

**Aus der Klinik für Kinder-und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr. med. Marcel Romanos**

Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch

**Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Julius-Maximilians-Universität Würzburg vorgelegt von**

Pilar López de Miguel

aus Schweinfurt

Würzburg, Dezember 2022

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Briegel

Koreferent: Prof. Dr. med. Jürgen Deckert

Dekan: Prof. Dr. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 07.12.2023

Die Promovendin ist Ärztin

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Historische Entwicklung der ärztlichen Aufklärung	1
1.2 Aktuelle rechtliche Grundlagen	2
1.2.1 Wer muss wen aufklären?.....	2
1.2.2 Worüber, wie und wann muss aufgeklärt werden?.....	3
1.3 Zufriedenheit	4
1.3.1 Allgemeine Lebenszufriedenheit.....	4
1.3.2 Patientenzufriedenheit	6
1.3.3 Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.....	9
1.4 Fragestellung und Hypothesen	13
1.4.1 Hintergrund des Studienthemas und dessen Zielsetzung	13
1.4.2 Fragestellungen und Hypothesen.....	14
2. Material und Methoden	17
2.1 Ethikvotum	17
2.2 Datenerhebung	17
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	18
2.4 Eingesetzte Messinstrumente	19
2.4.1 Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Aufklärung (FZA)	20
2.4.2 Satisfaction with Life Scale (SWLS).....	20
2.4.3 Kurzskala Soziale Erwünschtheit-Gamma (KSE-G).....	21
2.4.4 Technikbereitschaft-Skala (Tb-Skala).....	23
2.5 Fragebogen für Ärzte	23
2.6 Statistische Analyse	24
2.6.1 Itemanalyse.....	25
2.6.2 Reliabilität (Hypothese 1).....	26
2.6.3 Validität (Hypothese 2)	27
3. Ergebnisse	28

3.1 Stichprobe.....	28
3.2 Deskriptive Statistik	30
3.2.1 Itemanalyse.....	30
3.2.2 Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.....	34
3.2.3 Dauer der Aufklärung.....	35
3.2.4 Muttersprache und Weiterbildungsstand des Arztes	36
3.2.5 Tb-Skala.....	37
3.3 Reliabilität und Validität des FZA	37
3.3.1 Reliabilität (Hypothese 1).....	37
3.3.2 Validität (Hypothese 2)	38
3.4 Gruppenvergleiche und korrelative Analyse der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch	38
3.4.1 Muttersprache des Arztes (Hypothese 3).....	38
3.4.2 Allgemeine Lebenszufriedenheit (Hypothese 4)	39
3.4.3 Moralistisches Bias (Hypothese 5).....	40
3.4.4 Dauer des Aufklärungsgesprächs (Hypothese 6).....	41
3.4.5 Weiterbildungsstand des aufklärenden Arztes (Hypothese 7).....	42
3.4.6 Unterschied zwischen tatsächlicher Patientenzufriedenheit und vom Arzt vermuteter Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch (Hypothese 8).....	42
3.5 Bewertung der Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch	42
4. Diskussion der Ergebnisse	44
4.1 Fragebogen	44
4.2 Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch	45
4.2.1 Patientenbezogene Einflussfaktoren.....	45
4.2.2 Arztbezogene Einflussfaktoren.....	46
4.3 Implikationen für die Praxis	47
5. Zusammenfassung	49

6. Literaturverzeichnis	50
Appendix.....	59
I. Abkürzungsverzeichnis	59
II. Formelverzeichnis	60
III. Grafikverzeichnis.....	60
IV. Tabellenverzeichnis	60
V. Danksagung	61
VI. Bestandteile des Fragebogens	62
VII.I Generierung des Gesprächs-Codes	62
VII.II Information für Patienten über die Studie	63
VII.III Allgemeine Fragen bezüglich des Patienten	64
VII.IV Allgemeine Fragen bezüglich des Aufklärungsgesprächs	64
VII.V Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Aufklärung (FZA).....	65
VII.VI Satisfaction with Life Scale (SWLS).....	65
VII.VII Kurzsкала Soziale Erwünschtheit-Gamma (KSE-G).....	66
VII.VIII Technikbereitschaft-Skala (Tb-Skala)	67
VII.IX Allgemeine Fragen bezüglich des Aufklärungsgesprächs und des Arztes	68
VII.X Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Aufklärung (Arztversion).....	69

1. Einleitung

1.1 Historische Entwicklung der ärztlichen Aufklärung

Das Aufklärungsgespräch ist ein wichtiger Bestandteil der Arzt-Patienten-Beziehung. Es ist vor vielen Untersuchungen, Eingriffen und Therapien nötig, weil jeder Patient ein Recht hat, über den Ablauf seiner Behandlung informiert zu sein und darüber zu entscheiden (Bundesamt für Justiz, 2013. § 630e Absatz (Abs.) 1-2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)). Die ärztliche Aufklärung, wie sie im heutigen Klinikalltag selbstverständlich geworden ist, stellt das Resultat einer 2500 Jahre andauernden sozialen und rechtlichen Entwicklung dar. Diese lässt sich laut Lutterbach et al., (2004) schematisch in drei Perioden einteilen (Lutterbach et al. 2004):

- Die erste Periode begann ca. 500 Jahre vor Christus und endete im 19. Jahrhundert. Während dieser Zeit war die Therapie des Patienten ausschließlich vom Arzt bestimmt. Ein formales Aufklärungsgespräch war nicht vorgesehen (Lutterbach et al., 2004). Dennoch wurde bereits von Hippocrates ca. 370 vor Christus eine Zusammenarbeit mit dem Patienten bei der Behandlung befürwortet, und auch unter Alexander dem Großen war die Einwilligung des Patienten vor ärztlichen Maßnahmen notwendig (Dalla-Vorgia et al., 2001).
- Die zweite Periode während der Renaissance beruhte auf dem Prinzip der Selbstbestimmung und Patientenautonomie, obwohl systematische Aufklärungsgespräche vor medizinischen Untersuchungen noch nicht üblich waren (Lutterbach et al., 2004).
- Die dritte Periode begann im Jahr 1957 mit der Idee des Informed Consent, der informierten Einwilligung. Seitdem gilt eine umfassende Aufklärung des Patienten als unabdingbare Voraussetzung für dessen Zustimmung. In dieser Periode entschied der Oberste Gerichtshof in Deutschland, dass alle medizinischen Behandlungen ohne Einverständnis des Patienten als Körperverletzung anzusehen sind (Lutterbach et al., 2004).

1.2 Aktuelle rechtliche Grundlagen

In Deutschland regelt das 2013 verabschiedete Patientenrechtegesetz detailliert die Rechte des Patienten und die Pflichten des Arztes in Bezug auf die Aufklärung (Bundesamt für Justiz, 2013. § 630e Abs. 1-2 BGB).

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg fasste in einem 2016 veröffentlichten Merkblatt grundsätzliche rechtliche Aspekte über die Aufklärungs- und Informationspflichten des Arztes, wie sie im §630 BGB beschrieben sind, zusammen (Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammern, 2016). Im Folgenden sollen die wichtigsten Aspekte zusammengefasst werden.

1.2.1 Wer muss wen aufklären?

Bei allen ärztlichen Maßnahmen darf ausschließlich ein Arzt den Patienten aufklären. Obwohl im Gesetzestext eine Aufklärung durch den Interventionalisten oder Operateur selbst gefordert wird, ist eine Delegation der Aufklärung an einen anderen Arzt, der über die notwendige Ausbildung verfügt, prinzipiell möglich. Information und Aufklärung des Patienten durch nicht-ärztliches Personal sind in jedem Fall unzulässig (§ 630e Abs. 2 Satz 1 Nummer (Nr.) 1 BGB; Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammern, 2016).

Der Adressat der Aufklärung ist normalerweise der Patient selbst. Dieser muss einwilligungsfähig und in der Lage sein, die Bedeutung und Tragweite der Maßnahmen zu verstehen (§§ 630d Abs. 2, 630e Abs. 1 BGB; Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammern, 2016).

Drei Sonderfälle mit hoher klinischer Relevanz sollen an dieser Stelle hervorgehoben werden: Minderjährige Patienten, einwilligungsunfähige Erwachsene und fremdsprachige Patienten.

- „Wenn der Patient ein Minderjähriger ist, also das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, kommt regelmäßig ein zivilrechtlicher Behandlungsvertrag zwischen dem Arzt einerseits und dem oder der Sorgeberechtigten des Minderjährigen andererseits zustande.“ Im Regelfall wird eine Einwilligung sowohl des

einwilligungsfähigen minderjährigen Patienten als auch der Sorgeberechtigten gefordert (§ 1357 BGB; Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammern, 2016, S. 4).

- Analog zu minderjährigen Patienten kommt bei einwilligungsunfähigen Patienten, etwa durch Bewusstlosigkeit, schwere seelische Erkrankung oder Altersverwirrtheit, ein Vertrag zwischen Arzt und dem Betreuer des Patienten – falls vorhanden – zustande. Ist der Patient nicht betreut oder ist durch Intoxikation, Bewusstlosigkeit bzw. fehlende Informationen zu Angehörigen oder Betreuern eine Aufklärung im Sinne des Gesetzes nicht möglich, entscheidet der mutmaßliche Patientenwille über die zu erfolgenden Behandlungsmaßnahmen. Die formale Aufklärungspflicht kann in diesen Einzelfällen entfallen. (§§ 630d Abs. 1 Satz 2, 630e Abs. 3-4 BGB; Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammern, 2016).
- Nach § 630e Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BGB muss die Aufklärung für den Patienten verständlich sein. Wenn der Patient kein Deutsch spricht, ist ein Dolmetscher notwendig. Es reicht hier nicht aus, eine schriftliche Aufklärung in der entsprechenden Sprache vorzulegen, da die Aufklärung mündlich im Gespräch erfolgen muss (Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammern, 2016).

1.2.2 [Worüber, wie und wann muss aufgeklärt werden?](#)

Laut §630e des Patientenrechtegesetzes des BGB ist in Deutschland der Arzt verpflichtet, seine Patienten vor Untersuchungen, Eingriffen und Therapien über Indikation, Risiken, zu erwartende Folgen, Dringlichkeit, Eignung, Erfolgsaussichten und Alternativen aufzuklären, und nur wenn die Aufklärung vollzogen wurde, darf der Eingriff vorgenommen werden (Bundesamt für Justiz, 2013, § 630e Abs.1-2 BGB).

Die Aufklärung muss nicht zwangsläufig schriftlich erfolgen, es besteht jedoch eine Dokumentationspflicht des Arztes über die Aufklärung. Eine Abschrift der Unterlagen, die der Patient bei der Aufklärung unterschrieben hat, ist ungefragt auszuhändigen. Laut der Berufsordnung der Bundesärztekammer muss der Arzt den Patienten umso ausführlicher aufklären, je gefährlicher und relevanter die Risiken sind. In diesem Gespräch mit

dem Arzt muss der Patient die Möglichkeit haben, Rückfragen zu stellen. Gleichzeitig muss der Arzt überprüfen, ob der Patient alle relevanten Aspekte verstanden hat. Ein Arzt, der nur gebrochenes Deutsch spricht, ist laut dem Gesetz für die rechtswirksame Aufklärung ungeeignet. Gleichwohl besteht eine aktive Pflicht des Patienten, auf eine verständliche Aufklärung zu bestehen und diese ggf. einzufordern. Wird diese Forderung vor der Behandlungsmaßnahme vom Patienten unterlassen, kann er sich im Nachhinein nicht mehr auf eine fehlerhafte Aufklärung berufen (§ 630e Abs. 2 BGB; Bundesärztekammer, B., 2018, § 8; Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016).

Dem Patienten muss genug Zeit - in der Regel mindestens ein Tag – zur Entscheidungsfindung gegeben werden. Wie oben bereits beschrieben, kann in Notfällen die Aufklärung entfallen oder kurzfristig erfolgen. In diesem Fall hat der Arzt dann eine Pflicht zur alsbaldigen, nachträglichen Aufklärung (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016). Interessanterweise wird in der Literatur zu den rechtlichen Aspekten der Aufklärung die Zufriedenheit der Patienten mit dem Aufklärungsgespräch nicht direkt thematisiert.

1.3 Zufriedenheit

Als Zufriedenheit wird im Allgemeinen die Übereinstimmung einer positiven Erwartung an ein Ereignis mit dem tatsächlichen Erleben danach bezeichnet. Der Zufriedenheitsgrad beschreibt, wie stark Erwartung und Ergebnis voneinander abweichen (Stangl, 2012). Im Folgenden soll zunächst auf die allgemeine Lebenszufriedenheit, gefolgt von der Patientenzufriedenheit und schließlich der Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch eingegangen werden.

1.3.1 Allgemeine Lebenszufriedenheit

Die allgemeine Lebenszufriedenheit bildet die Gesamtheit der Übereinstimmung von Erwartungen mit tatsächlichem Erleben in allen Teilbereichen des Lebens ab (Jacob et al., 2000). In den Sozial- und Verhaltenswissenschaften besteht eine Übereinstimmung, dass die Lebenszufriedenheit eine Facette des umfassenderen theoretischen Konstrukts des subjektiven Wohlbefindens darstellt, welches sich aus affektiven und kognitiven

Komponenten zusammensetzt. Die affektive Komponente wird durch Stimmungen, Launen und Emotionen beschrieben und kann noch weiter klassifiziert werden in einen positiven und einen negativen Affekt. Die kognitive Komponente erfasst dagegen bewusste Bewertungen der Lebenssituation und des Lebens insgesamt, die anhand von subjektiven Bewertungsmaßstäben rückblickend getroffen werden und in Zufriedenheitsurteilen zum Ausdruck kommen. Die kognitive Komponente ist stabiler als die affektive, aber dennoch veränderbar. Innerhalb der kognitiven Komponente kann noch weiter zwischen der allgemeinen Lebenszufriedenheit und der sogenannten bereichsspezifischen Zufriedenheit bzw. der Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen wie z.B. Gesundheit, Beruf oder Familie unterteilt werden (Jacob et al., 2000).

Seit 1984 wird die allgemeine Lebenszufriedenheit regelmäßig in der bevölkerungsrepräsentativen sozialwissenschaftlichen Umfrage, dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP), erhoben (SOEP, 2019). Hierbei handelt es sich um eine groß angelegte Befragung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe unter Verwendung von mehrere hundert Items umfassenden Fragebögen. Die allgemeine Lebenszufriedenheit wird hier mit der Frage „Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?“ (Entringer et al., 2020, S.16) erfasst. Durch das SOEP wird u.a. das Ziel verfolgt, den Einfluss einer gesamtgesellschaftlichen Entwicklung auf die Lebenszufriedenheit abzubilden. Vor einem aktuellen Kontext konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die erste Welle der COVID-19 Pandemie in Deutschland keinen relevanten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hatte, während insgesamt das Gefühl von Einsamkeit in der Bevölkerung anstieg (Entringer et al., 2020).

1.3.1.1 Einflussfaktoren

Einige Studien berichten über eine Erbllichkeit von Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit im Bereich von 30 bis 40%, sodass von einer mittleren Heritabilität ausgegangen werden kann (Bartels, 2015; Nes et al., 2015; Wray et al., 2008). Konkret sollen hier u.a. genetische Schutzfaktoren im Hinblick auf Depression und andere internalisierende Störungen eine Rolle spielen (Nes et al., 2008, S.253-265; Nes et al., 2013).

Des Weiteren besteht eine starke Assoziation von Lebenszufriedenheit mit den

affektiven Facetten von Persönlichkeitsmerkmalen. Extraversion und insbesondere ein fröhliches Temperament tragen zu einer allgemeinen Lebenszufriedenheit bei. Hingegen schneiden Menschen, die vermehrt Depression, Ängste und Wut verspüren, schlechter bei Messungen der Lebenszufriedenheit ab. So wird ein Mensch mit einer Tendenz, mehr positive Emotionen zu verspüren, zum einen das Erlebte in einem eher positiven Licht sehen und sich zum anderen vermehrt an positive Ereignisse in seinem Leben erinnern, was in der Summe zu einem höheren allgemeinen Zufriedenheitsurteil führt (Roysamb et al., 2018; Schimmack et al., 2004).

Roysamb et al. (2018) untersuchten in einer Zwillingsstudie den Zusammenhang von Persönlichkeitsmerkmalen und genetischer Prädisposition mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Hierzu beantworteten Zwillinge jeweils einen Fragebogen zu ihrer Persönlichkeit, nämlich das NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae (NEO-PI-R), und einen weiteren zur Zufriedenheit mit ihrem Leben (Satisfaction with Life Scale, SWLS) (vgl. 2.4.2). Die Autoren fanden durch Regressionsanalysen und biometrische Modellierung eine Erblichkeit der allgemeinen Lebenszufriedenheit von 31%. Ein Großteil dieser Erblichkeit (65% der Varianz) wurde durch die Erblichkeit von Persönlichkeitsmerkmalen erklärt, die - wie oben gezeigt - einen Einfluss auf die allgemeine Lebenszufriedenheit haben. Ein eher kleiner Teil der Varianz (11%) in der Erblichkeit wurde genetischen Faktoren zugeschrieben, die nicht mit Persönlichkeitsmerkmalen in Verbindung stehen. Diesbezüglich wird von den Autoren ein genetisch determinierter, generell positiver Blick auf das Leben angebracht, der unabhängig von Persönlichkeitsaspekten die Lebenszufriedenheit verbessert. Außerdem könnte laut den Autoren eine genetische Prädisposition für bessere kognitive Fähigkeiten die allgemeine Lebenszufriedenheit positiv beeinflussen und ebenso nicht mit Persönlichkeitsmerkmalen zusammenhängen. Darüber hinaus wird postuliert, dass genetisch bedingte somatische Erkrankungen die allgemeine Lebenszufriedenheit negativ beeinflussen könnten (Roysamb et al., 2018).

1.3.2 Patientenzufriedenheit

Patientenzufriedenheit ist ein bereichsspezifischer Teilbereich der allgemeinen Lebenszufriedenheit und wird definiert als „affektive Reaktion des Patienten auf eine erlebte Behandlung infolge einer subjektiven Beurteilung aller Aspekte der

medizinischen Versorgung” (Hecht, 2010, S.16; Jacob et al., 2000). Auf die Wichtigkeit der Erhebung und Quantifizierung der Patientenzufriedenheit bei der täglichen Arbeit im Krankenhaus wird in der Literatur wiederholt hingewiesen (Fischer, 2015; Hecht, 2010).

Bei Messungen der Patientenzufriedenheit muss stets das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Arzt und Patient, sowie der Dankbarkeitseffekt beachtet werden. Ein Abhängigkeitseffekt entsteht aus dem Ungleichgewicht von Wissen und Einfluss zwischen Patient und Arzt (Eckert et al., 2000). Nach der Behandlung kann, sofern diese erfolgreich war, ein Dankbarkeitseffekt entstehen, der die diesbezügliche Erinnerung verzerrt (Mehmet, 2011). Durch den Effekt der sozialen Erwünschtheit (vgl. 2.4.3) kann es ebenfalls zu falsch positiven Messungen der Patientenzufriedenheit kommen, da von manchen Patienten ein sozialer Druck zur Zustimmung mit der ärztlichen Einschätzung verspürt wird (Mehmet, 2011).

Wie in Punkt 1.3.1.1 gezeigt, wird die Lebenszufriedenheit von Persönlichkeitsmerkmalen, aber auch genetischen Faktoren beeinflusst. Diese Befunde lassen vermuten, dass zum Einen Persönlichkeitsmerkmale, die mit höherer Lebenszufriedenheit assoziiert sind, und zum Anderen ein genetisch determinierter generell positiver Blick zu höherer Patientenzufriedenheit führen können. Frühere Studien zeigten diesbezüglich, dass 25-30% der Varianz von Messungen der Patientenzufriedenheit auf die gemessene Lebenszufriedenheit zurückzuführen war (LeVois et al., 1981; Roberts et al., 1983). Ein weiterer wichtiger Aspekt zum Zusammenhang von Lebenszufriedenheit und Patientenzufriedenheit ist, dass eine hohe Patientenzufriedenheit, sofern sie auf einer objektiv guten und wirksamen Behandlung beruht, zu besserer Gesundheit, Lebensqualität und damit auch höherer Lebenszufriedenheit beitragen kann (Tomozei, 2006).

1.3.2.1 Patientenzufriedenheit im Qualitätsmanagement

Neben der o.g. allgemeinen Definition der Patientenzufriedenheit kann diese auch als „Qualität der von der Gesundheitseinrichtung angebotenen Dienstleistungen aus Sicht des Patienten“ angesehen werden (Hecht, 2010, S.16). Sie hat somit neben der direkten Bedeutung für den Patienten eine hohe Relevanz für das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Krankenhäuser sind komplexe Institutionen, die unverzichtbare

Leistungen für die Gesellschaft anbieten, wobei das Qualitätsziel im Krankenhaus die bestmögliche Versorgung im Krankheitsfall ist. Dabei erfahren Krankenhäuser immer mehr Restriktionen und Anforderungen, sodass mit immer knapper werdendem Gut immer effizienter umgegangen werden muss. Man spricht vor diesem Hintergrund auch von einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens (Busse et al., 2005; Knorr et al., 2013; Rainer, 2015). Dabei bekommt der Patient einen Kundenaspekt, und der Arzt wird zum Dienstleister. Gleichzeitig werden Patienten immer besser informiert, werden selbstbewusster und haben immer höhere Ansprüche, worauf der Arzt reagieren muss (Kingreen et al., 2009).

Die Patientenzufriedenheit trägt auf verschiedenen Ebenen zum Qualitätsmanagement bei (Jurica, 2012, S.65; Wolak, 2012, S.11; Ziesche, 2008, S.49):

- Patientenzufriedenheit als Qualitätskomponente:
Die Patientenzufriedenheit kann als Teil des Behandlungsziels definiert werden und ist direkt mit der Genesung verknüpft.
- Patientenzufriedenheit als Qualitätsindikator:
Die Patientenzufriedenheit kann zur Gesamtbewertung der Behandlungsgüte herangezogen werden.
- Patientenzufriedenheit als Qualitätsfaktor:
Unter diesem Aspekt wird die Auswirkung der Zufriedenheit auf den Behandlungserfolg verstanden. Es wird davon ausgegangen, dass die Zufriedenheit die Adhärenz an die Empfehlung des Arztes verbessert.

1.3.2.2 Einflussfaktoren

Faktoren, die im Allgemeinen die Patientenzufriedenheit beeinflussen, sind u.a. die vorbestehenden Erwartungen an den eigenen Gesundheitsstatus sowie die soziodemografische Situation. Darüber hinaus muss der behandelnde Arzt kompetent, zugänglich sowie empathisch wirken, und die Therapie soll die erwarteten Wirkungen zeigen (Jacob, 2000; Liu et al., 2008; Ng et al., 2018). Ein hohes Maß an Patientenzufriedenheit führt zu Therapietreue und -akzeptanz sowie stärkerer Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und letztlich auch besseren klinischen

Ergebnissen (Jacob, 2000; Liu et al., 2008; Ng et al., 2018).

1.3.3 Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch

Zu der bereichsspezifischen Domäne der Patientenzufriedenheit zählt auch die Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch als wichtiger Bestandteil der medizinischen Behandlung. Ausgehend von den obigen Ausführungen kann die Zufriedenheit mit einem Aufklärungsgespräch als affektive Reaktion des Patienten auf ein Aufklärungsgespräch definiert werden (Hecht, 2010).

Zahlreiche Autoren untersuchten die Zufriedenheit der Patienten mit dem Aufklärungsgespräch direkt (Hallock et al., 1999; McKeague et al., 2003; Ochieng et al., 2015; Reuter, 2016; Wallem, 2021), während andere den Fokus auf Themen und Informationen legten, welche den Patienten in ihrer Sicht bei der Aufklärung am wichtigsten sind (El-Wakeel et al., 2006; Newton-Howes et al., 2017).

Im Hinblick auf die Frage, welche Informationen den Patienten bei der Aufklärung am wichtigsten erscheinen, wurde von Newton-Howes et al. (2017) ein standardisierter Fragebogen verwendet, der innerhalb von 3 Monaten nach einem operativen Eingriff durch Pflegepersonal an die Patienten ausgehändigt wurde (Newton-Howes et al., 2017). El-Wakeel et al. (2006) befragten die Patienten demgegenüber noch vor dem Eingriff und verwendeten einen eigens konzipierten Fragebogen, bestehend aus 15 Themen, die mit einer visuellen Analogskala bezüglich ihrer Wichtigkeit beurteilt wurden (El-Wakeel et al., 2006).

Um die Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch zu messen, wurden teils standardisierte und teils von den Autoren selbst entworfene Instrumente verwendet. Diese wurden oft in Form von Interviews von den Patienten beantwortet (Faghanipour et al., 2014; Hallock et al., 1999; McKeague et al., 2003; Ochieng et al., 2015; Reuter, 2016). Dabei geht teilweise nicht aus den Studien hervor, ob der aufklärende Arzt selbst oder eine dritte Person das Interview führte, wobei den Patienten jedoch in der Regel die Anonymität und Unabhängigkeit der Befragung von der Behandlung zugesichert wurde (Faghanipour et al., 2014; Hallock et al., 1999; Ochieng et al., 2015). McKeague et al. (2003) führten die Befragungen sowohl persönlich mit Interviews als auch durch

Ausfüllen eines Fragebogens, der an die Patienten versandt wurde, durch. Die Autoren legten dabei Wert auf die Durchführung der Interviews durch eine dritte Person ohne direkten Bezug zum Patienten, dem aufklärenden Arzt oder der Behandlung (McKeague et al. 2003). Wallem (2021) und Reuter (2016) anonymisierten die Befragung, wobei die Patienten in Eigenregie den Fragebogen ausfüllten, um einem Dankbarkeitseffekt bzw. einem Einfluss durch ein Abhängigkeitsgefühl vorzubeugen (Reuter, 2016; Wallem 2021).

Der Zeitpunkt der Befragung wurde teilweise vor dem Eingriff gewählt (Hallock et al., 1999; Reuter, 2016; Wallem 2021) und teilweise nachher (Faghanipour et al., 2014; Ochieng et al., 2015). Faghanipour et al. (2014) argumentierten dabei, dass die Patienten auch in der Zeit unmittelbar vor der Operation noch Informationen hierzu erhielten, die sich eventuell auf die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung auswirken und durch die Befragung nach dem Eingriff miterfasst werden könnten. Durch die zweizeitige Befragung von McKeague et al. (2003) können eventuelle Verzerrungseffekte des Zufriedenheitsempfindens durch ein positives oder negatives Outcome identifiziert werden (Faghanipour et al., 2014; McKeague et al., 2003).

1.3.3.1 Einflussfaktoren und Studienergebnisse

Die oben beschriebene, weitreichende Bedeutung der Patientenzufriedenheit wurde zum Anlass genommen, mögliche Faktoren zu ermitteln, die zur Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch beitragen. Die relevanten Befunde sollen im Folgenden dargestellt werden:

- Das Alter des Patienten wurde als mögliche Barriere in der Arzt-Patienten-Beziehung beschrieben, welche die Qualität der übermittelten Informationen im Aufklärungsgespräch negativ beeinflussen kann. Eine Auswirkung auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch wurde jedoch bisher nicht untersucht (Faghanipour et al., 2014; Hallock et al., 1999; Taylor, 1999).
- Ethnische Zugehörigkeit und individuelle Gesundheitskenntnisse des Patienten wurden nicht als Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch identifiziert (Hallock et al., 1999).

- Höher gebildete Patienten fühlten sich im Anschluss an das Aufklärungsgespräch in einer Untersuchung von Faghanipour et al. (2014) subjektiv besser über Untersuchung, Risiken und Alternativen informiert als weniger gebildete (Faghanipour et al., 2014). El-Wakeel et al. (2006) fanden, dass für gebildetere Patienten detailliertere Informationen zu Therapiealternativen, sowie den Konsequenzen aus einer Ablehnung des Eingriffes signifikant wichtiger als für weniger gebildete waren (El-Wakeel et al., 2006). Auch wenn von einigen Autoren keine Assoziation des Bildungsniveaus des Patienten mit seiner Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch festgestellt werden konnte (Hallok et al., 1999), sollte somit dennoch die Bildung des Patienten bei der Darstellung und Auswahl von Informationen im Aufklärungsgespräch beachtet werden (El-Wakeel, et al., 2006; Giampieri, 2012; Taylor, 1999).
- Reuter (2016) verglichen die Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch zwischen Ärzten in Weiterbildung und Fachärzten. Insgesamt zeigte sich ein Trend zu mehr Zufriedenheit mit Aufklärungsgesprächen durch Ärzte in Weiterbildung, der jedoch nicht statistisch signifikant ausfiel. Die Autoren begründeten die Differenz in der Zufriedenheit mit Aufklärungsgesprächen damit, dass Ärzte in Weiterbildung auch als leicht empathischer von den Patienten wahrgenommen wurden und dass ihre Aufklärungsgespräche länger dauerten (Reuter, 2016, S.58-59). Wallem (2021) konnte diesen Unterschied in der Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch zwischen Ärzten in Weiterbildung und Fachärzten nicht feststellen.
- Die Dauer des Aufklärungsgesprächs scheint eine Rolle für die Zufriedenheit der Patienten mit dem Aufklärungsgespräch zu spielen. Wallem (2021) fand bei längeren Aufklärungsgeprächen insgesamt eine schlechtere Zufriedenheit bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten, was dem Postulat von Reuter (2016) (vgl. vorangehender Unterpunkt) widerspricht.
- Die Priorität, mit der verschiedene Aspekte im Aufklärungsgespräch bewertet wurden, unterschied sich nicht zwischen verschiedenen Geschlechter-, Alters- und Berufsgruppen (El-Wakeel et al., 2006; Faghanipour et al., 2014). Insgesamt waren Patienten zufriedener mit Aufklärungsgesprächen, die spezifischere

Informationen über Alternativen, Art der Operation und deren Komplikationen enthielten, sowie mehr Freiheit für Fragen zuließen (Hallock et al., 1999; McKeague et al., 2003). Insbesondere waren den Patienten Informationen zu Risiken und Komplikationen, vor allem wenn diese einen langfristigen Effekt auf die Berufstätigkeit oder Lebensqualität ausüben können, wichtig. Ebenso wichtig war für die Patienten, welche Konsequenz die Durchführung oder Ablehnung des Eingriffs auf die zukünftige Behandlung und Nachsorge ihrer Erkrankung hat (El-Wakeel et al., 2006; Newton-Howes et al., 2017).

In einer Metaanalyse von Falagas et al. (2009) waren durchschnittlich nur 58% der Patienten mit den gegebenen Informationen zum geplanten Eingriff zufrieden (Falagas et al., 2009). Dabei ist anzumerken, dass teilweise bis zu 34% der Befragten den Ablauf der Operation im Anschluss an das Aufklärungsgespräch nicht mehr wiedergeben konnten (McKeague et al., 2003). Die Patienten gaben teils an, dass sie sich mehr Möglichkeit zum Stellen von Fragen gewünscht hätten (McKeague et al., 2003). Trotz dieser Ergebnisse zu den erhaltenen Informationen war die Gesamtzufriedenheit der Patienten mit dem Aufklärungsgespräch, in die weitere Aspekte einfließen, durchweg hoch (vgl. Tabelle 1) (Falagas et al., 2009; Hallock et al., 1999; McKeague et al., 2003, Wallem 2021).

Tabelle 1: Studien zur Patientenzufriedenheit mit Aufklärungsgesprächen

Studie	Fachbereich	Messinstrument	Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch
Wallem, 2021. n=71	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Aufklärung (FZA). Likert Skala von 1-7	Hohe Zufriedenheit: Mittelwert 6,04 von 7
McKeague et al., 2003. n=77	Chirurgie	Selbst entworfener Fragebogen	Hohe Zufriedenheit: Mittelwert 8,20 von 10

		Likert Skala von 0-10	
Ochieng et al., 2015. n=371	Chirurgie	Selbst entworfener Fragebogen. Zufriedenheit mit Ja/Nein-Frage erhoben	78% der Patienten gaben „Ja“ zur Zufriedenheit an
Reuter, 2016. n=587	Anästhesie	Standardisierter Fragebogen (ZUF-8) (angepasst)	Hohe Zufriedenheit: Mehr als 98% der Patienten waren zufrieden oder sehr zufrieden

1.4 Fragestellung und Hypothesen

1.4.1 Hintergrund des Studienthemas und dessen Zielsetzung

Wie die obigen Ausführungen zeigen, ist eine genaue Betrachtung der Patientenzufriedenheit wichtig, um die Leistungserbringung im Gesundheitswesen zu erfassen und zum Qualitätsmanagement beizutragen (Ng et al, 2018). Das Aufklärungsgespräch ist eine ärztliche Kernaufgabe, und die Zufriedenheit damit trägt wesentlich zur Zufriedenheit eines Patienten mit der gesamten medizinischen Behandlung bei (Schoenfelder et al., 2011). Dabei sind Inhalt und formaler Rahmen einer Aufklärung rechtlich klar vorgegeben. Es gilt, die Aufklärung an situative und patientenbezogene Gegebenheiten anzupassen, um das Verständnis der Inhalte zu garantieren und die Aufklärung im Sinne des Gesetzes und des Patienten zu vollziehen. Außerdem besteht ein zeitlicher und zugleich wirtschaftlicher Druck bei der Aufklärung. In diesem engen Rahmen, der für die Aufklärung vorgegeben ist, stellt das Erreichen der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch eine erhebliche Herausforderung für den aufklärenden Arzt dar. Hier können Untersuchungen zu Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Zufriedenheit liefern, die somit zur

Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen beitragen können (Hecht, 2010).

Die vorliegende Studie untersucht mögliche Einflussfaktoren, wie zum Beispiel Dauer des Aufklärungsgesprächs, Muttersprache und Weiterbildungsstand des Arztes, auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch innerhalb verschiedener medizinischer Fachdisziplinen. Hierzu wurde ein Fragebogen verwendet, der die oben genannten Aspekte in Bezug zum Aufklärungsgespräch erfasst.

Eine erste Form dieses Fragebogens wurde bereits in einer Pilotstudie von Wallem (2021) eingesetzt. Hierbei hatte sich zum einen gezeigt, dass die Zufriedenheitswerte mit der Aufklärung insgesamt sehr hoch ausfielen. Daher wurde für die vorliegende Studienarbeit eine weitere Differenzierung im positiven Bereich vorgenommen.

1.4.2 Fragestellungen und Hypothesen

1.4.2.1 Fragebogen

Der eingesetzte Fragebogen ist reliabel (Hypothese 1) und valide (Hypothese 2).

Für den Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Aufklärung (FZA) in ursprünglicher Form konnten Validität und Reliabilität als gegeben gezeigt werden (Wallem, 2021). Für die vorliegende Studie wurde der FZA zur besseren Differenzierung im positiven Bereich angepasst (vgl. 2.4.1). Die Hypothesen 1 und 2 gehen davon aus, dass für den Fragebogen Validität und Reliabilität in ausreichendem Maße gegeben sind.

1.4.2.2 Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch

Hypothese 3: Patienten sind zufriedener mit der Aufklärung, wenn diese durch einen Arzt, der deutscher Muttersprachler ist, durchgeführt wird.

Wie eingangs beschrieben, ist die Bedeutung einer angemessenen Sprache bei der Aufklärung im § 630e des Bürgerlichen Gesetzbuches festgehalten (§ 630e Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BGB) (vgl. 1.2.1). Diese gesetzliche Regelung bildet die Grundlage der Hypothese 3. Eine wissenschaftliche Untersuchung zum Einfluss der Muttersprache des

aufklärenden Arztes auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch konnte nach entsprechender Literaturrecherche nicht gefunden werden. Aufgrund der gesetzlichen Regelung wurde die Hypothese 3 einseitig formuliert; als Signifikanzniveau wurde entsprechend $p \leq 0,10$ gewählt.

Hypothese 4: Patienten, die zufriedener mit ihrem Leben im Allgemeinen sind, sind auch zufriedener mit dem Aufklärungsgespräch.

Wie für die allgemeine Lebenszufriedenheit (vgl. 1.3.1.1.) gezeigt wurde, haben sowohl genetische Faktoren wie auch affektive Persönlichkeitsmerkmale einen Einfluss. Eine höhere Lebenszufriedenheit kann durch eine generelle Neigung, Erlebnisse in einem positiven Licht zu sehen, verursacht werden. Auf den Zusammenhang der allgemeinen Lebenszufriedenheit mit der Patientenzufriedenheit wurde in Punkt 1.3.2 eingegangen. Ein Zusammenhang der allgemeinen Lebenszufriedenheit mit der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch wurde, soweit der Autorin bekannt, bisher nicht wissenschaftlich untersucht. Hypothese 4 basiert auf der Vermutung, dass eine ärztliche Aufklärung durch Menschen mit höherer Lebenszufriedenheit ebenfalls positiver bewertet wird. Aufgrund des o.g. Zusammenhanges der Lebenszufriedenheit mit der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch wurde die Hypothese 4 einseitig formuliert (Signifikanzniveau $p \leq 0,10$).

Hypothese 5: Es gibt eine positive Korrelation des individuellen moralistischen Bias mit der Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.

Menschen, die gemeinschaftsorientierte Werte wie Kooperationsbedürfnis und Offenheit der Gefühle verinnerlicht haben, neigen in Befragungen zu Antworten, die mit den von ihnen wahrgenommenen sozialen Normen in Einklang stehen (vgl. Punkt 2.4.3.). Dieses Streben nach sozialer Erwünschtheit hat zur Folge, dass bei Befragungen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit und dem Wohlbefinden die Zufriedenheit falsch hoch gemessen wurde (Caputo, 2017). Als Signifikanzniveau wurde bei einseitiger Testung $p \leq 0,10$ verwendet.

Hypothese 6: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Dauer des Aufklärungsgesprächs und der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.

Wallem (2021) fand bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten eine negative Korrelation der Gesprächsdauer des Aufklärungsgesprächs mit der Zufriedenheit der Patienten damit. Demgegenüber postulierte Reuter (2016) eine höhere Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch bei längerer Gesprächsdauer (vgl. 1.3.3.1.). Aufgrund dieser gegenläufigen Befunde wurde die Hypothese zweiseitig formuliert und als Signifikanzniveau $p \leq 0,05$ zugrunde gelegt.

Hypothese 7: Es gibt einen Unterschied in der Zufriedenheit mit Aufklärungsgesprächen, wenn diese durch einen Arzt in Weiterbildung oder einen Facharzt durchgeführt werden.

Wallem (2021) fand, dass der Weiterbildungsstand des Arztes (Facharzt oder Arzt in Weiterbildung) keine Rolle für die Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch spielte. Liu et al. (2008) postulierten, dass die Fähigkeiten und das Wissen der aufklärenden Ärzte in der Wahrnehmung des Patienten am wichtigsten sind, um Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch zu generieren (Liu et al., 2008; Wallem, 2021). Demgegenüber beschreibt Reuter (2016), dass die wahrgenommene Empathiebereitschaft eines aufklärenden Arztes den relevanten Ausschlag für eine höhere Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch durch Ärzte in Weiterbildung gibt (Reuter, 2016). Aufgrund der nicht eindeutigen Datenlage wurde die Hypothese 7 zweiseitig formuliert und das Signifikanzniveau $p \leq 0,05$ verwendet.

1.4.2.3 **Tatsächliche und vom Arzt wahrgenommene Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch**

Hypothese 8: Es gibt keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der tatsächlichen und der vom aufklärenden Arzt wahrgenommenen Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.

Soweit der Autorin der vorliegenden Studie bekannt ist, wurde dieser Zusammenhang bisher nicht wissenschaftlich untersucht. Es wurde das Signifikanzniveau $p \leq 0,05$ zugrunde gelegt.

2. Material und Methoden

2.1 Ethikvotum

Vor Beginn der Datenerhebung wurde ein Unbedenklichkeitsvotum der Ethikkommission der Bayerischen Landesärztekammer eingeholt (Aktenvermerk 2017-158, Schreiben vom 17.11.2017).

2.2 Datenerhebung

Im Zeitraum vom 10. April 2018 bis zum 18. Dezember 2018 wurde in vier unterschiedlichen Fachabteilungen in der Stadt Schweinfurt die Zufriedenheit der Patienten mit dem Aufklärungsgespräch erfasst. Beteiligt waren die Kliniken für Innere Medizin und Anästhesie am Krankenhaus St. Josef sowie die Kliniken für Endoprothetik, Orthopädie, Unfallchirurgie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPP) am Leopoldina Krankenhaus der Stadt Schweinfurt. Bei den internistischen Patienten wurden alle Aufklärungen im stationären Bereich durchgeführt. In der Anästhesie waren alle ambulanten und stationären Operationen geplant. In der Endoprothetik, Orthopädie, Unfallchirurgie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie wurden teilweise ambulante und stationäre Operationen evaluiert. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie wurden ambulante Aufklärungen über Medikationsmöglichkeiten ausgewertet.

Die Anonymisierung der Fragebögen erfolgte über einen 10-stelligen Code, der für jedes Gespräch nach einem klaren Schema (siehe Appendix VII.I.) zwischen Patient und aufklärendem Arzt ausgewählt wurde. Somit war eine Zuordnung der Fragebögen zu einem bestimmten Patienten im Nachhinein nicht mehr möglich. Die ausgefüllten Fragebögen wurden in verschlossenen Briefkästen deponiert. Der Briefkasten in der KJPP war nur dem Chefarzt der Klinik zugänglich. Im St. Josef Krankenhaus war der

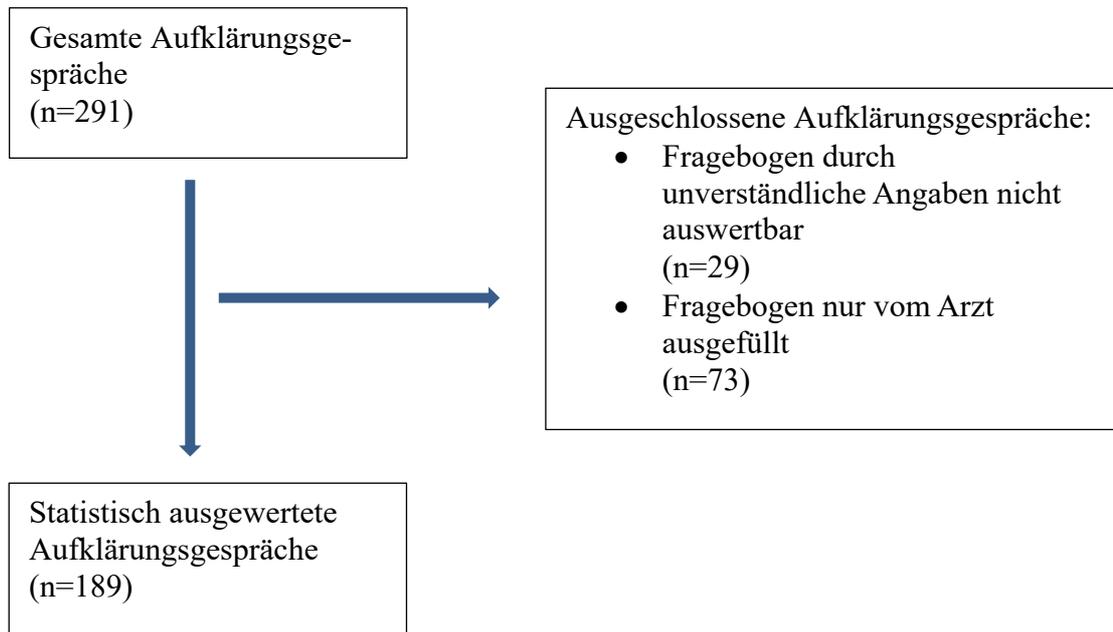
Briefkasten einem Mitarbeiter des Qualitätsmanagements zugänglich und wurde von diesem geleert. Der Briefkasten in der Endoprothetik, Orthopädie, Unfallchirurgie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie war nur für die Autorin der vorliegenden Arbeit zugänglich.

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien waren, dass sich die Patienten in einer der o.g. Fachabteilungen im Zeitraum vom 10. April 2018 bis zum 18. Dezember 2018 in Behandlung befanden und vorab ihr Einverständnis zur Studienteilnahme gegeben hatten. Alle Patienten wurden vorab ausführlich über die geplante Studie informiert (vgl. Appendix VII.II.).

Das Aufklärungsgespräch durfte nur in deutscher Sprache und in einem persönlichen Gespräch stattfinden. Telefonische Aufklärungen oder Aufklärungsgespräche in anderen Sprachen waren ein Ausschlusskriterium. Ausgeschlossen wurden außerdem Aufklärungsgespräche, bei denen unverständliche Angaben auf dem Fragebogen gemacht wurden. Des Weiteren wurden alle Fälle ausgeschlossen, bei denen der Patient keinen Fragebogen ausgefüllt hatte, sondern nur der aufklärende Arzt den Arztfragebogen.

Grafik 1: Ausgeschlossene Aufklärungsgespräche.



2.4 Eingesetzte Messinstrumente

Es wurden Patienten-, Angehörigen und Arztfragebögen eingesetzt. Die Fragebögen wurden direkt im Anschluss an das Aufklärungsgespräch an die Patienten ausgehändigt. Im Fall aufklärungsunfähiger Patienten im Sinne des Gesetzes (vgl. Einleitung) wurde der Fragebogen an einen gesetzlichen Betreuer bzw. den Sorgeberechtigten zum Ausfüllen verteilt.

Im Patientenfragebogen wurden zunächst soziodemographische Faktoren wie Alter, Geschlecht und Ausbildung erfasst. Danach folgten 5 Fragen zur Art der anstehenden medizinischen Behandlung, dem Ausbildungsstand des Arztes (Arzt in Weiterbildung oder Facharzt) sowie zu den Teilnehmern des Aufklärungsgesprächs (z.B. Angehörige oder Betreuer des Patienten) (siehe Appendix VII.III. und VII.IV.).

Anschließend wurden anhand von 11 Fragen verschiedene Aspekte zur Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch abgefragt (FZA, Briegel, 2018). Es folgten 5 Fragen zur Beurteilung der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben (SWLS) von Glaesmer et al. (2011). Mit der 6 Items umfassenden Kurzsкала Soziale Erwünschtheit-Gamma (KSE-G) von Kemper et al. (2012) sollte erfasst werden, ob Patienten dazu neigten, positive

Beschreibungen über sich selbst abzugeben. Den Abschluss bildete die Tb-Skala von Neyer et al. (2012) mit 12 Items.

Im Folgenden werden die genannten Messinstrumente genauer erklärt und beschrieben.

2.4.1 Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Aufklärung (FZA)

Der FZA ist ein Fragebogen, dessen Items anhand einer Likert-Skala beantwortet werden. Ziel ist es, die Patientenzufriedenheit mit Aufklärungsgesprächen zu erfassen (siehe Appendix VII.V.). 10 Items des FZA erfragen verschiedene inhaltliche, zwischenmenschliche und situative Aspekte des Aufklärungsgesprächs. Mit einer abschließenden 11. Frage wird eine globale Bewertung der Qualität des Aufklärungsgesprächs insgesamt erhoben. Wallem (2021) fand sehr hohen Zufriedenheitswerte bei einem Patientenkollektiv aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie diskutierte, dass aufgrund der hohen Zufriedenheitswerte eine differenziertere Abstufung im positiven Skalen-Bereich unternommen werden sollte. Der ursprüngliche Fragebogen wurde daher für die vorliegende Arbeit entsprechend modifiziert. Für den FZA in ursprünglicher Form konnten Validität und Reliabilität als gegeben gezeigt werden (Wallem, 2021).

2.4.2 Satisfaction with Life Scale (SWLS)

Des Weiteren wurde für die Studie die SWLS von Glaesmer et al. (2011) (siehe Appendix VII.VI.) zugrunde gelegt, um die Lebenszufriedenheit der Patienten zu messen und danach mit der Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch zu vergleichen (Glaesmer et al., 2011). Die SWLS ist das am häufigsten verwendete Untersuchungsinstrument zur Lebenszufriedenheit in den Sozialwissenschaften (Diener et al., 1985). Es handelt sich hierbei um eine Selbstbewertungsskala mit 5 Fragen wie z.B. „In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen“. Die Antwort wird anhand einer siebenstufigen Likert Skala von „1 = stimme überhaupt nicht zu“ bis „7 = stimme völlig zu“ gegeben.

Die SWLS weist eine hohe Objektivität, Reliabilität und Validität auf, welche durch zahlreiche Studien bestätigt wurde (Diener et al. 1985; Glaesmer et al., 2011; Pavot et al., 1991; Pavot et al., 1993; Pavot et al., 2008; Sölva et al., 1995).

- Die **Objektivität** der SWLS wird durch eine standardisierte Durchführung und Auswertung gesichert.
- Die **Retest-Reliabilität** von 0,58 bis 0,74 deutet auf eine zeitliche Konstanz des mit der SWLS gemessenen Konstruktes der Lebenszufriedenheit hin.
- Die **Validität** wurde durch relevante Korrelationen mit anderen Instrumenten zur Messung von Lebenszufriedenheit bestätigt (konvergente Validität) (Neugarten et al., 1961; Pavot et al., 1993). Darüber hinaus wurde gezeigt, dass sich die Lebenszufriedenheit, wie sie von der SWLS erfasst wird, sowohl von den Konstrukten des individuellen Optimismus und dem Selbstwert unterscheidet (diskriminante Validität).

Zur Auswertung wird aus den Item-Werten ein Summenwert gebildet. Anhand von altersspezifischen T-Werten kann das individuelle Testergebnis in Bezug zur Normpopulation eingeordnet werden (Glaesmer et al., 2011). Ein hoher Summenwert deutet auf hohe Zufriedenheit in den wichtigsten Bereichen des Lebens wie Arbeit, Schule, Familie, Freunde, Freizeit und persönliche Entwicklung hin. Niedrige Summenwerte stammen von Unzufriedenheit in einem oder mehreren Bereichen, was u.a. durch negative Lebensereignisse oder Suchtkrankheiten ausgelöst werden kann (Pavot et al., 1993).

2.4.3 Kurzskala Soziale Erwünschtheit-Gamma (KSE-G)

Bei der Messung von Zufriedenheit kann der Effekt der sozialen Erwünschtheit einen Störfaktor der Validität der Messungen darstellen. Indem ein Mensch nicht die Antwort gibt, die das tatsächliche Maß seiner Zufriedenheit ausdrückt, sondern die, von der er glaubt, dass sie gesellschaftlich gewünscht ist, verzerrt sich die gemessene Zufriedenheit und es wird nicht mehr das Konstrukt gemessen, das eigentlich gemessen werden soll (Caputo, 2017).

Die KSE-G wurde von Kemper et al. (2012) zur Messung sozialer Erwünschtheit entwickelt (siehe Appendix VII.VII.). Soziale Erwünschtheit ist die Neigung, positive Beschreibungen bei Fragebögen abzugeben. Diese Messung der sozialen Erwünschtheit nannten die Autoren den Gamma-Faktor (Paulhus, 2002). Für Menschen, die gemeinschaftsorientierte Werte wie Gemeinsinn, Verbundenheit, Offenheit für die Gefühle

anderer, Streben nach Gemeinschaft, Teilnahme, Kooperation und Bindung verinnerlicht haben, wird angenommen, dass sie ein moralistisches Bias zeigen, der mit Gamma assoziiert ist (Kemper et al., 2012). Diese Personen haben die Tendenz, sozial unerwünschte Impulse zu leugnen und sich selbst positive Attribute zuzuschreiben. Die KSE-G ist somit für die Untersuchung auf Antwortverzerrungen durch ein moralistisches Bias geeignet (Kemper et al., 2012).

Durch den Einschluss der KSE-G kann eine möglicherweise bestehende Tendenz der Befragten, positive Bewertungen abzugeben, identifiziert werden (Herschbach, 2002).

Von den 6 Fragen der KSE-G ist eine Hälfte so formuliert, dass mit hohen Punktzahlen bzw. einer starken Zustimmung zu den Aussagen ein gesellschaftlich akzeptiertes Verhalten assoziiert ist (PQ+ bzw. Übertreibung positiver Qualitäten). Mit der anderen Hälfte ist hingegen ein solches Verhalten mit wenigen Punkten bzw. Ablehnung der Aussage verknüpft (NQ- bzw. Minimierung negativer Qualitäten). Es werden für beide Hälften jeweils die Durchschnittspunktzahl berechnet. Der Wertebereich liegt bei PQ+ und NQ- zwischen 0 und 4 (Kemper et al., 2012).

Von den Autoren werden die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität als gegeben angenommen. Durchführungs- und Auswertungsobjektivität ergibt sich aus der Tatsache, dass die Patienten selbst und nicht der Untersucher den Fragebogen ausfüllten. Da sich aus der standardisierten Auswertung eine klare Zuweisung des Testergebnisses zur korrespondierenden Ausprägung der sozialen Erwünschtheit einer Versuchsperson ergibt und diese bei verschiedenen Forschern vergleichbar ist, wird Interpretationsobjektivität angenommen (Kemper et al. 2012).

Zur Überprüfung der Reliabilität wird die interne Konsistenz als Korrelat von McDonalds ω (analog zu Cronbachs α) angegeben. Die Werte von $\omega = 71$ für PQ+ und $\omega = 78$ für NQ- liegen im befriedigenden Bereich (Kemper, et al. 2012).

„Die inhaltliche Validität der KSE-G wurde sichergestellt, indem die Formulierung der Items eng an der Definition des Konstrukts orientiert war“ (Kemper et al., 2012, S.13).

Im Rahmen der Validierung des Konstruktes der KSE-G wurde eine Korrelation mit anderen Maßen der sozialen Erwünschtheit, wie der Validitätsskala zur Erfassung von Darstellungstendenzen (L-Skala) des Persönlichkeitstests Minnesota Multiphasic

Personality Inventory (MMPI-2), berechnet (Hathaway et al. 2000; Kemper et al. 2012). Darüber hinaus konnte bei Befragungen zu Persönlichkeitsmerkmalen mit dem Big Five Inventory-10 (BFI-10) (Rammstedt et al., 2007) eine Korrelation der KSE-G mit Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit und Neurotizismus gefunden werden, was für ein moralistisches Bias der befragten Personen spricht (Kemper et al., 2012).

2.4.4 Technikbereitschaft-Skala (Tb-Skala)

Mit der Tb-Skala (siehe Appendix VII.VIII.) wird die persönliche Technik-Affinität eines Menschen thematisiert. Es wird insbesondere erfasst, ob technische Gerätschaften eine Überforderung bzw. Belastung oder eine hilfreiche Erweiterung im Leben darstellen (Neyer et al., 2012). Durch die Verwendung in der vorliegenden Studie wird die diskriminante Validität des FZA überprüft, da die Konstrukte Technikbereitschaft und Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch als unabhängig voneinander angenommen werden können. Diese Annahme basiert auf den Ergebnissen der Validierungsstudien. Hier wurde keine signifikante Korrelation der Tb-Skala mit der SWLS gefunden.

Die interne Konsistenz der Gesamtskala erwies sich als gut ($\alpha = 0,84$), weshalb Reliabilität als gegeben angenommen werden kann (Neyer et al., 2012).

2.5 Fragebogen für Ärzte

Der Ärztefragebogen wurde direkt im Anschluss an das Aufklärungsgespräch ausgefüllt und setzt sich aus folgenden Bestandteilen zusammen:

- Allgemeine Fragen wie Thema und Dauer des Aufklärungsgesprächs.
- Fragen zum Arzt wie Ausbildungsstatus, Alter, Muttersprache und Geschlecht (siehe Appendix VII.IX.).
- Die Arztversion des Fragebogens zur Zufriedenheit (siehe Appendix VII.X.) umfasste ebenfalls 11 Fragen. Diese waren inhaltlich identisch zum Patientenfragebogen FZA, wobei die vom Arzt vermutete Einschätzung des Patienten ergänzt wurde. Jede Frage sollte auf einer siebenstufigen Likert-Skala beantwortet werden.

Das Ziel des Arztfragebogens war der Vergleich der tatsächlichen Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch mit der vom Arzt vermuteten Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.

2.6 Statistische Analyse

Die statistischen Analysen wurden mit dem Software Programm SPSS 26 Statistik durchgeführt. Die Grafiken und Tabellen des Ergebnisteils wurden ebenfalls mit SPSS erstellt.

Zunächst wurden die demographischen Charakteristika der Stichprobe mittels deskriptiver Statistik ermittelt.

Neben nominalskalierten Items wie Geschlecht oder Weiterbildungsstand des Arztes und von vornherein metrischen Variablen, wie dem Alter von Ärzten und Patienten, wurden die Items, die als Likert-Skala erfasst wurden, zunächst ordinal skaliert. Zur statistischen Analyse (insbesondere zur Berechnung von Mittelwert und Standardabweichung) wurden diese ordinal skalierten Items in einem weiteren Schritt als metrisch klassifiziert, wie es in der Literatur regelhaft beschrieben wird (Berry, 1993).

Bei korrelativen Analysen wurde aufgrund des zentralen Grenzwertsatzes und der Stichprobengröße eine Normalverteilung angenommen. Als parametrischer Test wurde die Pearson Korrelation berechnet. Zum Gruppenvergleich unabhängiger Stichproben wurde der nicht-parametrische Mann-Whitney-U-Test oder der parametrische t-Test verwendet. Bei verbundenen Stichproben wurde der nicht parametrische Wilcoxon-Test verwendet. Die Effektstärke bei nicht-parametrischen Tests wurde durch den Quotienten der Z-Statistik und der Wurzel aus der Gruppengröße berechnet (Field, 2013). Zur Einordnung der Effektstärke d und des Korrelationskoeffizienten r wurde folgende Aufteilung herangezogen (Fahrmeir et al., 2016; Hopkins, 1997):

- $< 0,3$ gering
- $0,3-0,5$ mittel
- $> 0,5$ groß

2.6.1 Itemanalyse

Die Itemanalyse setzt sich aus Itemselektivität, -varianz und -schwierigkeit zusammen. Sie gibt eine Aussage über die Güte eines Fragebogens und dessen Eignung als Instrument zur Messung bestimmter Merkmale einer Population. Mithilfe der Itemanalyse können hierfür nicht geeignete Items identifiziert und modifiziert oder entfernt werden (Kline, 1986).

2.6.1.1 Definition Itemschwierigkeitsindex (P_i)

Die Schwierigkeit eines Items trifft eine Aussage darüber, wo sich der Mittelwert der gegebenen Antworten auf der möglichen Verteilung einer Likert Skala ansiedelt. Der Schwierigkeitsindex P_i kann Werte zwischen 0 und 100% annehmen.

Formel 1: Intemschwierigkeitsindex (P_i)

$$P_i = \frac{\bar{x}_i - x_{\min}}{x_{\max} - x_{\min}} \cdot 100$$

\bar{x}_i = Mittelwert des Items i

x_{\min} = minimale erreichbare Punktzahl im Item i

x_{\max} = maximal erreichbare Punktzahl im Item i

Am Beispiel der vorliegenden Studie mit einer Likert Skala von 7 möglichen Antworten würde ein Schwierigkeitsindex von 50% bedeuten, dass die durchschnittliche Angabe der Teilnehmer die mittlere Antwortmöglichkeit 4 war. Der Fall eines Schwierigkeitsindex von ca. 50% bei den meisten Items ist gewünscht, da so am besten zwischen den Ausprägungen der Merkmale unterschieden werden kann. Mit der Auswahl von wenigen Items einer Schwierigkeit im Randbereich kann auch dort eine ausreichende Differenzierung erreicht werden (Mummendey et al., 2014).

2.6.1.2 Definition Varianz

Mit der Varianz $\sigma^2(x_i)$ eines Items x_i wird die durchschnittliche Abweichung aller Antworten auf diese Frage vom Mittelwert der Antworten angegeben. Sie lässt sich also als Maß der Streuung der Antworten um den Mittelwert ansehen.

Formel 2: Varianz (σ^2)

$$\sigma^2(x_i) = \frac{\sum_{v=1}^N (x_{iv} - \bar{x}_i)^2}{N}$$

Ein Item, das von allen befragten Personen gleich beantwortet wird (Varianz = 0), eignet sich nicht, um Unterschiede zwischen diesen Personen zu bestimmen (Fisher, 1919).

2.6.1.3 Definition Item-Selektivität

Die Itemselektivität wurde als korrigierte Item-zu-Skala Korrelation berechnet. Sie gibt für ein Item an, wie stark der jeweilige Einzelwert mit dem Gesamtkonstrukt korreliert (part-whole-Korrelation). Eine Itemselektivität bzw. Trennschärfe zwischen 0,3 und 0,7 ist erwünscht (Bühl, 2008; Streiner et al., 2015).

2.6.2 Reliabilität (Hypothese 1)

„Unter Reliabilität wird die Genauigkeit einer Messung verstanden. Ein Testverfahren ist perfekt reliabel, wenn die damit erhaltenen Testwerte frei von zufälligen Messfehlern sind. Das Testverfahren ist umso weniger reliabel, je größer die Einflüsse von zufälligen Messfehlern sind“ (Moosbrugger et al., 2012. S.120).

Die Reliabilität kann mit dem Reliabilitätskoeffizienten quantifiziert werden, welcher einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen kann. Ein Wert von 1 würde bedeuten, dass die Messung messfehlerfrei ist. Eine Möglichkeit, die Reliabilität zu messen, besteht in der Testhalbierungs-Methode. Hierbei wird der Test in zwei möglichst ähnliche Untertests unterteilt und die Korrelation der beiden Hälften berechnet. Eine Weiterführung dieser Methode stellt die Konsistenzanalyse dar, bei der jedes Item als einzelner Untertest angesehen wird. Je stärker die einzelnen Items untereinander und mit dem Gesamtwert

korrelieren, desto höher ist die interne Konsistenz des gesamten Tests. Dieses Phänomen wird auch mit Cronbachs Alpha beschrieben. Bei guten Tests sollte Cronbachs Alpha grösser als 0,80 sein (Moosbrugger et al., 2012).

2.6.3 Validität (Hypothese 2)

Laut Moosbrugger und Kelava ist „Ein Test [...] valide (gültig), wenn er das Merkmal, das er messen soll, auch wirklich misst und nicht irgendein anderes.“ Wenn ein Test eine hohe Validität hat, bedeutet das, dass das beobachtete Verhalten in der Testsituation einen Rückschluss auf das interessierende Verhalten außerhalb der Testsituation erlaubt (Moosbrugger et al., 2012, S.144).

Es gibt verschiedene Aspekte der Validität:

Die Kriteriumsvalidität erfasst, inwiefern ein zu messendes Konstrukt, z.B. die Frage zur Patientenzufriedenheit mit einem Aspekt des Aufklärungsgesprächs, mit der Messung eines Außenkriteriums, in unserem Fall einer globalen Abschlussbeurteilung der Qualität des Aufklärungsgesprächs, übereinstimmt. Der Durchschnitt der Patientenzufriedenheit mit den Teilaspekten des Aufklärungsgesprächs sollte die Gesamtbeurteilung der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch widerspiegeln, wenn von Kriteriumsvalidität der einzelnen Items ausgegangen werden soll (Moosbrugger et al., 2012). Konvergente und divergente Validität sind Subgruppen der Konstruktvalidität. Die Konvergente Validität zeigt, ob Konstrukte wie erwartet miteinander korreliert sind. Diskriminante Validität meint, dass Konstrukte, die eigentlich keine Beziehung zueinander haben sollten, dies auch nicht tun (John et al., 2000). Um die Konstruktvalidität zu überprüfen, wurde in dieser Studie ein Fragebogen (Technikbereitschaft-Skala) verwendet, welcher keinen Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch aufweist (Diskriminante Validität) (Cronbach et al., 1955).

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Die Stichprobe umfasste insgesamt n=189 Aufklärungsgespräche. Davon wurden n=6 Aufklärungsgespräche von Sorgeberechtigten oder gesetzlichen Vertreter des Patienten durchgeführt. In 94,2% (n=178) der Fälle füllten Arzt und Patient oder Sorgeberechtigte die Fragebögen aus, in 1,7% (n=11) der Fälle wurden die Fragebögen nur vom Patienten oder Sorgeberechtigte beantwortet.

Von den insgesamt n=189 Patienten waren 55,6% (n=105) weiblich und 44,4% (n=84) männlich. 87,8% (n=166) der Patienten befanden sich in stationärer Behandlung, 12,2% (n=23) wurden ambulant behandelt. Die Patienten waren zwischen 15 und 97 Jahre alt. 39,2% (n=74) waren 50 Jahre alt oder jünger, 60,8% (n=115) waren älter als 50 Jahre. Der Mittelwert des Alters lag bei 53,2 Jahren mit einer Standardabweichung von 20,3 Jahren. Eine genauere Altersverteilung findet sich in der Tabelle 2.

Tabelle 2: Alter der Patienten nach Gruppen

Alter des Patienten (5 Gruppen)	n	Prozentualer Anteil
1-19 Jahre alt	18	9,5
20-39 Jahre alt	35	18,5
40-59 Jahre alt	63	33,3
60-79 Jahre alt	60	31,7
79-100 Jahre alt	13	6,9
Gesamt	189	100

Die Patienten wurden in verschiedenen Abteilungen aufgeklärt (siehe Tab.3).

Tabelle 3: Verteilung zwischen den verschiedenen Abteilungen
(KJPP: Kinder und Jugendpsychiatrie)

Abteilungen	n	Prozentualer Anteil
Innere Medizin	56	29,6
Chirurgie	60	31,7
Anästhesie	68	37,0
KJPP	5	2,6
Gesamt	189	100

An der Studie nahmen ca. 50 verschiedene Ärzte teil. Die genaue Anzahl ist wegen der Anonymisierung nicht bekannt. 52,9% (n=100) der Aufklärungsgespräche wurden durch eine Ärztin, 41,3% (n=78) durch einen Arzt durchgeführt. Zu 5,8% (n=11) fehlen Angaben über das Geschlecht des Aufklärenden.

Die Patienten wurden über folgende Untersuchungen und Eingriffe aufgeklärt:

Tabelle 4: Themen der Aufklärungsgespräche und deren Häufigkeit.
(OP: Operation, TEP: Totalendoprothese, TEE: Transösophageale Echokardiographie, CV: Kardioversion, SM: Schrittmacher).

Thema	n	Prozentualer Anteil
Narkose	60	31,7
Gastroskopie/Koloskopie	29	15,3
OP zur Metallentfernung	21	11,1
Medikation	12	6,3
TEP Knie/Hüfte	11	5,8
Arthroskopie	9	4,8
OP bei Hallux Valgus	9	4,8
Keine Angabe	9	4,8
Andere OPs	6	3,2

Koroangiographie	5	2,6
Endosonographie	4	2,1
Bluttransfusion	4	2,1
TEE und CV	3	1,6
OP bei Muskelruptur	3	1,6
Punktion Pleura/Aszites	3	1,6
SM Implantation	1	0,5
Gesamt	189	100

3.2 Deskriptive Statistik

3.2.1 Itemanalyse

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Itemanalyse für den FZA (Arzt- und Patienten/Angehörige Version, vgl. 2.4.1. und 2.5.) tabellarisch dargestellt. Die Tabellen 5, 6 und 7 umfassen jeweils den Mittelwert (M), die Standardabweichung (σ), die Varianz (σ^2), die Item-Selektivität (IS) und den Schwierigkeitsindex (P_i)

Tabelle 5: Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch, der vom Patienten selbst ausgefüllt wurde.

M: Mittelwert, σ : Standardabweichung, σ^2 : Varianz, IS: Item-Selektivität (Korrigierte Item-Skala-Korrelation), P_i : Schwierigkeitsindex

		Frauen n=102					Männer n=82					Gesamt n=184				
I-tem#	Item-Inhalt	M	σ	σ^2	IS	P_i [%]	M	σ	σ^2	IS	P_i [%]	M	σ	σ^2	IS	P_i [%]
1	Qualität der Information	5,44	1,51	2,28	0,91	74,00	5,27	1,49	2,22	0,88	72,83	5,36	1,50	2,25	0,90	72,67
2	Verständlich vermittelt	5,48	1,41	1,99	0,91	74,67	5,35	1,54	2,37	0,93	72,50	5,43	1,47	2,16	0,92	73,83
3	Bedürfnissen entsprechen	5,43	1,49	2,22	0,91	73,83	5,27	1,50	2,25	0,94	71,17	5,36	1,50	2,25	0,92	72,67
4	Gelegenheit Fragen zu stellen	5,68	1,48	2,19	0,90	78,00	5,51	1,58	2,50	0,87	75,17	5,60	1,53	2,34	0,88	76,67
5	Ihre Anliegen eingegangen	5,63	1,42	2,02	0,94	77,17	5,40	1,48	2,19	0,91	73,33	5,52	1,45	2,10	0,92	75,33
6	Atmosphäre	5,44	1,44	2,07	0,87	74,00	5,27	1,44	2,07	0,91	72,83	5,36	1,44	2,07	0,89	72,67
7	Informationsstand nach Gespräch	5,46	1,42	2,02	0,93	74,33	5,23	1,51	2,28	0,91	70,50	5,36	1,46	2,13	0,92	72,67
8	Geholfen zu verstehen	5,46	1,44	2,07	0,90	74,33	5,18	1,56	2,43	0,93	69,67	5,34	1,50	2,25	0,91	72,33
9	Verstanden gefühlt	5,60	1,44	2,07	0,95	76,67	5,32	1,49	2,22	0,94	72,00	5,47	1,46	2,13	0,95	74,50
10	Hilfreich im Hinblick Entscheidungen	5,45	1,41	1,99	0,93	74,17	5,34	1,57	2,46	0,91	72,33	5,40	1,48	2,20	0,92	73,33
11	Insgesamt	5,61	1,46	2,13	0,94	76,83	5,43	1,47	2,16	0,92	73,83	5,53	1,47	2,16	0,93	75,50

Tabelle 6: Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch, der vom Betreuer/Sorgeberechtigten ausgefüllt wurde.
M: Mittelwert, σ : Standardabweichung, σ^2 : Varianz, IS: Item-Selektivität (Korrigierte Item-Skala-Korrelation), Pi: Schwierigkeitsindex

		Frauen n=3					Männer n=2					Gesamt n=5				
I-tem#	Item-Inhalt	M	σ	σ^2	IS	P _i [%]	M	σ	σ^2	IS	P _i [%]	M	σ	σ^2	IS	P _i [%]
1	Qualität der Information	4,00	2,00	4,00	1,00	50,00	6,00	0,00	0,00	0,00	83,33	4,80	1,79	3,20	0,98	63,33
2	Verständlich vermittelt	4,33	2,52	6,35	1,00	55,50	4,50	2,12	4,49	1,00	58,33	4,40	2,07	4,28	0,76	56,67
3	Bedürfnissen entsprechen	4,00	2,00	4,00	1,00	50,00	5,50	0,71	0,50	1,00	75,00	4,60	1,67	2,79	1,00	60,00
4	Gelegenheit Fragen zu stellen	4,33	1,52	2,31	0,99	55,50	6,00	0,00	0,00	0,00	83,33	5,00	1,41	1,99	0,97	66,67
5	Ihre Anliegen eingegangen	4,00	2,00	4,00	1,00	50,00	5,50	0,71	0,50	1,00	75,00	4,60	1,67	2,79	1,00	60,00
6	Atmosphäre	3,67	1,53	2,34	0,97	44,50	6,00	0,00	0,00	0,00	83,33	4,60	1,67	2,79	0,92	60,00
7	Informationsstand nach Gespräch	4,33	1,53	2,34	0,99	55,50	5,50	0,71	0,50	1,00	75,00	4,80	1,30	1,69	0,98	63,33
8	Geholfen zu verstehen	4,00	2,00	4,00	1,00	50,00	6,00	0,00	0,00	0,00	83,33	4,80	1,79	3,20	0,98	63,33
9	Verstanden gefühlt	4,33	1,53	2,34	0,99	55,50	5,50	0,71	0,50	1,00	75,00	4,80	1,30	1,69	0,98	63,33
10	Hilfreich im Hinblick Entscheidungen	3,67	1,53	2,34	0,97	44,50	5,50	0,71	0,50	1,00	75,00	4,40	1,52	2,31	0,96	57,67
11	Insgesamt	4,33	1,53	2,34	0,99	55,50	6,00	0,00	0,00	0,00	83,33	5,00	1,41	1,99	0,97	66,67

Tabelle 7: Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch (Arzt).

IS: Item-Selektivität (Korrigierte Item-Skala-Korrelation), M: Mittelwert, σ : Standardabweichung, σ^2 : Varianz, P_i : Schwierigkeitsindex,

		Ärztinnen n=100					Ärzte n=78					Gesamt n=178 (11 fehlend)				
Item #	Item Inhalt	M	σ	σ^2	IS	P_i [%]	M	σ	σ^2	IS	P_i [%]	M	σ	σ^2	IS	P_i [%]
1	Qualität der Information	5,59	1,30	1,68	0,83	76,50	5,74	1,25	1,57	0,92	79,00	5,65	1,27	1,62	0,87	77,50
2	Verständlich vermittelt	5,68	1,22	1,49	0,89	78,00	5,88	1,10	1,19	0,91	81,13	5,77	1,16	1,36	0,90	79,50
3	Bedürfnissen entsprochen	5,75	1,14	1,30	0,90	79,17	5,97	1,18	1,40	0,84	82,83	5,85	1,16	1,34	0,87	80,83
4	Gelegenheit Fragen zu stellen	5,77	1,25	1,57	0,92	79,50	6,05	1,12	1,24	0,86	84,17	5,89	1,20	1,43	0,89	81,50
5	Ihre Anliegen eingegangen	5,80	1,30	1,68	0,91	80,00	5,86	1,25	1,55	0,88	81,00	5,83	1,27	1,61	0,90	80,50
6	Atmosphäre	5,64	1,33	1,77	0,83	77,33	5,92	1,17	1,37	0,84	82,00	5,77	1,26	1,60	0,83	79,50
7	Informationsstand nach Gespräch	5,75	1,27	1,62	0,91	79,17	5,79	1,27	1,62	0,94	79,83	5,78	1,27	1,61	0,92	79,67
8	Geholfen zu verstehen	5,77	1,25	1,57	0,93	79,50	5,82	1,38	1,89	0,91	80,33	5,79	1,30	1,69	0,91	79,83
9	Verstanden gefühlt	5,83	1,22	1,48	0,91	80,50	5,79	1,27	1,62	0,90	79,83	5,82	1,23	1,52	0,90	80,33
10	Hilfreich im Hinblick Entscheidungen	5,64	1,24	1,53	0,90	77,33	5,76	1,26	1,59	0,90	79,33	5,69	1,24	1,54	0,90	78,17
11	Insgesamt	5,72	1,27	1,62	0,93	78,67	5,91	1,14	1,30	0,94	81,83	5,80	1,21	1,57	0,93	80,00

Tabelle 7 zeigt die Mittelwerte, Varianzen, Standardabweichung und Item-Selektivität - Schwierigkeitsindices des von den Ärzten ausgefüllten Fragebogens. In 11 Fällen lag nur von Patienten bzw. Betreuern/Sorgeberechtigten aber nicht von den Ärzten der ausgefüllte Fragebogen vor.

3.2.2 Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch

Untenstehende Tabelle 8 zeigt die Mittelwerte des FZA als Ausdruck der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch. Es wurde eine Aufteilung anhand des Weiterbildungsstandes des aufklärenden Arztes (Facharzt oder Arzt in Weiterbildung) und anhand der Muttersprache (Deutsch oder nicht Deutsch) vorgenommen. Die Mittelwerte liegen zwischen 5 (= richtig gut) und 6 (= sehr gut).

Tabelle 8: Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch

	Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch (Mittelwert)	Standardabweichung
Facharzt n=70 (39,5%)	5,91	1,225
Arzt in Weiterbildung n=107 (60,5%)	5,12	1,394
Deutsch als Muttersprache n=77 (44,0%)	5,77	1,234
Andere Muttersprache n=98 (56,0 %)	5,18	1,451
Frauen n=102 (54,84%)	5,47	1,371
Männer n=84 (45,16%)	5,32	1,393

Um den Zusammenhang zwischen der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch und dem Alter der Patienten zu erfassen, wurde im gesamten Kollektiv eine Pearson-Korrelation dieser beiden Variablen errechnet. Es findet sich eine geringe, aber

signifikante ($p = 0,007$, $r = -0,198$) Korrelation auf dem 5% Signifikanzniveau. Das bedeutet, es gibt eine negative Korrelation des Patientenalters mit der Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.

Die vom Arzt vermutete Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch war mit 5,80 (SD 1,21) höher als die tatsächliche Zufriedenheit des Patienten (5,40, SD 1,379). Dieser Unterschied zeigte sich im Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben signifikant ($p = 0,04$, $d = 0,156$).

3.2.3 Dauer der Aufklärung

Die Aufklärungsdauer reichte von 2 bis 60 Minuten, wobei fast die Hälfte der Aufklärungsgespräche zwischen 11 und 20 Minuten dauerten (siehe Tab. 9).

Tabelle 9: Dauer der Aufklärungsgespräche

Gesprächsdauer	n	Prozentualer Anteil
1-10 min	56	29,6
11-20 min	92	48,7
21-30 min	26	13,8
31-40 min	4	2,1
41-50 min	0	0,0
51-60 min	1	0,5
Keine Angabe	10	5,3
Gesamt	189	100

Da sowohl Dauer der Aufklärung als auch Weiterbildungsstand und Muttersprache des Arztes als Einflussgrößen auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch untersucht wurden, musste die durchschnittliche Dauer der Aufklärung in Abhängigkeit vom Weiterbildungsstand und von der Muttersprache des Arztes betrachtet werden (siehe Tab. 10).

Tabelle 10: Aufklärungsdauer in Abhängigkeit von Weiterbildungsstand und Muttersprache des Arztes

	Dauer der Aufklärungsgespräche	
	Mittelwert (min)	Standardabweichung (min)
Deutsche Muttersprache (n=78)	19,6	7,78
Anderer Muttersprache (n=99)	15,1	8,21
Facharzt (n=70)	20,2	8,92
Arzt in Weiterbildung (n=109)	14,8	7,34

Es zeigte sich im Mann-Whitney-U-Test, dass im vorliegenden Kollektiv Fachärzte signifikant ($p < 0,001$, $d = 0,282$) länger aufklärten als Ärzte in Weiterbildung. Außerdem klärten Ärzte mit deutscher Muttersprache signifikant ($p < 0,001$, $d = 0,279$) länger auf als Ärzte mit anderer Muttersprache. Der Effekt dieser Gruppenvergleiche war gering.

3.2.4 Muttersprache und Weiterbildungsstand des Arztes

Um unterschiedliche Häufigkeiten von Fachärzten und Ärzten in Weiterbildung bei den Ärzten mit deutscher und anderer Muttersprache zu ermitteln, wurde eine Kreuztabelle dieser Variablen erstellt (vgl. Tab.11).

Tabelle 11: Verteilung der Aufklärungsgespräche nach dem Weiterbildungsstand bzw. der Muttersprache des durchführenden Arztes.

Muttersprache des Arztes	Weiterbildungsstand des Arztes		
	Facharzt	Arzt in Weiterbildung	Gesamt
Deutsch	n=49	n=29	n=78
Anderer Muttersprache	n=20	n=79	n=99
Gesamt	n=69	n=108	n=177

Der Chi-Quadrat-Test zeigte, dass in der Gruppe der Fachärzte signifikant ($p < 0,001$, $\Phi = 0,434$) mehr Ärzte mit deutscher Muttersprache waren als bei den Ärzten in Weiterbildung.

3.2.5 Tb-Skala

Die Ergebnisse der Tb-Skala lagen im gesamten Kollektiv im Mittel bei 10,44 mit einer Standardabweichung von 6,77. Um Zusammenhänge der Technikbereitschaft mit dem Alter der Patienten zu erfassen, wurde eine Pearson-Korrelation dieser beiden Variablen errechnet. Es zeigte sich eine signifikante ($p < 0,001$, $r = -0,298$) Korrelation. Das bedeutet, dass jüngere Patienten eine größere Technikbereitschaft aufwiesen.

3.3 Reliabilität und Validität des FZA

3.3.1 Reliabilität (Hypothese 1)

Um die Reliabilität des verwendeten Fragebogens zu bestimmen, wurde Cronbachs Alpha berechnet. Die Tabelle 12 gibt für die Items der beiden FZA-Versionen (Patient- und Arzt-Fragebogen) das jeweilige Cronbachs Alpha an. Der Gesamtwert des Patientenfragebogens lag bei 0,983, sodass sich eine hohe Reliabilität ergibt. Beim Arztfragebogen ergab sich ein ebenfalls hohes Cronbachs Alpha von 0,976. Somit kann die Hypothese 1 bestätigt werden.

Tabelle 12: Cronbachs Alpha des FZA

Frage des Patienten-Fragebogens	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Frage des Ärzte-Fragebogens	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
1	0,982	1	0,975
2	0,981	2	0,974
3	0,981	3	0,974
4	0,982	4	0,974

5	0,983	5	0,974
6	0,982	6	0,976
7	0,981	7	0,973
8	0,981	8	0,973
9	0,980	9	0,974
10	0,981	10	0,974

3.3.2 Validität (Hypothese 2)

Wie in Punkt 2.6.3 erörtert, kann Kriteriumsvalidität eines Fragebogens gezeigt werden, indem eine Korrelation des Durchschnitts aller Fragen zur Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch mit der globalen Abschlussbeurteilung der Qualität des Aufklärungsgesprächs berechnet wird. Diese Abschlussbewertung wurde über die Frage 11 „Wie bewerten Sie die Qualität des Aufklärungsgesprächs insgesamt?“ erhoben. Die entsprechende Pearson-Korrelation ist signifikant ($p < 0,001$) mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = 0,933$, sodass klar von Kriteriumsvalidität ausgegangen werden kann.

Zur Überprüfung der diskriminanten Validität wurden die Konstrukte Technikbereitschaft und Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch verglichen. Hierzu wurde eine Pearson-Korrelation der Ergebnisse der Tb-Skala mit dem Durchschnittsergebnis des FZA errechnet. Es zeigte sich eine signifikante und gering ausgeprägte Korrelation ($p = 0,001$, $r = 0,255$) und somit keine Unabhängigkeit der beiden verglichenen Konstrukte. Daher kann die Hypothese 2 nur teilweise bestätigt werden.

3.4 Gruppenvergleiche und korrelative Analyse der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch

3.4.1 Muttersprache des Arztes (Hypothese 3)

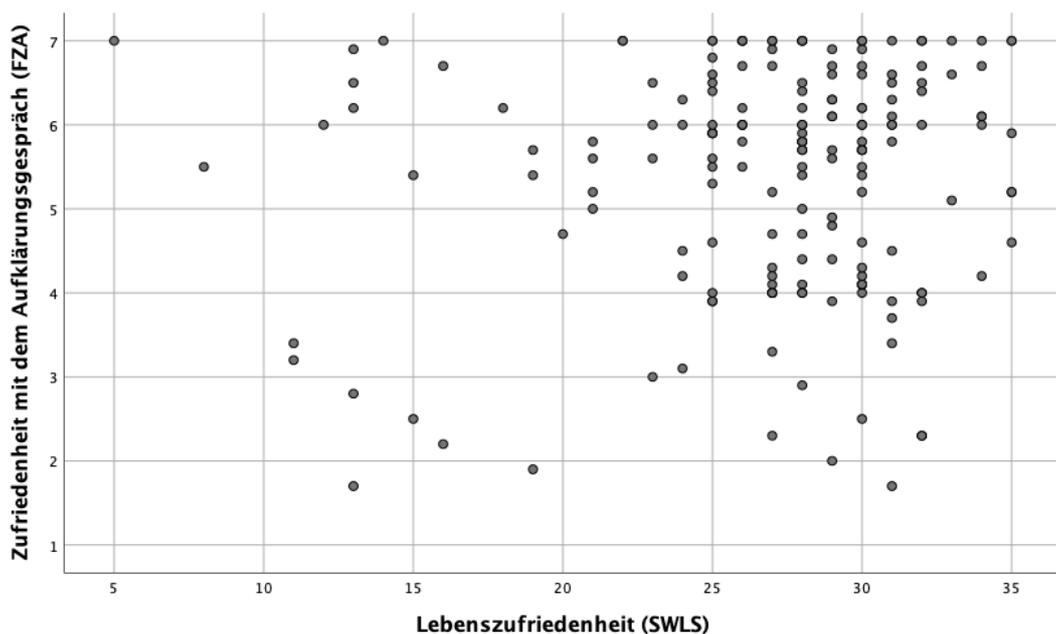
Die Patienten waren etwas zufriedener mit Aufklärungsgesprächen von Ärzten, welche Deutsch als Muttersprache angaben, verglichen mit Ärzten, die eine andere

Muttersprache angegeben hatten (vgl. 3.2.2, Tabelle 8). Der Mann-Whitney-U-Test zeigte eine Signifikanz dieses Unterschieds ($p = 0,005$), wobei sich nur eine kleine Effektstärke von $d = 0,214$ ergab. Die Hypothese 3 konnte somit bestätigt werden.

3.4.2 Allgemeine Lebenszufriedenheit (Hypothese 4)

Grafik 2 zeigt die Ergebnisse der allgemeinen Lebenszufriedenheit (SWLS) und der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch (FZA). Es wurde eine Pearson-Korrelation berechnet, die einen auf dem 10% Signifikanzniveau signifikanten ($p = 0,095$), jedoch mit $r = 0,099$ sehr schwachen Zusammenhang der beiden Variablen zeigte. Es fiel generell eine Häufung von Angaben in hohen Zufriedenheitsbereichen auf. Somit konnte die Hypothese 4 bestätigt werden.

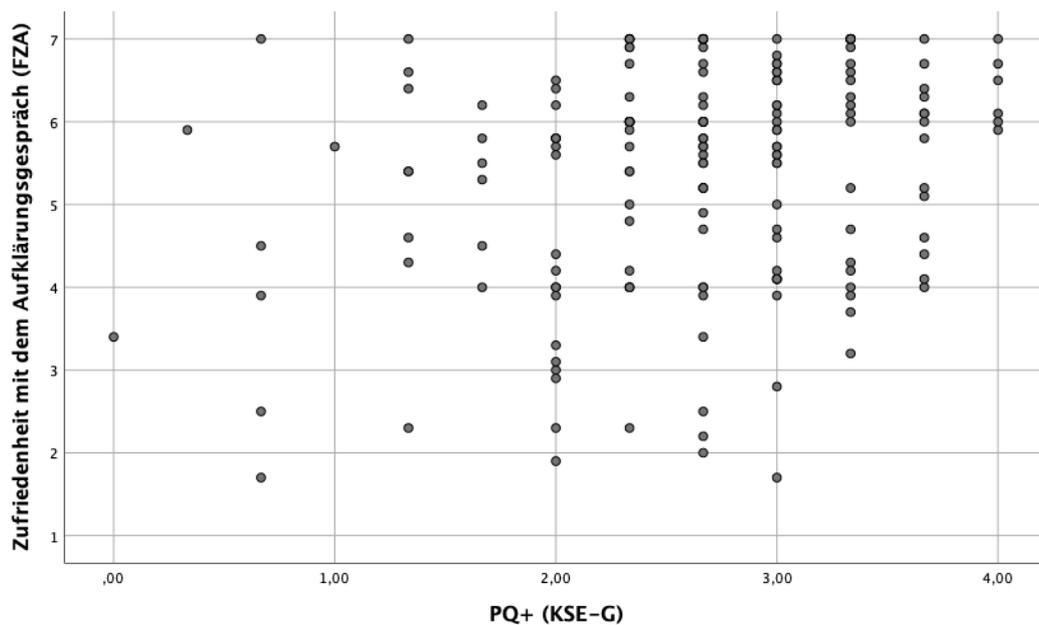
Grafik 2: Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.



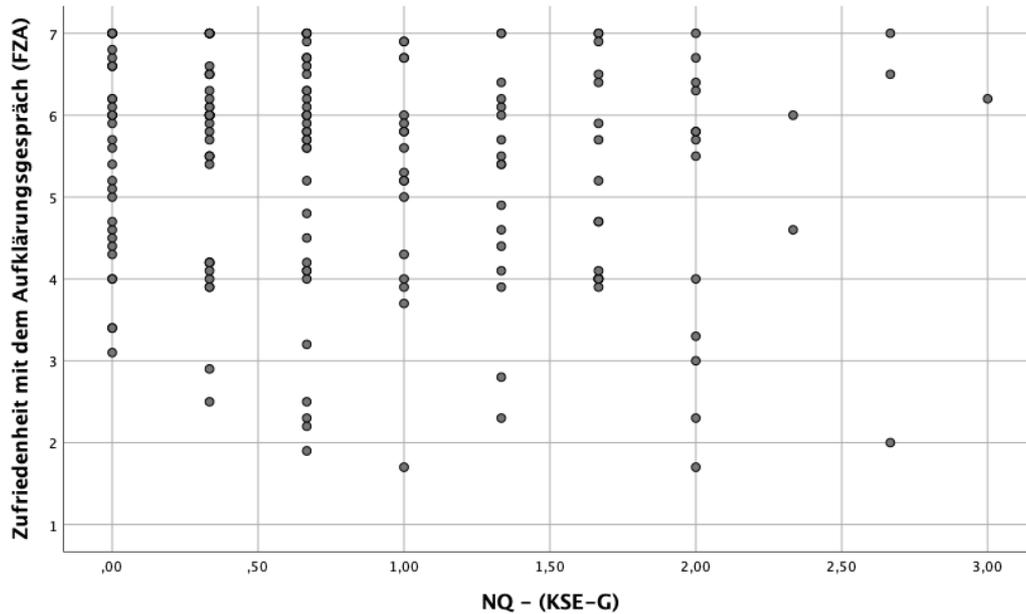
3.4.3 Moralistisches Bias (Hypothese 5)

Zur Untersuchung des Einflusses eines individuellen moralistischen Bias auf die Angaben zur Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch wurde eine Pearson Korrelation für die Ergebnisse der KSE-G (PQ+ und NQ-) und den FZA berechnet. Bei PQ+ ergab sich eine signifikante ($p < 0,001$) Korrelation auf dem 10% Signifikanzniveau mit geringem Korrelationskoeffizienten von $r = 0,251$. Es scheint somit einen schwach ausgeprägten Zusammenhang zwischen der Neigung, eigene positive Qualitäten zu übertreiben und der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch zu geben. Bei NQ- (Minimierung negativer Qualitäten) ergab sich keine Signifikanz ($p = 0,111$) der Korrelation. Insgesamt konnte somit die Hypothese 5 in Teilen bestätigt werden.

Grafik 3: Korrelation zwischen PQ+ und Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.



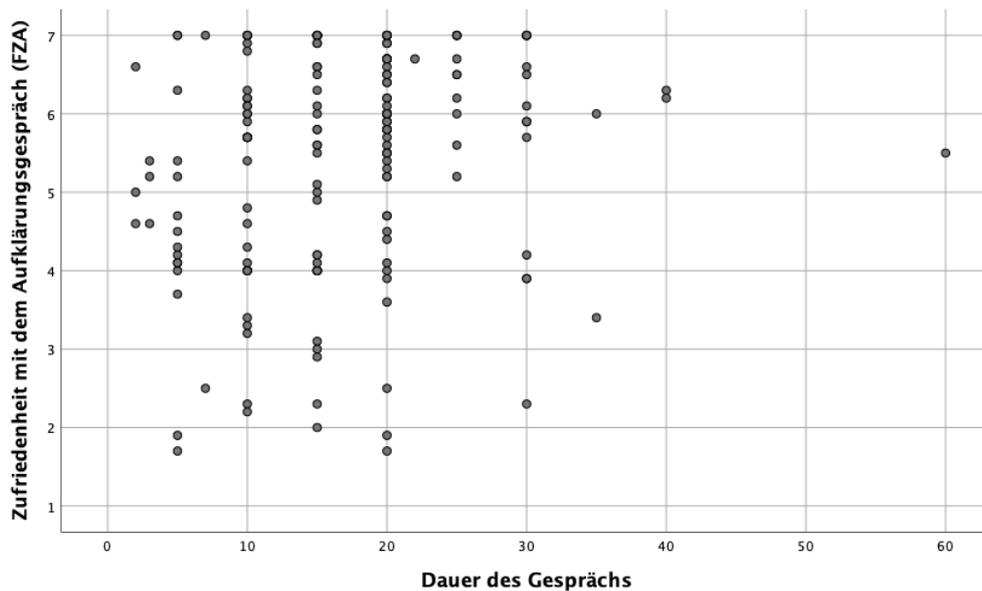
Grafik 4: Korrelation zwischen NQ - und Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.



3.4.4 Dauer des Aufklärungsgesprächs (Hypothese 6)

Um den Einfluss der Dauer der Aufklärung auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch zu untersuchen, wurde eine Pearson-Korrelation der Gesprächsdauer mit dem Gesamtwert des FZA berechnet. Es ergab sich eine auf dem Signifikanzniveau von 5% signifikante ($p = 0,002$), jedoch schwache, positive Korrelation von $r = 0,211$. Somit konnte die Hypothese 6 bestätigt werden.

Grafik 5: Korrelation zwischen Dauer des Gesprächs und Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.



3.4.5 Weiterbildungsstand des aufklärenden Arztes (Hypothese 7)

Um herauszufinden, ob der Weiterbildungsstand des Arztes einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch hat, wurden die FZA-Ergebnisse der Patienten, die von einem Facharzt aufgeklärt wurden, mit denen, die von einem Arzt in Weiterbildung aufgeklärt wurden, verglichen. Der Mann-Whitney-U-Test zeigte eine statistisch signifikant ($p < 0,001$) höhere Zufriedenheit mit Aufklärungsgesprächen durch einen Facharzt mit geringer Effektstärke von $d = 0,288$. Somit konnte die Hypothese 7 bestätigt werden.

Es ist jedoch anzumerken, dass zwischen Fachärzten und Ärzten in Weiterbildung ein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich der Aufklärungsdauer bestand (vgl. 3.2.3), für die auch eine Assoziation mit der Patientenzufriedenheit gezeigt werden konnte. Außerdem waren unter den betrachteten Fachärzten signifikant ($p < 0,001$) mehr Ärzte mit deutscher Muttersprache, für die ebenfalls eine höhere Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch gezeigt werden konnte als bei Ärzten mit anderer Muttersprache.

3.4.6 Unterschied zwischen tatsächlicher Patientenzufriedenheit und vom Arzt vermuteter Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch (Hypothese 8)

Es sollte herausgefunden werden, ob eine Diskrepanz zwischen der tatsächlichen und der vom Arzt wahrgenommenen Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch bestand. Hierzu wurden die FZA-Ergebnisse des Patientenfragebogens und des Arztfragebogens verglichen. Es zeigte sich, dass die Ärzte die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch durchschnittlich um ca. 0,4 Punkte höher vermuteten als tatsächlich eingeschätzt. Der t-Test für verbundene Stichproben zeigte eine Signifikanz dieses Unterschieds ($p = 0,004$) bei geringer Effektstärke von $d = 0,152$, sodass die Hypothese 8 bestätigt werden konnte.

3.5 Bewertung der Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch

Wie gezeigt, haben sowohl die Dauer des Aufklärungsgesprächs als auch die Muttersprache und der Weiterbildungsstand des aufklärenden Arztes einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch. Um eine Einschätzung zu treffen, welche dieser Variablen am wichtigsten für die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch ist, wurde eine binäre Aufteilung vorgenommen in Patienten, deren Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch im Mittel „schlecht“ bis „richtig gut“ (1-5 Punkte) war, und solche, die „sehr gut“ bis „bestens“ (6-7 Punkte) mit der Aufklärung zufrieden waren. Untenstehende Tabelle 13 gibt die entsprechenden Häufigkeiten im Studienkollektiv an.

Tabelle 13: Binäre Aufteilung der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch

Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch	Häufigkeit (n = 183)	Prozent
„schlecht“ bis „richtig gut“ (1-5 Punkte)	n = 63	33,3%
„sehr gut“ bis „bestens“ (6-7 Punkte)	n = 126	66,7%

Außerdem erfolgte die Abstufung der Gesprächsdauer in 5-Minuten-Schritten. Anschließend wurde mittels binär logistischer Regression die Odds-Ratio zwischen den drei o.g. Variablen und der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch errechnet (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Odds Ratios von verschiedenen Variablen

	Odds Ratio
Gesprächsdauer	1,455
Muttersprache des Arztes	1,913
Weiterbildungsstand des Arztes	4,288

Die Odds-Ratio gibt in diesem Fall an, um wieviel höher die Wahrscheinlichkeit ist, dass der Patient in der Gruppe der zufriedeneren Patienten (Zufriedenheitswerte von 6-7) einzuordnen ist, wenn der aufklärende Arzt Facharzt war, Deutsch als Muttersprache

angab oder die Dauer des Aufklärungsgespräches um 5 Minuten länger war. Es zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit, einen Patienten in die Gruppe der zufriedeneren Patienten (Zufriedenheitswerte von 6-7) einzuordnen am meisten durch den Weiterbildungsstand des Arztes beeinflusst wird.

4. Diskussion der Ergebnisse

Ziel der vorliegenden Studie war es, eine standardisierte Analyse der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch vor medizinischen Eingriffen, Medikamentengabe, Operationen und Narkosen sowie möglicher Einflussfaktoren zu bieten. Hiermit soll u.a. ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung geleistet werden, indem Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit identifiziert werden.

4.1 Fragebogen

Es galt zunächst, ein angemessenes Testinstrument zu wählen, welches valide und reliabel das zu messende Konstrukt der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch erfassen kann. Mit dem FZA stand ein solches Testinstrument bereits zu Verfügung. Aufbauend auf den Befunden von Wallem (2021) fand für die vorliegende Arbeit eine genauere Differenzierung im positiven Bereich der Zufriedenheitswerte statt. Mittels Konsistenzanalyse konnte die Reliabilität des so entstandenen und verwendeten Fragebogens belegt werden. Es zeigte sich allerdings eine schlechte Item-Selektivität mit hohen Werten von Cronbachs Alpha, die auf eine Redundanz von Items hinwies. Die Kriteriumsvalidität konnte durch die Korrelation des Durchschnitts der Zufriedenheit mit Teilaspekten des Aufklärungsgesprächs mit einer globalen Abschlussfrage zur Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch gezeigt werden. Für zukünftige Studien sollte daher geprüft werden, ob der Fragebogen bezüglich Items zur Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch deutlich gekürzt werden kann. Außerdem könnte es sinnvoll sein, mehr Differenzierungsstufen bei der Zufriedenheit (z.B. 1-10, gar nicht bis maximal zufrieden) zu verwenden. Möglicherweise reicht auch nur die globale Abschlussfrage zur Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch mit einer dichotomen Aufteilung (zufrieden oder nicht zufrieden).

Demgegenüber gelang es nicht, die Konstruktvalidität des Fragebogens zu belegen, da die Konstrukte Technikbereitschaft und Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch nicht unabhängig voneinander waren. Eine mögliche Erklärung des Zusammenhangs von Technikbereitschaft mit der Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch ergibt sich durch den Zusammenhang dieser beiden Variablen mit dem Alter der Patienten. Wie in Punkt 3.2.2 und 3.2.5 gezeigt, nimmt sowohl die Technikbereitschaft als auch die Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch mit dem Alter ab. Somit kann es sich bei dem Alter der Patienten um die konfundierende Variable handeln, die dazu führt, dass die diskriminante Validität des verwendeten Fragebogens nicht bestätigt werden konnte. Wie schon in früheren Untersuchungen festgehalten (vgl. 1.3.3.1, Tabelle 1) besteht insgesamt häufig eine hohe bis sehr hohe Patientenzufriedenheit mit Aufklärungsgesprächen. Auch in der vorliegenden Arbeit fand sich mit im Mittel 5,4 von 7 Punkten auf der Zufriedenheitsskala ein hoher Zufriedenheitswert. Aufgrund der o.g. Anpassung des Fragebogens fielen die Werte im Mittel jedoch 0,64 niedriger aus als in der Pilotstudie von Wallem (2021) (vgl. 1.3.3.1, Tabelle 1), sodass die angestrebte bessere Differenzierbarkeit im positiven Bereich erreicht werden konnte.

4.2 Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch

4.2.1 Patientenbezogene Einflussfaktoren

Es ließen sich patientenbezogene Eigenschaften identifizieren, die mit einer höheren oder niedrigeren Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch einhergingen. Hierbei ist zu beachten, dass die gefundenen Korrelationen im betrachteten Patientenkollektiv gering ausgeprägt waren.

Zunächst fiel eine signifikante und negative Korrelation des Alters mit der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch auf (vgl. 3.2.2). Wie in Punkt 1.3.3.1 beschrieben, kann das Alter eine Barriere für die Informationsübermittlung im Arzt-Patienten-Gespräch darstellen. Dies kann die Qualität der Informationen negativ beeinflussen und somit zu einer Abnahme der Zufriedenheit führen.

Des Weiteren fand sich eine signifikante, positive Korrelation des individuellen moralistischen Bias mit der Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch (Hypothese 5).

Definitionsgemäß bildet das moralistische Bias eine Antwortverzerrung durch soziale Erwünschtheit ab. Durch die vorliegende Studie wurde gezeigt, dass der Effekt sozialer Erwünschtheit sich auch in höheren Werten der Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch niederschlägt.

Der Einfluss einer höheren eigenen Lebenszufriedenheit auf die gemessene Patientenzufriedenheit konnte in der Literatur bereits mehrfach belegt werden und wurde durch die aktuelle Studie repliziert (vgl. 1.3.2). Auf der Grundlage der bisherigen Literatur dürfte ein generell positiver Blick bei Menschen mit höherer Lebenszufriedenheit ursächlich sein, der auch zu einer besseren Bewertung des Aufklärungsgesprächs führt (vgl. 1.3.2).

4.2.2 Arztbezogene Einflussfaktoren

Durch die vorliegende Arbeit konnten Aspekte auf der Seite des aufklärenden Arztes identifiziert werden, die einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch ausübten. Wie auch bei den patientenbezogenen Einflussfaktoren waren die Korrelationen im betrachteten Kollektiv schwach ausgeprägt.

Die größte Effektstärke fand sich für den Weiterbildungsstand des aufklärenden Arztes, gefolgt von der Muttersprache und der längeren Dauer des Aufklärungsgespräch (vgl. Hypothesen 3, 6 und 7). Dementsprechend war auch die Odds-Ratio, der Patientengruppe mit hoher Zufriedenheit anzugehören bei der Aufklärung durch einen Facharzt im Vergleich zu den anderen Einflussfaktoren am größten (vgl. 3.5). Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass die Faktoren untereinander nicht unabhängig waren und Fachärzte im betrachteten Kollektiv signifikant länger aufklärten als Ärzte in Weiterbildung.

Reuter (2016) berichtete ebenfalls von höherer Zufriedenheit bei längerer Aufklärung. Hier klärten jedoch Fachärzte kürzer auf als Ärzte in Weiterbildung und erreichten damit geringere Zufriedenheitswerte, weshalb Reuter (2016) schlussfolgerte, dass die Dauer und nicht der Weiterbildungsstand wichtiger für die Patientenzufriedenheit mit der Aufklärung ist. Wallem (2021) fand bei einem kinder- und jugendpsychiatrischen Patientenkollektiv (n=30 (47,6%) zwischen 6 und 11 Jahren und n=28 (44,4%) zwischen 12 und 17 Jahren) eine Abnahme der Zufriedenheit mit höherer Aufklärungsdauer. Bei Wallem (2021) war die Gesamtdauer im Vergleich zum hier betrachteten Kollektiv jedoch deutlich länger (zwischen 15 und 90 min, davon n= 48 (76,2%) zwischen 21 und 50 min).

Somit lässt sich insgesamt vermuten, dass die Zufriedenheit mit der Aufklärung zwar initial mit der Dauer zunimmt, ab einer gewissen Zeit jedoch wieder abnimmt. Auch muss beachtet werden, dass im betrachteten Patientenkollektiv eine überwiegende Anzahl von älteren Patienten aus vorwiegend somatischen medizinischen Disziplinen betrachtet wurde. Diese könnten insbesondere einer längeren Gesprächsdauer einen höheren Wert beimessen als Kinder und Jugendliche in Anwesenheit ihrer Eltern, deren Aufmerksamkeit ggf. geringer ausgeprägt ist.

Bezüglich der Muttersprache des aufklärenden Arztes konnten keine bisherigen strukturierten Untersuchungen zum Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Aufklärung gefunden werden. Die vorliegende Studienarbeit gibt erste Hinweise darauf, dass ein ausländischer Akzent oder Fehler der deutschen Sprache zu einer messbaren Reduktion der Patientenzufriedenheit führen könnten.

4.3 Implikationen für die Praxis

Folgende Faktoren haben nach den Ergebnissen dieser Studie Einfluss auf die Patientenzufriedenheit mit der Aufklärung: Dauer des Gesprächs, Muttersprache des Arztes und Weiterbildungsstand des Arztes. Daraus ergeben sich folgende Implikationen für die Praxis:

- 1) Zunächst sollten Ärzte zwecks höherer Patientenzufriedenheit einen angemessenen Zeitrahmen für die Aufklärung einplanen. Im vorliegenden Kollektiv wählten mehr als drei Viertel der Ärzte eine Aufklärungsdauer zwischen 1 und 20 Minuten (vgl. 3.2.3). Ein Großteil der Ärzte schätzt diesen Zeitrahmen also von sich aus als angemessen ein, nicht nur im Hinblick auf die Patientenzufriedenheit, sondern auch auf die jeweilige Arbeitsbelastung. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass eine individuelle Anpassung der Aufklärungsdauer an das Alter der Patienten erfolgen sollte. Hierzu kann es hilfreich sein, Patienten vorab zu ihren Präferenzen zu befragen.
- 2) Auf der Grundlage der Studienergebnisse kann auch eine Steigerung der Patientenzufriedenheit durch die Aufklärung durch einen Facharzt erreicht werden, sofern dieser ausreichend lange aufklärt. Der bezeichnende Unterschied zwischen Ärzten in Weiterbildung und Fachärzten ist der durch die Facharztprüfung erbrachte Nachweis ausreichender Kenntnisse im Fachgebiet

sowie einer Mindestanzahl durchgeführter Interventionen. Z.B. werden mindestens 200 Endoskopien für den Facharzt Innere Medizin, 1800 selbständige durchgeführte Anästhesieverfahren für den Facharzt Anästhesie oder mindestens 200 operative Eingriffe an den Extremitäten für den Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie gefordert (Bayerische Landesärztekammer, 2022). Als Implikation für die Praxis lässt sich ableiten, dass eine ausreichende Vertrautheit des Arztes mit dem aufzuklärenden Eingriff vorliegen sollte, um eine hohe Patientenzufriedenheit sicherzustellen. Das stünde auch im Einklang mit den gesetzlichen Anforderungen an die Aufklärung (vgl. 1.2).

Höhere Patientenzufriedenheit könnte folglich von Krankenhäusern durch entsprechende interne Vorgaben erreicht werden. Hierbei könnte gefordert werden, dass der aufklärende Arzt unabhängig von seinem Weiterbildungsstand eine Mindestanzahl der jeweiligen Intervention selbst durchgeführt hat. Als Orientierung kann die o.g. zahlenmäßige Vorgabe der Bayerischen Landesärztekammer dienen. Außerdem würde innerhalb der Weiterbildungsstruktur ein Anreiz geschaffen, Ärzten in Weiterbildung zügig und ausreichend die Möglichkeit zum Erlernen von Eingriffen und Interventionen zu bieten, um sie für Aufklärungen einsetzen zu können.

- 3) An eingewanderte Ärzte wird die Anforderung einer Fachsprachenprüfung mit Nachweis eines Mindestniveaus der deutschen Sprache gestellt. Dennoch könnte es sein, dass in der klinischen Praxis eine Sprachbarriere zwischen Arzt und Patient besteht. Eine solche tatsächlich bestehende Sprachbarriere könnte zu einer geringeren Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch führen. Dem könnte durch die Verwendung von Hilfsmitteln begegnet werden. Ärzte mit anderer Muttersprache könnten die Vermittlung der Information durch Abbildungen und Vorlagen verbessern. In der Erfahrung der Autorin dieser Arbeit sind die üblichen Aufklärungen bereits mit den wichtigsten Bildern und schematischen Darstellungen ausgestattet. Deren verstärkter Einsatz kann die nicht sprachliche Informationsübermittlung erheblich vereinfachen. Außerdem könnte die Aufklärung als obligatorischer Teil der Fachsprachenprüfung eingeführt werden. Aktuell besteht die Fachsprachenprüfung aus einem Arzt-Patientengespräch sowie einem Arzt-Arzt Gespräch (Bayerische

Landesärztekammer, 2022). Dabei übernimmt der Prüfer jeweils die Rolle eines ärztlichen Kollegen oder die eines Patienten, der anamnestiziert werden soll. An dieser Stelle könnte bei der Prüfung auch eine Demonstration einer Aufklärung durch den Prüfling erfolgen. Hiermit könnte die Fähigkeit des Arztes sichergestellt werden, eine gesetzeskonforme Aufklärung durchzuführen, die auch mit hoher Patientenzufriedenheit einhergeht.

5. Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Patienten in dieser Studie eine hohe Zufriedenheit mit den Aufklärungsgesprächen angaben. Hierzu könnten u.a. eine hohe allgemeine Lebenszufriedenheit, sowie die Tendenz der Patienten zu positiven Zufriedenheitsangaben in der Befragung beigetragen haben.

Bezüglich der arztbezogenen Einflussfaktoren können eine angemessene Gesprächsdauer, Facharztstatus als auch deutsche Muttersprache des aufklärenden Arztes einen positiven Einfluss auf die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch ausüben. Zur sicheren Bewertung, welche dieser Faktoren besondere Wichtigkeit besitzt, bedarf es weiterer Untersuchungen, die die Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch in Abhängigkeit von der Gesprächsdauer bei Gruppen von Ärzten untersuchen, die sich hinsichtlich der Verteilung des Weiterbildungsstandes und der Muttersprache nicht signifikant unterscheiden.

Auf Basis der vorliegenden Studienergebnisse können allgemeine Empfehlungen für das Aufklärungsgespräch gegeben werden. Hier sind ein angemessener Zeitrahmen und ausreichende Kenntnis über die geplante Intervention wesentlich. Ferner sollte der Einsatz von Informationen in bildlicher oder Video-Form geprüft werden, wenn eine Sprachbarriere zwischen Arzt und Patient vorliegen könnte.

6. Literaturverzeichnis

- A Vo, T., Ngai, P. & P Tao, J. (2018). A randomized trial of multimedia-facilitated informed consent for cataract surgery. *CliOphthalmol.* 12, S. 1427–1432.
- Bartels, M. (2015). Genetics of wellbeing and its components satisfaction with life, happiness, and quality of life: A review and meta-analysis of heritability studies. *Behavior Genetics* 45(2), S. 137-156.
- Bayerische Landesärztekammer (2022). Qualifikationen nach der Weiterbildungsordnung. Unter: <https://www.blaek.de/weiterbildung/qualifikationen-nach-der-weiterbildungsordnung>, (abgerufen am 01.10.2022)
- Bayerische Landesärztekammer (2022). Verfahrensordnung für Sprachtests bei Anträgen auf Erleitung einer ärztlichen Berufszulassung. Unter: <https://www.blaek.de/kammerrecht/verfahrensordnung-fuer-sprachtests-bei-antraegen-auf-erteilung-einer-aerztlichen-berufszulassung/verfahrensordnung-fuer-sprachtests-bei-antraegen-auf-erteilung-einer-aerztlichen-berufszulassung>
- Bellebaum, A. et al. (1992). Glück und Zufriedenheit. Ein Symposion. Springer. S.49-85.
- Berry, W.D. (1993). Understanding Regression Assumptions. Newbury Park: Sage Publications. S.47.
- Briegel, W. (2018). Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Aufklärung (FZA), erste Auflage.
- Bühl, A. (2008). SPSS Versio16: Einführung in die moderne Datenanalyse (Pearson Studium-Scientific Tools).
- Bundesamt für Justiz (2013). Bürgerliches Gesetzbuch § 630e Aufklärungspflichten. Unter <https://buengerliches-gesetzbuch.net/paragraph-630e>, (abgerufen am 17.07.2020)
- Bundesärztekammer, B. (2018). (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. § 8. Unter

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf, (abgerufen am 17.07.2020)

- Busse, R. & Riesberg, A. (2005): Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland, Kopenhagen, MWV, Med.-wiss. Verl.-Ges. S.1-14.
- Caputo, A. (2017). Social Desirability Bias in self-reported well-being Measures: Evidence from an online survey. *Universitas Psychologica*, 16 (2), S.1-13.
- Cronbach, L. J. & Meehl, Paul. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, S.281–302.
- Dalla-Vorgia, P., Lascaratos, J., Skiadas, P., & Garanis-Papadatos, T. (2001). Is consent in medicine a concept only of modern times? *Journal of Medical Ethics*, 27 (1), S.59-61.
- Daugherty, C., Rattain, M. J., Groehowski, E. et al. (1995) Perceptions of cancer patients and their physicians involved in phase I trials. *J Clin Oncol* 13, S.1062-1072.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, S.71-75.
- Diener, E. (2006). Understanding Scores on the Satisfaction with Life Scale. Copyright bei Ed Diener, 13, S.1-3.
- Dürr, D., Froemel, A. & Kolb, M. (2016). Einführung in die Wahrscheinlichkeitstheorie als Theorie der Typizität: Mit einer Analyse des Zufalls in Thermodynamik und Quantenmechanik. Springer Spektrum. S.151.
- Eckert, H., Böhmer, K, & Resch, K.-L. (2000). Patientenzufriedenheit-Kundenzufriedenheit: Kritische Gedanken zu einem wichtigen Parameter der interne Qualitätssicherung. 10 (02), S.37-42.
- Entringer, E., Kröger, H., Schupp, J., Kühne, L., Goebel, J., Grabka, M.M., Graeber, D., Kroh, M., Schröder, C., Seebauer, J. & Zinn, S. (2020). Psychische Krise durch Covid-19? Sorgesinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil. ISOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, S.16.
- Ell, C. (2020). Dokumentierte Patientenaufklärung. Herausgeber: Thieme Compliance GmbH. Juristische Beratung: RA Dr. jur. A. Schwerdtfeger.

- El-Wakeel, H., Taylor, G.J., & Tate, J.J. (2006). What do patients really want to know in an informed consent procedure? A questionnaire-based survey of patients in the Bath area, UK. *J Med Ethics*, 32 (10), 612-616.
- Eurostat projection. 2008. Archive: Population projections. Unter: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Population_projections&oldid=59201#Population_ageing_is_a_common_process, (abgerufen am 20.07.2020)
- Faghanipour, S., Joolae, S., & Sobhani, M. (2014). Surgical informed consent in Iran--how much is it informed? *Nurs Ethics.*, 21(3), S.314-322.
- Fahrmeir, L., Heumann, C., Künstler, R., Pigeot, I. & Tutz, G. (2016). *Statistik: Der Weg zur Datenanalyse*. Springer Lehrbuch.
- Falagas, M.E., Korbila, I.P., Giannopoulou, K.P., Kondilis, B.K., & Peppas, G. (2009). Informed consent: how much and what do patients understand? *Am J Surg.*, 198(3), S. 420-35.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*.
- Fischer, A. (2015). *Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. Kozepte, Methoden, Implimentierung*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S.213-225.
- Fisher, R.A. (1919). The Correlation Between Relatives on the Supposition of Mendelian Inheritance. *Transactions of the Royal Society of Edinburgh*, 52(02), S.339-433.
- Giampieri, M. (2012). Communication and informed consent in elderly people. *Minerva Anestesiol.* 78 (2), S.236-242.
- Glaesmer, H. , Grande, G. , Braehler, E.& Roth, M. (2011). The German Version of the Satisfaction with Life Scale- Psychometric, Properties and Population based norms. *European Journal of Psychological Assessment.* 27(2), S.127-132.
- Hallock, J.L., Rios R., & Handa V.L. (1999). Patient satisfaction and informed consent for surgery. *SemiOncol Nurs*, 15(2), S.81-88.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J.C. (2000). *MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2*. Deutsche Bearbeitung von Rolf R. Engel. Bern: Huber.
- Hecht, K. (2010). *Analyse der Patientenzufriedenheit am Beispiel eines*

Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung. S.13-16.

- Herschbar, P. (2002). Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung. Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 52 (3-4), S.141-150.
- Hewlett, S. (1996). Consent to clinical research Adequately voluntary or substantially influenced? d Med Ethics 22, S.232- 237.
- Hopkins, W.G. (1997). New view of statistics. Unter: <http://www.sport-sci.org/resource/stats/effectmag.html> (angerufen am 08.11.2022).
- Jacob, G. & Bengel, J. (2000). Das Konstrukt Patientenzufriedenheit. Eine kritische Bestandaufnahme. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 48, S. 280–301.
- John, O.P., & Benet-Martinez, V. (2000). Measurement: Reliability, Construct Validation, and Scale Construction. IReis, H.T., & Judd, C.M. (Eds.). Handbook of Research Methods in Social and Personality Psychology, Cambridge, UK: Cambridge University Press. S. 339-370.
- Johnson, M. R. , Singh, J.A., Stewart, T. , & Gioe, T.J. (2011). Patient understanding and satisfaction in informed consent for total knee arthroplasty: A randomized study. Arthritis Care and Research, 63(7), S.1048-1054.
- Jurica, K. (2012). Methodik für Erfassung und Bewertung von emotionalem Kundenfeedback für variantenreiche virtuelle Produkte in immersiver Umgebung. Dissertation Karlsruher Institut für Technologie. Fakultät für Maschinenbau. S.65.
- Kemper, C. J., Beierlein, C., Bensch, D., Kovaleva, A. & Rammstedt, B. (2012). Eine Kurzsкала zur Erfassung des Gamma-Faktors sozial erwünschten Antwortverhaltens: Die Kurzsкала Soziale Erwünschtheit-Gamma (KSE-G). GESIS-Working Papers 2012/25. Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. S.5-19
- Kingreen, T. & Laux, B. (2009). Gesundheit und Medizin im interdisziplinäre-Diskurs, S. 69–70.
- Kline, P. (1986). A handbook of testconstruction. London. Methuen. S.133-146.

- Knon, D., Goering, R.M. & Gietl, G. (2013). Qualitätsmanagement in Krankenhäuser (Pocket Power). S.5.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammer (2016). Merkblatt: Die Aufklärungs- und Informationspflichtedes Arztes. Unter: <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/10merkblaetter/aufklaerungspflicht.pdf>, (abgerufen am 18.07.2020).
- LeVois, M., Nguyen, T.D. & Attkisson, C.C. (1981). Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings. Evaluation and Program Planning, 4, S.139-150.
- Liu, S.S., Anmendah, E., Chang, E.C., & Pei, L.K. (2008). Satisfaction and value: a meta-analysis in the healthcare context. Health Mark Q, 23(4), S.49-73.
- Lutterbach, J., Weissenberger, C., Hitzer, K., & Helmes, A. (2004). On past practices and future directions of informed consent in(radiation) oncology. Strahlenther Onkol, 180(8), S.469-77.
- MacFarland, T.W. & Yates J.M. (2016). Introduction to Nonparametric Statistics for the Biological Sciences Using R. Springer.
- McKeague, M. & Windsor, J. (2003). Patients' perception of the adequacy of informed consent: a pilot study of elective general surgical patients in Auckland. Z Med J.,116, S.1-9.
- Mehmet, Y. (2011) Qualitätsurteile in Patientenbefragungen: Von der Zufriedenheit zum Reflektierten Urteil. Wiesbaden: Gabler. S.89-115.
- Moosbrugger H. & Kelava A. (2012). Testtheorie und Fragebogen-Konstruktion. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. S.120-171.
- Mummendey, H.D. & Grau, I. (2014). Die Fragebogen-Methode: Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung. Hogrefe Verlag, S.97–98
- Newton-Howes, P.A., Bedford, N.D., Dobbs, B.R., & Frizelle F.A. (1998). Informed consent: what do patients want to know? Z Med J. 111(1073), S.340-342.
- Neyer, F.J., Felber, J. & Gebhardt, C. (2012). Entwicklung und Validierung einer Kurzsкала zur Erfassung von Technikbereitschaft (technology

- commitment). *Diagnostica*, 58, S.87-99.
- Ng, J.H.Y., & Luk, B.H.K. (2018). Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Educ Couns.* S.790-796.
 - Nes, R.B., Czajkowski, N., Roysamb, E., Reichborn-Kjennerud, T. & Tambs, K. (2008). Well-being and ill-being: Shared environments, shared genes? *The Journal of positive Psychology* 3, S.253-265.
 - Nes, R.B., Czajkowski, N., Roysamb, E., Orstavik, R.E., Tambs, K. & Reichborn-Kjennerud, T. (2013). Major depression and life satisfaction: A population-based twin study. *J Affect Disorders* 144, S.51-58.
 - Nes, R.B. & Roysamb, E. (2015). In *Genetics of Psychological Well-Being* (ed. Pluess, M.) Oxford University Press. S.75-96.
 - Neugarten, B.L., Havighurst, R.J. & Robin, S.S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, S.134-143.
 - Ochieng, J., Buwembo, W., Munabi, I., Ibingira, C., Kiryowa, H., Nzarubara, G., & Mwaka, E. (2015). Informed consent in clinical practice: patients' experiences and perspectives following surgery. *BMC Res Notes.*, 9(8), S.765.
 - Pallett, A.C., Nguyen, B.T., Klein, N.M., Phippen, N., Miller, C.R. & Barnett, J.C. (2018). A randomized controlled trial to determine whether a video presentation improves informed consent for hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*, 219, S. 277.
 - Paulhus, D. L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. In I. Braun, D. N. Jackson, & D. E. Wiley (Eds.), *The role of constructs in psychological and educational measurement*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. S.49-69.
 - Pavot, W., Diener, E., Colvin, C.R., & Sandvik, E. (1991) . Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, S.149-161.
 - Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, S.164-172.
 - Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction with Life Scale and the emerging construct of life satisfaction, *Journal of positive Psychology*, 3, S.137-152.

- Pearson, K. (1900). On the criterion that a given system of derivations from the probable in the case of a correlated system of variables is such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling. *The London, Edinburgh, and Dublin Philosophical Magazine of Science*, 50(5), S.157-175.
- Pinquart M. & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and aging*. 15(2), S.187-224.
- Quevedo, A., Condo, C., Valenzuela, G., Molina, L., Castillo, E., Palacio, A., Pareja, D., Prado, G., Estrada, Y., Velazquez, M.R. & Tamariz, L. (2018) Informed consent comprehension among vulnerable populations in Ecuador: video-delivered vs. in-person standard method, *Accountability in Research*, 25(5), S.259-272.
- Rainer, W. (2015). Qualitätsmanagement nach ISO 9001:2015 für Dummies. (S.31)
- Rammstedt, B. & John, O.P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-Item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*. 41(1), S. 203-212.
- Roberts, R.E., Pascoe, G.C. & Attkisson, C.C. (1983). Relationship of service satisfaction to life satisfaction and perceived well-being. *Evaluation and Program Planning*, 6, S.373.
- Rossi, M.J., Guttmann, D., MacLennan, M.J., & Lubowitz, J.H. (2005). Video Informed Consent Improves Knee Arthroscopy Patient Comprehension. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery*, 21(6), S.739-743.
- Roysamb, E., Nes, R.B., Czajkowski, N.O., & Vassend, O. (2018). Genetics, personality and wellbeing. A twin study of traits, facets and life satisfaction. *Sci Rep*, 17;8(1), S.12298.
- Reuter, U. (2016). Die Abhängigkeit der Patientenzufriedenheit vom Ausbildungsstand der prämedizierenden Anästhesiologen. Eine prospektive Patientenbefragung im Bereich einer universitären Prämedikationsambulanz. *Unv. Diss., Universität Leipzig*. S. 1-96.
- Schimmack, U., Oishi, S., Furr, R.M. & Funder, D.C. (2004). Personality and

life satisfaction: A facet-level Analysis. *Pers Soc Psychol B* 30, S.1062-1075.

- Schoenfelder, T., Klewer, J. & Kugler, J. (2011). Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *International Journal für quality in Health Care*, 23(5), S. 503-509.
- Schott, H. (1998). *Meilensteine der Medizin*. Dortmund, S.57-62.
- Sölva, M., Baumann, U. & Lettner, K. (1995). Wohlbefinden: Definitionen, Operationalisierungen, empirische Befunde. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3, S. 292-309.
- Sozio-ökonomisches Panel (SOEP), Daten für die Jahre 1984-2018, Versio35, SOEP, 2019.
- Stangl, W. (2012). Zufriedenheit. Online Lexicon für Psychologie und Pädagogik. Unter: <https://lexikon.stangl.eu/6737/zufriedenheit>, (abgerufen am 12.07.2020)
- Streiner, D.L., Norman, G.R. & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*: Oxford University Press, USA.
- Taylor, H.A. (1999). Barriers to informed consent. *SemiOncol Nurs*, 15(2), S.89-95.
- Tomozei, A. V. (2006). Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der stationären Behandlung in einer psychiatrischen Fachklinik und der Psychiatrischen Klinik der LMU München. Unv. Diss., Universität München, S. 25.
- Wallem, F. (2021) Psychometrische Analyse des Fragebogens zur Erfassung der Zufriedenheit mit der Aufklärung im Rahmen der Kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung. Unter: <https://doi.org/10.25972/OPUS-24710> (abgerufen am 01.02.2023)
- Wolak, A.M. (2012). Erfassung der Patientenzufriedenheit in der stationären und teilstationären psychiatrischen Behandlung einer Abteilungspsychiatrie in einem Klinikum der Schwerpunktversorgung .Dissertation. Fachbereich Mediziner Philipps-Universität Marburg. S.11.
- Wray, N. & Visscher, P. (2008). „Estimating Trait Heritability“. *Nature Education*. 1 (1). S.29.

- Zhang, Y., Ruan, X., Tang, H., Yang, W., Xian, Z. & Lu, M. (2017) Video-Assisted Informed Consent for Cataract Surgery: A Randomized Controlled Trial. *J Ophthalmol.*
- Ziesche, A. (2008). *Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. Maßnahmen zur Verbesserung.* Salzwasser Verlag (Hamburg), S.

Appendix

I. Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BFI-10	Big Five Inventory-10
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
Bzw.	Beziehungsweise
CV	Kardioversion
FZA	Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Aufklärung
IS	Item Selektivität
KJPP	Kinder und Jugendpsychiatrie
KSE-G	Kurzskala Soziale Erwünschtheit-Gamma
M	Mittelwert
MMPI-2	Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2
NEO-PI-R	NEO-Persönlichkeitsinventar, revidierte Fassung, nach Costa und McCrae
Nr.	Nummer
o.g.	Oben genannt
OP	Operation
P_i	Schwierigkeitsindex
SM	Schrittmacher
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SWLS	Satisfaction with Life Scale
Tb-Skala	Technikbereitschaft-Skala
TEE	Transösophageale Echokardiographie
TEP	Totalendoprothese
u.a.	Unter anderem

Vgl.	Vergleiche
ZUF-8	Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit
z.B.	Zum Beispiel

II. Formelverzeichnis

Formel 1: Intenschwierigkeitsindex (P_i)	25
Formel 2: Varianz (σ^2).....	26

III. Grafikverzeichnis

Grafik 1: Ausgeschlossene Aufklärungsgespräche.	19
Grafik 2: Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.	39
Grafik 3: Korrelation zwischen PQ + und Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.	40
Grafik 4: Korrelation zwischen NQ - und Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.	41
Grafik 5: Korrelation zwischen Dauer des Gesprächs und Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.	41

IV. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Studien zur Patientenzufriedenheit mit Aufklärungsgesprächen	12
Tabelle 2: Alter der Patienten nach Gruppen	28
Tabelle 3: Verteilung zwischen den verschiedenen Abteilungen.....	29
Tabelle 4: Themen der Aufklärungsgespräche und deren Häufigkeit	29
Tabelle 5: Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch, der vom Patienten selbst ausgefüllt wurde.	31
Tabelle 6: Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch, der vom Betreuer/Sorgeberechtigten ausgefüllt wurde.	32

Tabelle 7: Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch (Arzt).....	33
Tabelle 8: Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch.....	34
Tabelle 9: Dauer der Aufklärungsgespräche	35
Tabelle 10: Aufklärungsdauer in Abhängigkeit von Weiterbildungsstand und Muttersprache des Arztes	36
Tabelle 11: Verteilung der Aufklärungsgespräche nach dem Weiterbildungsstand bzw. der Muttersprache des durchführenden Arztes.....	36
Tabelle 12: Cronbachs Alpha des FZA	37
Tabelle 13: Binäre Aufteilung der Patientenzufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch	43
Tabelle 14: Odds Ratios von verschiedenen Variablen.....	43

V. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Herrn Priv. Doz. Dr. med. Wolfgang Briegel, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Leopoldina Krankenhaus in Schweinfurt bedanken, der mir die Möglichkeit gegeben hat, diese Arbeit unter seiner Leitung durchzuführen.

Herrn Dr. Olaf Brischwein und Herrn Fabian Hüttl für die mühevollen Arbeit des Korrekturlesens möchte ich mich herzlich bedanken.

Bei meinen Eltern, Ehemann und Schwiegereltern möchte ich mich ganz besonders herzlich bedanken für die uneingeschränkte, liebevolle und vielseitige Unterstützung, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

VI. Bestandteile des Fragebogens

VII.I Generierung des Gesprächs-Codes

Generierung des Gesprächs-Codes bei der Untersuchung zur Bewertung des Aufklärungsgesprächs:

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

Gesprächs-Code: ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___
1 2 3 4 5 6 7 8

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

WICHTIG:

Findet die Aufklärung zur Medikation zunächst in einem Gespräch mit gesetzlichen Betreuern / Eltern oder Angehörigen 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 Patienten 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.

VII.III Information für Patienten über die Studie

Studie zur Zufriedenheit mit der Aufklärung:

Liebe Patientin, lieber Patient,

eine möglichst gute Aufklärung über ärztliche Eingriffe bzw. medikamentöse Behandlung ist uns ein wichtiges Anliegen. Daher nehmen wir aktuell an einer Studie zur Qualität von Aufklärungsgesprächen teil, die an verschiedenen Kliniken bzw. Abteilungen durchgeführt wird (Studienleitung: Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Briegel, Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt, E-mail: kjp@leopoldina.de). Ziel dieser Studie ist es, die Qualität von Aufklärungsgesprächen systematisch zu erfassen. Außerdem sollen Faktoren, die diese Bewertung beeinflussen, untersucht werden. Damit wird die Verbesserung von Aufklärungsgesprächen möglich.

Unsere Bitte an Sie: Unterstützen Sie uns dabei, indem Sie die Studien-Fragebögen ausfüllen. Dabei interessiert uns Ihre ehrliche Meinung.

Damit niemand erkennen kann, wer welchen Fragebogen ausgefüllt hat, werden die Fragebögen völlig anonymisiert (Gesprächs-Code statt Name). Sämtliche ausgefüllten Fragebögen werden bis zum Abschluss der Studie in einer verschlossenen Box aufbewahrt. Den Schlüssel hierzu bewahrt der Studienleiter auf.

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Unterstützung.
Mit freundlichen Grüßen

gez.:

Chefarzt

VII.III Allgemeine Fragen bezüglich des Patienten

1. Angaben zu Ihrer Person:

1.1 Gesprächs-Code

1.2 Aktuelles Alter

1.3 Geschlecht weiblich männlich

1.4 Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

Deutsch Andere Staatsangehörigkeit: _____

1.5 Welche Muttersprache sprechen Sie? Deutsch Andere: _____

1.6 Welchen Schulabschluss haben Sie? (Nennen Sie den höchsten Abschluss)

- Hauptschulabschluss (8. bis 10. Klasse) Realschulabschluss (mittlere Reife, 10. Klasse) Abschluss Polytechnische Oberschule (POS, 10. Klasse)
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) Abitur (Gymnasium bzw. EOS; 12. oder 13. Klasse) Schule beendet ohne Abschluss
- Noch keinen Schulabschluss

1.7 Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja welche? (Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss)

- Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung) Berufsschule/ Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung) Fachschule z.B. Meister-Techniker-schule, Berufs- oder Fachakademie
- Fachhochschule, Ingenieurschule Universität, Hochschule Anderer Ausbildungsabschluss
- Kein beruflicher Abschluss (und auch nicht in der Ausbildung) Noch in beruflicher Ausbildung

1.8 Welche der folgenden Angaben der Berufstätigkeit trifft auf Sie zu?

- ... berentet / pensioniert ... arbeitslos ... vorübergehende Freistellung (z. B. Erziehungsurlaub)
- ... Teilzeit oder stundenweise berufstätig ... voll berufstätig ... voll berufstätig
- ... Hausfrau / Hausmann in Vollzeit ... Auszubildender (z. B. Lehrling) ... Student

VII.IV Allgemeine Fragen bezüglich des Aufklärungsgesprächs

2. Fragen zum Aufklärungsgespräch

2.1 Thema des Aufklärungsgesprächs:

2.2 Aufklärung durch:

Fachärztin / Facharzt Ärztin / Arzt in Weiterbildung

2.3 Gab es bereits früher ein Aufklärungsgespräch zu diesem Thema? Nein Ja Wenn ja, wie oft? ____ Mal

2.4 Teilnehmer an der Aufklärung:

Nur ich selbst Ich und eine weitere erwachsene Person Ich und mehrere zusätzliche Erwachsene

2.5 In welcher Beziehung stehen diese zu Ihnen (z. B. Tochter, Freundin) und wie alt sind diese?

VII.V Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Aufklärung (FZA)

3. FZA -

Nun zu den eigentlichen Fragen:

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

	schlecht=1	neutral=2	eher gut=3	richtig gut=4	sehr gut=5	bestens=6	bestens=7
3.1 Wie bewerten Sie die Qualität der Informationen, die Sie erhalten haben?	<input type="checkbox"/>						
3.2 Wie verständlich wurden Ihnen die Informationen im Aufklärungsgespräch vermittelt?	<input type="checkbox"/>						
3.3 Wie hat das Gespräch Ihren eigenen Informationsbedürfnissen entsprochen?	<input type="checkbox"/>						
3.4 Wie wurde Ihnen Gelegenheit gegeben, Fragen zum Thema zu stellen?	<input type="checkbox"/>						
3.5 Wie wurde im Gespräch auf Sie und Ihre Anliegen eingegangen?	<input type="checkbox"/>						
3.6 Wie beurteilen Sie die Atmosphäre, in der das Gespräch stattfand?	<input type="checkbox"/>						
3.7 Wie bewerten Sie Ihren Informationsstand nach dem Gespräch?	<input type="checkbox"/>						
3.8 Wie hat Ihnen das Gespräch dabei geholfen, wichtige Zusammenhänge zu verstehen?	<input type="checkbox"/>						
3.9 Wie haben Sie sich im Gespräch verstanden gefühlt?	<input type="checkbox"/>						
3.10 Wie hilfreich war das Gespräch für Sie im Hinblick auf anstehende Entscheidungen?	<input type="checkbox"/>						
3.11 Wie bewerten Sie die Qualität des Aufklärungsgesprächs insgesamt?	<input type="checkbox"/>						

VII.VI Satisfaction with Life Scale (SWLS)

EvaSys	Studie zur Bewertung des Aufklärungsgesprächs	
--------	---	---

4. SWL-D

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden 5 Aussagen an, inwieweit Sie diesen zustimmen.

	stimme völlig zu=1	stimme eher zu=2	stimme weder noch=3	stimme eher nicht zu=4	stimme übh. nicht zu=5	stimme nicht zu=6	stimme nicht zu=7
4.1 In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	<input type="checkbox"/>						
4.2 Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.	<input type="checkbox"/>						
4.3 Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	<input type="checkbox"/>						
4.4 Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	<input type="checkbox"/>						
4.5 Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.	<input type="checkbox"/>						

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

5. KSE-G

Die folgenden Aussagen können auf Sie selbst mehr oder weniger zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, wie sehr die Aussage auf Sie zutrifft.

	trifft gar nicht zu=0	trifft wenig zu=1	trifft etwas zu=2	trifft ziemlich zu=3	trifft voll und ganz zu=4
5.1 Es ist schon mal vorgekommen, dass ich jemanden ausgenutzt habe.	<input type="checkbox"/>				
5.2 Auch wenn ich selbst gestresst bin, behandle ich andere immer freundlich und zuvorkommend.	<input type="checkbox"/>				
5.3 Manchmal helfe ich jemandem nur, wenn ich eine Gegenleistung erwarten kann.	<input type="checkbox"/>				
5.4 Im Streit bleibe ich stets sachlich und objektiv.	<input type="checkbox"/>				
5.5 Ich habe schon mal Müll einfach in die Landschaft oder auf die Straße geworfen.	<input type="checkbox"/>				
5.6 Wenn ich mich mit jemandem unterhalte, höre ich ihm immer aufmerksam zu.	<input type="checkbox"/>				

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

VII.VIII Technikbereitschaft-Skala (Tb-Skala)

tb

In unserem Alltag nutzen wir eine Vielzahl technischer Produkte bzw. moderne Elektronik → z. B. im *Unterhaltungs- und Kommunikationsbereich* (u.a. Handys, Computer, Digitalkameras), im *Haushalt* (u.a. Mikrowelle, vollautomatische Küchenhelfer) oder auch im *öffentlichen Leben* (u.a. Bank-/Geldautomaten, Fahrkartenautomaten). Die nachfolgenden Aussagen thematisieren Ihre ganz persönliche Haltung gegenüber und Ihren Umgang mit moderner Technik. Dabei geht es nicht um ein einzelnes Gerät, sondern um Ihre Einstellung bzw. um Ihr Erleben in der Anwendung moderner Technologien/Elektronik *im Allgemeinen*.

6.

	stimmt gar nicht=1	stimmt wenig=2	stimmt teilweise=3	stimmt ziemlich=4	stimmt völlig=5
6.1 Hinsichtlich technischer Neuentwicklungen bin ich sehr neugierig.	<input type="checkbox"/>				
6.2 Für mich stellt der Umgang mit technischen Neuerungen zumeist eine Überforderung dar.	<input type="checkbox"/>				
6.3 Den Umgang mit neuer Technik finde ich schwierig – ich kann das meistens einfach nicht.	<input type="checkbox"/>				
6.4 Es liegt in meiner Hand, ob mir die Nutzung technischer Neuentwicklungen gelingt – mit Zufall oder Glück hat das wenig zu tun.	<input type="checkbox"/>				
6.5 Ich bin stets daran interessiert, die neuesten technischen Geräte zu verwenden.	<input type="checkbox"/>				
6.6 Im Umgang mit moderner Technik habe ich oft Angst zu versagen.	<input type="checkbox"/>				
6.7 Wenn ich im Umgang mit Technik Schwierigkeiten habe, hängt es schlussendlich allein von mir ab, dass ich sie löse.	<input type="checkbox"/>				
6.8 Wenn ich Gelegenheit dazu hätte, würde ich noch viel häufiger technische Produkte nutzen, als ich das gegenwärtig tue.	<input type="checkbox"/>				
6.9 Ich habe Angst, technische Neuentwicklungen eher kaputt zu machen, als dass ich sie richtig nutze.	<input type="checkbox"/>				
6.10 Das, was passiert, wenn ich mich mit technischen Neuentwicklungen beschäftige, obliegt letztlich meiner Kontrolle.	<input type="checkbox"/>				
6.11 Ich finde schnell Gefallen an technischen Neuentwicklungen.	<input type="checkbox"/>				
6.12 Ob ich erfolgreich in der Anwendung moderner Technik bin, hängt im Wesentlichen von mir ab.	<input type="checkbox"/>				

VII.IX Allgemeine Fragen bezüglich des Aufklärungsgesprächs und des Arztes

EvaSys	Dokumentation Aufklärungsgespräch im Rahmen der Studie zur Erfassung der Zufriedenheit	Electric Paper
Klinik-Kompetenz-Bayern eG	Aufklärungsgespräche	
Kongregation der Schwestern des Erlösers - Krankenhaus St. Josef Schweinfurt	Mitarbeiterbefragung	

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Für Ärzte
(Rückfragen bei Frau Lopez, Innere Medizin, Tel. 4848)

1.	
1.1 Gesprächs-Code	
<input type="text"/>	
2.	
2.1 Datum des Aufklärungsgesprächs:	2.2 Alter des Patienten
<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	
3.1 Geschlecht des Patienten	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
3.2 Behandlungsbereich	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
4. test	
4.1 Thema des Aufklärungsgesprächs	4.3 Dauer des Aufklärungsgesprächs
<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.2 Hauptdiagnose	4.4 Weitere Diagnosen
<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	
5.1 Aufklärung von	
<input type="checkbox"/> PatientIn alleine <input type="checkbox"/> PatientIn mit einem Angehörigen/ Freund <input type="checkbox"/> PatientIn mit mehreren Angehörigen/ Freunden	
<input type="checkbox"/> nur gesetzlicher Betreuer/ Sorgeberechtigter/ beauftragter Angehöriger	
5.2 Aufklärung durch	
<input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Arzt in Weiterbildung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
5.3 Geschlecht des aufklärenden Arztes <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
5.4 Alter des aufklärenden Arztes <input type="checkbox"/> 20 - 30 Jahre <input type="checkbox"/> 31 - 40 Jahre <input type="checkbox"/> 41 - 50 Jahre	
<input type="checkbox"/> 51 - 60 Jahre <input type="checkbox"/> > 60 Jahre	
5.5 Muttersprache des aufklärenden Arztes <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige <small>(Angabe)</small> _____	
5.6 Falls Deutsch als Muttersprache: Spricht der Aufklärende den regional vorherrschenden Dialekt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	



VII.X Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Aufklärung (Arztversion)

EvaSys

Dokumentation Aufklärungsgespräch im Rahmen der Studie zur Erfassung der Zufriedenheit

Electric Paper

**Bitte füllen Sie die folgenden Fragen immer bezogen auf den Patienten aus.
Ausnahme: Das Aufklärungsgespräch findet ohne den Patienten statt. In diesem Fall bitte für einen Sorgeberechtigten / Betreuer ausfüllen!**

6.

- 6.1 Die folgenden Fragen wurden ausgefüllt bezogen auf:
 Patient Sorgeberechtigten (z.B. Mutter) gesetzlicher Betreuer

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

7.

- | | schle-
cht=1 | neutr-
al=2 | eher
gut=3 | gut=4 | richtig
gut=5 | sehr
gut=6 | beste-
ns=7 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.1 Wie hat der Aufgeklärte nach Ihrem Eindruck die Qualität der Informationen, die er erhalten hat, eingeschätzt? | <input type="checkbox"/> |
| 7.2 Als wie verständlich hat der Aufgeklärte nach Ihrem Eindruck die Informationsvermittlung eingeschätzt? | <input type="checkbox"/> |
| 7.3 Wie hat das Gespräch nach Ihrem Eindruck den Informationsbedürfnissen des Aufgeklärten entsprochen? | <input type="checkbox"/> |
| 7.4 Wie hat der Aufgeklärte nach Ihrem Eindruck die Gelegenheit, Fragen zum Thema zu stellen, eingeschätzt? | <input type="checkbox"/> |
| 7.5 Wie hat der Aufgeklärte nach Ihrem Eindruck beurteilt, wie im Gespräch auf ihn und seine Anliegen eingegangen wurde? | <input type="checkbox"/> |
| 7.6 Wie hat der Aufgeklärte nach Ihrem Eindruck die Atmosphäre beurteilt, in der das Gespräch stattfand? | <input type="checkbox"/> |
| 7.7 Wie hat der Aufgeklärte nach Ihrem Eindruck seinen Informationsstand nach dem Gespräch eingeschätzt? | <input type="checkbox"/> |
| 7.8 Wie hat das Gespräch nach Ihrem Eindruck dem Aufgeklärten geholfen, wichtige Zusammenhänge zu verstehen? | <input type="checkbox"/> |
| 7.9 Wie hat der Aufgeklärte sich nach Ihrem Eindruck im Gespräch verstanden gefühlt? | <input type="checkbox"/> |
| 7.10 Wie hilfreich war das Gespräch nach Ihrem Eindruck für den Aufgeklärten hinsichtlich anstehender Entscheidungen? | <input type="checkbox"/> |
| 7.11 Wie hat der Aufgeklärte nach Ihrem Eindruck die Qualität des Gespräches insgesamt eingeschätzt? | <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

