

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik  
und Psychotherapie

der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. med. Marcel Romanos

**Psychometrische Analyse des Fragebogens zur Erfassung der Zufrieden-  
heit mit der Aufklärung im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen  
Behandlung**

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Friederike Wallem

aus Würzburg

Würzburg, Februar 2019

Referent: PD Dr. med. Wolfgang Briegel

Korreferent: Prof. Dr. med. Helge Hebestreit

Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

.

Tag der mündlichen Prüfung: 29.09.2021

Die Promovendin ist Ärztin

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Überblick .....	1
1.2	Literaturrecherche, Forschungsstand .....	1
1.3	Ärztliche Aufklärungspflicht .....	4
1.3.1	Rechtliche Grundlagen .....	4
1.3.2	Wer muss (alles) aufgeklärt werden? .....	6
1.3.3	Wie muss aufgeklärt werden?.....	8
1.4	Qualitätsmanagement.....	9
1.4.1	Ursprung und gesetzliche Grundlage .....	9
1.4.2	Definitionen.....	11
1.4.3	Woran haben sich Dienstleister im Gesundheitswesen beim Qualitätsmanagement zu halten? .....	12
1.5	Patientenzufriedenheit .....	14
1.5.1	Patientenzufriedenheit: Begrifflichkeiten und Konzepte.....	15
1.5.2	Erfassung von Patientenzufriedenheit .....	16
1.6	Zielsetzung der hier vorliegenden Pilotstudie.....	19
2	Material und Methoden.....	21
2.1	Datenerhebung .....	21
2.2	Ein- und Ausschlusskriterien .....	22
2.3	Beschreibung der Fragebögen .....	22
2.3.1	Das Dokumentationsformular (siehe Anhang).....	22
2.3.2	Zum Aufbau der Fragebögen (siehe Anlage).....	23
2.4	Fragestellungen und Hypothesen .....	24
2.4.1	Fragestellungen .....	24
2.4.2	Hypothesen .....	25
2.5	Datenanalyse.....	25
2.5.1	Itemanalyse .....	26
2.5.2	Prüfung der Reliabilität .....	29
2.5.3	Prüfung der Validität, Interkorrelationen .....	30
2.5.4	Zufriedenheit von Angehörigen und Patienten im Allgemeinen: .....	32
2.5.5	Einflussfaktor Facharztausbildung: .....	32
2.5.6	Einflussfaktor Gesprächsdauer:.....	33
2.5.7	Signifikanzniveau:.....	33
2.5.8	Korrelationen.....	34
2.5.9	Bonferroni – Korrektur .....	34

3	Ergebnisse .....	35
3.1	Überprüfung auf Normalverteilung .....	35
3.2	Beschreibung der Stichprobe .....	35
3.3	Deskriptive Statistik.....	39
3.4	Itemanalyse und Reliabilität.....	43
3.4.1	Itemanalyse Patienten (N=23).....	44
3.4.2	Itemanalyse Angehörige (1 und 2) N= 69.....	44
3.4.3	Itemanalyse Ang1+Ang2+Pat (N=92) .....	45
3.4.4	Itemanalyse Ärzte (N=63).....	45
3.4.5	Reliabilität .....	46
3.5	Interkorrelationen.....	46
3.5.1	Korrelation Summenwert mit konfirmativem Item .....	46
3.5.2	Interrater-Korrelationen .....	47
3.6	Waren die aufgeklärten Personen überwiegend zufrieden? .....	47
3.7	Einflussfaktor Facharztausbildung (siehe Tabelle 17) .....	50
3.8	Einflussfaktor Gesprächsdauer (siehe Tabelle 18) .....	51
4	Diskussion.....	53
4.1	Diskussion der Einzelergebnisse.....	53
4.1.1	Wie war die Werteverteilung und wie war die Qualität der einzelnen Fragebogen-Items in der untersuchten Stichprobe? .....	53
4.1.2	Besitzt der Fragebogen ausreichende Reliabilität? .....	54
4.1.3	Besitzt der Fragebogen ausreichende Validität? (Überprüft er das, was er überprüfen soll?) .....	55
4.1.4	Wie zufrieden waren Angehörige und Patienten mit dem Aufklärungsgespräch? .....	55
4.1.5	Spielte es für die Zufriedenheit der Angehörigen oder der Patienten eine Rolle, ob durch einen Facharzt oder durch einen Arzt in Weiterbildung aufgeklärt wurde?.....	56
4.1.6	Wurde die Zufriedenheit mit dem Gespräch beeinflusst von der Gesprächsdauer?.....	56
4.2	Einordnung der Ergebnisse in den Kontext.....	57
4.2.1	Gründe für die hohen Zufriedenheitswerte .....	57
4.3	Auseinandersetzung mit der Methodik .....	60
4.4	Zusammenfassende Diskussion und Perspektiven .....	65
5	Zusammenfassung.....	67
5.1	Hintergrund .....	67
5.2	Methodik .....	67
5.3	Ergebnisse .....	68

5.4	Schlussfolgerungen .....	68
6	Literatur.....	70
6.1	Literaturverzeichnis.....	70
6.2	Tabellenverzeichnis.....	73
6.3	Abbildungsverzeichnis.....	74
7	Anlagen.....	75
7.1	Konzeption der Studie, Phase 1 .....	75
7.2	Konzeption der Studie, Phase 2 .....	76
7.3	Informationsblatt zur Studie, Phase 1.....	77
7.4	Informationsblatt zur Studie, Phase 2.....	78
7.5	Generierung des Gesprächscodes.....	79
7.6	Dokumentationsformular.....	80
7.7	Fragebogen: Angehörigenversion .....	81
7.8	Fragebogen: Patientenversion .....	83
7.9	Fragebogen: Arztversion .....	85
8	Danksagung .....	87
9	Lebenslauf .....	88



# 1 Einleitung

## 1.1 Überblick

Das Aufklärungsgespräch vor einer medizinischen Maßnahme gehört zu den Pflichten eines Arztes. Es steht am Anfang einer Therapie und stellt einen wichtigen Bestandteil der Arzt-Patienten-Beziehung dar. In den folgenden Abschnitten sollen die rechtlichen Hintergründe, der Forschungsstand, sowie Themen, die mit der Untersuchung des Aufklärungsgesprächs in Verbindung stehen (Qualitätsmanagement und Patientenzufriedenheit), näher betrachtet werden.

## 1.2 Literaturrecherche, Forschungsstand

Es erfolgte eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, PsycINFO, PubPsych sowie über den Katalog der Universitätsbibliothek Würzburg. Zur Suche wurden folgende Stichworte verwendet: „Patientenzufriedenheit“, „Fragebogen“, „Zufriedenheit mit“, „Aufklärungsgespräch über eine medikamentöse Therapie/Pharmakotherapie“, „medizinisches Aufklärungsgespräch“, „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, „patient satisfaction“, „information about pharmacotherapy / medication/ medical treatment/ drug therapy“, „medical clarification“, „questionnaire patient satisfaction“, „medical treatment briefing“ und „child and adolescent psychiatry“. Die Literaturrecherche brachte kaum Arbeiten hervor, die sich im Speziellen mit der Zufriedenheit von Patienten mit dem Aufklärungsgespräch zu einer medikamentösen Therapie beschäftigen. Insbesondere war keine Arbeit aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie darunter.

Es fanden sich einige Untersuchungen, in denen die Patientenzufriedenheit mit der Aufklärung über die Medikation als ein untersuchter Teilaspekt unter vielen einzelnen Aspekten der Patientenzufriedenheit auftauchte. Mehrfach konnte in diesen Arbeiten auch gezeigt werden, dass die Aufklärung über eine Therapie,

beurteilt anhand der Patientenzufriedenheit, noch Verbesserungspotenzial aufweist.

So kamen beispielsweise Fähndrich und Smolka in ihrer Arbeit, die sich mit der Befragung von 351 Patienten in einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses beschäftigte, zu dem Ergebnis, dass die Aufklärung über die Medikation mit am schlechtesten beurteilt wurde, während in Bezug auf andere Aspekte, wie die Betreuung durch die Pflege, hohe Zufriedenheit angegeben wurde (Fähndrich & Smolka, 1998). Ebenso weisen Siegrist et al. in ihrer Arbeit „Fragen wir den Kunden – Patientenzufriedenheit und Qualitätsentwicklung“ darauf hin, dass die 2858 zu verschiedenen Aspekten der Behandlung befragten Patienten zwar insgesamt eine hohe Zufriedenheit angaben, dass aber nur etwa 50% der Patienten erklärten, mit der Aufklärung über die Nebenwirkungen einer Therapie zufrieden zu sein (Siegrist, Schlebusch & Trenckmann, 2002). Allerdings, so konnten Siegrist et al. in ihrer Arbeit auch zeigen, korrelierte die Einschätzung der Patienten zur Aufklärung über Nebenwirkungen signifikant positiv mit der Bereitschaft, sich falls nötig ein weiteres Mal in dieser Klinik in Behandlung zu begeben. Diese Ergebnisse waren das Resultat einer routinemäßigen Patientenbefragung, die zwischen 1997 und 2000 in der Hans-Prinzhorn-Klinik Hemer, einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, durchgeführt wurde. Hierfür wurde ein Fragebogen verwendet, der auf der Basis von zuvor in Interviews gewonnenen Hypothesen entwickelt worden war. Dessen 19 Items sollten die Patienten anhand einer fünfstufigen Ratingskala (1= nicht gut, 2= weniger gut, 3= mittelmäßig gut, 4= ziemlich gut, 5= sehr gut) beantworten. Die Aufklärung über Nebenwirkungen einer medikamentösen Therapie war hier einer unter vielen zu bewertenden Behandlungsaspekten (Siegrist et al., 2002).

Auch Tilman Wetterling et al. konstatieren in ihrer Arbeit „Aufklärung über Medikamente“, dass sich mehr als 40 % der befragten Patienten über die Wirkung ihrer Medikamente nicht genügend aufgeklärt fühlten und circa zwei Drittel der Patienten angaben, ihrer Empfindung nach nicht oder zumindest nicht ausreichend über Nebenwirkungen aufgeklärt worden zu sein (Wetterling, Tessmann & Junghanns, 2002). Diese Schlussfolgerungen ergaben sich aus



der Auswertung von 255 Fragebögen, die jeweils aus 30 Fragen bestanden und von stationär psychiatrisch behandelten Patienten ausgefüllt worden waren. Unter anderem sollten die Patienten einschätzen, wie sie die Aufklärung über die Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente empfunden hatten. Dafür standen die Abstufungen „nicht aufgeklärt“, „Aufklärung nicht ausreichend“, „Aufklärung nicht verständlich“ und „Aufklärung ausreichend“ zur Verfügung. Daneben wurde auch die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung im Allgemeinen erfragt, sowie deren Wissen, beispielsweise über die Wirkung der ihnen verschriebenen Medikamente, anhand von offenen Fragen überprüft (Wetterling et al., 2002).

Auch eine Arbeit von Schildmann et al. zur „Aufklärung und Einwilligung zur Psychopharmakotherapie aus Sicht schizophrener und depressiver Patienten“ ergab, dass nur etwa die Hälfte der befragten Patienten ein positives Urteil zur Aufklärung über die medikamentöse Therapie abgaben (Schildmann, Bauer, Tilmann & Vollmann, 2003).

Hierfür wurden die Daten von insgesamt 75 Patienten ausgewertet, deren Einschätzung zum Aufklärungsgespräch im Interview mit einem Studienarzt anhand eines strukturierten Fragebogens erfasst wurde. Die Patienten sollten dabei unter anderem die Information durch den Arzt im Allgemeinen beurteilen, darüber hinaus aber auch einzelne Aspekte bewerten, zum Beispiel, ob sie über Therapiealternativen aufgeklärt worden waren, oder ob sie das Gefühl gehabt hatten, dass das Aufklärungsgespräch dem Arzt wichtig gewesen war. Auch hier stellten die Autoren abschließend fest, dass nur vereinzelt Studien existieren, die die Prozessqualität des Aufklärungsgesprächs aus der Patientenperspektive genauer untersuchen (Schildmann et al., 2003).

Die zuvor beschriebenen Untersuchungen betreffen alle Patientenbefragungen, die im psychiatrischen Behandlungskontext durchgeführt wurden. Die deutsche Version des SIMS (satisfaction with information about medicines scale) dagegen wurde an 370 chronisch erkrankten Patienten mit Erkrankungen aus dem somatischen Bereich untersucht und beschäftigt sich im Speziellen mit der Aufklärung über eine medikamentöse Therapie (Mahler et al., 2009). Mit dem

17 Items umfassenden Fragebogen sollte erfasst werden, wie die befragten Patienten die erhaltenen Informationen zu ihrer medikamentösen Therapie beziehungsweise den Informationsgehalt einschätzten. Die Beurteilung erfolgte anhand einer fünfstufigen Ratingskala mit den Abstufungen „zu viel“, „ungefähr passend“, „zu wenig“, „keine erhalten“ oder „keine benötigt“. Damit assoziiert wurde über ein zweites Fragebogeninstrument die Therapieadhärenz der Patienten untersucht und nach Zusammenhängen gesucht (Mahler et al., 2009).

Zusammenfassend ergab die Literaturrecherche, dass die Zufriedenheit mit der Aufklärung über eine Medikation für den Patienten ein wichtiges Thema ist, zum Beispiel in Bezug auf die Bereitschaft, sich erneut in der gleichen Einrichtung in Behandlung zu geben (Siegrist et al., 2002). Weiter zeigte sich, dass aus Sicht der Patienten die Aufklärung über eine Medikation und mögliche Wirkungen und Nebenwirkungen oftmals noch nicht ausreichend zufriedenstellend ist (Fähndrich & Smolka, 1998; Wetterling et al., 2002). Insgesamt lässt sich aus den Arbeiten ableiten, dass für das Themengebiet der Aufklärung von Patienten über eine medikamentöse Therapie Bedarf für weitergehende Untersuchungen besteht, zumal die Datenlage noch sehr überschaubar ist.

## 1.3 Ärztliche Aufklärungspflicht

### 1.3.1 Rechtliche Grundlagen

Die Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung und über die dazugehörige Therapie, sowie über alles, was damit in weiterer Folge im Zusammenhang steht, ist eine Pflicht, der ein Arzt gemäß dem Patientenrechtgesetz des BGB (Bundesamt für Justiz, 2013), aber auch gemäß seiner Berufsordnung zu entsprechen hat. Festgelegt ist diese Pflicht in der Berufsordnung der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer, 2018):

#### **§ 8 Aufklärungspflicht**

„Zur Behandlung bedürfen Ärztinnen und Ärzte der Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen. Die Aufklärung hat der Patientin oder dem Patienten insbesondere vor

operativen Eingriffen Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihnen verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise zu verdeutlichen. Insbesondere vor diagnostischen oder operativen Eingriffen ist soweit möglich eine ausreichende Bedenkzeit vor der weiteren Behandlung zu gewährleisten. Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindrücklicher sind Patientinnen oder Patienten über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären.“ (Bundesärztekammer, 2018, S. A4)

Darüber Bescheid zu wissen, welche Behandlung er erhalten soll und mit welchen Risiken oder Konsequenzen er in diesem Zusammenhang zu rechnen hat, entspricht außerdem dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, welches im Patientenrechtegesetz in §630 Abschnitt c und e des Bürgerlichen Gesetzbuchs verankert ist.

Weitere Angaben zum korrekten Ablauf des Aufklärungsgesprächs wurden von den Landesärztekammern veröffentlicht. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf das „Merkblatt der Landesärztekammer Baden-Württemberg zu den Aufklärungs- und Informationspflichten des Arztes“ (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016, S.1): Gemäß dem Merkblatt sei es wichtig, dass die Aufklärung des Patienten nur von einem Arzt vorgenommen und nicht an nicht-medizinisches Personal delegiert werden dürfe. Für die zeitlichen Bedingungen gelte, dass der Patient, sofern es sich nicht um eine absolute Notfall-Maßnahme handle, so rechtzeitig wie möglich informiert werden sollte; bei schwereren Maßnahmen wie Operationen mindestens aber 24 Stunden vorher. Absolut entscheidend sei außerdem, dass die Aufklärung in Form eines persönlichen Gesprächs stattfinden habe, und zwar in einem Rahmen, in dem der Patient auch ausreichend Gelegenheit erhalte, Fragen an seinen behandelnden Arzt zu stellen. Seien vom aufklärenden Arzt zur Unterstützung seiner Erklärungen Unterlagen verwendet worden, so müsse er dem Patienten eine vollständige Kopie von diesen mitgeben, insbesondere auch, wenn die Unterlagen vom Patienten als Zeichen seiner Einwilligung unterschrieben wurden. (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016)

Im Falle einer Aufklärung über eine medikamentöse Therapie bei Minderjährigen, zum Beispiel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, kommt vor allem zwei Fragen eine spezielle Bedeutung zu:

### 1.3.2 Wer muss (alles) aufgeklärt werden?

Laut Vorschriften des BGB muss derjenige aufgeklärt werden, „der in die ärztliche Maßnahme einwilligen muss - in der Regel ist das der Patient selbst“ (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016, S.4). Bei einer Aufklärung von Minderjährigen ist die Lage allerdings oft komplizierter. Es liegt eine Dreieckssituation zwischen Arzt, Eltern und dem Minderjährigen vor. Der hierbei entstehende Behandlungsvertrag besteht in diesem Fall vorschriftsgemäß zwar zwischen Sorgeberechtigten und dem Arzt. Dies bedeutet aber natürlich weder, dass der minderjährige Patient kein Mitspracherecht hat, noch dass er nicht aufgeklärt werden muss (Fegert, 2015).

Die Einwilligungsfähigkeit und damit das Mitspracherecht des jungen Patienten sind allerdings unabhängig von der Geschäftsfähigkeit zu sehen, die laut §106 des BGB in vollem Umfang erst ab dem 18. Lebensjahr besteht (Bundesamt für Justiz, 2002). Vielmehr muss bei der Frage nach der Einwilligungsfähigkeit, die gekoppelt ist an die Einsichtsfähigkeit, die Reife des Minderjährigen beurteilt werden. Dass diese nicht anhand exakter Messgrößen bewertbar ist, stellt eine der besonderen Herausforderungen bei der Aufklärung Minderjähriger dar und die Beurteilung der Reife ist in diesem Zusammenhang eine zusätzliche Aufgabe des Arztes. Circa ab dem 14. Lebensjahr, mindestens aber ab dem 15. Lebensjahr nimmt man eine Einsichtsfähigkeit des Jugendlichen an (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016). Damit ist gemeint, dass der Jugendliche intellektuell ausreichend in der Lage ist, Bedeutung und Folgen einer Maßnahme oder eines Eingriffs, sowie auch einer Einwilligung dazu zu verstehen und zu überblicken. Liegt diese geistige Reife vor, dann genießt er genauso das oben erwähnte Selbstbestimmungsrecht eines Patienten, wenn auch in eingeschränktem Maße. Was das im Einzelnen bedeutet, zeigen die folgenden Beispiele: Generell darf eine Maßnahme gegen den Willen und ohne Zustimmung des einsichtsfähigen Patienten nicht vorgenommen werden. Dem Jugendlichen steht nämlich, nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 10.10.2006, ein Vetorecht zu – in jedem Falle, sofern es sich um eine nur relativ indizierte Maßnahme handelt, die weitreichende Konsequenzen für sein zukünftiges Leben hat (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016).

Umgekehrt kann jedoch eine Maßnahme ebenfalls nicht durchgeführt werden, wenn der Jugendliche, nicht aber seine Sorgeberechtigten zustimmen. Dann greift hier das Recht der elterlichen Sorge und dominiert über das Persönlichkeitsrecht des jugendlichen Patienten (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016).

Eine besondere Situation in der (kinder- und jugend-) psychiatrischen Behandlung besteht bei der Frage nach der Einsichtsfähigkeit außerdem im Falle bestimmter Erkrankungen, zum Beispiel im Falle von Persönlichkeitsstörungen oder Schizophrenie. In diesem Fall muss auch bei eigentlich ausreichender geistiger Reife die aktuelle Beeinträchtigung durch die Krankheitssituation berücksichtigt werden (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016). Eine weitere Besonderheit stellt die schon erwähnte Dreieckssituation in Bezug auf die Elternkonstellation, beziehungsweise die aktuelle Situation der Sorgeberechtigten dar (Fegert, 2014). Generell empfiehlt die Landesärztekammer, stets alle Sorgeberechtigten aufzuklären und deren Zustimmung zu erfragen. Je nachdem, wie schwerwiegend die geplante Maßnahme ist, wurden vom Bundesgerichtshof jedoch drei Fälle unterschieden: Bei „Routinefällen“ (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016, S.4) wird dem Sorgeberechtigten, der mit dem Minderjährigen den Arzt aufsucht, die alleinige Entscheidungsermächtigung zugestanden, in dem Sinne, dass von einer Abstimmung und einem Konsens beider Elternteile ausgegangen wird. Bei „ärztliche[n] Eingriffe[n] schwererer Art und mit nicht unbedeutenden Risiken“ (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016, S.4) sollte der Arzt überprüfen, ob der Sorgeberechtigte, der mit dem Minderjährigen zur Durchführung einer Maßnahme erscheint, die Autorisation durch den anderen Sorgeberechtigten zum Treffen einer Entscheidung hat. Handelt es sich um weitreichende Behandlungsentscheidungen mit erheblichen möglichen Auswirkungen für den Minderjährigen, muss in jedem Fall auch die eindeutige Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten eingeholt werden (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016).

Eine Aufklärung über eine medikamentöse Therapie im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung wäre dieser letzten Situation zuzuordnen.

Eine weitere Besonderheit bei der Behandlung Minderjähriger beruht auf der Tatsache, dass zu deren medikamentöser Behandlung häufig nur unzureichend Studienergebnisse vorliegen. Das führt dazu, dass es häufiger zum Off-label-Gebrauch von Medikamenten kommt, beziehungsweise kommen muss.

Während bei zugelassenen Arzneimitteln nur das Einverständnis eines Elternteils sowie des Jugendlichen nötig ist, ist beim Off-label-Einsatz eines Medikaments unbedingt die Zustimmung beider Elternteile beziehungsweise beider Sorgeberechtigten einzuholen (Fegert, 2014).

Falls der jugendliche Patient als (noch) nicht einsichtsfähig eingeschätzt wird, so besteht seitens des Arztes dennoch die Pflicht, seinen jungen Patienten in entsprechender Weise aufzuklären (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016).

Dies führt zur zweiten Frage bei Aufklärungsgesprächen mit Minderjährigen:

### 1.3.3 Wie muss aufgeklärt werden?

Der behandelnde Arzt sollte hierfür eine zum Alter und zur geistigen Reife seines Patienten passende, verständliche Ausdrucksweise wählen und den Informationsgehalt entsprechend anpassen. Dem noch nicht einsichtsfähigen Patienten sollte dabei also zumindest die für ihn vorgesehene Maßnahme erklärt werden (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016).

Der als einwilligungsfähig erklärte Patient sollte so aufgeklärt werden, dass die erhaltenen Informationen ihn in die Lage versetzen, eine fundierte Entscheidung bezüglich Zustimmung oder Ablehnung zu treffen, was als allgemeines Ziel jedes Aufklärungsgesprächs formuliert werden kann.

Bei der Erläuterung des Zweckes, sowie der möglichen Nebenwirkungen und Risiken einer medikamentösen Therapie, sollten vor allem mögliche Auswirkungen auf die für den Jugendlichen besonders relevanten Aspekte des Lebens besprochen werden. Dies betrifft beispielsweise Freizeitaktivitäten, die schulische Situation, Veränderungen des Äußeren etc., sodass der

Gesprächsinhalt im besten Fall auf die spezifische Lebenssituation des Kindes oder des Jugendlichen zugeschnitten sein sollte (Fegert, 2014).

Denn neben der Tatsache, dass der einsichtsfähige Jugendliche zu einer Entscheidung befähigt werden soll, ist noch ein anderer Aspekt sehr wichtig:

Ein Aufklärungsgespräch, in dem das Kind oder der Jugendliche die allgemeinen wie auch die für ihn persönlich wichtigen Aspekte vermittelt bekommt und versteht, trägt wesentlich zu einer besseren Compliance bei.

Vermeidbare Komplikationen, sowie Behandlungsabbrüche können verhindert werden, die Kooperationsbereitschaft wird erhöht, wenn der Patient sich ernst genommen und in seinen Bedürfnissen berücksichtigt fühlt.

Bezeichnet wird dieses Prinzip als der sogenannte „*voice effect*“ (Fegert, 2014, S.48).

Neben der Tatsache, dass allein durch die Gesetzgebung das Aufklärungsgespräch verpflichtend durchzuführen ist, unterstreicht dieses Prinzip noch einmal zusätzlich die Wichtigkeit des Aufklärungsgesprächs als erster Baustein im Therapieprozess.

## 1.4 Qualitätsmanagement

Der Fragebogen zur Bewertung des Aufklärungsgesprächs, der das Thema dieser Arbeit darstellt, kann als Beitrag zur Qualitätssicherung angesehen werden, zum Beispiel in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung.

### 1.4.1 Ursprung und gesetzliche Grundlage

Die ersten richtungsweisenden Entwürfe zu Qualitätssicherungsmaßnahmen stammten aus dem Sektor der Wirtschaftsunternehmen, wurden aber von dort ausgehend zunehmend auch für andere Bereiche weiterentwickelt. Im Gesundheitswesen sind Qualitätssicherungsmaßnahmen spätestens seit Inkrafttreten des fünften Sozialgesetzbuches am 1.1.1989 relevant geworden (Remschmidt, 2004, Kap.3). Hierin werden (in §70 „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“ des SGB V) „Krankenkassen und Leistungserbringer [...] zur Versorgung der Versicherten[...] in der fachlich gebotenen Qualität“ aufgerufen

(Bundesamt für Justiz, 1988). Insbesondere die im neunten Abschnitt des vierten Kapitels des Sozialgesetzbuchs V enthaltenen Paragraphen 135-139d, die unter dem Titel „Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“ (Bundesamt für Justiz, 1988) zusammengefasst sind, nehmen Leistungserbringer im Gesundheitswesen in die Pflicht, regelmäßig Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchzuführen:

§ 135a „Verpflichtung zur Qualitätssicherung

- (1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
  
- (2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach §111a besteht, sind nach Maßgabe der §§137 und 137d verpflichtet,
  1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
  
  2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.“

(Bundesamt für Justiz, 1988) Sozialgesetzbuch V, § 135a, erster und zweiter Absatz

Hierbei fällt auf, dass zwischen „einrichtungsinternen“ und „einrichtungsübergreifenden“ Maßnahmen unterschieden wird. Zunächst sollen daher für das weitergehende Verständnis eine Definition von Qualität bzw. Qualitätssicherung vorgestellt und davon ausgehend einige Begrifflichkeiten voneinander abgegrenzt werden. Die Darstellung orientiert sich vorwiegend am Kompendium QMA (Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung) des ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin). Das ÄZQ ist eine Institution, die 1995 gemeinsam durch die Bundesärztekammer und die



Kassenärztliche Bundesvereinigung ins Leben gerufen wurde. Ziel dieser Gründung war und ist die Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen.

### 1.4.2 Definitionen

Ganz allgemein gehalten kann Qualität zunächst als ein Begriff definiert werden, der beschreibt, in welchem Ausmaß ein Produkt (beziehungsweise eine Dienstleistung) den Vorgaben und Ansprüchen entspricht, die daran gestellt werden (Andres, 2009, S.7). Davon ausgehend hat die GMDS (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie) Qualität im Gesundheitswesen definiert als „eine ausreichende und zweckmäßige, d. h. patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen“ (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, 2007, S.5).

Damit stellt Qualitätsmanagement ein Konzept dar, welches durch verschiedene Prüf- und Optimierungsmechanismen die soeben beschriebene Qualität eines Produktes gewährleisten soll.

Nach Donabedian kann Qualität in drei Bereiche eingeteilt werden (Andres, 2009, S.9): Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität: **Strukturqualität** bezieht sich auf die strukturellen Merkmale einer Einrichtung, beispielsweise die fachliche Qualifikation des Personals oder die technische Ausstattung etc. **Prozessqualität** bezieht sich auf den Ablauf der Behandlung und auf deren Qualität, hierunter fallen beispielsweise Gesprächsführung und Anamneseerhebung. **Ergebnisqualität** bezieht sich auf das Outcome von Diagnostik- und Therapieprozess im Sinne von Zufriedenheit des Patienten sowie objektivem Behandlungserfolg (Andres, 2009, S.10).

Die Qualitätssicherung kann ebenfalls weiter kategorisiert werden, beziehungsweise beinhaltet verschiedene Anteile. Gemäß §135a des SGB V (siehe oben) unterscheidet man zwischen:

**externer Qualitätssicherung**, das heißt Vergleiche zwischen verschiedenen Einrichtungen und

**interner Qualitätssicherung**, das heißt einrichtungsinterne Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Remschmidt & Bachmann, 2008, Kap.9).

Für die Durchführung einer internen Qualitätssicherung empfiehlt es sich, gemäß dem ÄZQ, zunächst die Qualitätsziele, die erreicht werden sollen, als den „Soll-Zustand“ zu formulieren und dann den „Ist-Zustand“ diesen Zielen gegenüber zu stellen (Andres, 2009, S.12). Für diese Gegenprüfung wurde durch William Edward Deming das Konzept des Plan-Do-Check-Act-Zyklus entworfen, wodurch der Qualitätssicherungs-Prozess in vier Phasen unterteilt wird (Andres, 2009, S.12). Demnach erfolgt zunächst die Formulierung der Qualitätsziele und der Entwurf von Maßnahmen um diese zu überprüfen (Plan), darauf folgt die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen (Do). Im Anschluss werden Ziele und tatsächlicher Zustand miteinander verglichen (Check), sodass in der letzten Phase Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und damit zu einem näheren Zusammenbringen von Soll- und Istzustand entworfen werden (Act) (Andres, 2009, S.12).

#### 1.4.3 Woran haben sich Dienstleister im Gesundheitswesen beim Qualitätsmanagement zu halten?

Die allgemeinen Grundsätze für Maßnahmen eines Qualitätsmanagements (branchenunabhängig) finden sich in der Normenreihe EN ISO 9000 ff. Hierin werden zu erfüllende Mindeststandards für Qualitätsmanagementsysteme festgelegt (Remschmidt & Bachmann, 2008, Kap.9). Im Speziellen auf Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen zugeschnitten ist die DIN EN 15224. Hierin sind die in der EN ISO 9001 festgelegten Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme auf Organisationen der Gesundheitsversorgung abgestimmt. Es werden diesbezüglich elf Qualitätsmerkmale festgelegt, die das „Produkt Gesundheitsversorgung“ unbedingt erfüllen muss: „(1) angemessene, richtige Versorgung, (2) Verfügbarkeit, (3) Kontinuität der Versorgung, (4) Wirksamkeit, (5) Effizienz, (6) Gleichheit, (7) evidenzbasierte/ wissensbasierte

Versorgung, (8) auf den Patienten, einschließlich der körperlichen und geistigen Unversehrtheit ausgerichtete Versorgung, (9) Einbeziehung des Patienten, (10) Patientensicherheit, (11) Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit“ (TÜV Süd, 2018). Dafür arbeitet das ÄZQ an verbesserten Konzepten in verschiedenen Bereichen (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2016): Eine wichtige Säule stellt die Erarbeitung von Leitlinien dar. Sie sollen als Handlungsempfehlung gelten und damit die Umsetzung des heutzutage angestrebten Konzepts einer evidenzbasierten Medizin unterstützen. Die Maßnahmen auf dem Weg der Diagnostik und Therapie einer Erkrankung sollen sich hierbei aus den Erkenntnissen der Forschung ableiten. Hierfür sollen die Leitlinien dem behandelnden Arzt also als orientierender Maßstab dienen. Für den Patienten wiederum sollen sie Transparenz schaffen, sodass er als gut informierter Patient in den Behandlungsprozess involviert werden und mitentscheiden kann. Das fördert sein Vertrauen in die Maßnahmen, sowie in die Arzt-Patienten-Beziehung und damit letztlich im weiteren Sinne auch den Behandlungserfolg (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2016).

Außerdem gewährleisten die Leitlinien dem Patienten eine gewisse Sicherheit im Sinne einer Garantie für eine den Qualitätsstandards entsprechende Behandlung. Die bisher entwickelten Leitlinien für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie enthalten Empfehlungen zum diagnostischen Algorithmus sowie zu den Behandlungsbausteinen einiger spezifischer Krankheiten, die allerdings in manchen Fällen noch ziemlich allgemein gehalten sind (Renschmidt & Bachmann, 2008, Kap.9). Zu anderen Bestandteilen der Arzt-Patienten-Interaktion im Verlauf einer Behandlung, wie zum Beispiel dem Aufklärungsgespräch vor Beginn einer medikamentösen Therapie, wurde bisher kein Leitfaden entwickelt. In dieser Hinsicht wäre es vorstellbar und vielleicht auch sinnvoll, das Konzept eines Leitfadens für diese Komponenten auszuweiten. Im weiteren Sinne beschreibt auch Mattejat, dass „auch andere Ansätze denkbar [wären], etwa die Entwicklung von methoden- und modalitätenspezifischen Standards, oder einfach Standards, die sich auf bestimmte Problemsituationen beziehen“ (Renschmidt & Bachmann, 2008, S.111).

Denn für das Aufklärungsgespräch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und für Aufklärungsgespräche zu Wirkungen und Nebenwirkungen einer medikamentösen Therapie im Allgemeinen wurden bisher kaum Standards festgelegt (Wetterling, Tessmann & Junghanns, 2002) (siehe auch: Abschnitt *Rechtliche Grundlagen für das Aufklärungsgespräch*).

## 1.5 Patientenzufriedenheit

Wie schon im ersten Abschnitt der Einleitung erläutert, sind Krankenhäuser, beziehungsweise Einrichtungen der Versorgung von Kranken, per Gesetz dazu verpflichtet, Qualitätsmanagement durchzuführen. Dabei liegt der Schwerpunkt in der Regel auf der Überprüfung von Struktur- und (einem bestimmten Bereich) von Prozessqualität. Eine explizite Untersuchung der Ergebnisqualität bleibt dabei häufig außen vor (Mehmet, 2011, S.78).

Daraus ergibt sich die folgende Frage: Wie kann man das Ergebnis einer Behandlung oder eines Therapieschritts messen, insbesondere im psychiatrischen Setting? Denn die Krankheitsverläufe von Patienten entwickeln sich individuell sehr unterschiedlich (D. Hoffmann, 2007, S.1). Ebenso sind die Ausgangspunkte einer Erkrankung insofern sehr verschieden, als jeder Patient seine eigene Vorgeschichte und Biographie mitbringt. Dies gilt besonders für die Psychiatrie. Dazu kommt außerdem, dass im psychiatrischen Behandlungsbereich eigentlich keine objektiven Erfolgsparameter wie beispielsweise Laborwerte in der somatischen Medizin (zum Beispiel: HbA1c bei Diabetes mellitus) messbar sind. (D. Hoffmann, 2007, S.1). Als Lösung für dieses Problem der Erfolgsmessung hat man daher Patientenbefragungen eingeführt. Das Ausmaß, in dem der Patient mit der Leistungserbringung zufrieden ist, soll also die Qualität der Behandlung(-maßnahme) widerspiegeln. Damit erhält man natürlich eine sehr subjektive Beurteilung der medizinischen Versorgung (D. Hoffmann, 2007, S.2). Insofern wirft diese Form der Qualitätsbeurteilung ein paar Fragen auf, mit denen es sich bei der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse kritisch auseinandersetzen gilt.

### 1.5.1 Patientenzufriedenheit: Begrifflichkeiten und Konzepte

Was ist unter Zufriedenheit im Allgemeinen und unter Patientenzufriedenheit im Speziellen genau zu verstehen? Wie entsteht Zufriedenheit und wodurch wird sie beeinflusst? Eine zufriedene Person wird im Duden Bedeutungswörterbuch definiert als jemand, der „innerlich ausgeglichen [ist], keine Veränderung der Umstände wünschend“ beziehungsweise als jemand, der „mit den gegebenen Verhältnissen, Leistungen oder ähnlichem einverstanden“ ist. (Müller, 1985, S. 777)

Sich dem Konzept der Patientenzufriedenheit im Speziellen zu nähern, wurde zeitweise über die Analogie zur Kundenzufriedenheit versucht (Eckert, Böhmer, & Resch, 2000). Demzufolge ausgehend von einer marktwirtschaftlichen Sichtweise, aus deren Bereich auch das Konzept des Qualitätsmanagements ursprünglich stammt und wo Zufriedenheitsbefragungen der Kunden schon längere Zeit üblich sind. Nach dieser Sichtweise wird Zufriedenheit als eine emotionale Reaktion des Kunden auf eine erbrachte Leistung oder auf eine (Kauf-) Entscheidung interpretiert (Eckert et al., 2000). Aber sind Kunde und Patient tatsächlich so gut zu vergleichen? Zu hinterfragen ist beispielsweise, ob ein Patient nicht erheblich weniger Auswahlmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheitsleistungen hat, als ein Kunde bei einer Konsumententscheidung (Eckert et al., 2000). Zudem ist zu berücksichtigen, dass sich ein kranker Patient in einem Behandlungsprozess doch in einer deutlich anderen Situation befindet als ein Kunde. Die Situation des Patienten ist in der Regel wesentlich existenzieller. Denn seine Entscheidung kann weitreichende Konsequenzen für sein Leben, mindestens aber für seine Gesundheit haben. Zu diesem Erklärungsmodell muss man also sagen, dass das marktwirtschaftliche Konzept nicht vollständig auf das Konzept der Patientenzufriedenheit übertragbar ist (Eckert et al., 2000).

Als passenderes Erklärungsmodell erscheint die Theorie, dass Zufriedenheit das ist, was übrig bleibt aus der Diskrepanz zwischen den Erwartungen eines Menschen und dem tatsächlichen Ist- Zustand. Das bedeutet also, dass die Erwartungen den entscheidenden Faktor ausmachen, der das Ausmaß der Zufriedenheit bestimmt (Eckert et al., 2000). Oder aber, so Hans Eckert, kann

man in der Situation, in der sich ein Patient befindet, eher von Befürchtungen als von Erwartungen ausgehen. Entsprechend stellt sich Zufriedenheit dann ein, wenn möglichst viele dieser Befürchtungen nicht erfüllt wurden (Eckert et al., 2000).

Analog gilt: Je niedriger die Erwartungen eines Patienten sind, desto eher wird er zufrieden mit einer medizinisch erbrachten Leistung sein. Dabei wird aber wieder die individuell sehr unterschiedliche und subjektive Komponente der Beurteilung deutlich, denn Erwartungen und/oder Befürchtungen einer Person werden stark davon beeinflusst, welche Erfahrungen diese Person bisher in ihrem Leben gemacht hat (Mehmet, 2011, S.106).

Diese Form der Zufriedenheitsmessung enthält also dermaßen viele individuelle, behandlungsunabhängige Einflussfaktoren, dass es sich den Möglichkeiten einer Auswertung von Zufriedenheitsbefragungen entzieht, all diese zu berücksichtigen (Möller-Leimkühler & Dunkel, 2003). Gleichzeitig sind Erwartungen und Befürchtungen eines Menschen im Laufe seines Lebens nicht statisch, sondern veränderbar. Dadurch wird deutlich, dass ein Zufriedenheitsurteil eines Patienten nur eine Momentaufnahme ist und zu einem anderen Zeitpunkt des Lebens vielleicht ganz anders ausfallen könnte (Mehmet, 2011, S.112). Zufriedenheit ist also ein sehr dynamisches Konzept (Eckert et al., 2000). Ein paar Faktoren allerdings, die die Erwartung und damit die Beurteilung des Patienten beeinflussen, können und sollten bei der Planung von Zufriedenheitsbefragungen durchaus in Betracht gezogen werden. Dies führt zur nächsten Frage: Wie erfasst man Patientenzufriedenheit am besten, um möglichst repräsentative Angaben zu erhalten? Das heißt, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form?

### 1.5.2 Erfassung von Patientenzufriedenheit

Eine Tatsache, die bei der Auswertung von Patientenzufriedenheitsbefragungen immer wieder auffällt, ist, dass die Zufriedenheitswerte oftmals auffällig hoch sind (Eckert et al., 2000; Hoffmann, 2004). Ob dies mit den tatsächlich wahrgenommenen Bedingungen übereinstimmt, ist fraglich. Interessant ist jedoch die Frage, was dahintersteckt (Mehmet, 2011, S.95).

Ein Erklärungsmodell führt das Abhängigkeitsverhältnis an, in dem sich der Patient einem Arzt gegenüber befindet. Er begibt sich in die Hände des Arztes, in der Hoffnung gesund zu werden. Er muss auf dessen fachliche Kompetenz – die er selbst nicht hat - vertrauen. Es besteht also ein Machtgefälle zwischen Arzt und Patient (Eckert et al., 2000). Aus diesem Verhältnis lässt sich eine mögliche Angst des Patienten ableiten, dass seine eventuell kritisch ausfallende Bewertung negative Konsequenzen für die Arzt-Patienten-Beziehung und damit für ihn und seinen Behandlungsverlauf haben könnte (Mehmet, 2011, S.93-94). Diese Angst kann den Patienten dazu verleiten, eine positivere Einschätzung abzugeben, als es eigentlich seiner Wahrnehmung entspricht. Dafür spricht, dass beispielsweise Patientenurteile während eines Klinikaufenthalts oftmals positiver ausfallen als nach Verlassen der Klinik (Eckert et al., 2000). Der Zeitpunkt, zu dem eine Befragung durchgeführt wird, scheint also eine wichtige Rolle zu spielen. Wird die Befragung direkt unmittelbar während des Behandlungsprozesses durchgeführt, wird sich der Effekt der Abhängigkeitsbeziehung wahrscheinlich deutlicher zeigen. Wird eine Zufriedenheitsbefragung nach Abschluss einer Behandlung durchgeführt, kann angenommen werden, dass der Einfluss dieses Effektes geringer ausfällt. Allerdings kann der zeitliche Abstand und damit verbunden vielleicht eine Erleichterung über die Heilung (Dankbarkeitseffekt), oder einfach über das Zurückkehren in das gewohnte Umfeld die Einschätzung auch verzerren (Mehmet, 2011, S.93). Andererseits könnte man auch anführen, dass der zeitliche Abstand dem Patienten die Möglichkeit gibt, eine gründlicher durchdachte Bewertung abzugeben, anstatt bei der Beurteilung noch direkt unter dem Einfluss von kurzfristigen Emotionen, die vielleicht die Behandlungssituation bestimmt haben, zu stehen (Mehmet, 2011, S.195). Ein weiteres Erklärungsmodell bietet das Phänomen der sozialen Erwünschtheit (Mehmet, 2011, S.93). Es beschreibt, dass befragte Personen ihre Antworten tendenziell an allgemeine soziale Erwartungen und Normen anpassen, anstatt ihre tatsächliche Meinung abzugeben. In der Situation des Patienten spielt in diesem Zusammenhang vor allem das Modell der paternalistisch geprägten Arzt-Patienten-Beziehung als sozial-gesellschaftliche Norm eine Rolle. Mit

diesem Rollenverständnis ist ein Widersprechen oder eine Kritik des Patienten seinem Arzt gegenüber nicht zu vereinbaren (Mehmet, 2011, S.93).

Eine andere Begründung der auffallend positiven Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen liefert die Theorie der kognitiven Dissonanz (Eckert et al., 2000): Sie besagt, dass jedes Individuum im Leben Harmonie, Gleichgewicht und Kongruenz anstrebt und versucht, disharmonische und inkongruente Elemente auszuschalten, um inneres Unbehagen zu vermeiden. Eine Taktik, sich von solchen dissonanten Elementen freizumachen, ist, Situationen zum Positiven hin für sich umzudeuten oder in eigentlich negativen Erfahrungen verstärkt auch nach irgendetwas Angenehmem zu suchen (Eckert et al., 2000). Dies kann sich in der Situation des Patienten beispielsweise in dem Sinne widerspiegeln, dass zuvor bestandene Erwartungen reduziert werden, um somit ein kognitives Angleichen von Erwartungen und tatsächlichen Bedingungen zu erreichen (Hoffmann, 2007, S.5).

Wie kann damit umgegangen werden, dass bei Patientenbefragungen so viele behandlungsunabhängige, individuelle Faktoren Einfluss auf die Zufriedenheitsangaben haben, die durch die Methodik der Befragung nur zu einem kleinen Teil kontrollierbar sind? Beziehungsweise, wie kann man aus sehr subjektiv gefärbten Angaben möglichst objektiv Schlussfolgerungen ziehen?

Ein entscheidender Weg, dieser subjektiven Einschätzung durch den Patienten zu begegnen, so dass man trotz aller Einflussfaktoren einen Rückschluss auf die Qualität ziehen kann, ist sicherlich die multiperspektivische Befragung (Hoffmann, 2007, S.2).

Eine Zusammenschau der Beurteilung mehrerer beteiligter Personen erlaubt ein differenzierteres Verständnis der Angaben, wenn es um die Interpretation im Hinblick auf Prozess- und Ergebnisqualität geht. Patientenbefragungen sollten als eine Ergänzung zu objektiv messbaren Qualitätskriterien (wie beispielsweise zeitlicher Ablauf durch Messung der Behandlungszeit) anerkannt werden. Sie können betrachtet werden als eine sehr wichtige Ergänzung im Sinne einer subjektiven Einschätzung durch diejenigen, die direkt betroffen sind. Sie können



nicht als alleiniger Indikator für Qualität genommen werden, stellen aber eine wichtige Orientierung dar (Mehmet, 2011, S.84 - 87).

Außerdem sind Patientenbefragungen ein wichtiger Faktor für die Förderung der Compliance des Patienten, da er sich durch die Möglichkeit Kritik zu üben ernst genommen und wertgeschätzt fühlt (Siegrist, Schlebusch & Trenckmann, 2002; Steck et al, 2011). Ferner entspricht es dem seit einigen Jahren immer stärker geforderten Konzept der zunehmenden Patientenorientiertheit (Mehmet, 2011, S.3, 39). Darüber hinaus erscheint es durchaus zeitgemäß, eine Weiterentwicklung des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient, von einem ehemals paternalistischen Beziehungsmodell hin zu einer auf Augenhöhe stattfindenden Beziehung zu unterstützen (Mehmet, 2011, S.28). Auch hierzu könnten Befragungen von Patienten einen Beitrag leisten (Mehmet, 2011, S.84).

## 1.6 Zielsetzung der hier vorliegenden Pilotstudie

Bei der psychometrischen Evaluation des von W. Briegel entwickelten Fragebogens (Briegel, 2014), der den Gegenstand dieser Arbeit darstellt, handelte es sich um ein Pilotprojekt. Ziel war es zu überprüfen, wie valide dieses Instrument die Zufriedenheit von Patienten und ihren Bezugspersonen mit dem Aufklärungsgespräch vor Beginn einer medikamentösen Therapie erfasst. Der Fragebogen stellte außerdem für die Ärzte der KJP Schweinfurt eine Möglichkeit dar, eine Einschätzung ihrer Arbeit zu erhalten. Darüber hinaus lässt er sich als Mittel zur gesetzlich geforderten Qualitätssicherung einsetzen (§70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit, SGB V). Verbesserungsfähige Elemente im Prozess des Aufklärungsgesprächs sollten damit ermittelt und einer Optimierung zugeführt werden können. Perspektivisch könnte der Fragebogen auch als Mittel zur Dokumentation und damit als eine Form der rechtlichen Absicherung im Hinblick auf das erfolgte Aufklärungsgespräch gesehen werden. Durch die Ethik-Kommission der Bayerischen Landesärztekammer wurde die Studie vorab als nicht-zustimmungspflichtig eingestuft (Aktenzeichen: 2015-084; Schreiben vom 14.07.2015).

Da es wie zuvor erläutert bisher kaum spezifische Instrumente gibt, mit denen die Verständlichkeit der transportierten Informationen und die Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch überprüft werden kann, wurde mit dem neu entwickelten Fragebogen (Briegel, 2014) das Ziel verfolgt, ein valides Instrument zur Evaluation des Aufklärungsgesprächs zu entwickeln.

# 2 Material und Methoden

## 2.1 Datenerhebung

Für die Fallstudie gab es zwei Erhebungszeiträume. Die erste Phase dauerte 26 Wochen, vom 15.02.2014 bis zum 14.08.2014. Der zweite Erhebungszeitraum dauerte 27 Wochen, vom 03.08.2015 bis zum 03.02.2016. Änderungen im zweiten Erhebungszeitraum waren, dass zusätzlich auch das Alter der aufgeklärten Angehörigen erfasst wurde. In diesen beiden Zeiträumen zusammen konnten letztendlich 71 Fälle gesammelt werden. Insgesamt waren in diesen Zeiträumen 67 Patienten stationär und 68 tagesklinisch in Behandlung. Für die Institutsambulanz ließen sich exakte Patientenzahlen analog dem (teil-)stationären Bereich nicht eruieren. Als Vergleichswert steht die Angabe zur Verfügung, dass in den ersten beiden Quartalen 2014 insgesamt 538 Scheine abgerechnet wurden.

Dem in der Einleitung beschriebenen Phänomen des Abhängigkeitseffektes wurde bei der Befragung in der KJP Schweinfurt dadurch begegnet, dass jeder Fragebogen durch einen beliebigen, 10-stelligen Code verschlüsselt wurde, dessen Zahlen und Buchstaben sich Patient bzw. Sorgeberechtigter frei ausdenken durften (siehe Anlage: Generierung des Gespräch-Codes bei der Untersuchung zur Bewertung des Aufklärungsgesprächs).

Dieser so konzipierte Code machte ein Zurückverfolgen auf den Patientenfall im Nachhinein unmöglich. Nachdem die Beteiligten den Fragebogen ausgefüllt hatten, wurden sie angewiesen, ihn in einen verschlossenen, in der KJP aufgestellten Briefkasten zu werfen, für den nur ein Mitarbeiter der Geschäftsführung einen Schlüssel hatte. Patienten und Angehörige wurden über diese Rahmenbedingungen vorab genauestens informiert.

Als Befragungszeitpunkt wurde ein Ausfüllen des Fragebogens direkt im Anschluss an das Aufklärungsgespräch gewählt. Zum einen sollten damit eine höhere Rücklaufquote und damit eine bessere Repräsentativität erreicht werden. Zum anderen sollte die unmittelbare, momentane Einschätzung der Gesprächsteilnehmer eingefangen werden, ohne größeren zeitlichen Abstand.

## 2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Erfasst werden sollten sämtliche Aufklärungsgespräche zu medikamentöser Behandlung welche im Zeitraum zwischen dem 15.02.2014 und dem 14.08.2014 sowie zwischen dem 03.08.2015 und dem 03.02.2015 durchgeführt wurden.

Einschlusskriterien waren, dass das Aufklärungsgespräch in deutscher Sprache in einem persönlichen Gespräch in einer der Räumlichkeiten der KJP Schweinfurt stattfand. Telefonische Aufklärungsgespräche oder Aufklärungsgespräche in englischer Sprache konnten daher nicht mit einbezogen werden.

## 2.3 Beschreibung der Fragebögen

Verwendet wurde jeweils ein aus drei Versionen bestehendes Fragebogen-Set. Eine Version war für die Eltern, eine für den Arzt und eine für den Patienten vorgesehen, wobei Patienten erst ab einem Alter von 13 Jahren gebeten wurden, einen Fragebogen auszufüllen. Die einzelnen Versionen des Fragebogens sind im Anhang der vorliegenden Arbeit zu finden. Zusätzlich gehörte zu dem Fragebogen-Set noch ein Dokumentationsformular, welches vom Arzt auszufüllen war. Waren mehrere Angehörige beim Gespräch anwesend, so sollte jede Person einen eigenen Fragebogen ausfüllen. Entsprechend sollte der Arzt seine Einschätzung für jeden Angehörigen bzw. den Patienten in einem eigenen Fragebogen abgeben.

### 2.3.1 Das Dokumentationsformular (siehe Anhang)

In diesem Formular wurden folgende Angaben erfasst: Der Zeitpunkt des Aufklärungsgesprächs, ob durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder durch einen Arzt in Weiterbildung aufgeklärt wurde, Alter und Geschlecht des Patienten sowie seine Diagnosen, aufgeführt anhand des multiaxialen Klassifikationsschemas (vgl. Remschmidt, Schmidt, & Poustka,

2017). Weiter wurden im Dokumentationsformular der Behandlungsbereich (PIA=psychiatrische Institutsambulanz, Tagesklinik oder Station), die Medikation, über die aufgeklärt wurde, sowie die Gesprächsdauer erfasst. Außerdem wurde hier dokumentiert, wer aufgeklärt wurde (Patient allein, nur ein Angehöriger, mehrere Angehörige, Patient und ein Angehöriger, oder Patient und mehrere Angehörige) sowie das Alter des Angehörigen und seine Beziehung zum Patienten.

#### 2.3.1.1 Das Multiaxiale Klassifikationsschema

Dieses diagnostische Schema ist ein Konzept, das aus dem ICD-10 abgeleitet wurde und eine differenziertere Klassifikation einer psychischen Störung auf sechs Ebenen ermöglicht. (vgl. Remschmidt, Schmidt, & Poustka, 2017) Die erste Achse gibt die psychiatrische Diagnose an, mit der zweiten werden Störungen in bestimmten Bereichen der Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen beschrieben, wie zum Beispiel Sprach- oder Rechenstörungen (Purtscher, Propädeutikum Graz). Die dritte Achse gibt das Intelligenzniveau des Patienten anhand seines getesteten Intelligenzquotienten an. Somatische Diagnosen sind über die vierte Achse erfasst, in der fünften sind psychosoziale Lebensumstände wie beispielsweise die familiäre Situation kodiert. Die sechste Achse schließlich gibt eine allgemeine Aussage darüber, inwieweit der Patient den Situationen des alltäglichen und sozialen Lebens gewachsen ist. (Purtscher, Propädeutikum Graz)

#### 2.3.2 Zum Aufbau der Fragebögen (siehe Anlage)

Angehörigen- und Patientenversion enthielten 10 Fragen. Mittels der ersten neun Fragen wurden einzelne Aspekte der Zufriedenheit mit dem Gespräch erfragt, wie zum Beispiel die Zufriedenheit mit der Gesprächsatmosphäre, wieviel Gelegenheit es gab, Fragen zu stellen, oder wie hilfreich das Gespräch für anstehende Entscheidungen war. In der zehnten Frage wurde die Einschätzung des Gesprächs insgesamt ermittelt.

Die Arztversion unterschied sich davon in ihrem Aufbau folgendermaßen: Hier waren die ersten neun Fragen nicht darauf ausgerichtet, die persönliche Zufriedenheit des Arztes mit dem Gespräch abzufragen. Vielmehr sollte der Arzt durch die Beantwortung dieser neun Fragen einschätzen, wie zufrieden die Angehörigen oder der Patient seiner Meinung nach mit dem Gespräch waren. Die zehnte Frage in der Arztversion eruierte dementsprechend, wie der Arzt die Bewertung des Gesprächs durch den Angehörigen oder den Patienten insgesamt einschätzte. Zusätzlich existierte dann in der Arztversion noch eine elfte Frage, in der der Arzt nach seinem persönlichen Gesamteindruck des Gesprächs befragt wurde.

Die Beantwortung der Fragen erfolgte anhand einer siebenstufigen, klassischen Likert-Skala. Diese reichte von 1-7. Drei negative Abstufungen (1=sehr schlecht, 2=schlecht, 3=eher schlecht) sowie drei positive Abstufungen (5=eher gut, 6=gut, 7=sehr gut) gruppierten sich um die Einschätzung als neutral=4. In der Version der Angehörigen und der Patienten gab es zusätzlich noch die Frage nach Verbesserungsvorschlägen und Platz für freie Antworten.

## 2.4 Fragestellungen und Hypothesen

Folgende Fragestellungen sollten in der vorliegenden Arbeit untersucht werden:

### 2.4.1 Fragestellungen

- Wie waren die Werteverteilung und wie die Qualität der einzelnen Fragebogen-Items in der untersuchten Stichprobe?
- Besitzt der Fragebogen ausreichende Reliabilität (Wird das Konstrukt, das er misst, zuverlässig gemessen)?
- Besitzt der Fragebogen ausreichende Validität (Überprüft er das, was er überprüfen soll?)
- Wie zufrieden waren Angehörige und Patienten mit dem Aufklärungsgespräch?

- Spielte es für die Zufriedenheit der Angehörigen, beziehungsweise der Patienten eine Rolle, ob durch einen Facharzt oder durch einen Arzt in Weiterbildung aufgeklärt wurde?
- Wurde die Zufriedenheit mit dem Gespräch beeinflusst von der Gesprächsdauer?

Dazu wurden vor Untersuchungsbeginn folgende Hypothesen entwickelt:

### 2.4.2 Hypothesen

- Insgesamt sind die meisten Angehörigen und Patienten mit den Aufklärungsgesprächen zufrieden (Antworten zwischen 5-7)
- Der Fragebogen verfügt über eine ausreichende Reliabilität
- Es besteht kein linearer Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit von Angehörigen und Patienten und der Dauer der Gespräche
- Ob der aufklärende Arzt Facharzt oder Arzt in Weiterbildung ist, hat keinen Einfluss auf die Zufriedenheit von Angehörigen oder Patienten

Zur Validität des Fragebogens und zur Qualität der Items gab es im Vorhinein keine konkreten Hypothesen.

Um die genannten Fragestellungen zu klären, wurde folgende statistische Methodik verwendet:

## 2.5 Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte mittels SPSS 25. Falls in einem Fragebogen ein Kreuz zwischen zwei Werten gemacht wurde, so wurde für die Datentabelle der kleinere Wert gewählt. Wurde ein Fragebogen fälschlicherweise von zwei Angehörigen gemeinsam ausgefüllt, so wurden diese Angaben nur als Angaben des ersten Angehörigen verwendet.

Für die Variablen, die für die einzelnen Items kodierten, wurde das Skalenniveau „metrisch“ festgelegt, vor dem Hintergrund, dass in der Literatur immer wieder darauf verwiesen wird, dass man bei einer klassischen Likert-

Skala typischerweise von Intervallskalierung ausgehen kann (Eid & Schmidt, 2014, S.118).

Zunächst erfolgte die Überprüfung auf Gaußsche Normalverteilung mithilfe des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests. Zur Beschreibung der Stichprobe und zur Betrachtung der Werteverteilung über die einzelnen Items des Fragebogens wurden Verfahren deskriptiver Statistik genutzt. Angegeben wurden Häufigkeiten und Prozente, Mittelwerte und Standardabweichungen, Mediane mit Minimum, Maximum und Quartilen. Im nächsten Schritt folgte die Itemanalyse.

### 2.5.1 Itemanalyse

Für die Itemanalyse wurden die Itemschwierigkeit, die Varianz und die Trennschärfe der einzelnen Items berechnet.

Die Itemanalyse stellt ein zentrales Instrument dar, um die Güte eines Fragebogens zu analysieren. Die statistische Analyse der einzelnen Items soll bei der Entscheidung helfen, welche Items den Ansprüchen an ein gutes Messinstrument entsprechen und welche im Sinne eines Nichtentsprechens aussortiert werden sollten (Mummendey & Grau, 2014, S.97).

Kennwerte, anhand derer beurteilt werden kann, ob die Items den Ansprüchen genügen, sind:

#### 2.5.1.1 Die Schwierigkeit:

Die Itemschwierigkeit gibt eine Aussage darüber, von wie vielen Personen eine Frage richtig beantwortet wurde. Ein hoher Schwierigkeitsindex würde bedeuten, dass viele Teilnehmer eine Frage richtig beantwortet haben und gibt damit eigentlich an, dass es sich um ein leichtes Item handelt. Eine abgewandelte Definition gilt, sofern es sich um Fragen handelt, bei denen man nicht von richtigen und falschen Antworten sprechen kann, so wie im Fall des hier untersuchten Fragebogens. In diesem Fall gibt die Itemschwierigkeit an, wie viele Teilnehmer im Sinne des Merkmals geantwortet haben, welches mit dem Fragebogen erfasst werden soll (Moosbrugger, 2012, S.80). Bezogen auf



den Fragebogen der KJP Schweinfurt ist das untersuchte Merkmal die Zufriedenheit der Eltern und Patienten. Hätten also ein großer Anteil der teilnehmenden Personen zustimmend auf Fragen zur Zufriedenheit geantwortet, so ergäbe sich eine leichte Schwierigkeit, also ein hoher Schwierigkeitsindex. Umgekehrt wäre, falls die große Tendenz der Antworten eher in Richtung Unzufriedenheit gehen würde, der Schwierigkeitsindex eher gering, die Schwierigkeit wäre hoch (Lienert & Raatz, 1994, S.73). Der Wertebereich für den Schwierigkeitsindex reicht von null bis hundert. Im Allgemeinen werden für den Schwierigkeitsindex von Items mittlere Werte angestrebt, da sich bei einer mittleren Schwierigkeit hohe Trennschärfen ergeben (Mummendey & Grau, 2014, S.109). Insgesamt aber kann man sagen, dass es sich für einen Fragebogen eignet, eine große Anzahl an Items mittlerer Schwierigkeit mit einzelnen Items einer sehr hohen oder sehr niedrigen Schwierigkeit zu kombinieren, da dadurch eine genauere Differenzierung in den Randbereichen einer Skala möglich ist. Als gut geeignet werden für den Schwierigkeitsindex Werte zwischen zwanzig und achtzig angesehen. Während manche Quellen dazu raten, Items mit Schwierigkeitsindices außerhalb dieses Wertebereichs auszusortieren (Zöfel, 2002, S.234), weisen andere Autoren darauf hin, dass eine Itemselektion nur in Zusammenschau von Schwierigkeitsindex, Trennschärfe und Varianz erfolgen sollte (Mummendey & Grau, 2014, S.98). In jedem Fall stellen Schwierigkeitswerte außerhalb dieser Spanne extreme Werte dar, die es zu hinterfragen gilt.

Der Schwierigkeitsindex errechnet sich wie folgt (Zöfel, 2002, S.240):

$$P_I = \frac{\text{Mittelwert}_I - \text{minimal erreichbare Punktzahl}_I}{\text{maximal erreichbare Punktzahl}_I - \text{minimal erreichbare Punktzahl}_I} \times 100$$

Und damit für diesen Fragebogen:

$$P_I = \frac{\text{Mittelwert}_I - 1}{6} \times 100$$

In engem Zusammenhang mit der Itemschwierigkeit steht die Itemvarianz.

### 2.5.1.2 Itemvarianz

Als Varianz bezeichnet man die mögliche Streuung von Antworten auf ein Item innerhalb der Stichprobe. Die Varianz berechnet sich als quadrierte Standardabweichung eines Items. Eine mittlere Itemschwierigkeit führt zu einer maximalen Varianz (Moosbrugger, 2012, S.83).

### 2.5.1.3 Die Trennschärfe

Die Itemtrennschärfe sagt aus, wie gut ein einzelnes Item das insgesamt in einem Fragebogen erfasste Konstrukt abbilden kann. Im weiteren Sinne also, wie gut von einem einzelnen beantworteten Item auf das Gesamtergebnis eines Tests geschlossen werden kann. Dementsprechend errechnet sich die Trennschärfe als Korrelation zwischen der Summe aller Items einer Skala (ausgenommen das Item, dessen Trennschärfe berechnet wird) und dem Wert des Items. In dieser Arbeit wurde diese Korrelation mittels SPSS als *korrigierte Item-Skala-Korrelation* berechnet. Die Trennschärfe kann Werte zwischen -1 und +1 erreichen. Liegt der errechnete Wert nahe an eins, so lässt sich davon ausgehen, dass das Item ein Merkmal erfasst, was dem Gesamtkonstrukt des Tests entspricht. Außerdem lässt sich daraus ableiten, dass das Item eine gute Unterscheidung zwischen Personen, auf die das erfasste Merkmal zutrifft, oder nicht zutrifft vornehmen kann (Mummendey & Grau, 2014, S.98). Hohe Trennschärfewerte für Items des hier untersuchten Fragebogens würden also bedeuten, dass das Item in dem Sinne seine Funktion gut erfüllt, dass es gut zwischen zufriedenen und unzufriedenen Teilnehmern differenzieren kann. Ein Trennschärfewert nahe null würde entsprechend bedeuten, dass zwischen unzufriedenen und zufriedenen Teilnehmern keine gute Differenzierung möglich ist. Im Allgemeinen werden Trennschärfen zwischen 0,3 und 0,7 als gut angesehen (Streiner, Norman, & Cairney, 2015, S.83-84). Findet man bei den Items eines Fragebogens durchweg hohe Trennschärfen, so kann man von einem *homogenen Fragebogen* sprechen, dessen einzelne Items den Inhalt des Fragebogens gut abbilden können (Mummendey & Grau, 2014, S.98-99).

Im nächsten Schritt erfolgte die Untersuchung der Reliabilität des Fragebogens:

## 2.5.2 Prüfung der Reliabilität

Die Prüfung der Reliabilität eines Fragebogens umfasst zwei Dimensionen: Die Untersuchung der internen Konsistenz und die Analyse der sogenannten Retest-Reliabilität. In dieser Arbeit wurde die interne Konsistenz des Fragebogens betrachtet:

Die Überprüfung der internen Konsistenz basiert auf der Überlegung, dass ein Fragebogen dann in sich konsistent sein muss, wenn verschiedene Teile des Fragebogens das Gleiche messen. Rechnerisch werden hierfür die Korrelationen zwischen einzelnen Teilen eines Fragebogens herangezogen. Ein möglicher Messwert hierfür ist *Cronbachs Alpha*, ein Korrelationskoeffizient der Items untereinander, der für diese Arbeit mittels SPSS unter der Funktion *Reliabilitätsanalyse* berechnet wurde. Cronbachs Alpha als Messwert der internen Konsistenz ist auch ein Indikator für die Homogenität eines Fragebogens in seiner Gesamtheit (Mummendey & Grau, 2014, S.101). Der Wertebereich für Cronbachs Alpha reicht von null bis eins. In der Regel sollte der Wert für einen Test über 0,8 liegen, Werte zwischen 0,8 und 0,9 werden als mittelmäßig angesehen. Ab einem Wert für Cronbachs Alpha von über 0,9 spricht man von einem hohen Wert (Bortz & Döring, 2006, S.199).

Besitzen die einzelnen Items hohe Trennschärfewerte, so kann man von einer guten internen Konsistenz ausgehen. Sortiert man also Items mit geringen Trennschärfewerten aus einem Itempool aus, so wird sich Cronbachs Alpha verbessern. Diese Überlegung kann man sich für die einzelnen Items über SPSS auch errechnen lassen, als *Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen*.

Retest-Reliabilität: Die Retest-Reliabilität könnte als zeitliche Konsistenz umschrieben werden. Hierbei geht es darum, zu prüfen, ob die Ergebnisse eines Fragebogens zeitlich konstant sind, ob also derselbe Fragebogen (bei denselben Teilnehmern) zu einem späteren Zeitpunkt gleiche Resultate liefert. Praktisch gesehen würde das im Fall dieses Projekts also bedeuten, dass man die aufgeklärten Angehörigen und Patienten bittet, den Fragebogen ein zweites Mal auszufüllen, beispielsweise eine Woche nach dem Gespräch. Die

Fragebogenwerte des ersten und zweiten Zeitpunkts müssten dann miteinander korreliert werden und es ergäbe sich ein Koeffizient für die Retest-Reliabilität (Mummendey & Grau, 2014, S.101). Dies wurde mit dem hier untersuchten Fragebogen nicht durchgeführt und wird nur der Vollständigkeit wegen erwähnt.

### 2.5.3 Prüfung der Validität, Interkorrelationen

#### 2.5.3.1 Validität

Bei der Prüfung der Validität eines Verfahrens geht es darum, zu untersuchen, ob dieses wirklich das misst, was es zu messen beansprucht. Dabei werden Inhaltsvalidität, Konstruktvalidität und Kriteriumsvalidität unterschieden (Streiner et al., 2015, Kap.10). Die Untersuchung der Inhaltsvalidität beschäftigt sich mit der Frage, ob die Items, die für den Test eingesetzt werden sollen, das zu erfassende Konstrukt gut abbilden können. Die Überprüfung eines Tests auf seine Inhaltsvalidität erfolgt rein theoretisch, beziehungsweise durch Expertenurteile (Moosbrugger, 2012, S.15).

Die Untersuchung der Kriteriumsvalidität erfolgt dagegen quantitativ über Korrelationen (Mummendey & Grau, 2014, S.103). Hierbei wird festgestellt, ob anhand des Tests Ausprägungen anderer Merkmale, die mit dem Konstrukt des Tests in Verbindung stehen, abgeleitet werden können (Pospeschill, 2010, S.180). Unterschieden wird dabei eine prädiktive (Vorhersage-) Validität von einer konkurrenten (Übereinstimmungs-)Validität, abhängig davon, ob das Merkmal zu einem späteren Zeitpunkt als der eigentliche Test, oder aber zum gleichen Zeitpunkt erfasst wird. Die Korrelation wird dafür zwischen einem äußeren Kriterium (sogenannte Kriteriumsvariable) und einer Variable des Tests berechnet (Pospeschill, 2010, S.180-181).

Die Konstruktvalidität schließlich kann quantitativ und qualitativ überprüft werden (Pospeschill, 2010, S.186). Eine Möglichkeit ist die theoretische Einordnung des Konstrukts in ein sogenanntes nomologisches Netzwerk, ein Beziehungsgefüge aus Theorien und Grundsätzen. Eine andere Möglichkeit ist die Untersuchung über eine Faktorenanalyse (Moosbrugger, 2012, S.16). Außerdem ist es möglich, die Konstruktvalidität eines Tests über eine

Untersuchung der konvergenten oder der diskriminanten Validität zu überprüfen (Moosbrugger, 2012, S.17). Bei der Untersuchung der konvergenten Validität wird ein anderer erprobter Test herangezogen, der dasselbe Merkmal erfasst, im besten Falle, wenn existent, ein „Goldstandard“ in der Erfassung dieses Merkmals. Die diskriminante Validität kann bestimmt werden, indem die Testpersonen zusätzlich einen Test ausfüllen, der ein völlig anderes Konstrukt erfasst (Moosbrugger, 2012, S.17). Die diskriminante oder konvergente Validität wird dann über eine Korrelation der Testergebnisse erfasst (Pospeschill, 2010, S.184).

Für den hier untersuchten Fragebogen wurde die Kriteriumsvalidität bestimmt. Hierzu erfolgte zunächst die Berechnung eines Summenwertes für die Fragen 1-9 der jeweiligen Fragebogenversion. Dafür wurde in SPSS jeweils eine neue Variable erstellt, die für jede Version einzeln die Summen der Werte aus den Fragen eins bis neun des entsprechenden Falls ergab. Es wurden also Summenwerte für die Patientenversion, die Version der Angehörigen sowie für die Arztversion berechnet.

#### 2.5.3.2 Korrelation: Summenwert mit konfirmativem Item

Dieser Summenwert wurde anschließend mit der zehnten Frage der jeweiligen Fragebogenversion korreliert. Die ersten neun Fragen wurden hier, quasi in Abgrenzung zur zehnten Frage, als eine Skala angesehen. Die zehnte Frage, als ein Item welches thematisch das gleiche Merkmal wie die vorhergehenden neun Fragen erfassen sollte, wurde zur Validierung dieser Skala eingesetzt. Damit war es möglich, eine Überprüfung auf Kriteriumsvalidität durchzuführen (Krause & Petermann, 1997). Die zehnte Frage diente somit als Kriteriumsvariable und der Summenwert als Testvariable (vgl. Moosbrugger, 2012, S.18). Hierfür wurde die Rangkorrelation nach Spearman verwendet, da sie keine normalverteilten Daten voraussetzt.

### 2.5.3.3 Interrater-Korrelationen

In diesem Zusammenhang wurde außerdem untersucht, inwieweit die Einschätzung der Gespräche durch den Arzt mit der Einschätzung des Angehörigen oder des Patienten übereinstimmte. Hierfür wurde die Korrelation zwischen der elften Frage der Arztversion („Wie beurteilen Sie selbst insgesamt die Qualität des Aufklärungsgesprächs?“) und der Gesamteinschätzung durch Angehörige beziehungsweise Patienten berechnet (Frage 10: Wie bewerten Sie/ bewertest Du die Qualität des Aufklärungsgesprächs insgesamt?). Entsprechend wurden die Gesamteinschätzung des Patienten und die Gesamteinschätzung des Angehörigen auf einen Zusammenhang hin untersucht.

### 2.5.4 Zufriedenheit von Angehörigen und Patienten im Allgemeinen:

Um zu klären, ob Angehörige und Patienten überwiegend zufrieden mit den Gesprächen waren, wurde der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test verwendet, als nicht-parametrische Alternative zum Einstichproben-T-Test. Hierbei werden die Mediane der Itemwerte mit einem Testwert verglichen. Als Testwert wurde der Wert fünf genommen, der im Fragebogen die Aussage „eher gut“ repräsentierte. Ab Werten größer/gleich fünf wurde also von einer relativen Zufriedenheit des/der Befragten bezogen auf einen einzelnen Aspekt des Gesprächs ausgegangen. Neben den Beurteilungen von Angehörigen und Patienten wurden auch die Einschätzungen des Arztes mit dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test untersucht.

Zusätzlich wurde der gleiche Test ebenso für den Median der Summenwerte aus den Fragen 1-9 durchgeführt. Testwert war in diesem Fall 45 (9x5).

### 2.5.5 Einflussfaktor Facharztausbildung:

Ob es einen Unterschied in der Zufriedenheit machte, ob der aufklärende Arzt ein Weiterbildungsassistent oder ein Facharzt war, wurde mit dem Mann-Whitney-U-Test untersucht. Der Mann-Whitney-U-Test eignet sich für die

Überprüfung auf einen Zusammenhang zwischen nominalskalierten Variablen mit zwei Gruppen und intervallskalierten, nicht normalverteilten Daten (vgl. Zöfel, 2002, S.88-89). Über die Gesamtheit aller Angehörigen und für die Gruppe der Patienten wurde der Zusammenhang zwischen der Variable *aufklärender Arzt* und der Beantwortung der einzelnen Items des Fragebogens untersucht. Da es sich hier um eine explorativ angelegte Arbeit mit einer kleinen Stichprobe handelte, wurde auf einen Post-hoc Test verzichtet und stattdessen zusätzlich eine Untersuchung der Summenwerte auf Lageunterschiede durchgeführt.

#### 2.5.6 Einflussfaktor Gesprächsdauer:

Die zu klärende Frage war, ob die Dauer des Gesprächs einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Angehörigen oder Patienten hatte. Hierfür wurde die Korrelation zwischen der Variable *Gesprächsdauer* und den einzelnen Items über den Spearmans-Rho-Rangkorrelationskoeffizienten berechnet.

#### 2.5.7 Signifikanzniveau:

Als Grenze der Signifikanz wurde in der Regel ein Wert von  $p \leq 0,05$  angenommen.

## 2.5.8 Korrelationen

Zur Einschätzung von Korrelationen wurde die Tabelle aus dem Buch *Statistik verstehen* (Zöfel, 2002, S.120) verwendet.

Tabelle 1. Einordnung der Korrelationen

<b>Korrelationskoeffizient</b>	<b>Einordnung</b>
≤0,2	Sehr geringe Korrelation
0,2-0,5	Geringe Korrelation
0,5 – 0,7	Mittlere Korrelation
0,7-0,9	Hohe Korrelation
0,9-1	Sehr hohe Korrelation

## 2.5.9 Bonferroni – Korrektur

Aufgrund des explorativen Charakters der Untersuchung wurde trotz Mehrfach-Analysen auf eine entsprechende Korrektur (z.B. nach Bonferroni) verzichtet.



# 3 Ergebnisse

## 3.1 Überprüfung auf Normalverteilung

Die Prüfung, ob es sich bei den erhobenen Daten um normalverteilte Daten handelt, erfolgte mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest. Der Test ergab, dass die Annahme, die Daten seien normalverteilt, fast durchweg verworfen werden musste ( $p < 0,05$ ). Ausnahmen hiervon bildeten das Alter des ersten Angehörigen, sowie einzelne Fragen aus der Arztversion und zwei Fragen aus der Angehörigenversion in der Gruppe des zweiten Angehörigen. Für die weiteren Analysen wurden daher ausschließlich nicht-parametrische Tests durchgeführt.

## 3.2 Beschreibung der Stichprobe

Während des ersten Erhebungszeitraums konnten 39 Fälle gesammelt werden, im zweiten Zeitraum kamen 32 weitere Fälle hinzu. Insgesamt konnten in den zwei Erhebungszeiträumen also  $N = 71$  Fälle gesammelt werden. Davon mussten 8 Fälle ausgeschlossen werden, sodass sich eine effektive Fallzahl von  $N = 63$  ergab. (Ausgeschlossen wurden: Fall 26 falscher Fragebogen, Fall 39: nur Doku, Fall 40: Aufklärung auf Englisch, Fall 66, 69, 70, 71: nur telefonische Aufklärung, Fall 68: Angehörige verzichten auf Aufklärung)

Bei vier Fällen war kein Datum angegeben, der Erhebungszeitraum konnte hierbei anhand der Veränderungen im Fragebogen eruiert werden.

Unter den Arztversionen kam es in 17 von 63 Fällen vor, dass ein Fragebogen in dem Sinne falsch ausgefüllt war, dass Einschätzungen des Arztes, die sich auf mehrere Personen bezogen, in einen einzigen Fragebogen eingetragen wurden. In diesen 17 Fällen konnten die Daten der Arztversion nicht verwertet werden, weil eine genaue Zuordnung, auf wen sich die Einschätzung bezog, im Nachhinein nicht möglich war.

Insgesamt konnten aus diesen 63 gültigen Fällen 60 ausgefüllte Fragebögen des ersten Angehörigen und 9 Fragebögen des zweiten Angehörigen gesammelt werden, sodass also von den Angehörigen 69 gültige Fragebögen

vorlagen. Von den jugendlichen Patienten, die erst ab einem Alter von 13 Jahren einen Fragebogen ausfüllen sollten, konnten 23 Fragebögen verwertet werden. Außerdem gingen aus den 63 Fällen insgesamt 63 gültig ausgefüllte Fragebögen der Arztversion (Einschätzungen bezogen auf den ersten und/oder zweiten Angehörigen und den Patienten) in die Auswertung mit ein.

Die im Folgenden angegebenen Prozentwerte ergeben aufgrund von Rundungen eventuell nicht immer zusammen einhundert Prozent. Da nicht jeder Teilnehmer alle Angaben lückenlos ausgefüllt hatte, finden sich bei einigen Variablen fehlende Angaben, die jeweils mit angegeben wurden.

Zu den soziodemographischen Charakteristika der Stichprobe siehe Tabelle 2:

Das Geschlechterverhältnis unter den Patienten zeigte ein Überwiegen von männlichen Patienten gegenüber weiblichen Patienten. Der Großteil der Patienten gehörte der Altersgruppe der sechs-elf-jährigen an (47,6%).

Während die Intelligenz bei einem Großteil des Patientenkollektivs (85,7% bei 3,2% fehlenden Angaben) als durchschnittlich (IQ 85-114) angegeben wurde, wurden bei insgesamt 77,8% der Patienten (4,8% fehlende Angaben) ernsthafte soziale Beeinträchtigungen auf Achse sechs festgestellt (Psychosoziales Funktionsniveau 4-5).

Die in dieser Stichprobe mit 73,0% (bei 3,2% fehlenden Angaben) am stärksten vertretene psychiatrische Diagnosegruppe war die der „Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F90-99).

Tabelle 2. Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe

		<b>N</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
<b>Stichprobe</b>		63	100%
<b>Geschlecht</b>	<b>männlich</b>	<b>35</b>	<b>55,6</b>
	weiblich	26	41,3
	Keine Angabe	2	3,2
<b>Altersverteilung</b>	Kleinkinder (2-5Jahre)	3	4,8
	<b>Kinder (6-11 Jahre)</b>	<b>30</b>	<b>47,6</b>
	Jugendliche (12 - 17 Jahre)	28	44,4
	Keine Angabe	2	3,2
<b>Achse 1 Psychiatrische Diagnosen</b>	<b>F20-F29: Schizophrene, schizotype, wahnhaft</b> <b>Störungen</b>	3	4,8
	<b>F30-F39: Affektive Störungen</b>	6	9,5
	<b>F40-F49: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen</b>	3	4,8
	<b>F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren</b>	3	4,8
	<b>F90-F99: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</b>	<b>46</b>	<b>73,0</b>
	Keine Angabe	2	3,2
<b>Achse3 Intelligenzniveau</b>	unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ ≤ 70)	5	7,9
	<b>durchschnittliche Intelligenz (IQ: 85-114)</b>	<b>54</b>	<b>85,7</b>
	überdurchschnittliche Intelligenz (IQ ≥ 115)	2	3,2
	Keine Angabe	2	3,2
<b>Achse 6 psychosoziales Funktionsniveau</b>	leichte bis mäßige soziale Beeinträchtigung (2-3)	11	17,5
	<b>ernsthafte soziale Beeinträchtigung (4-5)</b>	<b>49</b>	<b>77,8</b>
	Keine Angabe	3	4,8

Hinsichtlich der Charakteristika des Aufklärungsgesprächs siehe Tabelle 3: Passend zur Hauptdiagnosegruppe waren in über 50% der Fälle Medikamente, die im weiteren Sinne zur Behandlung des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndroms eingesetzt werden, Thema des Gesprächs. Die Gespräche wurden überwiegend durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie geführt und dauerten zwischen 15 und 90 Minuten, wobei 45% der Gespräche 30 Minuten und weniger dauerten. Am häufigsten wurde nur ein Angehöriger aufgeklärt oder ein Patient gemeinsam mit einem Angehörigen (jeweils 38% der Fälle). Als erster Angehöriger war am häufigsten die Kindsmutter vertreten (88,7%). Bei den Patienten handelte es sich überwiegend um ambulant behandelte Patienten (88,9% bei 4,8% fehlenden Angaben), die über die psychiatrische Institutsambulanz angebunden waren.

Tabelle 3. Charakteristika des Aufklärungsgesprächs

<b>Charakteristika der Gespräche</b>		<b>N</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
<b>Gesprächsdauer</b>	10-20 min	4	6,3
	<b>21-30 min</b>	<b>24</b>	<b>38,1</b>
	31-40 min	11	17,5
	41-50 min	13	20,6
	51-60 min	7	11,1
	> 60min	3	4,8
	Keine Angabe	1	1,6
<b>Durchführender Arzt</b>	<b>Facharzt</b>	<b>40</b>	<b>63,5</b>
	Arzt in Weiterbildung	23	36,5
	Keine Angabe	0	0,0
<b>Thema der Aufklärung zur Medikation</b>	<b>ADHS-Medikation</b>	<b>32</b>	<b>50,8</b>
	Antidepressiva	17	27,0
	Kombinationen	1	1,6
	Sonstige	13	20,6

Charakteristika der Gespräche		N	Prozentualer Anteil
<b>Behandlungsbereich</b>	<b>PIA</b>	<b>36</b>	<b>57,1</b>
	Tagesklinik	20	31,7
	Station	4	6,3
	Keine Angabe	3	4,8

### 3.3 Deskriptive Statistik

Im folgenden Abschnitt ist die Werteverteilung der einzelnen Items für die Gruppe der Patienten (N=23), für die Gruppe der Angehörigen (erster und zweiter Angehöriger N=69) sowie für die Gruppe der Ärzte (gültige Einschätzungen für Angehörige und Patienten N=63) tabellarisch aufgelistet (siehe Tabelle 4 – 9). Angegeben werden dafür: Häufigkeiten und Prozentangaben, Median, Minimum, Maximum und Quartile. Zusätzlich werden auch Mittelwerte und Standardabweichungen mit angeführt, da diese in die Berechnungen der Itemanalyse eingehen.

Die Häufigkeitstabellen zeigen, dass nur sehr selten Bewertungen abgegeben wurden, die einer Wahrnehmung als „schlecht“ oder „eher schlecht“ entsprachen. Dabei wurde sowohl in der Gruppe der Angehörigen, wie auch in der der Patienten oder Ärzte kein einziges Mal die Wertung „sehr schlecht“ abgegeben, weshalb auf die entsprechende Spalte in den Tabellen verzichtet wurde.

Auf die Frage nach Verbesserungsvorschlägen in den Angehörigen- und Patientenversionen fand sich zweimal eine freie Antwort: Fall 49, Angehörigenversion: „Unser Arzt hat sich Zeit für uns genommen“; Fall 67, Angehörigenversion (Mutter) „Vielen Dank für die Empathie der indir. Umstände, die nötige Zeit und die Darstellung der Problematik, Danke für „den Weg“ vorzubereiten (das ges. Team)“. Außerdem fand sich als Hinweis zur elften Frage in der Arztversion (Fall 53) Folgendes: „den Umständen entsprechend, Notfall, weinende Patientin“.

Tabelle 4. Häufigkeitstabelle zum Fragebogen der Angehörigen

Angehörige N=69	schlecht		eher schlecht		neutral		eher gut		gut		sehr gut	
	H	P %	H	P %	H	P %	H	P %	H	P %	H	P %
Frage 1	0	0,0	1	1,4	2	2,9	6	8,7	28	40,6	32	46,4
Frage 2	0	0,0	1	1,4	2	2,9	3	4,3	28	40,6	35	50,7
Frage 3	1	1,4	2	2,9	2	2,9	3	4,3	24	34,8	37	53,6
Frage 4	0	0,0	1	1,4	1	1,4	4	5,8	14	20,3	49	71,0
Frage 5	0	0,0	1	1,4	2	2,9	3	4,3	23	33,3	40	58,0
Frage 6	0	0,0	1	1,4	4	5,8	4	5,8	32	46,4	28	40,6
Frage 7	0	0,0	0	0,0	5	7,4	5	7,4	31	45,6	27	39,7
Frage 8	0	0,0	1	1,4	3	4,3	8	11,6	29	42,0	28	40,6
Frage 9	0	0,0	3	4,3	2	2,9	6	8,7	28	40,6	30	43,5
Frage 10	0	0,0	1	1,4	1	1,4	5	7,2	29	42,0	33	47,8

Tabelle 5. Häufigkeitstabelle zum Fragebogen der Patienten

Patienten N=23	schlecht		eher schlecht		neutral		eher gut		gut		sehr gut	
	H	P %	H	P %	H	P %	H	P %	H	P %	H	P %
Frage 1	0	0,0	0	0,0	1	4,3	3	13,0	13	56,5	6	26,1
Frage 2	0	0,0	0	0,0	2	8,7	3	13,0	8	34,8	10	43,5
Frage 3	0	0,0	0	0,0	3	13,0	1	4,3	12	52,2	7	30,4
Frage 4	0	0,0	0	0,0	1	4,3	2	8,7	7	30,4	13	56,5
Frage 5	0	0,0	0	0,0	2	8,7	4	17,4	7	30,4	10	43,5
Frage 6	0	0,0	0	0,0	3	13,0	3	13,0	12	52,2	5	21,7
Frage 7	0	0,0	1	4,3	0	0,0	4	17,4	13	56,5	5	21,7
Frage 8	0	0,0	0	0,0	2	8,7	6	26,1	10	43,5	5	21,7
Frage 9	0	0,0	1	4,3	1	4,3	3	13,0	10	43,5	8	34,8
Frage 10	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	4,3	12	52,2	9	39,1

Tabelle 6. Häufigkeitstabelle zum Fragebogen der Ärzte

Ärzte N=63	schlecht		eher schlecht		neutral		eher gut		gut		sehr gut	
	H	P %	H	P %	H	P %	H	P %	H	P %	H	P %
	Frage 1	0	0,0	0	0,0	3	4,8	11	17,5	38	60,3	11
Frage 2	0	0,0	1	1,6	2	3,2	13	20,6	38	60,3	9	14,3
Frage 3	0	0,0	1	1,6	1	1,6	13	20,6	29	46,0	19	30,2
Frage 4	0	0,0	0	0,0	2	3,2	7	11,1	31	49,2	23	36,5
Frage 5	0	0,0	1	1,6	1	1,6	9	14,3	36	57,1	16	25,4
Frage 6	0	0,0	1	1,6	4	6,3	14	22,2	24	38,1	20	31,7
Frage 7	0	0,0	1	1,6	2	3,2	14	22,2	35	55,6	11	17,5
Frage 8	0	0,0	0	0,0	4	6,3	16	25,4	29	46,0	14	22,2
Frage 9	0	0,0	0	0,0	3	4,8	15	23,8	32	50,8	13	20,6
Frage 10	0	0,0	0	0,0	2	3,2	13	20,6	38	60,3	10	15,9

Tabelle 7. Deskriptive Statistik der Items, Gruppe der Angehörigen

Angehörige N=69	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum	Quartile		
						25	50	75
Frage 1	6,28	0,86	6,00	3,00	7,00	6,00	6,00	7,00
Frage 2	6,36	0,82	7,00	3,00	7,00	6,00	7,00	7,00
Frage 3	6,29	1,06	7,00	2,00	7,00	6,00	7,00	7,00
Frage 4	6,58	0,79	7,00	3,00	7,00	6,00	7,00	7,00
Frage 5	6,43	0,83	7,00	3,00	7,00	6,00	7,00	7,00
Frage 6	6,19	0,90	6,00	3,00	7,00	6,00	6,00	7,00
Frage 7	6,18	0,86	6,00	4,00	7,00	6,00	6,00	7,00
Frage 8	6,16	0,90	6,00	3,00	7,00	6,00	6,00	7,00
Frage 9	6,16	1,01	6,00	3,00	7,00	6,00	6,00	7,00
Frage 10	6,33	0,80	6,00	3,00	7,00	6,00	6,00	7,00

Tabelle 8. Deskriptive Statistik der Items, Gruppe der Patienten

Patienten N= 23	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum	Quartile		
						25	50	75
Frage 1	6,04	0,77	6,00	4,00	7,00	6,00	6,00	7,00
Frage 2	6,13	0,97	6,00	4,00	7,00	6,00	6,00	7,00
Frage 3	6,00	0,95	6,00	4,00	7,00	6,00	6,00	7,00
Frage 4	6,39	0,84	7,00	4,00	7,00	6,00	7,00	7,00
Frage 5	6,09	1,00	6,00	4,00	7,00	5,00	6,00	7,00
Frage 6	5,83	0,94	6,00	4,00	7,00	5,00	6,00	6,00
Frage 7	5,91	0,90	6,00	3,00	7,00	6,00	6,00	6,00
Frage 8	5,78	0,90	6,00	4,00	7,00	5,00	6,00	6,00
Frage 9	6,00	1,04	6,00	3,00	7,00	6,00	6,00	7,00
Frage 10	6,26	0,75	6,00	4,00	7,00	6,00	6,00	7,00

Tabelle 9. Deskriptive Statistik der Items, Gruppe der Ärzte

Ärzte N=63	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum	Quartile		
						25	50	75
Frage 1	5,90	0,73	6,00	4,00	7,00	6,00	6,00	6,00
Frage 2	5,83	0,77	6,00	3,00	7,00	5,00	6,00	6,00
Frage 3	6,02	0,85	6,00	3,00	7,00	6,00	6,00	7,00
Frage 4	6,19	0,76	6,00	4,00	7,00	6,00	6,00	7,00
Frage 5	6,03	0,78	6,00	3,00	7,00	6,00	6,00	7,00
Frage 6	5,92	0,97	6,00	3,00	7,00	5,00	6,00	7,00
Frage 7	5,84	0,81	6,00	3,00	7,00	5,00	6,00	6,00
Frage 8	5,84	0,85	6,00	4,00	7,00	5,00	6,00	6,00
Frage 9	5,87	0,79	6,00	4,00	7,00	5,00	6,00	6,00
Frage 10	5,89	0,70	6,00	4,00	7,00	6,00	6,00	6,00



### 3.4 Itemanalyse und Reliabilität

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Itemanalyse tabellarisch dargestellt (siehe Tabellen 10 – 13). Angegeben werden für die einzelnen Items jeweils der Schwierigkeitsindex in Prozent, der Trennschärfekoeffizient, die Varianz und *Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen*. Die Itemanalyse wurde jeweils für die Gruppe der Patienten, die Gruppe der Angehörigen (erster und zweiter Angehöriger), für Patienten und Angehörige zusammen sowie für die Gruppe der Ärzte durchgeführt. Cronbachs Alpha wurde jeweils für diese Gruppen als Korrelation der Fragen eins bis neun berechnet, die als eine Skala zu sehen sind.

Die Schwierigkeitsindices lagen über alle Gruppen hinweg fast durchgängig über achtzig (Spannweite 79,71 – 92,89) und damit deutlich außerhalb der als optimal beschriebenen Spanne von zwanzig bis achtzig. Entsprechend der durchweg hohen Schwierigkeitsindices können die Items als „sehr leicht“ eingeordnet werden, was bedeutet, dass sie von einer großen Anzahl von Teilnehmern in Richtung des zu erfassenden Merkmals, nämlich der Zufriedenheit, beantwortet wurden.

Die Trennschärfen, die normalerweise innerhalb eines Wertebereichs von 0,3 bis 0,7 als gut beschrieben werden, lagen ebenfalls fast durchgängig über 0,7 (Spannweite 0,50 – 0,91).

Für Cronbachs Alpha (siehe Tabelle 10) fanden sich über die verschiedenen Gruppen hinweg Werte zwischen 0,89 (Patienten) und 0,96 (Angehörige), was für eine gute interne Konsistenz spricht.

### 3.4.1 Itemanalyse Patienten (N=23)

Tabelle 10. Itemkennwerte, Gruppe der Patienten

<b>Item</b>	<b>Schwierigkeitsindex</b>	<b>Trennschärfe</b>	<b>Varianz</b>	<b>Cronbachs Alpha wenn Item weglassen</b>
Frage1	84,06	0,70	0,59	0,88
Frage2	85,51	0,57	0,94	0,89
Frage3	83,33	0,70	0,91	0,87
Frage4	89,86	0,78	0,70	0,87
Frage5	84,78	0,71	0,99	0,87
Frage6	80,44	0,56	0,88	0,89
Frage7	81,88	0,72	0,81	0,87
Frage8	79,71	0,65	0,81	0,88
Frage9	83,33	0,50	1,09	0,89
Mittelwerte	83,66	0,65	0,86	0,88

### 3.4.2 Itemanalyse Angehörige (1 und 2) N= 69

Tabelle 11. Itemkennwerte, Gruppe der Angehörigen

<b>Item</b>	<b>Schwierigkeitsindex</b>	<b>Trennschärfe</b>	<b>Varianz</b>	<b>Cronbachs Alpha wenn Item weglassen</b>
Frage1	87,99	0,90	0,74	0,96
Frage2	89,46	0,90	0,68	0,96
Frage3	88,24	0,91	1,14	0,96
Frage4	92,89	0,79	0,64	0,96
Frage5	90,44	0,85	0,70	0,96
Frage6	86,52	0,81	0,81	0,96
Frage7	86,28	0,85	0,74	0,96
Frage8	85,79	0,80	0,81	0,96
Frage9	86,03	0,87	1,03	0,96
Mittelwerte	88,18	0,85	0,81	0,96

### 3.4.3 Itemanalyse Ang1+Ang2+Pat (N=92)

Tabelle 12. Itemkennwerte, Angehörigen- und Patientenversion

<b>Item</b>	<b>Schwierigkeitsindex</b>	<b>Trennschärfe</b>	<b>Varianz</b>	<b>Cronbachs Alpha wenn Item weglassen</b>
Frage1	87,00	0,86	0,71	0,94
Frage2	88,46	0,81	0,75	0,95
Frage3	87,00	0,87	1,08	0,94
Frage4	92,13	0,79	0,65	0,95
Frage5	89,01	0,81	0,78	0,95
Frage6	84,98	0,76	0,85	0,95
Frage7	85,17	0,82	0,77	0,95
Frage8	84,25	0,77	0,83	0,95
Frage9	85,35	0,78	1,04	0,95
Mittelwerte	87,04	0,81	0,83	0,95

### 3.4.4 Itemanalyse Ärzte (N=63)

Tabelle 13. Itemkennwerte, Arztversion

<b>Item</b>	<b>Schwierigkeitsindex</b>	<b>Trennschärfe</b>	<b>Varianz</b>	<b>Cronbachs Alpha wenn Item weglassen</b>
Frage1	81,75	0,81	0,54	0,91
Frage2	80,42	0,81	0,60	0,91
Frage3	83,60	0,83	0,73	0,91
Frage4	86,51	0,68	0,58	0,92
Frage5	83,86	0,74	0,61	0,92
Frage6	82,01	0,65	0,95	0,93
Frage7	80,69	0,76	0,65	0,92
Frage8	80,69	0,76	0,72	0,92
Frage9	81,22	0,59	0,63	0,93
Mittelwerte	82,30	0,74	0,67	0,92

### 3.4.5 Reliabilität

Tabelle 14. Cronbachs Alpha der einzelnen Gruppen

	Cronbachs Alpha der Skala (Frage 1-9)
Patienten (N=23)	0,89
Angehörige (N=69)	0,96
Angehörige und Patienten (N=92)	0,95
Ärzte (N=63)	0,93

## 3.5 Interkorrelationen

### 3.5.1 Korrelation Summenwert mit konfirmativem Item

Die nachfolgend abgebildete Tabelle zeigt die Korrelationen zwischen den Summenwerten und der zehnten Frage für die jeweiligen Versionen (Angehörigenversion, Patientenversion, Arztversion). Es zeigten sich insgesamt hohe positive Korrelationen, die sämtlich signifikant waren.

Tabelle 15. Korrelation des Summenwerts mit der zehnten Frage der jeweiligen Version

	Summenwert der jeweiligen Version (Frage 1-9)	
	r	p
Patientenversion Frage 10	0,71	<0,01
Angehörigenversion Frage 10	0,87	<0,01
Arztversion bezogen auf den 1. Angehörigen Frage 10	0,65	<0,001
Arztversion bezogen auf den 2. Angehörigen Frage10	0,86	<0,05
Arztversion bezogen auf den Patienten Frage 10	0,94	<0,001

### 3.5.2 Interrater-Korrelationen

Zusätzlich wurde auch getestet, ob eine Korrelation zwischen der elften Frage in der Arztversion („Wie beurteilen Sie selbst insgesamt die Qualität des Aufklärungsgesprächs?“) und der Gesamteinschätzung durch Angehörige bzw. Patienten (Frage 10: Wie bewerten Sie/ bewertest Du die Qualität des Aufklärungsgesprächs insgesamt?) bestand. Zwischen der Gesamteinschätzung der Patienten und der Gesamteinschätzung des Arztes zeigte sich eine signifikante negative Korrelation ( $r = -0,59$ ,  $p = 0,021$ ). Zwischen der Gesamteinschätzung der Angehörigen und der Gesamteinschätzung des Arztes fand sich eine geringe negative Korrelation, die ebenfalls signifikant war ( $r = -0,33$ ,  $p = 0,021$ ). Zwischen der Gesamteinschätzung der Patienten und der der Angehörigen fand sich eine signifikant positive Korrelation ( $r = 0,55$ ,  $p < 0,01$ ).

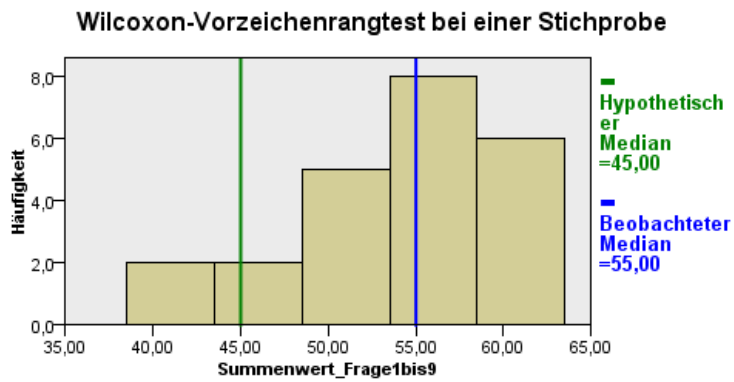
### 3.6 Waren die aufgeklärten Personen überwiegend zufrieden?

Das Ergebnis des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests zeigte, dass die Mediane der einzelnen Fragen für jede Fragebogenversion signifikant höher als fünf waren ( $p \leq 0,02$ ).

Tabelle 16. Medianvergleich gegen den Testwert =5

	Angehörige		Patienten		Ärzte	
	Z-Wert	p	Z-Wert	p	Z-Wert	p
Frage 1	1938,00	<0,001	202,50	<0,001	1315,00	<0,001
Frage 2	2131,50	<0,001	199,00	<0,001	1188,50	<0,001
Frage 3	2026,00	<0,001	229,00	0,001	1219,00	<0,001
Frage 4	2096,50	<0,001	226,50	<0,001	1562,00	<0,001
Frage 5	2193,00	<0,001	180,00	<0,001	1420,00	<0,001
Frage 6	2020,00	<0,001	186,00	0,001	1128,00	<0,001
Frage 7	1923,50	<0,001	173,50	0,001	1143,50	<0,001
Frage 8	1794,50	<0,001	140,00	0,002	1060,00	<0,001
Frage 9	1844,00	<0,001	188,00	0,001	1122,00	<0,001
Frage 10	2017,00	<0,001	246,00	<0,001	1234,00	<0,001

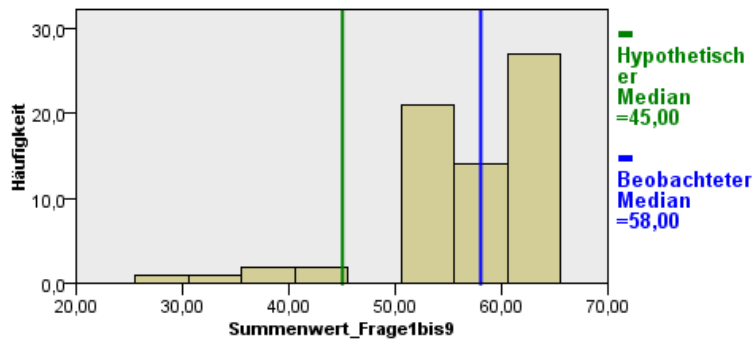
Ebenso lagen die Summenwerte der Fragen 1-9 über alle Beurteilergruppen hinweg signifikant über dem Median von 45. (Siehe Abbildungen 1-3)



<b>Gesamtanzahl</b>	23
<b>Teststatistik</b>	269,000
<b>Standardfehler</b>	32,848
<b>Standardisierte Teststatistik</b>	3,988
<b>Asymptotische Sig. (2-seitiger Test)</b>	,000

Abbildung 1. Medianvergleich des Summenwerts gegen den Testwert= 45; Gruppe der Patienten

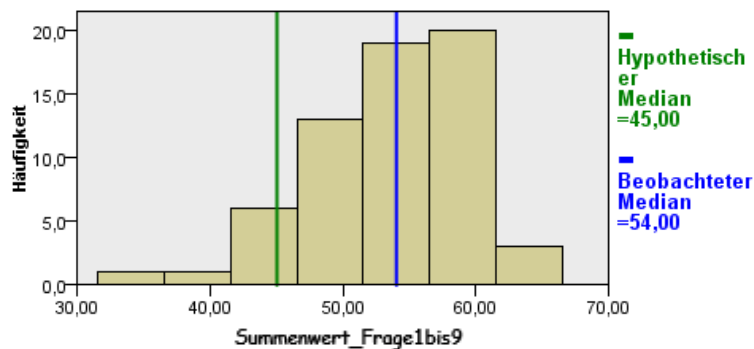
### Wilcoxon-Vorzeichenrangtest bei einer Stichprobe



<b>Gesamtanzahl</b>	68
<b>Teststatistik</b>	2.262,000
<b>Standardfehler</b>	163,329
<b>Standardisierte Teststatistik</b>	6,668
<b>Asymptotische Sig. (2-seitiger Test)</b>	,000

Abbildung 2. Medianvergleich des Summenwerts gegen den Testwert=45; Gruppe der Angehörigen

### Wilcoxon-Vorzeichenrangtest bei einer Stichprobe



<b>Gesamtanzahl</b>	63
<b>Teststatistik</b>	1.943,500
<b>Standardfehler</b>	145,957
<b>Standardisierte Teststatistik</b>	6,409
<b>Asymptotische Sig. (2-seitiger Test)</b>	,000

Abbildung 3. Medianvergleich des Summenwerts gegen den Testwert=45; Gruppe der Ärzte

### 3.7 Einflussfaktor Facharztausbildung (siehe Tabelle 17)

Der Mann-Whitney-U-Test, der zur Untersuchung dieses potenziellen Einflussfaktors eingesetzt wurde, zeigte, dass bei kaum einer der Fragen der Angehörigenversion ein signifikanter Unterschied zwischen der Kategorie *Facharzt* oder *Arzt in Weiterbildung* festzustellen war ( $p$ -Werte  $\geq 0,492$ ). Einzig bei der Frage: „Wie wurde Ihnen Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen?“ (Frage 4) fand sich ein signifikanter Unterschied in der Beantwortung der Frage zwischen den Kategorien *Facharzt* oder *Arzt in Weiterbildung* ( $p = 0,028$ ). Ein daraufhin durchgeführter Vergleich der Mittelwerte zwischen der Gruppe von Angehörigen, die durch einen Facharzt aufgeklärt worden waren (Mittelwert= 6,76) und der Gruppe, bei der das Aufklärungsgespräch von einem Arzt in Weiterbildung geführt worden war (Mittelwert= 6,30), zeigte, dass der Mittelwert der Frage vier in der Angehörigenversion höher lag, wenn der aufklärende Arzt ein Facharzt war. In der Gruppe der Patienten dagegen ließ sich in Bezug auf den aufklärenden Arzt kein signifikanter Unterschied in der Beantwortung der Fragen erkennen. Da auf einen Post-hoc Test verzichtet wurde, wurde der Mann-Whitney-U-Test zusätzlich für den Summenwert durchgeführt, was weder für die Gruppe der Angehörigen noch für die Gruppe der Patienten einen signifikanten Unterschied zwischen der Kategorie *aufgeklärt durch einen Facharzt* und der Kategorie *aufgeklärt durch einen Weiterbildungsassistenten* zeigte ( $p > 0,05$ ).



Tabelle 17. Mann-Whitney-U-Test: Untersuchung des Einflussfaktors Facharztausbildung

	Angehörige		Patienten	
	U	p	U	p (exakte Signifikanz, da N<30)
Frage 1	543,00	0,75	23,50	0,57
Frage 2	555,00	0,87	25,00	0,70
Frage 3	554,50	0,86	26,50	0,76
Frage 4	417,00	<b>0,02</b>	25,00	0,70
Frage 5	566,50	0,99	27,50	0,83
Frage 6	528,00	0,60	21,00	0,46
Frage 7	549,00	0,95	21,00	0,46
Frage 8	566,50	1,00	18,50	0,31
Frage 9	515,50	0,49	25,50	0,70
Frage 10	564,00	0,97	19,50	0,36
Summenwert_Frage1bis9	527,50	0,74	25,00	0,70

### 3.8 Einflussfaktor Gesprächsdauer (siehe Tabelle 18)

Für die Gruppe der Angehörigen fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Dauer des Gesprächs und der Bewertung der einzelnen Gesprächsaspekte ( $p \geq 0,24$ ). Unter den Patienten zeigten sich für acht von zehn Fragen geringe bis mittlere negative Korrelationen mit der Gesprächsdauer, die signifikant waren ( $p < 0,05$ ). Nur für die ersten beiden Items der Patientenversion, die nach der Qualität und der Verständlichkeit der vermittelten Informationen fragen, konnte keine signifikante Korrelation mit der Gesprächsdauer festgestellt werden ( $p \geq 0,07$ ). Analog fand sich für den Summenwert (Fragen 1-9) keine signifikante Korrelation mit der Gesprächsdauer für die Gruppe der Angehörigen ( $r = -0,08$ ,  $p = 0,52$ ) und eine signifikant negative Korrelation für die Gruppe der Patienten ( $r = -0,63$ ,  $p < 0,01$ ). Dies deutet daraufhin, dass Patienten kürzere Gespräche besser bewerteten.

Tabelle 18. Spearmans Rho- Korrelation: Untersuchung des Einflussfaktors Gesprächsdauer

Korrelation der Fragenwerte mit der Variable Gesprächsdauer	Angehörige		Patienten	
	r	p	r	p
Frage 1	-0,02	0,86	-0,39	0,07
Frage 2	-0,09	0,49	-0,27	0,22
Frage 3	-0,05	0,68	-0,58	<0,01
Frage 4	-0,04	0,76	-0,46	<0,05
Frage 5	-0,02	0,89	-0,52	<0,05
Frage 6	-0,06	0,65	-0,49	<0,05
Frage 7	-0,13	0,31	-0,46	<0,05
Frage 8	-0,15	0,24	-0,48	<0,05
Frage 9	0,05	0,69	-0,52	<0,05
Frage 10	-0,10	0,41	-0,49	<0,05
Summenwert_Frage1bis9	<b>-0,08</b>	<b>0,52</b>	<b>-0,63</b>	<b>&lt;0,01</b>

# 4 Diskussion

## 4.1 Diskussion der Einzelergebnisse

Anhand der Fragestellungen, die im Abschnitt *Material und Methoden* aufgeführt sind, sollen die Ergebnisse nun noch einmal kurz zusammengefasst und kritisch hinterfragt werden.

### 4.1.1 Wie war die Werteverteilung und wie war die Qualität der einzelnen Fragebogen-Items in der untersuchten Stichprobe?

Die Werteverteilung der Items zeigt eine linksschiefe beziehungsweise rechtssteile Verteilung. Bei Betrachtung des Medians wird deutlich, dass die Befragten sehr hohe Werte im Sinne von großer Zufriedenheit angekreuzt haben. Anhand der Minima und Maxima ist zu sehen, dass nicht die gesamte Skalenbreite genutzt worden ist, sondern dass sich die Werte nur zwischen 3= eher schlecht und 7= sehr gut bewegen. Deutlich wird auch, dass hinsichtlich der Werteverteilung keine Frage besonders heraussticht. Die Mediane liegen für alle Items bei sechs oder sieben und damit am oberen Ende der Skala.

Die Itemanalyse zeigte sowohl für die Gruppe der Patienten, als auch für die Gruppe der Angehörigen sehr hohe Schwierigkeitsindices (Patienten  $P_i \geq 79,71$ ; Angehörige  $P_i \geq 85,79$ ). Im Abschnitt *Material und Methoden* wurde schon erläutert, dass Items mittlerer Schwierigkeit eine große Streuung begünstigen und damit eine gute Differenzierung ermöglichen. Außerdem wurde erwähnt, dass es für einen Test im Allgemeinen gut ist, viele Items mittlerer Schwierigkeit mit ein paar Items hoher und niedriger Schwierigkeit zu kombinieren, um auch in den Randbereichen eine starke Differenzierung zu ermöglichen. Die hohen Schwierigkeitsindices machen für den hier untersuchten Fragebogen Folgendes deutlich: Die Fragen waren für die Teilnehmer „sehr leicht“, in dem Sinne, dass vor allem in Richtung des Merkmals Zufriedenheit angekreuzt wurde. Die hohen Werte bedeuten ferner, dass zwar eine Abgrenzung zwischen zufriedenen und unzufriedenen Teilnehmern möglich ist, dass aber unter denjenigen

Angehörigen und Patienten, die im Sinne großer Zufriedenheit bewertet haben, keine genauere Differenzierung möglich ist.

Die Frage ist nun, wie die Schwierigkeitswerte im Hinblick auf die Itemselektion zu sehen sind. Wie im Abschnitt *Material und Methoden* erläutert, gilt für den Schwierigkeitsindex ein Wertebereich von zwanzig bis achtzig als gut geeignet. Dennoch sollte das Aussortieren nur in Zusammenschau mit den anderen Itemkennwerten, insbesondere der Trennschärfe, erfolgen (Mummendey & Grau, 2014, S.98).

Die Trennschärfen, die in der untersuchten Stichprobe im Mittel für Angehörige und Patienten 0,81 betragen, liegen außerhalb der empfohlenen Spanne von 0,3 bis 0,7 für angemessene bis ausgezeichnete Trennschärfen. Die hohen Werte deuten darauf hin, dass der Test sehr homogen ist, dass also alle Items etwas sehr Ähnliches messen. Extrem ausgedrückt könnte man die hohen Korrelationen zwischen Item und Skala, was ja der Trennschärfe entspricht, in diesem Fall folgendermaßen interpretieren: Beantwortet ein Teilnehmer aus der aktuellen Stichprobe ein Item dieses Tests, so ließe sich durch dieses eine beantwortete Item mehr oder weniger ableiten, wie er die anderen Items beantworten würde. (vgl. Lienert & Raatz, 1994, S.108).

#### 4.1.2 Besitzt der Fragebogen ausreichende Reliabilität?

Die starke Homogenität des Tests findet sich entsprechend in den Werten für die interne Konsistenz wieder: Für Angehörige und Patienten zusammen liegt der Wert bei 0,95 und damit am oberen Rand des Wertebereichs von null bis eins. Für die untersuchte Stichprobe lässt sich damit also feststellen: der Test besitzt eine zufriedenstellende Reliabilität.

Die Ergebnisse für *Cronbachs Alpha wenn Item weggelassen*, zeigen, dass es keine Veränderung für die Gesamtskala bringen würde, wenn man einzelne Items aus dem Itempool herausnehmen würde.

Zusammenfassend lässt sich zu den Ergebnissen der Itemanalyse demnach Folgendes sagen: Die hohen Werte für Schwierigkeitsindex, Trennschärfen und Cronbachs Alpha in Zusammenschau mit den geringen Varianzen (die im Mittel für Angehörige und Patienten bei 0,83 lagen) weisen darauf hin, dass in der

verwendeten Stichprobe der Gesamtest gegenüber einem einzelnen Item keinen wesentlichen Zugewinn an Informationen bringt. Inhaltlich werden mit den einzelnen Items zwar unterschiedliche Aspekte abgefragt, dennoch geben die Itemkennwerte in der aktuellen Stichprobe zur Vermutung Anlass, dass ein einzelnes Item in diesem Fall genauso aussagekräftig gewesen wäre, wie der Gesamtest. Ob sich dies tatsächlich als gültige Schlussfolgerung ziehen lässt, kann allerdings erst durch ein erneutes Einsetzen des Tests an einer anderen Stichprobe überprüft werden. Was der Test aber anhand der Untersuchungen in der aktuellen Stichprobe deutlich zufriedenstellend erfüllt, ist das Testgütekriterium der Reliabilität.

#### 4.1.3 Besitzt der Fragebogen ausreichende Validität? (Überprüft er das, was er überprüfen soll?)

Der Summenwert aus den Items 1-9 als Testvariable korrelierte signifikant positiv mit der Kriteriumsvariable (Frage 10) innerhalb einer Teilnehmergruppe. Diese Korrelation zeigt für die einzelnen Fragebogenversionen ein positives Ergebnis in Bezug auf die Kriteriumsvalidität. Es ließe sich also aus den Ergebnissen der Items 1-9 das Ergebnis des zehnten Items ableiten, und umgekehrt. Eine Form der Validitätsprüfung wurde damit durchgeführt und brachte ein positives Ergebnis. In diesem Zusammenhang lässt sich also feststellen: Auch das Testgütekriterium der Validität wurde hinreichend erfüllt.

#### 4.1.4 Wie zufrieden waren Angehörige und Patienten mit dem Aufklärungsgespräch?

Die Ergebnisse des Wilcoxon-Vorzeichen-Rangtests bestätigten, was die deskriptive Statistik der Items schon nahelegte: Es wurde erneut deutlich, dass die Zufriedenheitswerte sehr hoch waren, da die Mediane der einzelnen Fragen für jede Fragebogenversion signifikant höher als fünf (entspricht der Antwortmöglichkeit „eher gut“) lagen. Daraus lässt sich eine große Zufriedenheit der befragten Personen mit den Aufklärungsgesprächen in der KJP Schweinfurt ableiten.

Durch Korrelationen der Fragebogenwerte zwischen den verschiedenen beteiligten Gruppen (Arzt, Angehörige und Patienten) fiel allerdings auf, dass von der allgemeinen Bewertung des Gesprächs durch den Arzt nicht unbedingt auf eine entsprechende Wahrnehmung der anderen am Gespräch beteiligten Personen (Angehörige, Patient) geschlossen werden kann. Im Gegenteil fand sich zwischen der generellen Einschätzung von Arzt und Patient sogar eine signifikant negative Korrelation. Das bedeutet, dass das Gespräch, je positiver es vom Arzt bewertet wurde, desto weniger positiv vom Patienten empfunden wurde. Zwischen der Wahrnehmung des Aufklärungsgesprächs durch den Arzt und der Wahrnehmung durch den Angehörigen fand sich eine geringe negative Korrelation, die ebenfalls signifikant war. Vor diesem Hintergrund erscheint es wichtig, die hohen Zufriedenheitswerten genauer zu betrachten.

#### 4.1.5 Spiegelte es für die Zufriedenheit der Angehörigen oder der Patienten eine Rolle, ob durch einen Facharzt oder durch einen Arzt in Weiterbildung aufgeklärt wurde?

Diese Frage muss am ehesten mit nein beantwortet werden. Es konnte zwar für eine einzelne Frage der Angehörigenversion (Frage 4: „Wie wurde Ihnen Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen?“) ein Unterschied für die Kategorie *Facharzt oder Weiterbildungsassistent* festgestellt werden (mit einem höheren Mittelwert für Angehörige, die von einem Facharzt aufgeklärt worden waren). Allerdings konnte für den Summenwert aus den Fragen 1-9 kein Unterschied in Bezug auf die Kategorie *Facharzt oder Weiterbildungsassistent* festgestellt werden. Somit muss am ehesten davon ausgegangen werden, dass das Ergebnis für die Frage 4 der Angehörigenversion ein Zufallsbefund ist.

#### 4.1.6 Wurde die Zufriedenheit mit dem Gespräch beeinflusst von der Gesprächsdauer?

Für diese Frage müssen die Gruppen der Angehörigen und der Patienten unbedingt getrennt betrachtet werden. Für die Angehörigen fand sich weder für eine einzelne Frage noch für den Summenwert aus den Fragen 1-9 eine

signifikante Korrelation mit der Variable *Gesprächsdauer*. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass für die Zufriedenheit der Angehörigen die Dauer des Gesprächs keine Rolle spielte. Für die Gruppe der Patienten konnte für acht von zehn Fragen eine signifikant negative Korrelation zwischen der Zeitdauer und den Fragebogenwerten festgestellt werden. Dieses Ergebnis wurde durch die Korrelation zwischen dem Summenwert der Patientenversion und der Variable *Gesprächsdauer* bestätigt. Das deutet stark darauf hin, dass die Gesprächsdauer für die Patienten sehr wohl einen Einfluss auf deren Zufriedenheit mit der Aufklärung hatte, und zwar in dem Sinne, dass, je länger die Gespräche dauerten, sie umso weniger positiv von den Patienten wahrgenommen wurden.

## 4.2 Einordnung der Ergebnisse in den Kontext

Wie lässt sich die sehr positive Bewertung der Aufklärungsgespräche in der KJP Schweinfurt nun einordnen? Wie Yasemin Mehmet in ihrer Arbeit „Qualitätsurteile in Patientenbefragungen“ schreibt, kann sich hinter der Bekundung von Zufriedenheit durch den Patienten sowohl „[...] gute Qualität (hohe Zufriedenheit wegen hoher Qualität) [...]“ als auch „[...] schlechte Qualität (hohe Zufriedenheit trotz niedriger Qualität) [...]“ verbergen (Mehmet, 2011, Seite 95). Die Autorin erklärt weiter, dass es die Aufgabe derer ist, die die Ergebnisse von Patientenbefragungen auswerten, einzuschätzen, was tatsächlich hinter der vom Patienten geäußerten Zufriedenheit steckt (Mehmet, 2011, S.95). Die hohen Zufriedenheitswerte passen zu verschiedenen Erklärungsmodellen.

### 4.2.1 Gründe für die hohen Zufriedenheitswerte

Eine Möglichkeit für die so positive Bewertung der Aufklärungsgespräche ist, dass die Gespräche schlichtweg von so hoher Qualität waren. Dies wirkt sehr plausibel, wenn man beispielsweise die Dauer der Gespräche betrachtet, anhand derer sich vermuten lässt, dass die Gespräche sehr ausführlich waren und dass sich die aufklärenden Ärzte viel Zeit dafür genommen haben.

Eine andere Möglichkeit ist, dass die „generell [...] hoch ausfallen[den] [...] Zufriedenheitswerte [...] aus Patientenbefragungen“ (Hoffmann, 2004, S. 267) durch die in der Einleitung beschriebenen Phänomene wie den Abhängigkeitseffekt oder das Konzept der sozialen Erwünschtheit bedingt sein könnten. Dazu muss gesagt werden, dass die entsprechenden Rahmenbedingungen bei der Befragung geschaffen wurden, um solche Effekte zu vermeiden. Hierzu zählte beispielsweise das Pseudonymisieren des Patientenfalls anhand eines zehnstelligen Codes (wie im Abschnitt *Material und Methoden* beschrieben). Außerdem wurde die Anonymität durch den verschlossenen Briefkasten gewährleistet, in den Angehörige und Patienten ihre ausgefüllten Fragebögen werfen sollten. Allerdings, so schreibt Yasemin Mehmet, kann der Angst vor negativen Auswirkungen einer kritischen Bewertung zum Teil eine solche Macht zugestanden werden, dass angenommen werden kann, dass der Patient selbst den deutlichsten Maßnahmen zur Zusicherung von Anonymität nicht vertraut (Mehmet, 2011, S.94).

Man muss außerdem hinzufügen, dass hohe Werte in Zufriedenheitsbefragungen von Patienten zwar bekannt sind (Hoffmann, 2004), dass diese aber, so spezifiziert Hoffmann weiter, in der Regel bei Gesamtbeurteilungen zur generellen Zufriedenheit gefunden werden (Hoffmann, 2004). Wird die Beurteilung von einzelnen Aspekten erfragt, so ergeben sich häufig differenziertere Urteile (Hoffmann, 2004, S.267). So zeigte beispielsweise eine Arbeit von Siegrist et al., in der über die Zufriedenheitsbefragung von 2858 Patienten in einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik berichtet wurde, dass die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung zwar im Mittel in allen Abteilungen hoch war, dass aber zum Beispiel nur etwa die Hälfte der Befragten angab, mit der Aufklärung über die Nebenwirkungen ihrer Therapie zufrieden zu sein (Siegrist, Schlebusch & Trenckmann, 2002). In dieser Hinsicht unterscheiden sich die Ergebnisse aus der KJP Schweinfurt von den in der Literatur beschriebenen Ergebnissen: Solche differenzierteren Angaben zu Einzelaspekten im Vergleich zu einem hohen Gesamturteil ergaben sich in der Befragung an der KJP



Schweinfurt nicht, sodass über weitere mögliche Gründe hierfür nachgedacht werden muss.

Eine dritte Möglichkeit, die bedacht werden sollte, ist, dass die hohen Zufriedenheitswerte auch durch die Konstruktionsweise des Fragebogens bedingt sein könnten. Hierauf deuten die Ergebnisse der deskriptiven Statistik hin, die zeigten, dass nicht die gesamte Skalenbreite ausgenutzt wurde, sondern sich eine stark linksschiefe Verteilung der Werte, im Sinne eines Deckeneffekts, ausbildete. Zwar ist bekannt, dass solche Verteilungen im Zusammenhang mit einer niedrigen Varianz bei Patientenbefragungen häufig anzutreffen sind (Steck, Huber, & Niederhofer, 2011), insbesondere, was die Gesamtzufriedenheit von Patienten angeht (Möller-Leimkühler & Dunkel, 2003). Allerdings könnte angesichts der Itemkennwerte, der sehr hohen Schwierigkeitsindices (extrem leichte Schwierigkeit), sowie der Trennschärfen eventuell vermutet werden, dass die Konstruktionsweise des Fragebogens in diesem Zusammenhang eine Rolle spielt. Ein Deckeneffekt, also der Effekt, dass sich sehr hohe Werte nicht mehr weiter vergrößern können, weil sie durch den Rand einer Skala begrenzt sind (Moosbrugger, 2012, S.138), wird durch eine extreme Leichtigkeit (also hohe Schwierigkeitsindices) der Fragen erzeugt. Dieses Phänomen geht dann meistens zu Lasten der Differenzierungsfähigkeit eines Tests (Pospeschill, 2010, S. 91), ein Aspekt, der bei den Ergebnissen in der aktuellen Stichprobe teilweise sichtbar wurde.

Abschließend lässt sich feststellen: Die gefundenen Ergebnisse bescheinigen dem Fragebogen für die hier untersuchte Stichprobe eine gute Reliabilität und Validität und zeigen ferner eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer an.

Letztendlich kann durch keine (statistische) Untersuchung endgültig nachgewiesen werden, welche der oben genannten Möglichkeiten in der vorliegenden Untersuchung ursächlich für die hohen Zufriedenheitswerte war.

Um dieser Frage weiter nachzugehen wird es notwendig sein, die Untersuchung an einer weiteren, eventuell heterogeneren Stichprobe zu wiederholen, um zu sehen, ob die Ergebnisse erneut die gleiche Tendenz zeigen.

### 4.3 Auseinandersetzung mit der Methodik

Zu möglichen methodischen Veränderungen für eine Weiterentwicklung des Fragebogens lassen sich einige wichtige Schlussfolgerungen ziehen. Hierzu wurde insbesondere eine Review-Arbeit von Morgado et al. von 2018 herangezogen, in der sich die Autoren mit den häufigsten methodischen Limitationen von Arbeiten zur Fragebogenentwicklung auseinandersetzten und daraus eine Reihe von Empfehlungen ableiteten (Morgado, Meireles, Neves, Amaral, & Ferreira, 2018). Morgado et al. untergliedern den Prozess der Fragebogenentwicklung in drei Phasen. Zu Beginn steht die Generierung eines Itempools, es folgt die theoretische Analyse dieser Items und schließlich deren psychometrische Analyse anhand der Hauptgütekriterien Reliabilität und Validität (Morgado et al., 2018).

Für die Generierung eines Itempools empfehlen die Autoren, zunächst theoretische Informationen zu dem zu erfassenden Merkmal zu sammeln. Dafür stehen deduktive sowie induktive Methoden zur Verfügung. Deduktive Methoden, so Morgado et al., umfassen beispielsweise eine ausführliche Literaturrecherche und das Suchen nach bereits existierenden Tests zu dem entsprechenden Konstrukt. Eine Befragung von Experten gehöre dagegen zur induktiven Methodik. Ebenso gehöre hierzu eine Befragung derjenigen Personen, in deren Kollektiv der Fragebogen später einmal zum Einsatz kommen soll. Im Fall des hier untersuchten Fragebogens würde dies beispielsweise bedeuten, sich im Vorfeld der Itemkonstruktion Meinungen von jugendlichen Patienten und deren Angehörigen darüber einzuholen, was ihrer Ansicht nach für das Thema *Zufriedenheit mit der Aufklärung zu einer medikamentösen Therapie* wichtig ist. Morgado et al. fanden heraus, dass sehr häufig nur deduktive Methoden in der Fragebogenentwicklung zum Einsatz kommen und betonen ausdrücklich die Notwendigkeit einer Kombination aus deduktiver und induktiver Methodik (Morgado et al., 2018).

Bei der Konstruktion des hier untersuchten Fragebogens kamen laut Angaben des Entwicklers (persönl. Mitteilung, 2018) Literaturrecherche sowie der Austausch mit Experten im Rahmen von kollegialen Gesprächen zum Einsatz.

Besprochen wurde dabei, was für den Einzelnen, seiner persönlichen Einschätzung nach, im Hinblick auf ein gutes Aufklärungsgespräch wichtig ist.

Im zweiten Schritt, der Überprüfung der Inhaltsvalidität des Tests durch eine theoretische Analyse der Items, können laut Morgado et al. ebenfalls Einschätzungen durch Experten oder eine Beurteilung der Items durch Personen aus der zukünftigen Stichprobe zum Einsatz kommen. In den meisten Fällen, so bemerkten die Autoren, werde allein die theoretische Analyse der Items durch Experten genutzt, wie auch in der Konstruktion des hier untersuchten Fragebogens. Auch dazu empfehlen die Autoren eine Kombination beider Möglichkeiten, da dadurch das Ziel einer zufriedenstellenden Inhaltsvalidität deutlich näher rücke (Morgado et al., 2018).

In der dritten Phase der Fragebogenentwicklung tritt laut Morgado et al. schließlich die psychometrische Analyse des Tests in den Mittelpunkt, die den Kern dieser Arbeit darstellt. Dazu gehöre die Überprüfung des Tests auf Konstruktvalidität, die, so fanden Morgado et al. heraus, am häufigsten über eine Faktorenanalyse als Analyse der internen Validität erfolge (Morgado et al., 2018). Eine andere Möglichkeit bestehe in der Untersuchung auf konvergente oder diskriminante Validität, oder aber deduktiv, durch eine Einordnung des Konstrukts in ein Gerüst theoretischer Zusammenhänge (nomologisches Netzwerk).

Weitere Möglichkeiten seien das Überprüfen auf Kriteriumsvalidität anhand eines äußeren Kriteriums als konkurrente Validität (wenn das Außenkriterium zum selben Zeitpunkt wie der eigentliche Test erhoben wird) oder prognostische Validität (wenn das Außenkriterium später als der eigentliche Test erhoben wird) (Morgado et al., 2018).

Die eingehende Prüfung der Konstruktvalidität mittels Faktorenanalysen, konvergenter oder diskriminanter Validität oder durch ein theoretisches Einordnen des Konstrukts im Sinne eines nomologischen Netzwerks wurde bei dem hier untersuchten Fragebogen nicht durchgeführt. Grund dafür war vor allem, dass sich die Untersuchung noch in der Phase einer Pilotstudie befand

und dass damit die vorliegende Stichprobe mit 63 gültigen Fällen für eine stabile Faktorenanalyse beispielsweise nicht groß genug war (Pospeschill, 2010). Diese kleine Stichprobe stellt in verschiedener Hinsicht eine der Hauptlimitationen der Arbeit dar. Denn um aussagekräftige Ergebnisse aus der psychometrischen Analyse eines Tests zu bekommen, werden laut Morgado et al. in der Regel als Minimum 10 Teilnehmer pro Item gefordert, besser 15 oder 20 (Morgado et al., 2018). Mit insgesamt 63 gültigen Fällen konnte diese Faustregel im vorliegenden Fall nicht erfüllt werden. Aus diesem Grund wäre es wünschenswert, den Fragebogen erneut an einer größeren Stichprobe mit einer Mindestanzahl von einhundert gültigen Fällen zu testen.

Im Hinblick auf eine Untersuchung auf konvergente Validität ist zu sagen, dass zum Zeitpunkt der Konzeption des Fragebogens und zum Zeitpunkt der Befragung kein gut erprobter Test, das heißt kein Goldstandard in der Messung der Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen mit dem Aufklärungsgespräch zu einer medikamentösen Therapie bekannt war, der als Vergleich hätte dienen können. Erst durch eine nach Abschluss der Befragung betriebene Literaturrecherche geriet der SIMS-D (deutsche Version des „satisfaction with information about medication scale“) als möglicher zu vergleichender Fragebogen in die Diskussion (Mahler et al., 2009). Allerdings lässt sich dieser Vergleich nur als Vorschlag für ein Folgeprojekt nennen, da bei Auffinden der Arbeit von Mahler et al. die Datenerhebung bereits abgeschlossen war. Ein weiterer Vorschlag, der sich bei einem Folgeprojekt relativ leicht umsetzen ließe, wäre es, den teilnehmenden Angehörigen und Patienten in der Untersuchung zusätzlich einen etablierten Test zum Ausfüllen zu geben, der ein völlig anderes Konstrukt misst. Damit könnte die diskriminante Validität des Fragebogens evaluiert werden.

Eine Analyse der Konstruktvalidität über eine Faktorenanalyse erscheint ebenfalls sinnvoll, wenn man eine weiterentwickelte Form dieses Fragebogens an einer größeren Stichprobe testen möchte.

Die Evaluierung des Konstrukts anhand eines nomologischen Netzwerks ist ein komplexes Thema. Die Schwierigkeit liegt unter anderem darin, dass sich für viele psychologische Phänomene nur sehr schwierig ein ausreichend fundiertes

theoretisches Gefüge finden lässt. Ein weiterer schwieriger Punkt ist, dass dieser Aspekt der Validität nie final bewiesen werden kann (Moosbrugger, 2012, S.154). Unter dem Gesichtspunkt, dass die Untersuchung der Konstruktvalidität als deduktive Methode oft auch schon in der Itementwicklung eingesetzt wird (Eid & Schmidt, 2014, S.56), kann man sagen, dass die Grundzüge dieser Methode in der Entwicklung des hier untersuchten Fragebogens schon zum Einsatz kamen, jedoch nicht explizit in der Phase der psychometrischen Analyse.

Ein weiterer Aspekt der Validitätsbestimmung, der relativ häufig durchgeführt wird, ist die Bestimmung der Kriteriumsvalidität, als prädiktive oder konkurrente Validität, in Abhängigkeit davon, ob das Kriterium zum gleichen Zeitpunkt wie die Testwerte oder aber zu einem späteren Zeitpunkt erhoben wird (Morgado et al., 2018). Für den hier untersuchten Fragebogen wurde dazu die zehnte Frage als Kriteriumsvariable mit dem Summenscore aus den Fragen 1-9 korreliert und damit eine Form der Übereinstimmungsvalidität (konkurrente Validität) untersucht.

Weitere Überlegungen zu einem etablierten Außenkriterium für das zu messende Konstrukt (Zufriedenheit mit dem Gespräch zur Aufklärung über eine medikamentöse Therapie) wurden angestellt. Ein einfaches, anerkanntes Goldstandard-Kriterium ist auch hier nicht bekannt. Zwar wird in vielen Arbeiten darauf hingewiesen, dass eine gute Aufklärung des Patienten (nicht allein bezogen auf die Aufklärung zur medikamentösen Therapie) die Compliance sowie den Erfolg einer Behandlung fördern kann (Hoffmann, 2004; Siegrist et al., 2002; Steck et al., 2011). Allerdings wird die Aufklärung über eine mögliche medikamentöse Therapie zur Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher in der KJP Schweinfurt prinzipiell als eine Maßnahme erachtet, die ergebnisoffen erfolgen sollte. Ziel der Aufklärungsgespräche war nicht, Patienten und Angehörige unbedingt zu einer medikamentösen Therapie hin zu beraten. Vielmehr war das Hauptziel der Aufklärungsgespräche, Patienten und Angehörigen durch eine umfangreiche Aufklärung über die Vor- und Nachteile einer medikamentösen Therapie, sowie durch das Erörtern von Behandlungsalternativen dazu zu verhelfen, gemeinsam mit dem Behandler

eine Therapieentscheidung treffen zu können. Dies mag je nach Krankheitsbild und abhängig davon, wie akut die Situation des Erkrankten ist, unterschiedlich sein. Beispielsweise wird eine Aufklärung zur sekundärprophylaktischen Therapie für einen Patienten, der gerade einen Herzinfarkt erlitten hat, vermutlich weniger ergebnisoffen stattfinden. Für die Situation, in der der hier untersuchte Fragebogen eingesetzt wurde, ist die Intention des Gesprächs, wie sie oben beschrieben wurde, allerdings wichtig zu betonen. Daher wurden Überlegungen, ein Außenkriterium wie die Therapieadhärenz zur Bestimmung der Kriteriumsvalidität einzusetzen, wie es beispielsweise in der Arbeit zur SIMS-D (der deutschen Version des „Satisfaction with Information about Medicines Scale“) umgesetzt wurde (Mahler et al., 2009), im vorliegenden Fall schnell wieder verworfen.

Zu den Untersuchungen zur Reliabilität eines Tests weisen Morgado et al. darauf hin, dass die Messung der internen Konsistenz anhand von Cronbachs Alpha, wie für den vorliegenden Test durchgeführt, das zentrale Element der Reliabilitätsbestimmung sei (Morgado et al., 2018). Sie machen aber auch deutlich, dass eine Kombination mit anderen Methoden der Reliabilitätsmessung sehr wichtig sein könne. Insbesondere die Test-Retest-Reliabilität, also das Untersuchen der zeitlichen Stabilität von Messwerten, könnte für eine Folgeuntersuchung in Betracht gezogen werden. Anhand einer erneuten Messung der Zufriedenheit zu einem späteren Zeitpunkt, beispielsweise eine Woche nachdem das Aufklärungsgespräch stattgefunden hat, könnte über eine Korrelation der Testergebnisse aus den zwei Untersuchungszeitpunkten die Test-Retest-Reliabilität bestimmt werden. Ein weiterer Aspekt, der sich in der Review-Arbeit von Morgado et al. unter den zehn häufigsten Limitationen findet, ist der Umgang mit fehlenden Werten (Morgado et al., 2018). Die Autoren weisen darauf hin, dass hierunter durchaus auch ein Datenverlust durch das Bilden von Gruppen oder ein Auf- oder Abrunden zähle. Sie betonen ferner, dass fehlende Daten immer einen Informationsverlust nach sich ziehen und dass dadurch die statistische Power und damit die Aussagekraft eines Tests deutlich beeinträchtigt werden könne.

Diesbezüglich wird die Empfehlung gegeben, diesen Aspekt im Umgang mit Daten anhand von vorher festgelegten Strategien zu berücksichtigen (Morgado et al., 2018). Was das Thema des Daten - und Informationsverlusts betrifft, waren für die hier vorliegende Arbeit die Arztversionen des Schweinfurter Fragebogens das größte Problem. Hier wurden, in 17 von 63 Fällen, Fragebögen in dem Sinne falsch ausgefüllt, dass Einschätzungen des Arztes, die sich auf mehrere Personen bezogen, in einen einzigen Fragebogen eingetragen wurden. Das machte im Nachhinein die Differenzierung, auf wen genau sich die Einschätzung des Arztes bezog, unmöglich, sodass in diesen 17 Fällen die Daten der Arztversion leider komplett nicht verwertet werden konnten.

#### 4.4 Zusammenfassende Diskussion und Perspektiven

Bei der vorliegenden Untersuchung handelte es sich um eine Pilotstudie, die nur begrenzte Aussagen zulässt. Der vorliegende Fragebogen erfüllt zwar die Gütekriterien Reliabilität und Validität, allerdings bleibt unklar, inwieweit er zwischen unterschiedlich positiven Bewertungen differenzieren kann. Im hier untersuchten Fragebogen lag eine klassische, symmetrische, beziehungsweise balancierte, sieben-stufige Likert-Skala vor. Symmetrisch, beziehungsweise balanciert, bedeutet in diesem Fall, dass sich ebenso viele positive wie negative Abstufungen um eine neutrale Antwortmöglichkeit herum positionieren. Diese Form der Skalierung begünstigt eine schiefe Verteilung hin zum vorteilhaften Rand der Skala (Streiner, Norman, & Cairney, 2015, S.116). Berücksichtigt man nun das Wissen, dass Patientenbefragungen im Allgemeinen sehr positiv ausfallen (siehe oben, beschrieben unter anderem bei Hoffmann, 2014) und wird sich also der Tatsache gewahr, dass die erwarteten Antworten vor allem im positiven Bereich liegen werden, so erscheint es günstig, eine unbalancierte Skala einzusetzen (Pospeschill, 2010, S.55). Hierdurch kann eine bessere Differenzierung im mehrheitlich erwarteten Beurteilungsbereich ermöglicht werden. Konkret könnte eine modifizierte Skala beispielsweise so aussehen, dass auf ein bis zwei negative Abstufungen eine neutrale Antwortmöglichkeit

folgt und der Rest der Skala von vier bis fünf positiven Abstufungen ausgefüllt wird (vgl. Streiner et al., 2015, S.116).

Dieser modifizierte Fragebogen sollte dann in anderen Abteilungen, beispielsweise bei Aufklärungsgesprächen in der Chirurgie oder der Anästhesie eingesetzt werden, um herauszufinden, ob eine Befragung einer heterogeneren Stichprobe ähnliche Ergebnisse liefert.

Welche möglichen Schlussfolgerungen lassen sich in Bezug auf in der Zukunft stattfindende Aufklärungsgespräche ziehen? Die Ergebnisse deuten stark darauf hin, dass sich die Bedürfnisse jugendlicher Patienten bezogen auf das Gespräch von den Bedürfnissen der Angehörigen und den Erwartungen des Arztes unterscheiden. Wegweisend sind hierfür vor allem die signifikant negativen Korrelationen zwischen den Fragebogenwerten des Jugendlichen und der Dauer der Gespräche, sowie die signifikant negative Korrelation zwischen der Gesamteinschätzung des Arztes und der des Jugendlichen. Vorausgesetzt, dass diese Ergebnisse repliziert werden können, ließe sich daraus ableiten, dass die Aufklärung zur Medikation für Angehörige und Patienten separat durchgeführt werden sollte und zwar für den Patienten in einem kompakten, kürzeren Gespräch.

Insgesamt ist die Erfassung von Patientenzufriedenheit ein komplexes Thema, vor allem im Hinblick auf daraus ableitbare konkrete Veränderungen beziehungsweise Verbesserungen. Dies hat sicherlich damit zu tun, dass Patientenzufriedenheit, unter anderem repräsentiert durch die Erwartungen und Ansprüche des Patienten, etwas individuell sehr Unterschiedliches ist und sich vor allem immer wieder verändern kann (Mehmet, 2011, S.112). Es erfordert einen kontinuierlichen Austausch zwischen Patienten und Ärzten mit einem regelmäßigen, ehrlichen Feedback von Seiten der Patienten, um (Kommunikations-) Prozesse an deren individuelle Bedürfnisse anpassen zu können. Dennoch ist Patientenzufriedenheit ein wichtiges Thema, das gerade im Hinblick auf Aufklärungsgespräche noch weiter untersucht werden sollte.



# 5 Zusammenfassung

## 5.1 Hintergrund

Das Aufklärungsgespräch vor Beginn einer medikamentösen Therapie und dessen Evaluation aus der Perspektive von Patienten ist ein bisher wenig untersuchtes Thema. Gleichzeitig ist bekannt, dass eine zufriedenstellende Aufklärung für die Compliance der Patienten und den Behandlungsverlauf eine wichtige Rolle spielen kann (Fegert, 2014; Siegrist et al., 2002). Des Weiteren rücken Zufriedenheitsbefragungen von Patienten im Rahmen der gesetzlich geforderten Qualitätssicherung immer mehr in den Vordergrund. In diesem Zusammenhang wurde von W. Briegel ein Fragebogen entwickelt (Briegel, 2014), der die Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch über eine medikamentöse Therapie multiperspektivisch aus Sicht der Beteiligten erfassen soll. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, eine psychometrische Analyse des Fragebogens durchzuführen und eventuell Schlussfolgerungen im Bezug auf zukünftig stattfindende Aufklärungsgespräche ableiten zu können.

## 5.2 Methodik

Im Rahmen einer Pilotstudie wurde in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schweinfurt zwischen 2014 und 2016 die Zufriedenheit mit Aufklärungsgesprächen über eine medikamentöse Therapie anhand von Fragebogen-Sets untersucht, die den beteiligten Personen direkt im Anschluss an das Gespräch ausgeteilt wurden. Die Fragebogen-Sets umfassten einen Dokumentationsbogen, der vom Arzt auszufüllen war, sowie drei Fragebogen-Versionen. Eine Version für den jugendlichen Patienten ab einem Alter von 13 Jahren, eine für den aufklärenden Arzt, sowie eine für den beziehungsweise die Angehörigen. Jeder Fragebogen umfasste neun Items, die die Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten des Gesprächs erfassten, sowie ein zehntes Item zur Erfassung der Gesamtzufriedenheit. Die Fragen konnten anhand einer siebenstufigen, symmetrischen Rating-Skala beantwortet werden. Innerhalb der zwei sechsmonatigen Erhebungszeiträume konnten 71 Fälle gesammelt

werden, von denen nach Anwendung der Ausschlusskriterien eine effektive Fallzahl von 63 zur Verfügung stand. Anhand dieser Stichprobe erfolgten eine Analyse der Items sowie die Überprüfung des Fragebogens auf Validität und Reliabilität. Zudem wurde untersucht, ob im Allgemeinen Zufriedenheit angegeben wurde und ob Aspekte wie beispielsweise die Gesprächsdauer die Zufriedenheit der beteiligten Personen beeinflusste. Ferner wurde überprüft, inwiefern zwischen den verschiedenen Beteiligten Unterschiede in der Wahrnehmung und Beurteilung der Gespräche vorlagen.

### 5.3 Ergebnisse

Insgesamt wurden die Fragen zur Wahrnehmung des Aufklärungsgespräch über eine medikamentöse Therapie an der KJP Schweinfurt von allen Beteiligten im Sinne großer Zufriedenheit beantwortet. Die Itemanalyse ergab hohe Schwierigkeitsindices, hohe Trennschärfewerte und geringe Varianzen. Ebenfalls sehr hohe Werte lieferte die Reliabilitätsanalyse anhand von Cronbachs Alpha. Während für eine zunehmende Dauer des Gesprächs ein negativer Zusammenhang mit der Zufriedenheit der jugendlichen Patienten festgestellt werden konnte, konnte zwischen der Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen und dem Ausbildungsstand des aufklärenden Arztes (Facharzt/ Arzt in Weiterbildung) kein Zusammenhang gefunden werden. Auffällig war außerdem, dass die Beurteilung des Gespräches durch den Arzt negativ mit der des Patienten korrelierte.

### 5.4 Schlussfolgerungen

Aufgrund der auffallend hohen Werte der Zufriedenheitsbefragung sollte einer erneuten Erprobung des Fragebogens weiter nachgegangen werden, insbesondere mit der Fragestellung, ob die Ergebnisse eher durch den homogenen Charakter der Fragen mit verursacht wurden, oder ob es vor allem die Zusammensetzung der Stichprobe war, die in Bezug auf die aktuellen Ergebnisse eine entscheidende Rolle spielte.

Um bei nachfolgenden Befragungen zwischen zufriedenen Teilnehmern genauer differenzieren zu können, wäre eine Modifizierung der Ratingskala mit mehr Abstufungen im positiven Bereich sinnvoll. Es erscheint daher notwendig den Fragebogen in modifizierter Form in einer heterogeneren Stichprobe erneut einzusetzen, um herauszufinden, ob die Ergebnisse in diesem Kontext dieselbe Tendenz zeigen.

Sollten die Ergebnisse sich reproduzieren lassen, könnte man ableiten, dass zukünftig stattfindende Aufklärungsgespräche für jugendliche Patienten und deren Angehörige separat durchgeführt werden sollten, da die Bedürfnisse in Bezug auf das Gespräch unterschiedlich zu sein scheinen. Insgesamt ist Patientenzufriedenheit ein komplexes, aber wichtiges Feld, das gerade im Hinblick auf Aufklärungsgespräche noch weiter untersucht werden sollte.



# 6 Literatur

## 6.1 Literaturverzeichnis

- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2016). Leitliniengrundlagen. unter <https://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen> (abgerufen am 22.12.2018)
- Andres, E. (2009). *Kompendium QMA: Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung*. Deutscher Ärzteverlag.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Briegel, W. (2014). *Fragebogen zur Bewertung des Aufklärungsgesprächs*. Schweinfurt.
- Bundesamt für Justiz. (1988). Sozialgesetzbuch V. unter [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/SGB\\_5.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/SGB_5.pdf) (abgerufen am 22.12.2018)
- Bundesamt für Justiz. (2002). Bürgerliches Gesetzbuch §630e Aufklärungspflichten. unter [https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/\\_630e.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_630e.html) (abgerufen am 24.01.2019)
- Bundesärztekammer, B. (2018). (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf) (abgerufen am 24.01.2019)
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie. (2007). Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements - 3. Auflage. unter [https://www.researchgate.net/publication/26589264\\_Begriffe\\_und\\_Konzepte\\_des\\_Qualitätsmanagements\\_-\\_3\\_Auflage](https://www.researchgate.net/publication/26589264_Begriffe_und_Konzepte_des_Qualitätsmanagements_-_3_Auflage) (abgerufen am 22.12.2018)
- Eckert, H., Böhmer, K., & Resch, K.-L. J. P. M. (2000). Patientenzufriedenheit-Kundenzufriedenheit: Kritische Gedanken zu einem wichtigen Parameter der internen Qualitätssicherung. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 10(02), 37-42.

- Eid, M., & Schmidt, K. (2014). *Testtheorie und Testkonstruktion*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Fähndrich, E., & Smolka, M. J. P. P. (1998). Die psychiatrische Abteilung im Urteil der Patienten. *Psychiat Prax* 25, 72-75.
- Fegert, J.M. (2015). Partizipation, Zwang und die Rolle der Eltern in der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. unter [https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Praesentationen/FE\\_2015\\_11\\_05\\_APK\\_Workshop.pdf](https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Praesentationen/FE_2015_11_05_APK_Workshop.pdf) (abgerufen am 22.12.2018)
- Fegert, J.M. (2014). Begrüßung und Einführung Patientenrechte und Aufklärung: Update. unter [https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Praesentationen/FE\\_14\\_11\\_03\\_CurrEntwpsychopharm.pdf](https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Praesentationen/FE_14_11_03_CurrEntwpsychopharm.pdf) (abgerufen am 22.12.2018)
- Hoffmann, D. (2007). Evaluation der Behandlungszufriedenheit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik am Beispiel des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.
- Hoffmann, K.-M. J. P. P. (2004). Der Patient, das (un-) bekannte Wesen-Die subjektive Sicht der Nutzer. *Psychiatrische Praxis*, 31(S 2), 263-268.
- Krause, M. P., & Petermann, F. (1997). *Soziale Orientierung von Eltern behinderter Kinder (SOEBEK)*. Hogrefe.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg (2016). Die Aufklärungs- und Informationspflichten des Arztes. unter [https://www.medrecherche.de/Leistungen/Arztekammer\\_Aufklaerungspflicht.pdf](https://www.medrecherche.de/Leistungen/Arztekammer_Aufklaerungspflicht.pdf) (abgerufen am 22.12.2018)
- Leonhart, R. (2008). *Psychologische Methodenlehre/Statistik* (Vol. 3064): UTB.
- Lienert, G. A., & Ratz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Mahler, C., Jank, S., Hermann, K., Horne, R., Ludt, S., Haefeli, W. E., & Szecsenyi, J. J. V. i. H. (2009). Psychometric properties of a German version of the "Satisfaction with Information about Medicines Scale" (SIMS-D). *Value in Health*, 12(8), 1176-1179.

- Mehmet, Y. (2011). *Qualitätsurteile in Patientenbefragungen*. Wiesbaden: Gabler.
- Möller-Leimkühler, A., & Dunkel, R. J. D. N. (2003). Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. *Der Nervenarzt* 74(1), 40-47.
- Moosbrugger, H. (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Morgado, F. F., Meireles, J. F., Neves, C. M., Amaral, A. C., & Ferreira, M. E. J. P. R. e. C. (2018). Scale development: ten main limitations and recommendations to improve future research practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 30(1), 3.
- Müller, W. (1985). *Duden "Bedeutungswörterbuch"*. Mannheim [u.a.]: Bibliogr. Inst.
- Mummendey, H. D., & Grau, I. (2014). *Die Fragebogen-Methode*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Pospeschill, M. (2010). *Testtheorie, Testkonstruktion, Testevaluation*. München [u.a.]: Reinhardt.
- Purtscher, K. Multiaxiale Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie <http://www.propaedeutikum-graz.at/download/Multiaxiales%20Klassifikationsschema%201.pdf> , (abgerufen am 22.12.2018)
- Remschmidt, H. (2004). *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung; mit... 62 Tabellen*: Deutscher Ärzteverlag.
- Remschmidt, H., & Bachmann, C. (2008). *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart [u.a.]: Thieme.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., & Poustka, F. (2017). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10*. Bern: Hogrefe
- Schildmann, J., Bauer, A., Tilmann, A., & Vollmann, J. J. F. d. N. P. (2003). Aufklärung und Einwilligung zur Psychopharmakotherapie aus Sicht schizophrener und depressiver Patienten. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 71(05), 265-270

- Siegrist, K., Schlebusch, P., & Trenckmann, U. J. P. P. (2002). Fragen wir den Kunden. *Psychiatrische Praxis*, 29(04), 201-206.
- Steck, A., Huber, A., & Niederhofer, H. J. D. G. (2011). Patientenzufriedenheit mit ambulanten psychologischen Dienstleistungen. *Das Gesundheitswesen*, 73(10), 702-704.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*: Oxford University Press, USA.
- TÜV Süd AG. (2018). DIN EN 15224. unter <https://www.tuev-sued.de/management-systeme/gesundheitswesen/din-en-15224> (abgerufen am 22.12.2018)
- Wetterling, T., Tessmann, G., & Junghanns, K. J. P. P. (2002). Aufklärung über Medikamente. *Psychiatrische Praxis*, 29(05), 235-239.
- Zöfel, P. (2002). *Statistik verstehen*. München [u.a.]: Addison-Wesley.

## 6.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Einordnung der Korrelationen .....	34
Tabelle 2. Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe.....	37
Tabelle 3. Charakteristika des Aufklärungsgesprächs .....	38
Tabelle 4. Häufigkeitstabelle zum Fragebogen der Angehörigen .....	40
Tabelle 5. Häufigkeitstabelle zum Fragebogen der Patienten .....	40
Tabelle 6. Häufigkeitstabelle zum Fragebogen der Ärzte .....	41
Tabelle 7. Deskriptive Statistik der Items, Gruppe der Angehörigen.....	41
Tabelle 8. Deskriptive Statistik der Items, Gruppe der Patienten.....	42
Tabelle 9. Deskriptive Statistik der Items, Gruppe der Ärzte.....	42
Tabelle 10. Itemkennwerte, Gruppe der Patienten .....	44
Tabelle 11. Itemkennwerte, Gruppe der Angehörigen .....	44
Tabelle 12. Itemkennwerte, Angehörigen- und Patientenversion.....	45
Tabelle 13. Itemkennwerte, Arztversion.....	45
Tabelle 14. Cronbachs Alpha der einzelnen Gruppen .....	46
Tabelle 15. Korrelation des Summenwerts mit der zehnten Frage der jeweiligen Version .....	46
Tabelle 16. Medianvergleich gegen den Testwert =5 .....	47
Tabelle 17. Mann-Whitney-U-Test: Untersuchung des Einflussfaktors Facharztausbildung.....	51
Tabelle 18. Spearmans Rho- Korrelation: Untersuchung des Einflussfaktors Gesprächsdauer .	52



## 6.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Medianvergleich des Summenwerts gegen den Testwert= 45; Gruppe der Patienten .....	48
Abbildung 2. Medianvergleich des Summenwerts gegen den Testwert= 45; Gruppe der Angehörigen .....	49
Abbildung 3. Medianvergleich des Summenwerts gegen den Testwert= 45; Gruppe der Ärzte	49





## 7.2 Konzeption der Studie, Phase 2

### Konzeption der Studie zur Bewertung des Aufklärungsgespräches:

#### **Ablaufplanung, Teil 2:**

03.08.2015 – 03.02.2016: Erhebung des Ist-Zustandes (siehe Standards zur Medikamenten-Aufklärung).

#### Änderungen im Vergleich zu Teil 1:

#### **Es soll nun zusätzlich auch das Alter der aufgeklärten Angehörigen erfasst werden**

Wie bei Teil 1 sollen zu allen Aufklärungsgesprächen über Medikamente die zutreffenden Fragebögen zur Bewertung des Aufklärungsgespräches ausgefüllt werden. Für jedes Aufklärungsgespräch wird ein Gesprächs-Code vergeben.

#### Einen Fragebogen sollen ausfüllen:

Die aufklärende Ärztin / der aufklärende Arzt: je eine Arztversion pro aufgeklärter Person

Sämtliche Angehörigen, die am Gespräch teilgenommen haben: Angehörigenversion

Ab einem Alter von 13 Jahren auch die Patientin / der Patient: Patientenversion

Zusätzlich sollen alle Aufklärungsgespräche zur Medikation, die in diesem Zeitraum stattfinden, erfasst werden (siehe Fragebogen Dokumentation Aufklärungsgespräch Medikation). Da bei ein und demselben Patienten auch mehrfach ein Aufklärungsgespräch stattfinden kann, sollen zum Zeitpunkt dieses Gespräches immer erhoben werden:

1. Geschlecht des Patienten
2. Alter des Patienten (in Jahren) zum Zeitpunkt des Aufklärungsgespräches
3. Multiaxiales Klassifikationssystem nach ICD-10 (6 Achsen)
4. Thema des Aufklärungsgespräches
5. Datum des Aufklärungsgespräches
6. Behandlungsbereich: PIA – TK - Station
7. Wer wurde alles aufgeklärt? Patient, welche Angehörigen? Alter der aufgeklärten Angehörigen?
8. Durch wen wurde aufgeklärt? Facharzt vs. Arzt in der Weiterbildung

**Sämtliche Fragebögen werden in speziellen verschlossenen Behältern in den Sekretariaten gesammelt.**

**Wichtig: Telefonische Aufklärungsgespräche können aus Gründen der Anonymität nicht einbezogen werden.**

## 7.3 Informationsblatt zur Studie, Phase 1



Leopoldina-Krankenhaus GmbH 97419 Schweinfurt

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie**

Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. med. W. Briegel  
Gustav-Adolf-Str. 4, 97422 Schweinfurt

Telefon +49 (0)9721 720-3374  
Telefax +49 (0)9721 720-2901  
[kjp@leopoldina.de](mailto:kjp@leopoldina.de)

**Institutsambulanz**

Unterer Kiliansberg 3, 97422 Schweinfurt

Telefon +49 (0)9721 720-3370  
Telefax +49 (0)9721 720-2901  
[kjp@leopoldina.de](mailto:kjp@leopoldina.de)

14.02.2014

**Klinikinterne Studie zur Qualität der Aufklärung  
vor geplanter Medikation:**

Liebe Jugendliche, liebe Eltern und Angehörige,

eine möglichst gute Aufklärung über die medikamentöse Behandlung ist uns ein großes Anliegen. Daher führen wir aktuell (15.02.2014 bis 14.08.2014) eine Studie zur Qualität unserer Aufklärungsgespräche durch.

Unsere Bitte an Dich / Sie: Unterstütze / Unterstützen Sie uns dabei, unsere Aufklärungsgespräche kontinuierlich zu verbessern, indem Du / Sie uns die Studien-Fragebögen ausfüllst / ausfüllen. Dabei interessiert uns Deine / Ihre ehrliche Meinung.

Damit niemand erkennen kann, wer welchen Fragebogen ausgefüllt hat, haben wir die Fragebögen völlig anonymisiert (Gesprächs-Code statt Name). Sämtliche ausgefüllten Fragebögen werden bis zum 15.08.2014 in einer verschlossenen Box im Sekretariat aufbewahrt; den Schlüssel bewahrt Herr Oertel in der Geschäftsführung im Hauptgebäude des Leopoldina-Krankenhauses auf.

Wir danken Dir / Ihnen sehr herzlich für Deine / Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.: Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Briegel  
Chefarzt

Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt GmbH . Gustav-Adolf-Straße 8 . D- 97422 Schweinfurt  
Fon: +49 (0)9721 720-0 . Fax: +49 (0)9721 720-2975 . e-mail: [info@leopoldina.de](mailto:info@leopoldina.de) . [www.leopoldina.de](http://www.leopoldina.de) .  
Geschäftsführer: Dipl. Volkswirt Adrian Schmuker . Aufsichtsratsvorsitzender: Sebastian Remelé . AG Schweinfurt HRB  
3161  
Sparkasse Schweinfurt IBAN: DE79 7935 0101 0000 0081 85 BIC: BYLADEM1KSW

## 7.4 Informationsblatt zur Studie, Phase 2



Leopoldina-Krankenhaus GmbH 97419 Schweinfurt

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie**

Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. med. W. Briegel  
Gustav-Adolf-Str. 4, 97422 Schweinfurt

Telefon +49 (0)9721 720-3374

Telefax +49 (0)9721 720-2901

[kjp@leopoldina.de](mailto:kjp@leopoldina.de)

**Institutsambulanz**

Unterer Kiliansberg 3, 97422 Schweinfurt

Telefon +49 (0)9721 720-3370

Telefax +49 (0)9721 720-2901

[kjp@leopoldina.de](mailto:kjp@leopoldina.de)

01.08.2015

### **Klinikinterne Studie zur Qualität der Aufklärung vor geplanter Medikation:**

Liebe Jugendliche, liebe Eltern und Angehörige,

eine möglichst gute Aufklärung über die medikamentöse Behandlung ist uns ein großes Anliegen. Daher führen wir aktuell (03.08.2015 bis 02.02.2016) eine Studie zur Qualität unserer Aufklärungsgespräche durch.

Unsere Bitte an Dich / Sie: Unterstütze / Unterstützen Sie uns dabei, unsere Aufklärungsgespräche kontinuierlich zu verbessern, indem Du / Sie uns die Studien-Fragebögen ausfüllst / ausfüllen. Dabei interessiert uns Deine / Ihre ehrliche Meinung.

Damit niemand erkennen kann, wer welchen Fragebogen ausgefüllt hat, haben wir die Fragebögen völlig anonymisiert (Gesprächs-Code statt Name). Sämtliche ausgefüllten Fragebögen werden bis zum 03.02.2016 in einer verschlossenen Box im Sekretariat aufbewahrt; den Schlüssel bewahrt Herr Oertel in der Geschäftsführung im Hauptgebäude des Leopoldina-Krankenhauses auf.

Wir danken Dir / Ihnen sehr herzlich für Deine / Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.: Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Briegel  
Chefarzt

Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt GmbH . Gustav-Adolf-Straße 8 . D- 97422 Schweinfurt  
Fon: +49 (0)9721 720-0 . Fax: +49 (0)9721 720-2975 . e-mail: [info@leopoldina.de](mailto:info@leopoldina.de) . [www.leopoldina.de](http://www.leopoldina.de) .  
Geschäftsführer: Dipl. Volkswirt Adrian Schmuker . Aufsichtsratsvorsitzender: Sebastian Remelé . AG Schweinfurt HRB  
3161  
Sparkasse Schweinfurt IBAN: DE79 7935 0101 0000 0081 85 BIC: BYLADEM1KSW

## 7.5 Generierung des Gesprächs-Codes

### Generierung des Gespräch-Codes bei der Untersuchung zur Bewertung des Aufklärungsgesprächs:

**WICHTIG: Der Gesprächs-Code wird gemeinsam mit PatientIn /  
Angehörigen generiert. Der Code muss auf allen Fragebögen zu ein und  
demselben Aufklärungsgespräch gleich sein!**

Gesprächs-Code: \_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Leerstellen-Nr.:	Art der Information:	Ausprägung
1	Geschlecht des Patienten	M = Männlich W = Weiblich
2	Beliebiger Buchstabe von A bis M	z.B. M
3	Beliebiger Buchstabe von N bis Z	z.B. O
4	Beliebige Zahl von 1 bis 25	z.B. 05 oder 24
5	Beliebige Zahl von 26 bis 50	z.B. 27 oder 50
6	Alter des Patienten in Jahren	z.B. 09 oder 13
7	Art der Behandlung	A = Ambulanz S = Station T = Tagesklinik

#### WICHTIG:

Findet die Aufklärung zur Medikation zunächst in einem Gespräch mit den Eltern und dann in einem separaten Gespräch mit dem Patienten statt, handelt es sich also um zwei Aufklärungsgespräche, so muss für jedes Gespräch ein Code festgelegt werden. Nehmen hingegen PatientIn und Angehörige(r) gemeinsam an einem Gespräch teil, so wird nur ein Code vergeben.

Auch wenn bei einem Patienten zweimal oder mehrfach ein Aufklärungsgespräch stattfindet, muss für jedes Gespräch ein eigener Code generiert werden.





## 7.7 Fragebogen: Angehörigenversion

### Fragebogen zur Bewertung des Aufklärungsgespräches

#### Angehörigenversion

Gesprächs-Code: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

*Dieser Fragebogen soll uns helfen, unsere Aufklärungsgespräche kontinuierlich zu verbessern.*

*Deshalb interessiert uns Ihre Meinung. Um Ihnen eine ehrliche Beantwortung zu erleichtern, wird dieser Fragebogen anonymisiert ausgewertet. Niemand kann also erkennen, wer diesen Fragebogen ausgefüllt hat.*

Thema des Aufklärungsgespräches: \_\_\_\_\_

Aufklärung von (Bitte ankreuzen!):  Nur einem Angehörigen  Mehreren Angehörigen  
 Patient und einem Angehörigen  Patient und mehreren Angehörigen

Bei Angehörigen: In welcher Beziehung stehen Sie zum Patienten (z. B. Vater)? \_\_\_\_\_

Aufklärung durch (Bitte ankreuzen!):  Fachärztin / Facharzt  Ärztin / Arzt in Weiterbildung

Gab es bereits früher ein Aufklärungsgespräch zu diesem Thema?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_ Mal

**Bitte kreisen Sie für jede Frage jeweils die eine Antwort ein, die am besten Ihre ehrliche Meinung ausdrückt.**

Beispielfrage:	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Neutral	Eher gut	Gut	Sehr gut
Das Mittagessen hat mir folgendermaßen geschmeckt:	1	2	3	4	5	6	7

Nr.	Frage:	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Neutral	Eher gut	Gut	Sehr gut
01	Wie bewerten Sie die Qualität der Informationen, die Sie erhalten haben?	1	2	3	4	5	6	7
02	Wie verständlich wurden Ihnen die Informationen im Aufklärungsgespräch vermittelt?	1	2	3	4	5	6	7
03	Wie hat das Gespräch Ihren eigenen Informationsbedürfnissen entsprochen?	1	2	3	4	5	6	7
04	Wie wurde Ihnen Gelegenheit gegeben, Fragen zum Thema zu stellen?	1	2	3	4	5	6	7

Nr.	Frage:	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Neutral	Eher gut	Gut	Sehr gut
05	Wie wurde im Gespräch auf Sie und Ihre Anliegen eingegangen?	1	2	3	4	5	6	7
06	Wie beurteilen Sie die Atmosphäre, in der das Gespräch stattfand?	1	2	3	4	5	6	7
07	Wie bewerten Sie Ihren Informationsstand nach dem Gespräch?	1	2	3	4	5	6	7
08	Wie hat Ihnen das Gespräch dabei geholfen, wichtige Zusammenhänge zu verstehen?	1	2	3	4	5	6	7
09	Wie hilfreich war das Gespräch für Sie hinsichtlich anstehender Entscheidungen?	1	2	3	4	5	6	7
10	Wie bewerten Sie die Qualität des Aufklärungsgesprächs insgesamt?	1	2	3	4	5	6	7

**Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben und jeweils nur eine Antwort eingekreist haben!**

Gibt es konkrete Verbesserungsvorschläge, die Sie uns gerne mitteilen möchten?

Wenn ja, nutzen Sie bitte den freien Raum für Ihre Anregungen.

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

## 7.8 Fragebogen: Patientenversion

### Fragebogen zur Bewertung des Aufklärungsgesprächs

#### Patientenversion

Gesprächs-Code: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

*Dieser Fragebogen soll uns helfen, unsere Aufklärungsgespräche kontinuierlich zu verbessern.  
Deshalb interessiert uns Deine Meinung. Um Dir eine ehrliche Beantwortung zu erleichtern, wird dieser Fragebogen anonymisiert ausgewertet. Niemand kann also erkennen, wer diesen Fragebogen ausgefüllt hat.*

Thema des Aufklärungsgesprächs: \_\_\_\_\_

Aufklärung von (Bitte ankreuzen!):  Mir allein     Mir und einem Angehörigen     Mir und mehreren Angehörigen

Bei Angehörigen: In welcher Beziehung stehen diese zu Dir (z. B. Vater)? \_\_\_\_\_

Aufklärung durch (Bitte ankreuzen!):  Fachärztin / Facharzt     Ärztin / Arzt in Weiterbildung

Gab es bereits früher ein Aufklärungsgespräch zu diesem Thema:     Nein     Ja: \_\_\_\_ Mal

*Bitte kreise für jede Frage jeweils die eine Antwort ein, die am besten Deine ehrliche Meinung ausdrückt.*

Beispielfrage:	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Neutral	Eher gut	Gut	Sehr gut
Das Mittagessen hat mir folgendermaßen geschmeckt:	1	2	3	4	5	6	7

Nr.	Frage:	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Neutral	Eher gut	Gut	Sehr gut
01	Wie bewertest Du die Qualität der Informationen, die Du erhalten hast?	1	2	3	4	5	6	7
02	Wie verständlich wurden Dir die Informationen im Aufklärungsgespräch vermittelt?	1	2	3	4	5	6	7
03	Wie hat das Gespräch Deinen eigenen Informationsbedürfnissen entsprochen?	1	2	3	4	5	6	7
04	Wie wurde Dir Gelegenheit gegeben, Fragen zum Thema zu stellen?	1	2	3	4	5	6	7

Nr.	Frage:	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Neutral	Eher gut	Gut	Sehr gut
05	Wie wurde im Gespräch auf Dich und Deine Anliegen eingegangen?	1	2	3	4	5	6	7
06	Wie beurteilst Du die Atmosphäre, in der das Gespräch stattfand?	1	2	3	4	5	6	7
07	Wie bewertest Du Deinen Informationsstand nach dem Gespräch?	1	2	3	4	5	6	7
08	Wie hat Dir das Gespräch dabei geholfen, wichtige Zusammenhänge zu verstehen?	1	2	3	4	5	6	7
09	Wie hilfreich war das Gespräch für Dich hinsichtlich anstehender Entscheidungen?	1	2	3	4	5	6	7
10	Wie bewertest Du die Qualität des Aufklärungsgespräches insgesamt?	1	2	3	4	5	6	7

**Bitte überprüfe, ob Du alle Fragen beantwortet und jeweils nur eine Antwort eingekreist hast!**

Gibt es konkrete Verbesserungsvorschläge, die Du uns gerne mitteilen möchtest?

Wenn ja, nutze bitte den freien Raum für Deine Anregungen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Vielen Dank für Deine Unterstützung!**

## 7.9 Fragebogen: Arztversion

### Fragebogen zur Bewertung des Aufklärungsgesprächs

Arztversion

Gesprächs-Code: \_ - \_ - \_ - \_ - \_ - \_ -

Dieser Fragebogen soll uns helfen, unsere Aufklärungsgespräche kontinuierlich zu verbessern.

Deshalb ist Ihre Einschätzung wichtig.

Thema des Aufklärungsgesprächs: \_\_\_\_\_

Aufklärung von (Bitte ankreuzen!):  Nur einem Angehörigen  Mehreren Angehörigen

Patient und einem Angehörigen  Patient und mehreren Angehörigen

Auf wen bezieht sich Ihre Einschätzung  Patient  Angehörige(n)

Bei Angehörigen: Beziehung zum Patienten (z. B. Vater) und Alter? \_\_\_\_\_

**Bei mehreren Angehörigen im Aufklärungsgespräch bitte getrennt für jeden Teilnehmer einen Fragebogen ausfüllen!**

Aufklärung durch:  Fachärztin / Facharzt  Ärztin / Arzt in Weiterbildung; Dauer der Aufklärung: \_\_\_\_\_ Minuten

Bitte kreisen Sie für jede Frage jeweils die eine Antwort ein, die am besten Ihre ehrliche Meinung ausdrückt.

Beispielfrage:	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Neutral	Eher gut	Gut	Sehr gut
Das Mittagessen hat mir folgendermaßen geschmeckt:	1	2	3	4	5	6	7

Nr.	Frage:	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Neutral	Eher gut	Gut	Sehr gut
01	Wie hat der Aufgeklärte nach Ihrem Eindruck die Qualität der Informationen, die er erhalten hat, eingeschätzt?	1	2	3	4	5	6	7
02	Als wie verständlich hat der Aufgeklärte nach Ihrem Eindruck die Informationsvermittlung eingeschätzt?	1	2	3	4	5	6	7
03	Wie hat das Gespräch nach Ihrem Eindruck den Informationsbedürfnissen des Aufgeklärten entsprochen?	1	2	3	4	5	6	7
04	Wie hat der Aufgeklärte nach Ihrem Eindruck die Gelegenheit, Fragen zum Thema zu stellen, eingeschätzt?	1	2	3	4	5	6	7

Nr.	Frage:	Sehr schlecht	Schlecht	Eher schlecht	Neutral	Eher gut	Gut	Sehr gut
05	Wie hat der Aufgeklärte nach Ihrem Eindruck beurteilt, wie im Gespräch auf ihn und seine Anliegen eingegangen wurde?	1	2	3	4	5	6	7
06	Wie hat der Aufgeklärte nach Ihrem Eindruck die Atmosphäre, in der das Gespräch stattfand, beurteilt?	1	2	3	4	5	6	7
07	Wie hat der Aufgeklärte nach Ihrem Eindruck seinen Informationsstand nach dem Gespräch eingeschätzt?	1	2	3	4	5	6	7
08	Wie hat das Gespräch nach Ihrem Eindruck dem Aufgeklärten geholfen, wichtige Zusammenhänge zu verstehen?	1	2	3	4	5	6	7
09	Wie hilfreich war das Gespräch nach Ihrem Eindruck für den Aufgeklärten hinsichtlich anstehender Entscheidungen?	1	2	3	4	5	6	7
10	Wie hat der Aufgeklärte nach Ihrem Eindruck die Qualität des Gespräches insgesamt eingeschätzt?	1	2	3	4	5	6	7

**Und noch eine weitere Frage:**

X1	Wie beurteilen Sie selbst insgesamt die Qualität des Aufklärungsgespräches?	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

**Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben und jeweils nur eine Antwort eingekreist haben!**

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

# 8 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. med. Wolfgang Briegel für seine hervorragende Betreuung. Seine wertvollen Hinweise und Ratschläge, seine Geduld beim Besprechen meiner Fragen, seine stete Hilfsbereitschaft und gute Erreichbarkeit waren mir eine großartige Unterstützung.

Außerdem möchte ich mich herzlich bei Dipl. Psych. Mario Reutter und Yannik Stegmann für die Beratung und Hilfe bei meinen statistischen Fragen bedanken.

Mein Dank gilt außerdem allen an dieser Untersuchung beteiligten Mitarbeitern der KJP Schweinfurt, den Patienten sowie ihren Angehörigen. Ohne ihre Teilnahme hätte diese Arbeit nicht entstehen können.

Gesine danke ich für das Korrekturlesen, für ihr geduldiges Zuhören und den regelmäßigen Austausch zu verschiedensten Fragen.

Schließlich möchte ich Florian danken für seine Ermutigung, seine Hilfe bei der Formatierung und seine fortwährende Unterstützung.





# 9 Lebenslauf

## Persönliche Daten

Name: Friederike Wallem  
Geburtsdatum: 7. Juni 1993  
Geburtsort: Heidelberg  
Staatsangehörigkeit: deutsch

## Schulische Ausbildung

1999-2003: Schillerschule Nussloch  
2003 - 2011: Kurfürst-Friedrich-Gymnasium Heidelberg  
Juni 2011: Abitur

### **2011 - 2012: Krankenpflegepraktikum**

09/11 – 10/11: St. Josefskrankenhaus Heidelberg  
01/12 – 02/12: St. Josefskrankenhaus Freiburg

## Studium

**2012 - 2018: Studium der Humanmedizin** an der Universität  
Würzburg

### **2014 - 2016: Famulaturen**

07/14 - 08/14: Gemeinschaftspraxis Dres. Wittke, Eckernförde  
03/15: Klinik für Allgemein- u. Viszeralchirurgie, Konstanz

08/15 – 09/15	GRN-Klinik Schwetzingen, Gastroenterologie
03/16 – 04/16	Gemeinschaftspraxis Dres. Wittke, Eckernförde
<b>2017-2018</b>	<b>Praktisches Jahr</b>
05/17 – 09/17	Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim (Innere Medizin)
09/17 – 10/17	Mater Dei Hospital Malta (Visceralchirurgie)
10/17 – 12/17	Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim (Unfallchirurgie)
12/17 – 04/18	Gemeinschaftspraxis Dres. Vescovi, Schiel und Kollegen, Würzburg (Allgemeinmedizin)
<b>Juni 2018</b>	<b>Dritte Ärztliche Prüfung</b>
<b>November 2018</b>	<b>Approbation als Ärztin</b>

### **Nebentätigkeiten**

2009-2014:	Arbeit als Ferienhilfe im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden Wiesloch
2014-2016:	Arbeit als Tutorin in der Lehrklinik des Universitätsklinikums Würzburg