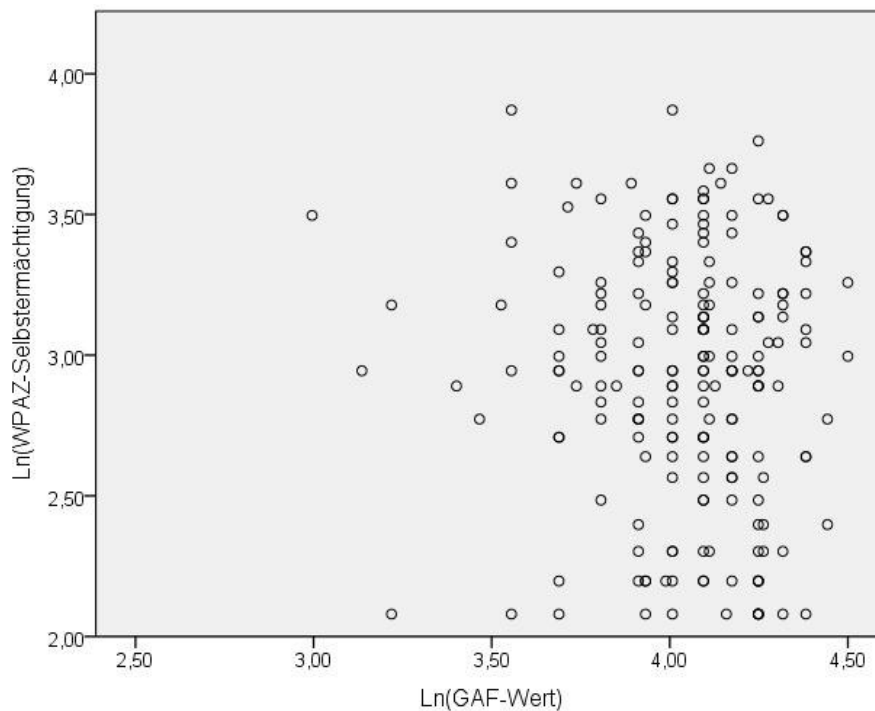


Abbildung 3: Korrelation von WPAZ-Selbstermächtigung mit GAF

Nach Pearson ergab sich keine signifikante Korrelation zwischen dem GAF-Wert und dem von WPAZ-Selbstermächtigung ($r = -0,08$, $p = 0,267$).

Ausgehend von diesen Werten kann die Nullhypothese in diesem Fall nicht abgelehnt werden: Selbstermächtigung steht in keinem Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau.

Um Peaks in den Verteilungen der Daten zu erklären, wurden die im Basiserfassungsbogen erhobenen Merkmale explorativ auf einen möglichen Einfluss untersucht. Scatterplots wurden aus den Fragebogenwerten und den stetigen Merkmalen (z. B. Alter) gebildet. Der Einfluss diskreter Merkmale (z. B. Geschlecht) auf die Werte der Fragebögen wurde mit Hilfe von Boxplots und Histogrammen ermittelt. Es fand sich kein Einfluss jeglicher im Basisangabenbogen erfassten Faktoren auf die Werte von der GAF-Skala und der WPAZ-Selbstermächtigung.

6.2.2 Hypothese 1.2

Selbstermächtigung steht im Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung.

Für die Berechnung wurden die logarithmierten Werte nach Logarithmierung mit dem natürlichen Logarithmus nach log-linearem Modell verwendet. Optisch konnte vom Scatterplot nicht auf einen eindeutigen Zusammenhang zwischen den Werten von CGI-I und WPAZ-Selbstermächtigung geschlossen werden.

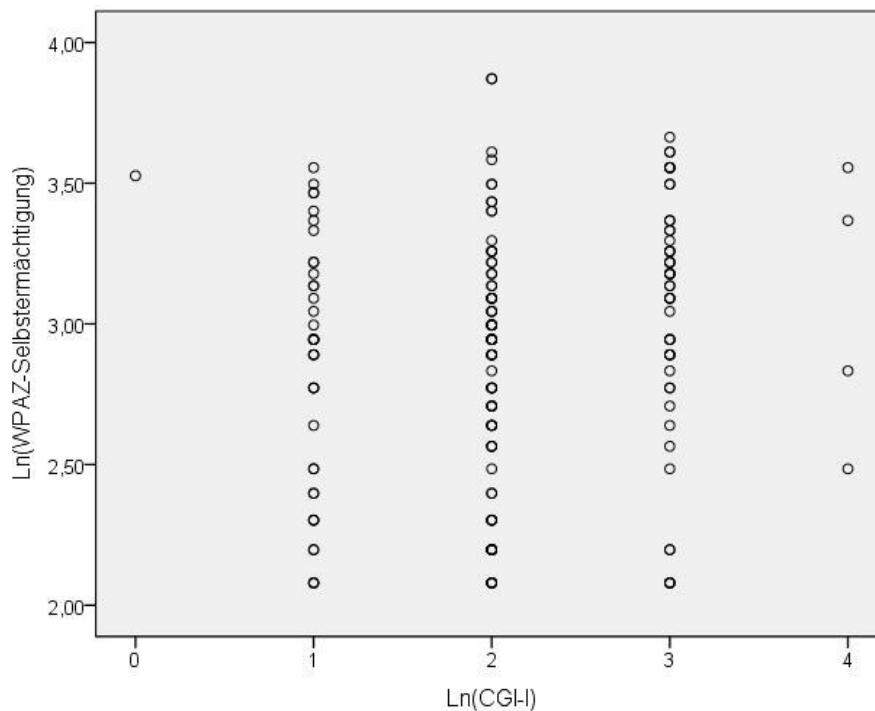


Abbildung 4: Korrelation von WPAZ-Selbstermächtigung mit CGI-I

Es ergab sich ein sehr schwach ausgeprägter signifikanter Zusammenhang zwischen dem CGI-I-Wert und der WPAZ-Selbstermächtigung ($r = 0,162$; $p < 0,05$).

Ausgehend von diesen Werten kann die Nullhypothese in diesem Fall abgelehnt werden: Selbstermächtigung steht im Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung.

Um Peaks in den Verteilungen der Daten zu erklären, wurden die im Basiserfassungsbogen erhobenen Merkmale explorativ auf einen möglichen Einfluss untersucht. Scatterplots wurden aus

den Fragebogenwerten und den stetigen Merkmalen (z. B. Alter) gebildet. Der Einfluss diskreter Merkmale (z. B. Geschlecht) auf die Werte der Fragebögen wurde mit Hilfe von Boxplots und Histogrammen ermittelt. Es fand sich kein Einfluss jeglicher im Basisangabenbogen erfassten Faktoren auf die CGI-I-Werte.

6.2.3 Hypothese 2

Behandlungszufriedenheit steht im Zusammenhang mit Selbstermächtigung.

Für die Berechnung wurden die logarithmierten Werte nach Logarithmierung mit dem natürlichen Logarithmus nach log-linearem Modell verwendet. Im Scatterplot ergab sich ein optischer Zusammenhang zwischen WPAZ-Selbstermächtigung und WPAZ-Zufriedenheit.

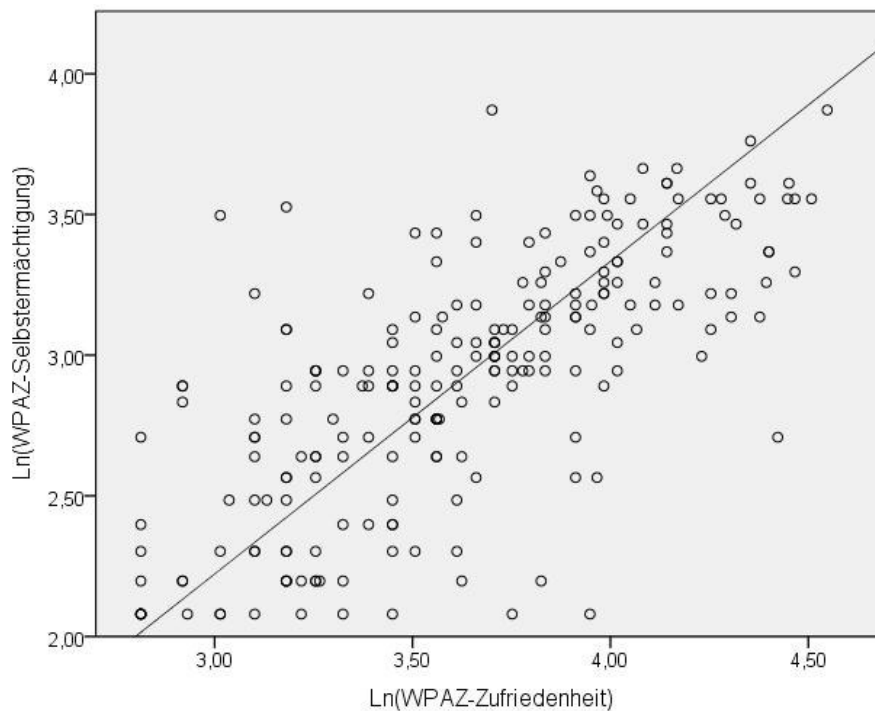


Abbildung 5: Korrelation von WPAZ-Selbstermächtigung mit WPAZ-Zufriedenheit

Die Korrelation nach Pearson ergab einen hochsignifikanten Zusammenhang ($r = 0,718$; $p < 0,01$) zwischen beiden Kategorien.

Die Nullhypothese muss abgelehnt werden: Selbstermächtigung steht im Zusammenhang mit der Behandlungszufriedenheit.

Um Peaks in den Verteilungen der Daten zu erklären, wurden die im Basiserfassungsbogen erhobenen Merkmale explorativ auf einen möglichen Einfluss untersucht. Scatterplots wurden aus den Fragebogenwerten und den stetigen Merkmalen (z. B. Alter) gebildet. Der Einfluss diskreter

6 Ergebnisse

Merkmale (z. B. Geschlecht) auf die Werte der Fragebögen wurde mit Hilfe von Boxplots und Histogrammen ermittelt. Es fand sich kein Einfluss jeglicher im Basisangabenbogen erfassten Faktoren auf die Behandlungszufriedenheit.

6.2.4 Hypothese 3.1

Behandlungszufriedenheit steht im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau.

Für die Berechnung wurden die logarithmierten Werte nach Logarithmierung mit dem natürlichen Logarithmus nach log-linearem Modell verwendet. Der Scatterplot ließ nicht auf eindeutige Zusammenhänge zwischen den Werten von WPAZ-Zufriedenheit und GAF schließen.

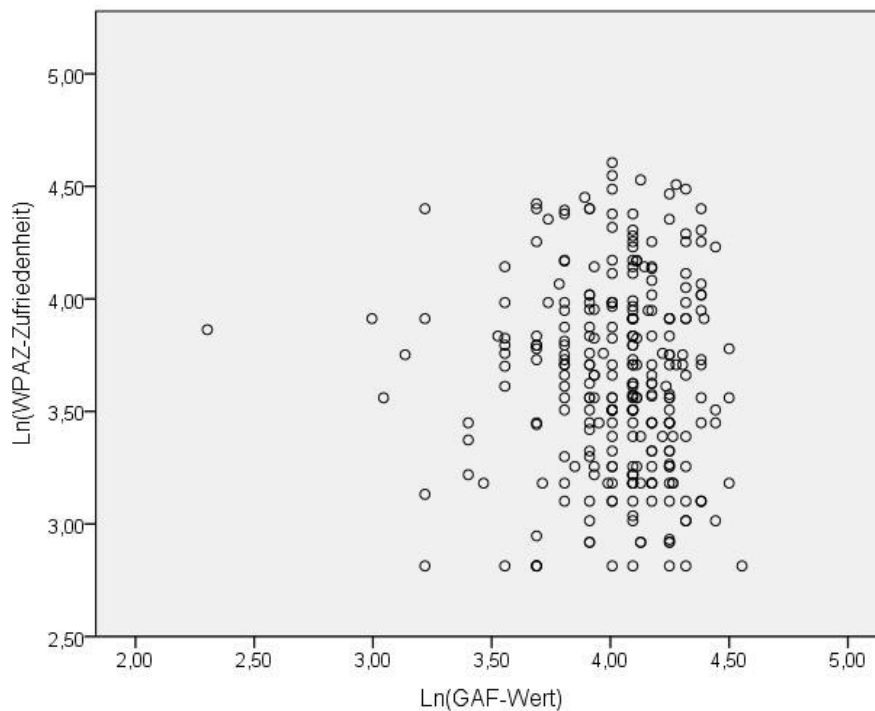


Abbildung 6: Korrelation von WPAZ-Zufriedenheit mit GAF

Nach Pearson ergab sich keine Korrelation zwischen den Werten von WPAZ-Zufriedenheit und GAF ($r = -0,04$; $p = 0,506$).

Die Nullhypothese kann in diesem Fall nicht abgelehnt werden: Behandlungszufriedenheit steht in keinem Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau.

6.2.5 Hypothese 3.2

Behandlungszufriedenheit steht im Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung.

Für die Berechnung wurden die logarithmierten Werte nach Logarithmierung mit dem natürlichen Logarithmus nach log-linearem Modell verwendet. Der Scatterplot ließ nicht auf eindeutige Zusammenhänge zwischen den Werten von WPAZ-Zufriedenheit und CGI-I schließen.

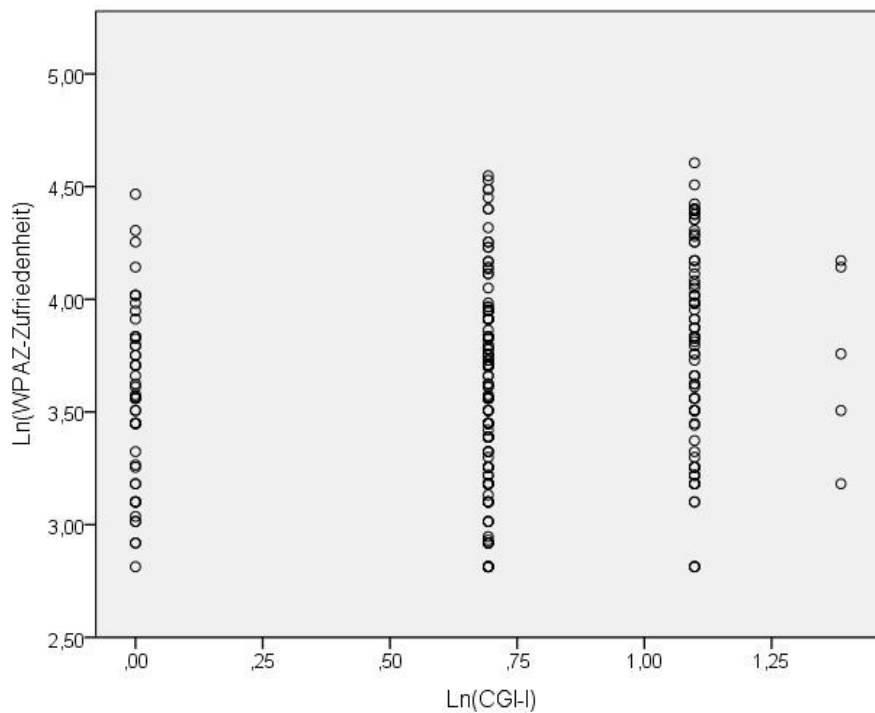


Abbildung 7: Korrelation von WPAZ-Zufriedenheit mit CGI-I

Es fand sich jedoch ein sehr schwach ausgeprägter hochsignifikanter Zusammenhang ($r = 0,168$; $p < 0,01$) zwischen den Werten von WPAZ-Zufriedenheit und CGI-I.

Die Nullhypothese muss in diesem Fall abgelehnt werden: Behandlungszufriedenheit steht im Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung.

6.3 Zusammenfassende Darstellung

Abschließend werden die Ergebnisse in Tabelle 7 dargestellt.

Hypo- these	Nullhypothese	angewandte Verfahren	r- und p- Wert	Ablehnung der Null- hypothese
1.1	Selbstermächtigung steht in keinem Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau	Scatterplot, Korrelation nach Pearson	$r = -0,08$ $p = 0,267$	nein
1.2	Selbstermächtigung steht in keinem Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung	Scatterplot, Korrelation nach Pearson	$r = 0,162$ $p < 0,05$	ja
2	Die Behandlungszufriedenheit steht in keinem Zusammenhang mit Selbstermächtigung	Scatterplot, Korrelation nach Pearson	$r = 0,718$ $p < 0,01$	ja
3.1	Die Behandlungszufriedenheit steht in keinem Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau	Scatterplot, Korrelation nach Pearson	$r = -0,04$ $p = 0,506$	nein
3.2	Die Behandlungszufriedenheit steht in keinem Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung	Scatterplot, Korrelation nach Pearson	$r = 0,168$ $p < 0,01$	ja

Tabelle 7: Null- und Alternativhypothesen

7 Diskussion

7.1 Inhaltliche Diskussion

7.1.1 Hypothese 1

1 Selbstermächtigung steht im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau.

2 Selbstermächtigung steht im Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung.

Selbstermächtigung steht der vorliegenden statistischen Betrachtung folgend in keinem Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau, wobei ein vernachlässigbar schwacher Zusammenhang zwischen Selbstermächtigung und dem CGI-I-Wert nachgewiesen wurde.

Die GAF-Skala bietet eine Einschätzung des aktuellen Funktionsniveaus; dabei wird kein Verlauf in Bezug auf die Krankheit bzw. Symptomatik berücksichtigt. Selbstermächtigung dagegen ist als prozesshaftes Geschehen im Rahmen eines Kontinuums zu verstehen. Der GAF-Score beinhaltet zwei Ebenen (psychische Symptomatik und soziales sowie berufliches Funktionslevel), von denen jeweils die am niedrigsten gewertete den Ausschlag für den vergebenen Summenscore gibt. Dabei ist der niedrigere Score meist durch das funktionelle Level und nicht die Symptomatik bestimmt. Pedersen und Karterud fanden bei 8 bis 10 % der Beurteilten einen signifikanten Unterschied zwischen beiden Ebenen. Die fehlende Korrelation zwischen GAF-Score und dem Wert der Selbstermächtigung könnte auch damit begründet werden. Eine Korrelation könnte sich außerdem eher ergeben, wenn der GAF-Score zu zwei verschiedenen Zeitpunkten erhoben würde. [31]

Segal et al. [9] bekräftigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung insofern, dass die verschiedenen Dimensionen, die dem Konstrukt der Selbstermächtigung zugerechnet werden, mit dem Outcome des Behandlungserfolgs korreliert sind.

Berk et al. [33] haben einen Unterschied der CGI-I-Skalen-Scores zwischen den diagnostischen Gruppen gefunden, die bspw. größere Veränderungen in der Gruppe der Menschen mit bipolaren Störungen aufwies. In der vorliegenden Studie wurde zum Aufnahmezeitpunkt der Patienten kein Basisassessment durchgeführt, das diesbezüglich Aufschluss liefern könnte. Es fanden sich in der vorliegenden Arbeit jedoch keine diagnosespezifischen Unterschiede bezogen auf die Skalen-Scores.

Im Gegensatz zur Beurteilung durch die GAF-Skala, die eine punktuelle Einschätzung des psychiatrischen Funktionsniveaus gibt, erfasst die CGI-I-Skala eine Zustandsveränderung. Da das

Konstrukt der Selbstermächtigung einen Prozess beinhaltet, erscheint sowohl der fehlende Zusammenhang von GAF und Selbstermächtigung, sowie die - in diesem Fall minimal ausgeprägte - Korrelation von CGI-I und Selbstermächtigung logisch.

7.1.2 Hypothese 2

Behandlungszufriedenheit steht im Zusammenhang mit Selbstermächtigung.

Die Korrelation nach Pearson ergab einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen beiden Kategorien. Selbstermächtigung steht im Zusammenhang mit der Behandlungszufriedenheit. Ein höheres Ausmaß an Selbstermächtigung kann unterschiedliche Auswirkungen auf die Behandlungszufriedenheit haben. Es ist denkbar, dass sich ein höheres Ausmaß an Selbstermächtigung mit höherer Einsicht in die Situation gleichsetzen lässt. Dies könnte das Verständnis für das therapeutische Geschehen erhöhen und die Behandlungszufriedenheit steigern. Jedoch ist die generelle Beurteilung der Behandlung von vielen weiteren Faktoren abhängig und nicht nur an das therapeutische Geschehen geknüpft. Hier müsste differenzierter erfasst werden, was genau die jeweilige Zufriedenheit beeinflusst hat.

Ebenso könnte sich ein höheres Maß an Selbstermächtigung negativ auf die Behandlungszufriedenheit auswirken, da andererseits auch denkbar ist, dass Patienten das therapeutische Geschehen stärker in Frage stellen.

Es ließen sich keine Studien finden, die den Zusammenhang der Konstrukte Selbstermächtigung und Behandlungszufriedenheit untersuchen, sodass der in dieser Arbeit gefundene Zusammenhang nicht vergleichend erörtert werden kann. Für die Bewertung der Behandlungszufriedenheit könnte statt der Globalbetrachtung jedoch die Beleuchtung von Einzelaspekten sinnvoller sein. [2, 6]

Es ließ sich kein Einfluss der Basisparameter, wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand, etc. auf die untersuchten Konstrukte finden. Dies stimmt bezogen auf die Behandlungszufriedenheit mit der Untersuchung eines Angstpatientenklientels überein, in der sich ebenfalls keine derartigen Effekte bestätigten. [43] Weitere Studien haben jedoch unterschiedliche Einflussfaktoren gefunden: bspw. der Einfluss des Geschlechts (Patientinnen beurteilten die Behandlung positiver), des Alters oder der Erkrankungsdauer (ältere, bzw. länger erkrankte Patienten bewerteten ihre Behandlung positiver) auf die Behandlungszufriedenheit. [6] Blenkiron et al. [44] bestätigen lediglich einen Zusammenhang des Alters mit der Zufriedenheit.

Weder der Einfluss sozialer Unterstützung und nicht-biologischer Aspekte [45] noch der durch den Wohnort, Arbeitslosigkeit, viele Krankenhauseinweisungen und eine schwere Psychopathologie konnte in dieser Arbeit nachvollzogen werden. [46]

Zimmermann und Rappaport [47] konstatieren, dass eine größere Einbindung in gemeinschaftliche Aktivitäten mit einem größeren Ausmaß an Selbstermächtigung verbunden ist. Dies bestätigen Rogers et al., die außerdem eine Korrelation von Selbstermächtigung und Einkommen fanden. [48] Auch dies konnte durch die vorliegende Arbeit nicht bestätigt werden.

Eine Einschätzung bzgl. der verordneten Medikamente wurde in der vorliegenden Arbeit hinsichtlich der Verträglichkeit, jedoch nicht Sinnhaftigkeit der Verordnung erhoben, wobei es nach Studienlage deutliche Zusammenhänge zwischen Behandlungsbeurteilung und (Einsicht in die) Medikation gibt. Patientenzufriedenheit bzgl. medikamentöser, speziell antipsychotischer Therapie wird dabei durch viele Faktoren beeinflusst. Unzufriedenheit wird z. B. durch Medikamentennebenwirkungen, mangelnde Einbeziehung der Patienten und/oder Angehörigen in die Behandlungsplanung ausgelöst. [19]

Eine Einschränkung in Bezug auf die Diskussion stellt die fehlende Vergleichbarkeit der Studien dar, die vor allem in der Vielzahl nicht validierter Messinstrumente begründet liegt, was eine Vergleichbarkeit unmöglich macht. Obwohl Zufriedenheit als mehrdimensionales Konzept charakterisiert wird, werden oft nur wenige Dimensionen gemessen. [23] Gefundene Korrelationen sind deshalb und wegen der heterogenen Studiendesigns mit verschiedenen Zielgruppen und Behandlungsmethoden unterschiedlich bis widersprüchlich. [2, 23, 27]

Die vorliegende Studie beschränkt sich auf das Konstrukt der systeminternen Selbstermächtigung, während die zum Vergleich herangezogenen Studien auch systemexterne Selbstermächtigung untersuchten und mit anderen Patientenkollektiven in anderen Arten von Einrichtungen arbeiteten. [9] Bei der genaueren Analyse der erhobenen Items der einzelnen Fragebögen ergaben sich sowohl strukturell als auch konkret inhaltlich wenig Überschneidungspunkte.

In Studien zu Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit bzw. Bewertung psychotherapeutischer oder psychiatrischer Interventionen durch die Patienten fällt jedoch auf, dass die Patienten zu positiven Bewertungen tendieren. Dieser „Deckeneffekt“ zeigte sich zwar in dieser Arbeit nicht, er erschwert jedoch insgesamt die Suche nach möglichen Einflussfaktoren. [2, 6]

7.1.3 Hypothese 3

3.1 Behandlungszufriedenheit steht im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau.

3.2 Behandlungszufriedenheit steht im Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung.

Die Behandlungszufriedenheit steht nach vorliegender statistischer Auswertung in keinem Zusammenhang mit den GAF-Werten, jedoch sehr gering mit dem CGI-I-Wert.

Die Zufriedenheit mit der Behandlung steht der vorliegenden Arbeit zu Folge nicht im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Funktionsniveau, jedoch mit der Zustandsänderung. Die Annahme liegt nahe, dass die Behandlungszufriedenheit eher an die Veränderung des aktuellen Zustands geknüpft ist, als an die konkrete Schwere der Einschränkung durch die psychiatrische Erkrankung. Dies ließe vermuten, dass die Patienten unabhängig von der Schwere ihrer Erkrankung zufriedener mit dem klinischen Aufenthalt sind, wenn sie selbst klinisch messbare Fortschritte im Rahmen der Therapie machen.

Geiser et al. [43] folgern, dass die Erfolgsbewertung und Behandlungszufriedenheit nicht von therapieunabhängigen personen- oder krankheitsbezogenen Variablen und nur mäßig von Motivations- und Beziehungsfaktoren abhängt. Dagegen übte das nach der Therapie erreichte Symptomniveau einen höheren Einfluss aus. Zufriedener war, wer in den gesünderen Bereich kam.

Der geringe Zusammenhang zwischen dem psychiatrischen Funktionsniveau und der Behandlungszufriedenheit ist nicht unbekannt. [2, 43] In einer Studie, die die Behandlungsbeurteilung in einem Angstpatientenkollektiv untersuchte, korrelierte das GAF-Rating am Therapieende am geringsten mit der subjektiven Erfolgsbewertung. [43]

Hannöver [2] argumentiert, dass dies an einer ausgeprägten Schiefe der Verteilung der Patientenzufriedenheit liegen könnte. Verglichen mit einer Studie von Schmidt et al., die von normal verteilten Daten ausging, fielen die Korrelationen stärker aus. [7] In der vorliegenden Studie fand sich bei den erhobenen Daten zwar keine derartige Linksverschiebung, dennoch muss der Effekt einer fehlenden Normalverteilung auf die Ergebnisqualität in Erwägung gezogen werden.

Ankuta und Abeles [49] fragten explizit nach der subjektiven Wahrnehmung der Veränderung durch die Psychotherapie; dabei wurde die Zufriedenheit von Patienten mit psychometrisch stärkerer Symptomreduktion höher angegeben.

7.2 Methodische Diskussion

Die vorliegende Arbeit unterliegt einigen Grenzen, die sich unter anderem durch die im Folgenden skizzierten Aspekte ergeben.

Ein generelles Problem, das in dieser Studie zum Tragen kam, ist die Schwierigkeit der Erhebung individueller Eindrücke zur Erfassung komplexer Konstrukte. Die Untersuchung reduktionistischer Modelle ist deutlich einfacher, gleichwohl die Ableitung genereller Aussagen bezweifelt wird. (vgl. [13, 17])

Die abgeleiteten Aussagen sind nicht verallgemeinerbar. Von allen 1169 stationär behandelten Patienten kamen für diese Studie lediglich 37,2 % in Frage. Von diesen verweigerten weitere 27,1 % die Teilnahme. Bei anderen Personen lagen nicht alle Fragebögen vollständig ausgefüllt vor, sodass lediglich die Daten von 25 % aller Patienten ausgewertet werden konnten. Spießl konstatierte, dass bei einer durchschnittlichen Rücklaufquote von 80 % mit einem nicht unerheblichen Anteil „latenter“ Unzufriedenheit zu rechnen ist. (vgl. [2, 50])

Den Hauptteil der Studienteilnehmenden bildeten weiße deutsch sozialisierte Personen. Etwa jeder zehnte Befragte (12,7 %) hatte eine andere als die deutsche Staatsbürgerschaft. Es wurde kein diesbezüglicher Einfluss auf die untersuchten Parameter festgestellt, was aber nicht den Schluss zulässt, auf ein beliebiges Klientel verallgemeinerbar zu sein. Der in der Arbeit erstmalig verwendete Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit wurde keinem Prätest, bspw. auf Verständnisschwierigkeiten unterzogen. Der in dieser Arbeit neu eingesetzte Fragebogen stellt ein neues Instrument dar, dessen Validierung in weiteren Studien erfolgen sollte. Die Korrelation mit einem bewährten klinischen Messinstrument (CGI-I) stärkt die Aussagekraft dieses Messinstruments. Der Einfluss der Verständlichkeit des Fragebogens auf die Ergebnisse sollte jedoch stärker in den Fokus rücken. Dies stellt auch bei der Arbeit mit dem ZUF-8 eine Einschränkung dar. [2]

Die Angaben in der CGI-I können verfälscht sein, da sie auf der Erinnerung der beurteilenden Personen beruhen.

Patienten mit Schizophrenie neigten in nicht-pharmakologischen Interventionsstudien deutlicher zu einer effektiven Behandlungsbeurteilung, wenn unpublizierte Skalen statt validierter Messinstrumente eingesetzt wurden. Angesichts des relativ hohen Anteils mit Schizophrenie diagnostizierter Personen (38 % der Teilnehmenden) ist ein verzerrender Einfluss auf die Ergebnisse denkbar. Eine abschließende Beurteilung kann an dieser Stelle nicht vorgenommen werden.

Die Einarbeitung und die Vorgehensweise des Studienteams wurde nicht durchgehend standardisiert, wodurch Dokumentationsstil und Vorgehensweise der Beteiligten divergierte. Die Kriterien zur Überlassung der Fragebögen zur selbstständigen Bearbeitung durch die Studienteilnehmer lagen im individuellen Ermessen der Beteiligten des Studienteams. Die Reihenfolge der Fragebögen war ebenfalls nicht standardisiert.

Bei den Erhebungen fielen Konzentrationsprobleme einiger Teilnehmender bei der Bearbeitung aller Fragebögen auf. Schwierigkeiten bereiteten insbesondere ungenau oder komplex formulierte Aussagen (z. B. doppelte Verneinungen). Der Einfluss des Konzentrationsvermögens wurde im Rahmen der Erhebung nicht erfasst.

Die Behandlungszufriedenheit wurde in zahlreichen Studien durchgehend und überraschend positiv erfasst. [2, 6] Einschränkend gibt Terporten zu bedenken, dass häufig Studien singulär von klinisch tätigen Menschen entworfen wurden, die folglich klinisches Vokabular und Verständnis von Zufriedenheit beinhalteten. [24] Auch in der vorliegenden Studie lagen Studiendesign, Fragebogenerstellung und Durchführung komplett auf professioneller Seite. Es lässt sich nicht klären, inwiefern die Ergebnisse dadurch verzerrt wurden.

Faktoren wie soziale Erwünschtheit, die bei der Befragung direkt zum Tragen kommen, verzerren das Antwortverhalten stets zu Gunsten positiver Ergebnisse. Welche Faktoren welchen Einfluss üben, kann an dieser Stelle nicht abschließend erörtert werden.

Ein grundsätzliches Dilemma wird sich nicht lösen lassen: einerseits gehen zahlreiche der entworfenen Interventionsmodelle von professioneller Seite aus. Andererseits wird angenommen, dass Selbstermächtigung nicht einfach von mächtigeren Individuen auf weniger mächtige übertragen werden kann und aus eigenem Antrieb erworben werden muss. (vgl. [8, 9, 51]) „Es besteht ein fundamentales Paradoxon in der Idee von Personen, andere selbstermächtigen zu wollen, da die sehr institutionelle Struktur, die eine Personengruppe in die Position versetzt, andere selbstermächtigen zu wollen, den Akt der Selbstermächtigung ebenso untergräbt.“ (vgl. [51]) Dennoch ist weitere Forschung auf diesem Gebiet unabdingbar.

8 Literaturverzeichnis

Literatur

- [1] Porter R. *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*. W. W. Norton Company, 1997:493-524.
- [2] Hannover W, Dogs CP, Kordy H. Patientenzufriedenheit - ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychother* 2000;45:292-300.
- [3] O'Donnell G. Put the pursuit of wellbeing at the heart of public policy. *Financial Times* 20.03.2014;33.
- [4] Castelein S, Van Der Gaag M, Bruggeman R, Van Busschbacht JT, Weirman D. Measuring empowerment among people with psychotic disorders: a comparison of three instruments. *Psychiatr Serv* 2008;59:1338-44.
- [5] Attkisson CC, Zwick R. The Client Satisfaction Questionnaire. Psychometric Properties and Correlations with Service Utilization and Psychotherapy Outcome. *Eval Program Plann* 1982;5:233-7.
- [6] Gruyters T, Priebe S. Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten. Eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1992;60:140-5.
- [7] Schmidt J, Nübling R, Lamprecht F, Wittmann WW. Patientenzufriedenheit am Ende psychosomatischer Reha-Behandlungen. Zusammenhänge mit Behandlung- und Ergebnisvariablen und prognostische Bedeutung. In: Lamprecht F, Johnen R. *Salutogenese*. Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften, 1994:271-83.
- [8] Dickerson FB. Strategies that foster empowerment. *Cogn Behav Pract* 1998;5:255-75.
- [9] Segal S, Silverman C, Temkin T. Measuring empowerment in client-run self-help agencies. *Community Ment Health J* 1995;31:215-27.
- [10] Mahler L, Jarchov-Jädi I, Montag C, Gallinat J. *Das Weddinger Modell - Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag Köln, 2014.

- [11] Berry K, Allott R, Emsley R, Ennion S, Barrowclough C. Perceived empowerment in people with a dual diagnosis of schizophrenia spectrum disorder and substance misuse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:377-84.
- [12] Lloyd M. Empowerment in the interpersonal field: discourses of acute mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007;14:485-94.
- [13] McLean A. Empowerment and the psychiatric consumer/ex-patient movement in the United States: Contradictions, crisis and change. *Soc Sci Med* 1995;40:1053-71.
- [14] Cohen MB. Social Work Practice with Homeless Mentally Ill People: Engaging the Client. *Soc Work*. 1989;34:505-9.
- [15] Susser E, Goldfinger SM, White A. Some clinical approaches to the homeless mentally ill. *Community Ment Health J*. 1990;26:463-80.
- [16] Rogers ES, Ralph RO, Saltzer MS. Validating the empowerment scale with a multisite sample of consumers of mental health services. *Psychiatr Serv* 2010;61:933-6.
- [17] Laugharne R, Priebe S. Trust, choice and power in mental health: a literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:843-52.
- [18] Thomas P, Cahill A. Compulsion and psychiatry - the role of advance statements: Liberation cannot be handed to the oppressed by the oppressor. *BMJ* 2004;329:122-3.
- [19] Chue P. The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2006;20:38-56.
- [20] Kalman TP. An overview of patient satisfaction with psychiatric treatment. In: *Hosp Community Psychiatry* 1983;34:48-54.
- [21] Holcomb WR, Adams NA, Ponder HM, Reitz R. The development and construct validation of a consumer satisfaction questionnaire for psychiatric inpatients. *Eval Program Plann* 1989;12:189-94.
- [22] Lambert M, Naber D. Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs* 2004;18:5-17.

- [23] Ruggeri M, Lasalvia A, Dall'Agnola R, Wijngaarden B van, Knudsen HC, Leese M, Gaité L, Tansella M. Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale-European Version. EPSILON Study 7. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. In: *The Br J Psychiatry* 2000;39:41-8.
- [24] Terporten D, Berndt A, Seiffarth H, Wiese N, Wüstenberg I, Priebe S. Die Nutzerperspektive untersucht von Nutzern psychiatrischer Einrichtungen. In: *Psychiatr Prax* 1995;22:117-8.
- [25] Peuskens J. Clinical effectiveness in adults with chronic schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004;14:4539.
- [26] Mahler L, Jarchov-Jädi I, Montag C, Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit. 2010. (letzter Zugriff am 10.10.2014 http://www.psychiatrieverlag.de/fileadmin/storage/files/pv_book/555_fuer_Internet_01.pdf)
- [27] Zahid MA, Ohaeri JU, Al-Zayed AA. Factors associated with hospital service satisfaction in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Health Serv Res* 2010;10:294. doi:10.1186/1472-6963-10-294.
- [28] Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale: Reliability and Validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry* 1995;166:654-9.
- [29] Moos RH, McCoy L, Moos BS. Global assessment of functioning (GAF) ratings: determinants and role as predictors of one-year treatment outcomes. *J Clin Psychol* 2000;56:449-61.
- [30] Ramirez A, Ekselius L, Ramklint M. Axis V - Global Assessment of Functioning Scale (GAF), further evaluation of the self-report version. *Eur Psychiatry* 2008;23:575-9.
- [31] Pedersen G, Karterud S. The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. *Compr Psychiatry* 2012;53:292-8.
- [32] Khan A, Brodhead A, Kolts R. Relative sensitivity of the Montgomery-Asberg depression rating scale, the Hamilton depression rating scale and the Clinical Global Impressions rating scale in antidepressant clinical trials: a replication analysis. *Int Clin Psychopharmacol* 2004;19:157-60.

- [33] Berk M, Ng F, Dodd S, Callaly T, Campbell S, Bernardo M, Trauer T. The validity of the CGI severity and improvement scales as measures of clinical effectiveness suitable for routine clinical use. *J Eval Clin Pract* 2008;14:979-83.
- [34] Hale A, Corral RM, Mencacci C, Ruiz J, Severo C, Gentil V. Superior antidepressant efficacy results of agomelatine versus fluoxetine in severe MDD patients: a randomized, double-blind study. *Int Clin Psychopharmacol* 2010;25:305-14.
- [35] Hsieh MH, Lin WW, Chen ST, Chen KC, Chen KP, Chiu NY, Huang C, Chang CJ, Lin CH, Lai TJ. A 64-week, multicenter, open-label study of aripiprazole effectiveness in the management of patients with schizophrenia or schizoaffective disorder in a general psychiatric outpatient setting. *Ann Gen Psychiatry* 2010;9:35. doi:10.1186/1744-859X-9-35.
- [36] Hedges D, Brown B, Shwalb D. A direct comparison of effect sizes from the clinical global impression-improvement scale to effect sizes from other rating scales in controlled trials of adult social anxiety disorder. *Hum Psychopharmacol* 2009;24:35-40.
- [37] Khan A, Khan S, Shankles E, Polissar N. Relative sensitivity of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, the Hamilton Depression rating scale and the Clinical Global Impressions rating scale in antidepressant clinical trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2002;17:281-5.
- [38] Zaider TI, Heierg RG, Fresco DM, Schneier FR, Liebowitz MR. Evaluation of the clinical global impression scale among individuals with social anxiety disorder. In: *Psychol Med* 2003;33:611-22.
- [39] Jiang Q, Ahmed S. An analysis of correlations among four outcome scales employed in clinical trials of patients with major depressive disorder. *Ann Gen Psychiatry* 2009;8:4. doi:10.1186/1744-859X-8-4.
- [40] Leucht S, Engel RR. The relative sensitivity of the Clinical Global Impression (CGI) Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale in antipsychotic drug trials. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:406-12.
- [41] Forkmann T, Scherer A, Boecker M, Pawelzik M, Jostes R, Gauggel S. The Clinical Global Impression Scale and the influence of patient or staff perspective on outcome. *BMC psychiatry* 2011;11:83. doi:10.1186/1471-244X-11-83.

- [42] Beneke M, Rasmus W. Clinical Global Impressions (ECDEU): some critical comments. *Pharmacopsychiatry* 1992;25:171-6.
- [43] Geiser F, Bassler M, Bents H, Carls W, Joraschky P, Michelitsch B, Paar G, Ullrich J, Liedtke R. Bewertung des Therapieerfolgs durch Patienten mit Angststörungen nach stationärer Psychotherapie. *Nervenarzt* 2002;73:59-64.
- [44] Blenkiron P, Hammill CA. What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgrad Med J* 2003;79:337-40.
- [45] Hasler G, Moergeli H, Bachmann R, Lambreva E, Buddeberg C, Schnyder U. Patient satisfaction with outpatient psychiatric treatment: the role of diagnosis, pharmacotherapy, and perceived therapeutic change. *Can J Psychiatry* 2004;49:315-21.
- [46] Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A, Vazquez-Barquero JL. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res* 2004;69:125-32.
- [47] Zimmermann M, Rappaport J. Citizen Participation, perceived control and psychological empowerment. *Am J Community Psychol* 1988;16(5):725-50.
- [48] Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv* 1997;48(8):1042-7.
- [49] Ankuta GY, Abeles N. Client satisfaction, clinical significance and meaningful change in psychotherapy. *Profess Psychol Res Pract* 1993;24:70-4.
- [50] Spießl H, Cording C, Klein HE. Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. *Krankenhauspsychiatrie* 1995;6:156-9.
- [51] Gruber J, Trickett E. Can we empower others? The paradox of empowerment in the governing of an alternative public school. *Am J Community Psychol* 1987;15(3):353-71

Tabellenverzeichnis

1	Operationalisierung der Parameter	7
3	Null- und Alternativhypothesen	14
4	Beschreibung der Studienpopulation	16
7	Null- und Alternativhypothesen	27
2	Faktorenanalyse des WPAZ	53
5	Einschätzung des psychiatrischen Funktionsniveaus auf der Global Assessment of Function (GAF) Scale	54
6	Einschätzung der Zustandsänderung auf der CGI-I-Skala	54

Abbildungsverzeichnis

1	WPAZ-Selbstermächtigung	17
2	WPAZ-Zufriedenheit	18
3	Korrelation von WPAZ-Selbstermächtigung mit GAF	19
4	Korrelation von WPAZ-Selbstermächtigung mit CGI-I	21
5	Korrelation von WPAZ-Selbstermächtigung mit WPAZ-Zufriedenheit	23
6	Korrelation von WPAZ-Zufriedenheit mit GAF	25
7	Korrelation von WPAZ-Zufriedenheit mit CGI-I	26
8	Informationsblatt für Patienten Seite 1	41
9	Informationsblatt für Patienten Seite 2	42
10	Informationsblatt für Patienten Seite 3	43
11	Einwilligungserklärung für Studienteilnehmer Seite 1	44
12	Einwilligungserklärung für Studienteilnehmer Seite 2	45
13	Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit Seite 1	46
14	Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit Seite 2	47
15	Basisangaben Seite 1	48
16	Basisangaben Seite 2	49
17	Basisangaben Seite 3	50
18	Global Assessment of Functioning Scale	51
19	Clinical Global Impression	52



Spezialambulanzen

Gedächtnissprechstunde	2311-2902
Sprechstunde für Migranten	2311-2120
Ambulanter Alkoholentzug	2311-2940
Unerholsamer Schlaf	2311-2902
www.schlafmedizin-berlin.de	

Informationsblatt für Patienten

Studie:

**“Patientenzentriertes Arbeiten – Zufriedenheit und Resilienz im Trialog –
eine Beobachtungsstudie (Das „Weddinger Modell“)**

Datum: 24.08.2010

Verantwortliche Leiter:

Dr. med. Lieselotte Mahler

Ina Jarchov-Jádi

Dr. med. Christiane Montag

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus
Grosse Hamburger Str. 5-11
10115 Berlin

Patient: _____
(Name, Vorname)

Patient- ID _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir möchten Sie einladen, an einem Forschungsprojekt (Studie) teilzunehmen, bei der Ihre Zufriedenheit mit der Behandlung im Vordergrund steht. Hierbei ist von wesentlichem Interesse, inwieweit Sie sich und während des (teil-)stationären Aufenthaltes vom Personal wahrgenommen und in ihren Belangen unterstützt gefühlt haben. Haben Sie aus Ihrer Sicht Ihre Therapieziele erreicht? Konnten Sie in der Planung und Gestaltung der Behandlung mitwirken und mitentscheiden? Konnten Sie Ihre bisherigen Erfahrungen und Bewältigungsstrategien im Umgang mit Ihrer Erkrankung mit einfließen lassen? War die Gestaltung der Behandlung für Sie nachvollziehbar? Wurde Ihre Alltagssituation ausreichend berücksichtigt? Darüber hinaus soll, wenn Sie es wünschen, auch die Zufriedenheit Ihres direkten Umfeldes (Familie, Lebenspartner, Freunde, Betreuer etc.) mit der Behandlung erfasst werden.

Wer kann an der Studie teilnehmen? An der Studie können alle Patienten teilnehmen, die sich länger als 24 Stunden in unserer Behandlung befinden, sowie deren Angehörige.

Prinzip und Ablauf der Studie: Sie erhalten verschiedene Fragebögen, welche sich auf Ihre Beurteilung des Aufenthaltes, der Therapie und Ihrer Behandler, sowie auf Ihre Bewältigungsstrategien und Stärken konzentrieren. Ferner möchten wir Sie nach Ihren früheren Behandlungserfahrungen fragen. Wenn Sie gesondert einwilligen, würden wir Sie gern in einem Jahr noch mal kontaktieren (ggf. telefonisch), um Sie nach dem Verlauf Ihrer Behandlung nach der Entlassung zu fragen.

Nutzen der Teilnahme: Aus der Studienteilnahme ergibt sich für Sie kein unmittelbarer Nutzen. Jedoch ist es uns durch Ihre Teilnahme möglich, eine umfassendere Einschätzung über die Qualität unseres Behandlungskonzeptes zu erlangen und Verbesserungen vorzunehmen. Umgekehrt ergeben sich durch eine Nicht-Teilnahme keinerlei Nachteile für Sie. Ihre Therapie wird durch die Studienteilnahme nicht verändert oder verzögert.

Mögliche Belastungen und Risiken: Der zeitliche Aufwand beträgt ca. 30 Minuten. Beim Ausfüllen können Sie durch Studienpersonal unterstützt werden.

Freiwilligkeit der Teilnahme und Studienabbruch: Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können die Studienteilnahme jederzeit beenden, ohne dass Ihnen ein persönlicher Nachteil entsteht oder Ihre medizinische Behandlung dadurch beeinträchtigt wird.

Datenschutz:

Durch Ihre Unterschrift auf der Einwilligungserklärung erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Studienarzt und seine Mitarbeiter Ihre personenbezogenen Daten zum Zweck der o.g. Studie erheben und verarbeiten dürfen. Personenbezogene Daten sind z.B. Ihr Name, Geburtsdatum, Ihre Adresse und Daten zu Ihrer Gesundheit oder Erkrankung oder andere persönliche Daten, die während Ihrer Teilnahme an der Studie oder bei einer der Folgeuntersuchungen erhoben wurden. Die digitale Speicherung, Auswertung und Publikation der Daten erfolgt in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Die Ergebnisse werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Der Studienarzt wird Ihre personenbezogenen Daten für Zwecke der Verwaltung und Durchführung der Studie sowie für Zwecke der Forschung und statistischen Auswertung verwenden.

Sie haben das Recht auf Auskunft über alle beim Studienarzt oder dem Auftraggeber der Studie vorhandenen personenbezogenen Daten über Sie. Sie haben auch das Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten. In diesen Fällen wenden Sie sich bitte an Ihren Studienarzt. Die Adresse und Telefonnummer der Studienverantwortlichen finden Sie am Ende dieses Formblatts.

Bitte beachten Sie, dass die Ergebnisse der Studie in der medizinischen Fachliteratur veröffentlicht werden können, wobei Ihre Identität jedoch anonym bleibt.

Sie können jederzeit der Weiterverarbeitung Ihrer im Rahmen der o.g. Studie erhobenen Daten und/oder weiteren Untersuchung der Ihnen entnommenen Proben widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen. Die bei den genannten Stellen vorhandenen Daten werden für die Zeit von maximal 10 Jahren gespeichert und danach gelöscht.

Abbildungsverzeichnis

Fragen, die die Studie betreffen, können Sie jederzeit an die verantwortlichen Mitarbeiter richten:

Fr. Dr. med. L. Mahler
Fr. I. Jarchov-Jádi
Fr. Dr. med. C. Montag
Hr. M. Heller
Fr. Dr. phil. S. Dick
Fr. M. Niemann-Mirmehdi

Hr. G. Strauch
Hr. A. Gervink
Hr. Dipl.-Psych. J. Dümchen
Fr. K. Krause-Köhler
Fr. A. Kegel

DoktorandInnen: Fr. A. Paschke
Hr. T. Jacob
Fr. K. Geiling
Fr. C. Elz
Fr. S. Jeschke

Psychiatrische Universitätsklinikum der Charité im St. Hedwig Krankenhaus
Grosse Hamburger Str. 5-11
10115 Berlin
Tel: 2311 2023

Vielen Dank!

Die Studienleiterinnen

Fr. Dr. med. L. Mahler
Ärztin / Wiss. Mitarbeiterin

Fr. I. Jarchov-Jádi
Pflegedirektion
Psychiatrie

Fr. Dr. med. C. Montag
Oberärztin



Spezialambulanzen

Gedächtnissprechstunde	2311-2902
Sprechstunde für Migranten	2311-2120
Ambulanter Alkoholentzug	2311-2940
Unerholsamer Schlaf	2311-2902
www.schlafmedizin-berlin.de	

Einwilligungserklärung für Studienteilnehmer

Studie:

**“ Patientenzentriertes Arbeiten – Zufriedenheit und Resilienz im Dialog –
eine Beobachtungsstudie (Das „Weddinger Modell“)**

Datum: 31.05.2010

Verantwortliche Leiter:

Dr. med. Lieselotte Mahler

Ina Jarchov-Jádi

Dr. med. Christiane Montag

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus
Grosse Hamburger Str. 5-11
10115 Berlin

Teilnehmer: _____ Teilnehmer-ID _____
(Name, Vorname)

Hiermit erkläre ich,

(Vorname, Name, Geburtsdatum des/der Versuchsteilnehmer/in, Adresse, Telefon)

dass ich durch Herrn/Frau _____

mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung, Tragweite und Belastungen der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o.g. Studie informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit dem/der Studienarzt/Studienärztin zu klären.

Ich habe insbesondere die mir vorgelegte Patienteninformation verstanden und eine Ausfertigung derselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten und Proben jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.

Ich bin bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o.g. Studie teilzunehmen.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/Angaben über meine Gesundheit verschlüsselt (pseudonymisiert) auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden und die anonymisierten Studienergebnisse veröffentlicht werden.

Ich willige in die Teilnahme an der oben genannten Studie ein (Bitte ankreuzen):

- Studienteilnahme ohne Angehörigenbefragung und Follow-up
- Angehörigenbefragung
- Follow - up - Befragung in 1 Jahr

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Angehörigen

Ort, Datum

Unterschrift des Studienarztes /-psychologen

Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit - Patient

ID:

Datum:

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

“Patientenzentriertes Arbeiten – Zufriedenheit und Resilienz im Trialog – eine Beobachtungsstudie (Das „Weddinger Modell“)

Abbildungsverzeichnis

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

Was hat Ihnen am meisten geholfen?

Gespräche im Bezugsteam
 Gespräche mit Einzeltherapeuten (Arzt, Psychologe, Bezugspflege)
 Gespräche mit Mitpatienten
 Gespräche mit

Medikamente
 Musiktherapie
 Physiotherapie /Sport /Körpertherapie
 Gruppentherapien – wenn ja, welche:

Psychotherapie
 Kunsttherapie /Ergotherapie

Unterstützung durch Sozialarbeiter
 Stationsaufenthalt im Allgemeinen

Unterstützung durch Mitpatienten
 Ausgänge

Sonstiges:

“Patientenzentriertes Arbeiten – Zufriedenheit und Resilienz im Trialog – eine Beobachtungsstudie (Das „Weddinger Modell“)

Abbildungsverzeichnis

BASISANGABEN

ID:.....

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

Grund für den stationären Aufenthalt	
Patientenangabe	
Akte	

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

Rechtsgrundlage der Behandlung (ggf. mehrfach ankreuzen)		
freiwillig	PsychKG	BGB

Diagnose	
1	
2	
3	
4	

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

Ethnische Zugehörigkeit	
Nationalität	
Nationalität der Eltern	
Migrationserfahrung (wann?, woher?, wohin?, Besonderheiten....)	

“Patientenzentriertes Arbeiten – Zufriedenheit und Resilienz im Trialog – eine Beobachtungsstudie (Das „Weddinger Modell“)

Abbildungsverzeichnis

BASISANGABEN

ID:.....

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

“Patientenzentriertes Arbeiten – Zufriedenheit und Resilienz im Trialog – eine Beobachtungsstudie (Das „Weddinger Modell“)

Abbildungsverzeichnis

BASISANGABEN

ID:.....

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

“Patientenzentriertes Arbeiten – Zufriedenheit und Resilienz im Trialog – eine Beobachtungsstudie (Das „Weddinger Modell“)

Global Assessment of Function Scale (GAF)

Datum:	ID:
---------------	------------

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.
Code (Bitte beachten: Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z. B: 45, 68, 72)

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

“Patientenzentriertes Arbeiten – Zufriedenheit und Resilienz im Trialog – eine Beobachtungsstudie (Das „Weddinger Modell“)

Clinical Global Impression (CGI)

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

“Patientenzentriertes Arbeiten – Zufriedenheit und Resilienz im Trialog – eine Beobachtungsstudie (Das „Weddinger Modell“)”

Rotierte Komponentenmatrix				
WPAZ-P Frage	Komponente			
	1	2	3	4
1	,786			
2	,726			
4	,723			
3	,686			
6	,642			
11	,619	,406		
7	,598			
5	,566		,478	
25	,430			
14		,771		
21		,685		
13		,661		
12		,646		
22		,629		
10	,421	,584		
15		,453		
20		,428		
8				
17			,819	
18			,784	
19		,487	,595	
16			,51	
9				,871
23				,832
24				,527

Tabelle 2: Faktorenanalyse des WPAZ

Abbildungsverzeichnis

Item	n	%
keine oder minimale Symptome (81-90)	5	2,1
vorübergehende Symptome (71-80)	30	12,3
einige leichte Symptome (61-70)	59	24,3
mäßig ausgeprägte Symptome (51-60)	75	30,9
ernste Symptome (41-50)	42	17,3
einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder Kommunikation ODER starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen (31-40)	22	9,1
Verhalten ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst (21-30)	9	3,7
Selbst- und Fremdgefährdung (11-20)	1	0,3

Tabelle 5: Einschätzung des psychiatrischen Funktionsniveaus auf der Global Assessment of Function (GAF) Scale

Item	n	%
nicht beurteilbar	1	0,3
sehr viel besser	48	16,4
viel besser	120	41,1
nur wenig besser	66	22,6
unverändert	4	1,4

Tabelle 6: Einschätzung der Zustandsänderung auf der CGI-I-Skala

Eidesstattliche Versicherung

Ich, Katharina Geiling, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Spiegeln sich die Konstrukte Selbstermächtigung und Behandlungszufriedenheit im psychiatrischen Funktionsniveau wider?“ 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) 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

Unterschrift

Lebenslauf

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