

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Klinikums rechts der Isar (Direktor: Univ.-Prof. Dr. J. Förstl)

**„Shared Decision Making:
Ein Kommunikationstraining für Patienten mit
Schizophrenie“**

Anna Cäcilia Meier

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin (Dr. med.) genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation: 1. Priv.-Doz. Dr. J. Hamann

2. Univ. Prof. Dr. J. Förstl

Die Dissertation wurde am 04.03.2013 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 26.02.2014 angenommen.

INHALT:

1. EINLEITUNG	5
1.1. RELEVANZ UND NOTWENDIGKEIT DER PATIENTENPARTIZIPATION	5
1.2. ABGRENZUNG UND DEFINITION DES MODELLS SHARED DECISION MAKING	7
1.2.1. „Paternalistisches Arztmodell“.....	7
1.2.2. „Informed Choice“.....	8
1.2.3. „Shared Decision Making“	10
1.2.4. Grenzen und Schwierigkeiten partizipativer Entscheidungsfindung.....	12
1.3. BISHERIGE ANSÄTZE ZUR UMSETZUNG DER PARTIZIPATIVEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG.....	13
1.3.1. Ansätze in der somatischen Medizin	13
1.3.2. Ansätze in der Schizophreniebehandlung	15
1.4. EIGNUNG UND PROBLEME DES SHARED DECISION MAKING IN DER SCHIZOPHRENIEBEHANDLUNG	16
1.5. PARTIZIPATIONSBEDÜRFNIS UND PARTIZIPATIONSVERMÖGEN UNTER PSYCHIATRIEPATIENTEN	17
1.6. KOMMUNIKATIONSTRAINING ZUR VERBESSERUNG DER PATIENTENPARTIZIPATION.....	18
1.6.1. Kommunikationstraining in der somatischen Medizin	19
1.6.2. Kommunikationstraining in der psychiatrischen Behandlung.....	20
1.7. ZIELE DER VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNG.....	20
2. MATERIAL UND METHODEN	22
2.1. RAHMENBEDINGUNGEN DER STUDIE.....	22
2.2. ABLAUF DER UNTERSUCHUNG.....	22
2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien	22

2.2.2. Rekrutierung und Randomisierung.....	23
2.3. ABLAUF UND INHALT DER INTERVENTION „SHARED DECISION MAKING : EIN KOMMUNIKATIONSTRAINING FÜR PATIENTEN MIT SCHIZOPHRENIE“	24
2.4. ABLAUF UND INHALT DER KONTROLLE: KONZENTRATIONSTRAINING	28
2.5. UNTERSUCHUNGSMETHODE	28
2.5.1. Verwendete Fragebögen vor der Intervention oder Kontrolle zum Zeitpunkt t_0	29
2.5.1.1. Fragebögen der Patienten zum Zeitpunkt t_0	29
2.5.1.2. Fragebögen der behandelnden Ärzte zum Zeitpunkt t_0	30
2.5.2. Verwendete Fragebögen nach Intervention und Kontrolle zum Zeitpunkt t_1	32
2.5.2.1. Fragebögen der Patienten zum Zeitpunkt t_1	32
2.5.2.2. Fragebögen der stationär behandelnden Ärzte zum Zeitpunkt t_1	34
2.5.3. Katamnese zum Zeitpunkt t_2	35
2.5.3.1. Katamnesefragen an die Patienten zum Zeitpunkt t_2	35
2.5.3.2. Katamnesefragen an die ambulant behandelnden Ärzte zum Zeitpunkt t_2	36
3. ERGEBNISSE.....	39
3.1. RANDOMISIEREN DER TEILNEHMER	39
3.2. GRUPPENVERGLEICH DER ANAMNESTISCHEN DATEN UND WERTE BEI STUDIENAUFNAHME ZUM ZEITPUNKT T_0	41
3.3. GRUPPENVERGLEICHE NACH INTERVENTION- ODER KONTROLLBEDINGUNG ZUM ZEITPUNKT T_1	44
3.3.1. Vergleich der Patientenbögen.....	44
3.3.2. Vergleich der Ärztefragebögen	48
3.3.3. Anwendbarkeit und Evaluation der Kommunikationsgruppe aus Sicht der Patienten	49
3.4. GRUPPENVERGLEICHE NACH DER INTERVENTION ODER KONTROLLE ZUM ZEITPUNKT T_2	50

3.4.1. Vergleich der Patientenkatamnese	50
3.4.2. Katamnese der ambulant behandelnden Psychiater	51
3.4.3. Gruppenevaluation im Rückblick	52
3.5. VORHER – NACHHER VERGLEICHE INNERHALB DER GRUPPEN	53
3.5.1. Vorher – Nachher Vergleiche innerhalb der Interventionsgruppe	53
3.5.2. Vorher – Nachher Vergleiche innerhalb der Kontrollgruppe	55
4. DISKUSSION	58
4.1. WICHTIGE ERGEBNISSE DES KOMMUNIKATIONSTRAININGS	58
4.2. EFFEKTE DES TRAININGS	58
4.3. SCHLUSSFOLGERUNG AUS DEN RESULTATEN	60
4.4. SHARED DECISION MAKING BEI SCHIZOPHRENIE	61
4.4.1. Neudefinition der Patienten- und Arztrolle in der Psychiatrie	62
4.4.2. Krankheitsspezifische Schwierigkeiten und spezieller Nutzen des Kommunikationstrainings bei Patienten mit Schizophrenie	63
4.5. VERGLEICH DER MAßNAHME KOMMUNIKATIONSTRAINING MIT ANDEREN INTERVENTIONEN	64
4.5.1. Entscheidungshilfen	64
4.5.2. Kommunikationstraining für Ärzte	66
4.6. GRENZEN UND EINSCHRÄNKUNGEN DER STUDIENERGEBNISSE	67
4.7. FAZIT	68
5. ZUSAMMENFASSUNG	69
6. LITERATURVERZEICHNIS	73
7. ANHANG: DIAGRAMME UND ABBILDUNGEN	85

7.1. DIAGRAMME	85
7.2. ABBILDUNGEN	87
8. LEBENSLAUF	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
9. DANKSAGUNG	88

1. Einleitung

Vorbemerkung zum Sprachgebrauch: Nach Artikel 3 Absatz 2 des Grundgesetzes sind Frauen und Männer gleichberechtigt. Alle maskulinen Personen- und Funktionsbezeichnungen in dieser Arbeit beziehen sich sowohl auf weibliche als auch auf männliche Personen.

1.1. Relevanz und Notwendigkeit der Patientenpartizipation

Seit dem letzten Jahrhundert hat sich das Arzt-Patienten-Verhältnis grundsätzlich verändert: War der Patient früher ausschließlich auf das Wissen seines Arztes angewiesen und befolgte ärztlich beschlossene Maßnahmen, so sind Patienten heute besser informiert als je zuvor und verlangen häufig ein Mitbestimmungsrecht bei medizinischen Entscheidungen.

Zunehmend wird den Patienten auch die finanzielle Verantwortung für ihre Behandlung überlassen. Begriffe wie Nutzer, Konsument oder Verbraucher verdeutlichen, dass der Patient gleich einem Geschäftspartner medizinische Dienstleistungen in Anspruch nimmt (Horch et al., 2005). Als Kunde fordert er Mitentscheidung bei den Therapieverfahren und übernimmt so als mündiger und kompetenter Partner mit Verantwortung für sein Gesundheitsverhalten. Inwieweit individuelle Gesundheitsleistungen über das vom Gesetzgeber definierte Maß einer ausreichenden und notwendigen Patientenversorgung hinausgehen, muss der Patient selbst im Stande sein zu entscheiden.

Andererseits können durch frühzeitigen Einbezug des Patienten überflüssige Therapieoptionen, die nicht den größten Nutzen für alle Beteiligten bringen, von vornherein eliminiert werden.

Ein wichtiges Argument für einen möglichen Nutzen vermehrter Patientenbeteiligung erbrachten Deinzer et al. (2006) mit einer Studie zur Bluthochdrucktherapie. Sie wiesen verbesserte Therapieerfolge bei Patienten nach, deren Bedürfnis nach Teilhabe am Entscheidungsprozess erfüllt wurde.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Kaplan et al. (1989) ebenfalls bei Hypertonie- und Greenfield et al. (1988) bei Diabetespatienten.

Barry et al. (1997) erzielten mittels eines Shared Decision Making Programms für Patienten mit benigner Prostatahyperplasie neben besserer Krankheitskenntnis auch höhere Zufriedenheit mit der Behandlung.

Zahlreiche kontrollierte Studien demonstrieren, wie sich die Mitwirkung an Behandlungsentscheidungen positiv auf das physische und psychische Wohlbefinden chronisch kranker Patienten – unter anderem auf die Reduktion von Angst und Depressivität – auswirkt und die körperliche Leistungsfähigkeit der Erkrankten begünstigt.

Im ökonomischen Kontext gibt es Hinweise darauf, dass die Therapietreue und damit Behandlungserfolge durch die Beteiligung von Patienten steigen. Eine gemeinsam ausgehandelte Behandlungsform führt zu besserem Verständnis bezüglich Krankheitszusammenhängen und höherer Akzeptanz der Maßnahmen (Loh et al., 2007).

Durch einen Ausgleich der Asymmetrie zwischen professionellem Therapeut und erkranktem Patient können durch Shared Decision Making Kosteneinsparungen erfolgen.

Arrow (1963) argumentiert, dass durch anbieterinduzierte Nachfrage Patienten mehr Leistungen erhalten, als sie selbst bei gleichem Wissensstand wie ihre Ärzte gewünscht hätten.

Eine gesundheitspolitische Antwort auf den Wunsch nach Mitbestimmung besteht seit 2003 in der gesetzlich vorgeschriebenen Patientenpartizipation im „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“. Mit dem Recht der Beteiligung von Patientenvertretern am gemeinsamen Bundesausschuss ist Betroffenen ein Mitberatungsrecht eingeräumt.

„Die Vorstellung, wie Bürger, Versicherte und Patienten im Gesundheitssystem agieren können, hat sich im Zeitverlauf deutlich geändert. Patientinnen und Patienten sind nicht mehr nur passiv Leidende, die die Fürsorge und Hilfe der ärztlichen und pflegerischen Professionen unhinterfragt in Anspruch nehmen, sondern werden zu aktiven Partnerinnen und Partnern, in manchen Fällen zu Kunden und schließlich zu Bewertern der Gesundheitsversorgung.“ (Dierks et al., 2006, S. 1).

Zusammenfassend stellt sich die aktuelle Situation folgendermaßen dar: Die Zahl chronisch kranker, gut informierter Patienten wächst seit Jahrzehnten an. Besonders von diesem Klientel wird eine Mitentscheidung über die wachsende Vielfalt der diagnostischen und therapeu-

tischen Möglichkeiten gefordert. Die Einbeziehung der Betroffenen führt zu besseren Behandlungsergebnissen und darüber hinaus entfallen unnötige Therapiekosten.

1.2. Abgrenzung und Definition des Modells Shared Decision Making

Wie kann nun grundsätzlich im Arzt-Patienten-Kontakt eine medizinische Entscheidungsfindung ablaufen?

Charles et al. (1997) beschreiben hierfür drei Modelle: Das „Paternalistische Modell“, das „Informed Choice“ Modell und das Modell des „Shared Decision Making“.

1.2.1. „Paternalistisches Arztmodell“

Das paternalistische Arztmodell, bei welchem der Arzt alleine Verordnungen gibt, ist in der ärztlichen Praxis am weitesten vertreten (Braddock et al., 1999). Hier nutzt der Arzt sein Fachwissen, um die bestmögliche Therapie für seinen Patienten zu bestimmen und übernimmt die Verantwortung für die Entscheidung. Der Patient bleibt durchgehend passiver Akzeptor der ärztlichen Vorschläge (Hamann et al., 2005); für die Behandlung wird nur mehr seine Zustimmung benötigt. Fraglos ist dies in medizinischen Notfallsituationen die einzig angemessene Handlungsweise. Bei chronisch Kranken, deren prozentualer Anteil an der Patientenzahl steigt und die häufig Experten ihrer Erkrankung darstellen, darf der paternalistische Stil als nicht mehr zeitgemäß und sogar hinderlich für eine effektive, moderne Gesundheitspolitik bzw. Behandlung der Patienten erachtet werden (Kilian et al., 2003).

Dass diese Vorgehensweise dennoch breite Anwendung erfährt, liegt sicherlich auch noch an traditionellen Strukturen. MacIntyre äußerte sich 1977 dazu: *“Traditionally, the patient puts himself in the doctor’s hands. The doctor generally in turn does not advice the patient of a variety of possibilities and leave the patient to decide; he generally does not in fact reveal to the patient his own processes of thinking. [...] In our culture only this kind of medical authority does not appear to us as odd and singular as it is, because we are familiarized with it from early childhood; ...”* (1977; S. 198) [„Traditionell legt der Patient sein Schicksal in die Hände

des Arztes. Im Allgemeinen berät der Arzt seinen Patienten nicht bezüglich verschiedener Möglichkeiten und lässt den Patienten dann entscheiden; in der Regel beschreibt er dem Patienten nicht seine Gedankengänge [...] In unserer Kultur erscheint uns dieses autoritäre Vorgehen der Ärzte nur deshalb nicht komisch und eigentümlich, weil wir es von früher Kindheit an gewöhnt sind;...“]

Dadurch, dass sich viele Kranke als Patienten in das Abhängigkeitsverhältnis eines Arztes bringen, wird gewissermaßen ein paternalistisches Vorgehen antizipiert. Der hierfür ausgebildete Arzt soll stellvertretend für sie ein individuelles Problem lösen. In der sozialen Rolle des Arztes kann dieser scheinbar unter affektiver Neutralität seine professionelle Funktionalität ausüben, ohne dabei durch persönliche Bindung oder Emotionen fehlgeleitet zu werden.

So einleuchtend diese Rechtfertigung des paternalistischen Modells klingt, so bleibt der Behandelnde dennoch ein soziokulturelles Wesen mit eigenen Wertvorstellungen und Interpretationsweisen. Die Diagnose und Behandlung hängt stets von den persönlichen Erfahrungen des Arztes und seiner Perspektive ab (Gottschlich, 2003). Zwangsweise stellt sich also die Frage, weshalb die Meinung des tatsächlich Betroffenen nicht zählen sollte.

1.2.2. „Informed Choice“

Wie sieht es mit dem Modell des „Informed Choice“ aus? Der Arzt ist hier reine Informationsquelle (Hamann et al., 2005). Er teilt seinem Patienten sämtliche Behandlungsoptionen und Befunde mit und überlässt dem Patienten die Wahl.

Die Extremform bestünde beispielsweise im Zeigen eines Lehrvideos oder einer Broschüre, da prinzipiell die Anwesenheit eines wertenden Arztes gar nicht notwendig wäre (Charles, 1997).

Eddy (1990) beschreibt das grundlegende Argument für die eingeschränkte Beteiligung des Arztes: *“... the people whose preferences count are the patients, because they are the ones who will have to live (or die) with the outcomes. [...] Ideally, you and I are not even in the picture. What matters is what Mrs. Smith thinks. [...] It is also possible that Mrs. Smith’s pref-*

erences will differ from Mrs. Brown's preferences. If so, both are correct, because 'correct' is defined separately for each woman. Assuming that both women are accurately informed regarding the outcomes, neither should be persuaded to change her mind." (Eddy, 1990; S. 442). [„Die Personen, deren Präferenzen zählen, sind die Patienten, da sie diejenigen sind, die mit den Ergebnissen leben (oder sterben) müssen. [...] Idealerweise erscheinen du und ich nicht einmal auf der Bildfläche. Was zählt ist, was Frau Schmid denkt [...] Es ist gut möglich, dass die Präferenzen von Frau Schmid sich von denen von Frau Brown unterscheiden. In diesem Falle sind beide Ansichten korrekt, weil „korrekt“ für jede Frau separat definiert wird. Angenommen beide Frauen wurden bezüglich der möglichen Folgen ausreichend informiert, sollte keine von beiden dazu überredet werden, ihre Meinung zu ändern.“]

Der zu Behandelnde wählt also die ihm zusagende Therapieform aus und übernimmt zugleich die volle Verantwortung für seine Entscheidung. Dieses Modell baut auf der Annahme auf, dass der informierte Patient autonom die individuell beste Entscheidung treffen kann und will. Im Grunde karikiert dieses Konzept die Arzt-Patienten-Beziehung, da es zum einen aufgrund seiner mangelnden Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Rat und Übernahme von Verantwortung durch professionelle Akteure nicht kompatibel mit einer Krankheitssituation ist und zum anderen den Arzt überflüssig macht.

Interessanterweise zeigten Ende et al. (1989), dass die Präferenz Informationen zu erlangen und die Bereitschaft selbst über die Therapieform zu bestimmen nicht korrelieren. Das heißt, teils überlassen umfassend belehrte Patienten wichtige Entscheidungen vollständig ihren Ärzten, teils wollen sie alleine selbst entscheiden und teils den Entscheidungsprozess mit ihren Ärzten teilen.

Die beiden vorgestellten Arten Entscheidungen zu treffen resultieren aus der Erkenntnis der Asymmetrie zwischen Arzt und Patient bezüglich medizinischen und individuellen Wissens über die eigene Person. Hurley et al. lassen sich folgendermaßen zitieren: *"The crux of the information problem is that while the health care provider possesses better knowledge regarding the expected effectiveness of health care in improving health status, the individual knows best how improvements in health status affect his or her well-being"* (Hurley et al., 1992, S. 4). [„Die Crux des Informationsproblems liegt darin, dass während der Mediziner das beste Wissen bezüglich der erwarteten Effektivität der Verbesserung der Gesundheit besitzt,

jedes Individuum am besten weiß, welche Optimierung seines Gesundheitszustandes sein Wohlbefinden beeinflusst.“]

1.2.3. „Shared Decision Making“

Im Falle einer zu Deutsch „partizipativen Entscheidungsfindung“ agiert der Arzt wieder als Informant hinsichtlich Behandlungsmöglichkeiten. Darüber hinaus gibt er Empfehlungen und beschließt gemeinsam mit dem Patienten die Therapie. Der Patient soll mit Hilfe dieser Information eigene Überlegungen anstellen, Präferenzen kundtun und gemeinsam mit dem Arzt schlussendlich einer Heilmethode zustimmen. Somit liegt die Verantwortlichkeit für den Entschluss gleichermaßen bei Arzt und Patient (Hamann et al., 2005).

Ursprünglich wurde Shared Decision Making auf unterschiedlichsten Gebieten eingesetzt; beispielsweise in der Sozialarbeit, in Bereichen des Lehrbetriebs von Schulen und Universitäten oder in der Rechtsprechung – als eine Form der Krisenintervention mittels klientenzentrierter Gesprächsführung sowie als Hilfsmittel zur Demokratisierung in Institutionen (Maple, 1989; Aronstein et al., 1990; Farrell/ Heritier, 2004). Als medizinethisches Prinzip der Entscheidungsfindung wurde der Begriff erstmals 1972 durch Veatch (1972) eingeführt. Heute verstehen die meisten Autoren unter Shared Decision Making die von Charles et al. im Jahre 1997 beschriebene und zwei Jahre später überarbeitete Konzeption (Charles et al., 1997; 1999).

Charles et al. charakterisieren Shared Decision Making mittels folgender Schlüsselmerkmale:

- Es gibt mindestens zwei Teilnehmer (Arzt und Patient).
- Der Informationsaustausch findet in zwei Richtungen statt.
- Beide Teilnehmer sind sich darüber bewusst, dass und welche Wahlmöglichkeiten bezüglich der medizinischen Entscheidung bestehen.
- Beide Teilnehmer bringen ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess ein.
- Beide Teilnehmer übernehmen Verantwortung für die Entscheidung.

Weiterhin muss der Patient entscheidungsfähig sein (Hamann, 2008).

Hierzu folgende Definition der Entscheidungsfähigkeit von Johnson: *„Um in medizinischen Zusammenhängen einer Behandlung zustimmen oder sie ablehnen zu können, muss ein Patient zumindest in der Lage sein, die relevanten Informationen zu verstehen, die medizinische Situation und die möglichen Folgen richtig einzuschätzen, eine getroffene Entscheidung mitzuteilen und die Empfehlungen des Arztes zu möglichen Behandlungsmethoden vor dem Hintergrund der eigenen Wertvorstellungen rational abzuwägen. Die Entscheidungsfähigkeit von Patienten, die offensichtlich über diese wesentliche Fähigkeiten verfügen, wird nicht ernsthaft in Frage gestellt. Man sollte ihr Recht respektieren, ihre eigenen Entscheidungen gemäß ihrer Präferenzen zu treffen. Patienten, die eindeutig nicht über diese Fähigkeiten verfügen, weil sie ohne Bewusstsein, offensichtlich verwirrt oder aufgrund von Wahnvorstellungen nicht einsichtsfähig sind, sind nicht mehr entscheidungsfähig. Sie benötigen eine Person, die stellvertretend für sie die Entscheidungen trifft. Es kann Situationen geben, in denen die Grenze zwischen Entscheidungsfähigkeit bzw. Entscheidungsunfähigkeit eines Patienten nicht eindeutig ist. Das sind ethische Problemfälle, bei denen unter Umständen auf dem Gerichtsweg die Frage der Entscheidungsfähigkeit geklärt werden muss.“* (Johnson, 2006, S. 65)

Unter Berücksichtigung der spezifischen Vorgänge des Verstehens, Beurteilens und Auswählens schlagen Elwyn et al. (2003) folgende vier Schritte für einen idealtypischen Ablauf einer Konsultation im Sinne des Shared Decision Making vor:

- Gemeinsame Definition des (medizinischen) Problems von Seiten des Arztes und des Patienten
- Erklärung des Arztes, dass es für dieses Problem mehrere Lösungen gibt, die prinzipiell gleichwertig sind und erst durch die gemeinsame Vereinbarung von Zielen einer Maßnahme bewertet werden können oder deren Ausgang nicht von vornherein absehbar sind
- Darstellung verschiedener Behandlungsmöglichkeiten und Erklären der zu erwartenden Erfolgsraten bzw. Risiken

- Eigentlicher Entscheidungsprozess

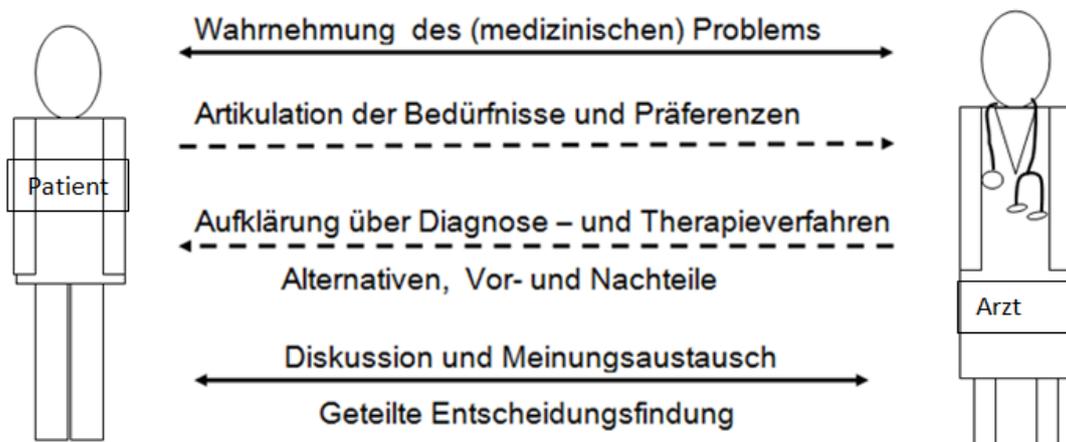


Abb. 1: Entscheidungsfindung bei Shared Decision Making

Allerdings wird Shared Decision Making trotz erwiesener Vorzüge und grundsätzlicher Akzeptanz vieler Ärzte noch nicht hinreichend angewendet (France, 2010: *Validations*). Auch bei den Hilfen für die Verbreitung und Verbesserung der Übernahme des Konzepts bestehen noch Unklarheiten (France, 2010: *Interventions*).

1.2.4. Grenzen und Schwierigkeiten partizipativer Entscheidungsfindung

Shared Decision Making kann sich bei einigen Bereichen auch nachhaltig negativ auf den Behandlungsprozess auswirken. Folgende Kritikpunkte lassen sich benennen:

Auch wenn das Modell von gleichberechtigten Partnern ausgeht, können sich professionell geschulte Ärzte von umfassend informierten und fordernden Patienten in ihrer Position bedroht sehen. Durch die zugleich bestehende materielle Abhängigkeit vom Patienten als Kunden wäre der behandelnde Arzt eventuell nicht mehr in der Lage indizierte Therapieformen anzubieten oder ungeeignete Ansätze abzulehnen.

Des Weiteren können beide Seiten durch inkorrekte Auskünfte fehlgeleitet werden. Auch Missverständnisse oder unterschiedliche Interpretationsweisen beispielsweise bei der wissenschaftlichen Evidenz einer Therapieoption können eine gemeinsame Entscheidungsfindung erschweren.

Überhaupt muss sowohl der Patient als auch der Arzt bereit sein, partizipativ Entscheidungen zu treffen. Sobald sich ein Partner weigert Verantwortung für gesundheitliche oder finanzielle Folgen zu übernehmen, scheidet das Modell (Coulter, 2002 ; Coulter/Ellins, 2007). Leider zeigen Untersuchungen, dass Ärzte den Behandlungs- und Entscheidungsbedarf ihrer Patienten oft unterschätzen (Rothenbacher, 1997).

Shared Decision Making gilt darüber hinaus aufgrund des komplexen Informationsaustausches – nicht selten sind auch Angehörige und meist mehrere Ärzte mit einzubeziehen – als besonders zeitaufwändig und damit kaum realisierbar.

Letztendlich befürchten einige Therapeuten, dass zu detaillierte Informationen über Risiken und Nebenwirkungen die Patienten verunsichern und unnötigerweise Nocebo-Effekte hervorrufen (Coulter et al., 1999; Corke et al., 2005). Außerdem führt das Wissen darüber, dass Behandlungsentscheidungen in der Wissenschaft Medizin gelegentlich nur auf Vermutungen beruhen können, zu Vertrauensverlust (Brewin, 1996).

Diese Zweifel unter Ärzten an der Entscheidungsfähigkeit der Kranken und der fragliche Nutzen für den Patienten gelten neben Mängeln im Kommunikationsverhalten der Ärzte als gravierende Hindernisfaktoren für die Umsetzung des Shared Decision Making (Scheibler, 2004; Elwyn, 1999).

1.3. Bisherige Ansätze zur Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung

1.3.1. Ansätze in der somatischen Medizin

Die Forschung zur partizipativen Entscheidungsfindung widmet sich bislang vor allem der Schulung der Ärzte und dem Einsatz von Entscheidungshilfen und zeigt, dass diese Interventionen vor allem hinsichtlich einer Wissensverbesserung bei Ärzten und Patienten effektiv sind.

Bieber et al. (2009) führten mit Ärzten ein achtstündiges Training zu Shared Decision Making durch, was zu vermehrten Kenntnissen und auch Vertrauen in partizipativer Entscheidungs-

findung führte. Die Universitätsklinik in Heidelberg bietet als Reaktion auf positive Studienergebnisse Trainingseinheiten für Ärzte im Bereich der Onkologie an. Die Teilnehmer sollen laut Trainingsbeschreibung auf zitierter Homepage (Patient als Partner in der Onkologie: Training) folgende Ziele erreichen:

- „ die Erwartungen der Patienten hinsichtlich ihrer Mitentscheidung zu erfragen und zu berücksichtigen
- über die Vor- und Nachteile möglicher Therapien zu informieren
- Strategien der Risikokommunikation und den Einsatz von Entscheidungshilfen zu ermitteln, welche Behandlungsziele dem Patienten am wichtigsten sind und wie eine gemeinsame Behandlungsentscheidung herbeigeführt und umgesetzt werden kann.“

Insgesamt belegten McGilton et al. (2009) in ihrem Review, dass theoretisches, praktisches und psychologisches (= Feedback) Kommunikationstraining für Ärzte, positive Effekte auf das Verhalten von Patienten erzielt. Der Trend, Ärzte in Shared Decision Making auszubilden, hat bereits in der deutschen Studienordnung für Humanmediziner Einzug gefunden (Herrmann, 2006). Neben freiwilligen Vorträgen über partizipative Entscheidungsfindung müssen zukünftige Ärzte verpflichtend Kurse in Gesprächsführung besuchen, die gezielt das Einbeziehen von Patienten lehren.

Seitens der Patienten testete Morgan et al. (2000) im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie eine interaktive Video-Entscheidungshilfe bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung. Die Patienten der Intervention zeigten verbessertes Krankheitswissen und begaben sich im Vergleich zu Kontrollpatienten weniger häufig in interventionelle Behandlung - ohne Verschlechterung der Lebensqualität. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten Piercy et al. (1999) ebenfalls mit Hilfe eines Videos bei Patienten mit Prostatahyperplasie.

Eine weitere gelungene Form, Patienten in das medizinische Entscheidungsgeschehen mit einzubringen, nennt sich PRISM (Patient Report Informing Self-Management Support). Diese Maßnahme soll Patienten dabei unterstützen herauszuarbeiten, welche Probleme Priorität haben und wie sie mit ihrem Arzt zu einer Lösung gelangen. Da PRISM zusätzlich als Erinne-

rungs- und Diskussionshilfe wirkt, kann es Patienten hervorragend bei der Entscheidungsfindung und aktiven Teilnahme am Arztgespräch unterstützen (Protheroe, 2006).

Interessanterweise lassen sich Ärzte – mit und ohne Training für partizipative Entscheidungsfindung - bei sich aktiv beteiligenden Patienten signifikant mehr auf Patienten zentrierte Kommunikation ein, als dies bei passiven Kranken der Fall ist (Cegala et al., 2009). Unter diesem Gesichtspunkt sollte sowohl auf ärztlicher Seite als auch auf Patientenseite gehandelt werden.

Bislang erwies sich keine bestimmte Strategie als klar vorteilhaft. Ein Review über unterschiedliche, effektive Interventionen, wie Patientenfeedback, Coaching und Psychoedukation sowie Kommunikationstraining für Ärzte belegte keine signifikanten Differenzen (Haywood, 2006). Übergreifende Maßnahmen jedoch, die kognitive, behaviorale und affektive Komponenten kombinierten, waren effektiver als Interventionen mit nur einem dieser Bausteine (Roter D., 1998).

1.3.2. Ansätze in der Schizophreniebehandlung

Hamann et al. (2006; 2007) konnten in einer randomisierten kontrollierten Studie bei an Schizophrenie Erkrankten zeigen, dass durch eine Entscheidungshilfe (in Form einer Patientenbroschüre mit den wichtigsten Therapieoptionen) in Kombination mit geplantem nachfolgendem Arztgespräch sowohl die Patientenpartizipation als auch die Einstellung zur Medikation und die Patientenzufriedenheit verbessert wurden. Zusätzlich führte diese Behandlung zu geringeren Rehospitalisierungsraten.

Trotz dieser Intervention zeigten einige Patienten ein passives Entscheidungsverhalten oder aber ihre Psychiater konnten ihnen keine vernünftige Entscheidungsfindung zutrauen.

Hauptsächlich fand sich dieses Verhalten bei stark ausgeprägter Negativsymptomatik der Schizophrenie oder fehlendem Interesse seitens der Behandelten. Außerdem war der Effekt der Entscheidungshilfe auf das Patientenverhalten nur von kurzer Dauer (Hamann et al., 2006).

1.4. Eignung und Probleme des Shared Decision Making in der Schizophreniebehandlung

Für das Gebiet der Schizophreniebehandlung eignet sich die Anwendung von Shared Decision Making auf mehreren Ebenen:

Die Basistherapie der Schizophrenie stellt die Verabreichung von Neuroleptika dar. Bei der Auswahl der medikamentösen Therapie bedarf es einer genauen Erklärung und Erörterung der verschiedenen Psychopharmaka und ihrer möglichen Nebenwirkungen, so dass Patientenpräferenzen eine große Rolle spielen (Lambert et al., 2005). Kann der Patient sozusagen das für ihn persönlich geringere Übel an Nebenwirkungen wählen, ist die Akzeptanz für das gewählte Medikament erheblich höher. Der Einsatz der Medikamente nicht nur während der Akuttherapie sondern auch zur Rezidivprophylaxe erfordert zudem eine robuste Patientenbindung. Hierbei kann eine permanente Einbeziehung des Patienten ein viel versprechender Weg zu sein, die Compliance zu stärken (Naber, 2005).

Jedoch liegen gerade aufgrund der mangelnden Compliance die Therapieerfolge derzeit noch weit unter den erreichbaren Möglichkeiten. Das spiegelt sich in der hohen Rate der Rezidiv-bedingten stationären Wiederaufnahmen der psychisch Erkrankten wieder (Gaebel et al., 1987). Hamann et al. (2004) zeigten, dass sich hierbei das Leid des Patienten sowie der finanzielle Aufwand erhöhen.

Eine verbesserte Teilnahme bei der Erstellung eines Therapiekonzepts steigert erwiesenermaßen die Compliance und somit den Heilungserfolg der Patienten (Cegala et al., 2000). Daher empfehlen internationale Leitlinien (NICE, APA), die Auswahl der medikamentösen Behandlung im Rahmen eines „Mutual Decision Making“ zwischen Arzt und Patient zu optimieren. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde bezeichnet in diesem Zusammenhang Shared Decision Making als „Good Clinical Practice“. Mehrfach wird die Relevanz der Partizipation des Betroffenen am Therapieprozess in den Behandlungsleitlinien für Schizophrenie hervorgehoben (Gaebel, 2006). Sowohl in der Wahl des Medikaments als auch bei den zusätzlichen nicht medikamentösen Therapieformen zum

Beispiel zur Verbesserung der Tagesstruktur oder kognitiver Fähigkeiten können in hohem Maße individuelle Präferenzen berücksichtigt werden.

1.5. Partizipationsbedürfnis und Partizipationsvermögen unter Psychatriepatienten

Umfassende Befragungen zeigten, dass schizophrene Patienten genauso wie somatisch Erkrankte die Einbeziehung in medizinische Entscheidungen wünschen (Hamann et al., 2007). Insgesamt möchten 75% der psychiatrischen Patienten über Therapiemöglichkeiten aufgeklärt werden und 69 % aktiv an der Therapieplanung mitwirken, wobei vor allem der Einbezug in die Wahl der Medikamente weit vorne steht (Fleischmann, 2003).

Allgemein bestehen jedoch gerade bei der Beurteilung schizophrener Patienten Vorbehalte hinsichtlich ihrer Entscheidungsfähigkeit. Während psychotischer Krankheitsphasen macht sich das Misstrauen besonders gegenüber medikamentöser Therapie bemerkbar. Levine (1994) äußert sogar den Verdacht, dass die verminderte Entscheidungskapazität selbst ein Symptom der Krankheit sei. Ebenso schränken Negativsymptome wie Konzentrationsschwäche, Motivationslosigkeit, Ambivalenz und Denkschwierigkeiten die aktive Beteiligung in der Therapieplanung ein. Nicht selten fällt es den Patienten schwer, ihre Bedürfnisse gegenüber ihren Ärzten zu artikulieren. So hängt die Anwendbarkeit von Shared Decision Making mitunter vom Stadium der Erkrankung ab (Hamann et al., 2003). Doch selbst wenn sich ein Patient gerade nicht in einer akuten Krankheitsphase befindet, ist die Anwendbarkeit von Shared Decision Making möglicherweise durch mangelnde Krankheitseinsicht eingeschränkt (Bunn et al., 1997).

Ein weiteres Phänomen beschreibt Monestes (2008) als „jump to conclusion“. Ihre Studie belegt, dass Schizophrenie Erkrankte signifikant weniger Hinweise und Informationen für ihren Entscheidungsprozess verwenden als Gesunde. Daher machen sich diese Patienten seltener die Mühe nachzufragen bzw. mental in die Rolle des Arztes zu schlüpfen, wie viele psychisch Gesunde dies tun. Dies bedeutet für Psychiater, dass sie hier besonderen Wert auf

die Mitarbeit des Patienten legen müssen. Mitwirkung am Therapiekonzept ist ein Teil der psychologischen Behandlung.

Ganz abgesehen von individuellen Hindernissen können Entscheidungsoptionen, auch die des Arztes, bei bestehender Fremd- oder Selbstgefährdung durch richterliche Anordnungen begrenzt sein.

Carpenter et al. (2000) fanden heraus, dass die Entscheidungsfähigkeit schizophrener Patienten signifikant schlechter als die nicht psychisch Kranker ist, was er vor allem auf die geminderte Kognition zurückführte. Jedoch lag nach Lern- und Übungssitzungen mit den Patienten, in denen Pflegekräfte beim Durcharbeiten des Informationsmaterials halfen und Fragen ermöglicht wurden, die Entscheidungskapazität nicht mehr unter dem Score psychisch Gesunder.

Trotz dieser Erkenntnisse besteht nach wie vor die Stigmatisierung der Patienten unzurechnungsfähig und unfähig bezüglich eigener Entscheidungen zu sein. Daher verwundert es nicht, dass Psychatriepatienten die Partizipationsmöglichkeiten und die Förderung ihrer Autonomie als mangelhaft empfinden (Reichhart, 2008). Folglich sind viele Patienten unzufrieden und möchten nachweislich die über ihren Kopf hinweg getroffenen Entscheidungen eher wieder revidieren (z.B. Absetzen der Dauermedikation) (Hamann et al., 2008).

Interventionen, die eine tatsächliche Einbeziehung von Patienten mit Schizophrenie erreichen möchten, müssen also auf Seiten der Patienten Selbstvertrauen und Fähigkeiten zur Partizipation stärken. Hierfür sind Entscheidungshilfen allein nicht ausreichend. Die Patienten müssen vielmehr direkt motiviert und trainiert werden, ihre Vorstellungen bei Behandlungsentscheidungen einzubringen und sich aktiv an einem gemeinsamen Entscheidungsprozess mit ihren Ärzten zu beteiligen.

1.6. Kommunikationstraining zur Verbesserung der Patientenpartizipation

Um beschriebene und andere Einschränkungen des Shared Decision Making (Fokussieren auf einzelne Entscheidungsthemen, Abhängigkeit von der Einstellung des Psychiaters) zu beseiti-

gen, wurde für die vorliegende Untersuchung ein Gruppen–basiertes Kommunikationstraining für Patienten entwickelt.

Andere Gruppeninterventionen (z.B. Psychoedukation) demonstrierten bereits die Realisierbarkeit und Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen Gruppen in der somatischen Medizin und in der Schizophrenie Behandlung (Zygmunt et al., 2001). Dabei waren die Erfolge überwiegend nach konkreten problemorientierten Instruktionen zu verzeichnen, während Interventionen ohne begleitende verhaltenstherapeutische und wiederholt unterstützende Komponenten kaum Verbesserungen in der Therapietreue zeigten.

1.6.1. Kommunikationstraining in der somatischen Medizin

In der somatischen Medizin haben sich Kommunikationsprogramme bereits als zweckmäßige Maßnahmen erwiesen, um Patienten mehr in medizinische Entscheidungen mit einzubeziehen und die Compliance auf lange Sicht zu verbessern (Harrington et al., 2004).

Dafür entwickelten Cegala et al. (2000) eine Patientenbroschüre, die vor dem Hausarztbesuch zur Informationssuche, deren Beschaffung und Bestätigung des erlangten Wissens anleitete. Das Training beeinflusste die Compliance (z.B. Änderung des Lebensstils) und Zuverlässigkeit bei der Wiedervorstellung bei dem Arzt positiv.

Greenfield et al. (1988) beispielsweise trainierten Diabetespatienten direkt vor ihrem Arztgespräch. Mit Hilfe der Patientenakte wurde den Patienten aufgezeigt, welche wichtigen medizinischen Entscheidungen im nachfolgenden Arztgespräch auf sie zukommen könnten. Eine wissenschaftliche Hilfskraft übte mittels eines standardisierten Skripts Gesprächsführung, Darstellen eigener Präferenzen und das Fragenstellen mit den Kandidaten ein. Im Vergleich zur Kontrollgruppe, welche nur Informationsmaterial zu Medikation, Diät und Komplikationen des Diabetes mellitus erhielt, erreichten die Kommunikationsgeschulten signifikant niedrigere HBA1c Werte.

1.6.2. Kommunikationstraining in der psychiatrischen Behandlung

Für die psychiatrische Behandlung liegt bislang nur eine Studie zur Förderung speziell von Kommunikationskompetenzen vor, welche jedoch auf die Effizienz dieses Ansatzes hinweist (Dow et al., 1991). Die Autoren wiesen hierbei schizophrene Patienten einer Medikamenten-bezogenen Kommunikationsgruppe oder einem Medikamenten-bezogenem Edukationsprogramm zu. Im Kommunikationstraining wurden die Patienten angeleitet, ihren Ärzten Fragen zur Therapie zu stellen und eigene Forderungen und aktuelle Probleme anzusprechen. Obwohl sich das Wissen bezüglich der medikamentösen Therapie in beiden Gruppen verbesserte, führten die Kommunikationsgeschulten aufmerksamer längere Gespräche mit häufigerem Augenkontakt. Außerdem erhielten sie mehr Information bezüglich neu beschriebener Medikamente und wurden als zuverlässiger in der Medikamenteneinnahme eingestuft.

Kommunikationstraining ist demnach ein vielversprechender Ansatz zur Verbesserung der Partizipation bei Psychiatriepatienten, der dennoch bisher nicht ausgeweitet und weiter erforscht wurde.

1.7. Ziele der vorliegenden Untersuchung

Da es keine weiteren vergleichbaren Studien auf dem Gebiet der Psychiatrie gab, entwickelten wir ein Training zu Shared Decision Making für stationäre Psychiatriepatienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis und evaluierten dessen Effekte in einer randomisiert kontrollierten Pilotstudie.

Ziele dieses Pilotprojekts waren einmal die Untersuchung der Durchführbarkeit des Kommunikationstrainings in Bezug auf Umfang, Akzeptanz bei Ärzten und Patienten und Einbettung in den klinischen Alltag. Außerdem sollte eruiert werden, welche Effekte das Training hinsichtlich der Partizipationsbedürfnisse und dem Verhalten der Patienten in Konsultationen hat.

Hierzu verwendeten wir mehrere bestehende Instrumente zur Erfassung der Patientenpartizipation und kombinierten diese mit einem halbstrukturiertem Interview. So sollten fehlende

oder ungenaue Messwerte und mögliche zusätzliche Einflussfaktoren entdeckt werden, um für nachfolgende Studien standardisierte Erhebungen ausarbeiten zu können.

Letzten Endes erwarteten wir Auswirkungen des Trainings auf Einstellungen und Verhalten der Patienten, sowie Veränderungen bezüglich der Arzt-Patienten-Interaktion. Die Stärke der zu beobachtenden Effekte als auch das Aufdecken nicht bedachter oder gar unerwünschter Folgen waren weitere Ziele der Pilotstudie.

2. Material und Methoden

2.1. Rahmenbedingungen der Studie

Bei der vorliegenden Arbeit handelte es sich um eine kontrolliert randomisierte Pilotstudie, die wir in einer psychiatrischen Universitätsklinik durchführten. Dabei wurde untersucht, ob die Maßnahme „Shared Decision Making: Ein Kommunikationstraining für Patienten mit Schizophrenie“ durchführbar war und wieweit sie sich auf Einstellungen und Verhalten der Patienten hinsichtlich partizipativer Entscheidungsfindung auswirkte.

Die Patienten der Kontrollgruppe nahmen an einem Konzentrationstraining teil. Gleichzeitig erhielten die Patienten aus beiden Gruppen die in den jeweiligen Abteilungen üblichen Therapien (unter anderem Kunsttherapie, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie Physiotherapie) und wurden wie bisher an therapeutischen Entscheidungen beteiligt („usual care“).

Die Ethikkommission der Technischen Universität München genehmigte die Untersuchung. Jeder Patient stimmte nach Aufklärung über die Studienbedingungen der Teilnahme schriftlich zu.

Bei ClinicalTrials.gov. liegt eine Registrierung der Studie vor (NCT00885716).

2.2. Ablauf der Untersuchung

Die Patienten wurden nach Rücksprache der stationär behandelnden Psychiater auf zwei vergleichbaren allgemeinspsychiatrischen Stationen der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie rechts der Isar rekrutiert. Beide Gruppenangebote fanden zu den üblichen Therapiezeiten und in den Räumlichkeiten der Klinik statt.

2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

In Frage kamen Teilnehmer zwischen 18 und 65 Jahren beiderlei Geschlechts mit der Diagnose einer psychotischen Erkrankung nach dem ICD-10:

F20.- Schizophrenie

F22.-anhaltende wahnhafte Störung

F23.- akute vorübergehende psychotische Störung

F25.- schizoaffektive Störungen

Weitere Bedingungen stellten ausreichende Deutschkenntnisse dar – nicht zwingendermaßen Deutsch als Muttersprache.

Hinsichtlich ihrer Psychopathologie sollten Teilnehmer soweit remittiert sein, dass sie einem Gruppenangebot von etwa 60 Minuten folgen konnten und dass sie in der Lage waren, einfache verhaltensorientierte Arbeitsanweisungen (z.B. im Rahmen eines Rollenspiels) zu befolgen. Somit sollte die Möglichkeit einer aktiven Teilnahme an der Kommunikationsgruppe „Wie spreche ich mit meinem Arzt“ oder am Konzentrationstraining gesichert werden.

Einige Patienten mit schwerem Krankheitsbild mit gravierenden formalen Denkstörungen, starker Agitiertheit oder aggressivem Verhalten konnten beispielsweise erst nach einer gewissen Behandlungszeit mit Verbesserung der Symptomatik in eine der später folgenden Gruppen aufgenommen werden.

2.2.2. Rekrutierung und Randomisierung

Sobald mindestens fünf, höchstens jedoch acht Teilnehmer rekrutiert worden waren, randomisierten wir, ob eine Kontroll- oder Interventionsgruppe stattfinden würde. Das Institut für medizinische Statistik und Epidemiologie der Technischen Universität München bot hierfür die technische Unterstützung in Form einer Randomisierungshilfe (verschlossene Kuverts etc.).

Von jedem Studienteilnehmer wurde vor dem Beginn der Kommunikations- oder Konzentrationsgruppe ein standardisierter Fragebogen bearbeitet. Dieser wurde nach etwa drei Wochen und nach Überprüfung der Teilnahme – mindestens jeweils drei von fünf Terminen – in erweiterter Form wiederholt. Zeitgleich baten wir die behandelnden Ärzte vor und nach der Intervention bzw. Kontrolle unten beschriebene Fragebögen auszufüllen.

2.3. Ablauf und Inhalt der Intervention „Shared Decision Making : Ein Kommunikationstraining für Patienten mit Schizophrenie“

Das Kommunikationstraining für stationäre Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie bestand - bei einer Gruppenstärke von fünf bis acht Patienten - aus fünf Sitzungen. Das Training fand über einem Zeitraum von etwa drei Wochen zweimal wöchentlich statt.

Die Gruppen wurden von einer Psychologin und einem Psychiater geleitet, die beide nicht unmittelbar in die therapeutische Betreuung der Patienten mit einbezogen waren. Somit sollte einer zu starken Befangenheit der Patienten vorgebeugt werden. Gelegentlich nahmen auch Pflegekräfte der Patientenstationen an den Sitzungen teil.

Auch wenn die Leitung prinzipiell von jedem in der Betreuung psychisch Kranker Geschultem übernommen werden könnte, ist es hilfreich, wenn ein Gruppenleiter aus der ärztlichen Berufsgruppe stammt. Argumente hierfür sind die zu erarbeitenden arzt spezifischen Inhalte (Arztgespräch), die Übermittlung von Wertschätzung des als autoritär empfundenen Ansprechpartners Arzt und letztendlich die erleichterte Anbahnung der Perspektivenübernahme des Patienten („Wie könnte sich der Arzt fühlen?“).

Die einzelnen Sitzungen (sechs Gruppendurchläufe innerhalb dieser Studie) mit einer Dauer von je ca. 60 Minuten wurden wie folgt gestaltet:

Stunde 1

In der ersten Gruppenstunde wurden nach gegenseitigem Vorstellen die Inhalte und Ziele des Trainings besprochen. Wichtig war es, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen und die Patienten für das Therapieangebot zu gewinnen. Hierfür erklärten die Leiter zunächst die Notwendigkeit und den Nutzen einer Beteiligung am ärztlichen Gespräch.

Im Anschluss wurden die Patienten aufgefordert von eigenen Erfahrungen bei ihren Arztkontakten zu berichten. Die Ergebnisse wurden gesammelt, um darauf aufbauend die drei Möglichkeiten einer Entscheidungsfindung (durch den Arzt – Arzt und Patient gemeinsam – nur durch den Patienten) herauszuarbeiten. In der anschließenden Gesprächsrunde äußerten

alle Mitwirkenden, welche Art der Entscheidungsfindung sie für sich und in welchen Situationen wünschen würden.

Zuletzt besprach die Gruppe die Vorteile des Shared Decision Making und die Gruppenleitung wies auf die Rechte eines Patienten zu Selbstbestimmung hin.

Stunde 2

Nach kurzer Wiederholung der Inhalte der ersten Stunde ging es jetzt darum Strategien für das Gelingen eines guten Arztgesprächs herauszuarbeiten. Hierfür sollten zwei Gruppenteilnehmer die Situation „Arzt–Patienten–Gespräch“ unter vorgegebenem Thema (z.B. „Neues Medikament mit Nebenwirkung Gewichtszunahme“) nachspielen; die restlichen Anwesenden beobachteten das Rollenspiel.

Nachfolgend wurden angewandte Strategien des Patienten während des Rollenspiels sowie Verbesserungsvorschläge der Zuschauer gesammelt. Ziel war es, mehrere Möglichkeiten aufzulisten, sich aktiv in ein Arztgespräch einzubringen (z.B. „offen sein“, „Vertrauen aufbauen“, „Fragen stellen“, „Blickkontakt halten“ etc.), um deren Anwendung bei dem nächsten realen Arztbesuch zu trainieren. Hilfreich erwies es sich zudem, den Perspektivenwechsel zu verdeutlichen („Wie hat sich der Patient in der Arztrolle bei den Fragen des Patienten gefühlt? Empfund er den Patienten etwa als anstrengend?“).

Obendrein sollten Beiträge dazu gemacht werden, wie man sich auf Arztgespräche vorbereiten kann. Die Gruppenteilnehmer nannten Lösungsansätze wie beispielsweise vor Arztgesprächen Fragelisten zu schreiben, Prioritäten zu setzen oder Angehörige mitzubringen.

Beendet wurde die zweite Trainingsstunde mit einer „Hausaufgabe“: Die Patienten wurden gebeten Gelerntes umzusetzen, indem sie bei der nächsten Arztkonsultation nach den Nebenwirkungen eines ihrer Medikamente fragten.

Stunde 3

Zu Stundenbeginn erinnerte der Gruppenleiter an die Ergebnisse der letzten Einheit und bat um ein Feedback zu der in der letzten Stunde gestellten Aufgabe. Aufgetretene Probleme im Rahmen der Hausaufgabe wurden besprochen und Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Hauptthema der dritten Stunde war das Fragenstellen zu üben. Zunächst wurden hierfür mit den Teilnehmern häufige Fragenthemen (z.B. „Welche Medikamente bekomme ich?“, „Wann kann ich wieder Autofahren?“, Welche ambulanten Hilfen gibt es?“ etc.) gesammelt. Anschließend sollten die Teilnehmer den Gruppenleiter entweder einige der gesammelten oder neue Fragen stellen.

Im Vorausgriff auf die 4. Stunde wurden die Patienten gebeten, ein Anliegen zu notieren, welches sie bei der nächsten Arztvisite vortragen sollten („Hausaufgabe“).

Stunde 4

Die Aufgabe der letzten Stunde – ein Anliegen bei der Visite vorzutragen - leitete das Programm der momentanen Stunde „Äußern von eigenen Wünschen und Bedenken“ ein. In Rollenspielen mit vorgegeben Themen (exemplarisch „Neues Medikament mit Nebenwirkung Gewichtszunahme“, „Arzt schlägt therapeutische Wohngemeinschaft vor“, etc.) wurden mögliche Probleme und Lösungsstrategien herausgearbeitet. Auch auf nonverbale und emotionale Phänomene wurde geachtet. Wieder sollte der Perspektivenwechsel durch gezielte Fragen an den Arztspieler hervorgehoben werden.

Wichtige Punkte eines gelungenen Gesprächs wie „prägnante Darstellung des eigenen Anliegens“, „Nachfragen, wenn etwas unverständlich war“, oder „mögliche Bitte um Vertagen der Entscheidung“ hielt der Gruppenleiter schriftlich fest.

Als Übungsaufgabe notierten sich die Mitwirkenden ein für sie wichtiges Thema, welches sie bei dem nächsten Arztgespräch ansprechen wollten.

Desweiteren sollten die Patienten sowohl die Vorbereitung auf Arztvisiten im Stationsalltag,

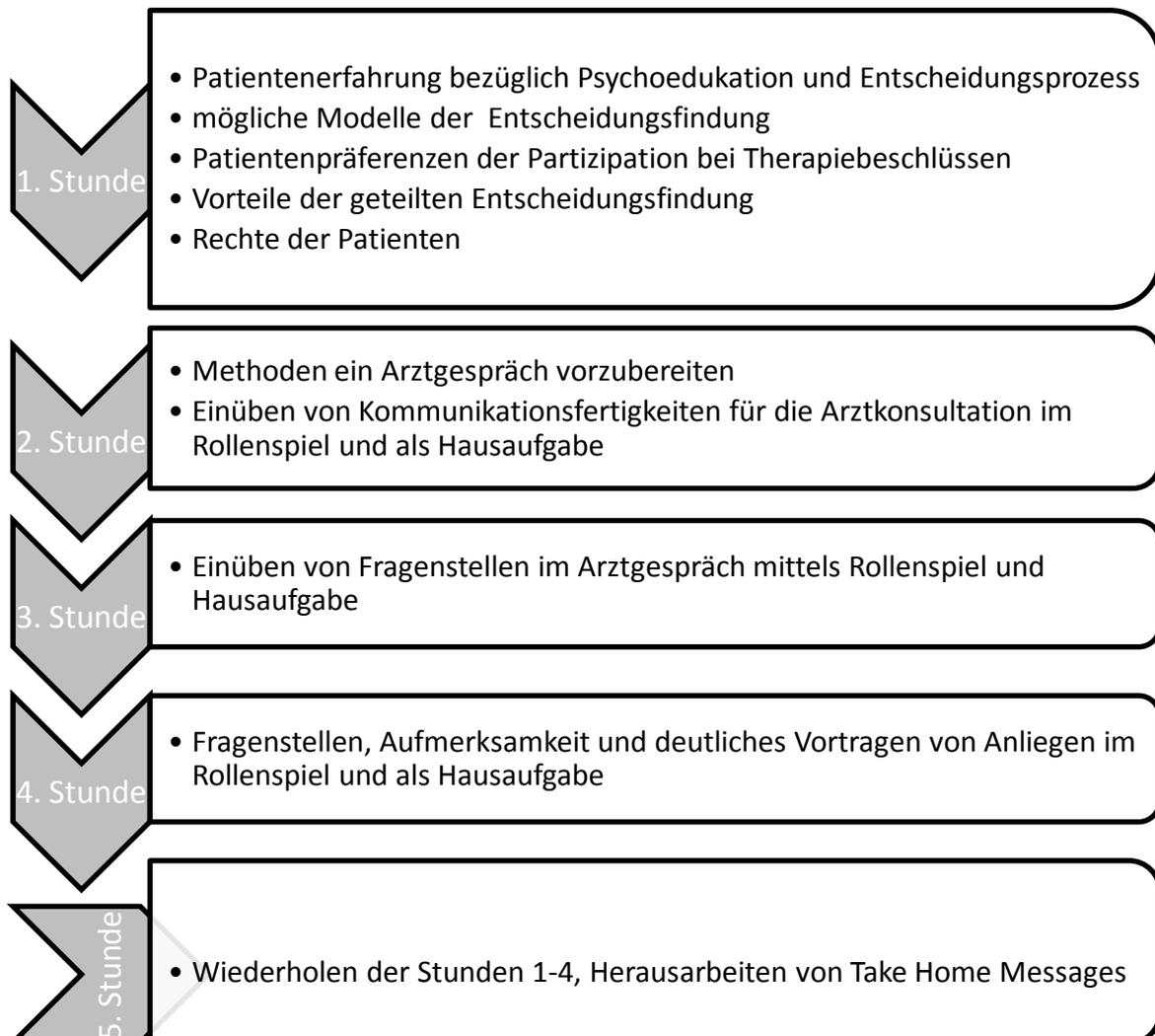
als auch das Fragenstellen und das Anbringen eigener Wünsche während der Besprechungen trainieren.

Stunde 5

In der letzten Stunde ging es vor allem darum, alle Inhalte der vorhergehenden Stunden zu wiederholen und zu vertiefen. Die Patienten konnten ihre eigenen Merkzettel mit speziell für sie hilfreichen Punkten ausfüllen. Zusätzlich erhielten sie eine Broschüre mit den wichtigsten Aspekten für eine effektive Arztkonsultation.

Mit einem Evaluationsbogen über das Training endete die Kommunikationsgruppe.

Abb. 2: Aufbau des Trainings



2.4. Ablauf und Inhalt der Kontrolle: Konzentrationstraining

Zur Verbesserung von Störungen im kognitiven Bereich wurde auf den beiden Stationen regulär zweimal wöchentlich ein jeweils einstündiges Konzentrationstraining angeboten.

Die Gruppen bestanden meist aus vier bis zehn Patienten, wobei nicht nur Studienteilnehmer, sondern grundsätzlich alle geeigneten Patienten auf Station mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen (Depression, Angsterkrankung, Psychosen) teilnehmen konnten. Das Konzentrationstraining leiteten die psychiatrischen Pflegekräfte der jeweiligen Station. Mit Logikrätseln, Rechenaufgaben oder Matrizen trainierten die Patienten numerische und figurale Kompetenzen. Genauso gab es Übungen zu Satzergänzung, Analogien und Wortschatz für verbale Fertigkeiten und weitere zur Verbesserung von Merkfähigkeit, abstrahierendem und schlussfolgerndem Denken. Die Gruppeneinheiten waren spielerisch aufgebaut und konnten im Schwierigkeitsgrad dem einzelnen Patienten angepasst werden.

Die Patienten, die sich in der Kontrollgruppe befanden, sollten mindestens dreimal und höchstens fünfmal an dem Konzentrationstraining teilgenommen haben, bevor sie nach circa drei Wochen den zweiten Fragebogen bearbeiteten. Insgesamt liefen fünf Kontrollgruppen mit 29 Patienten.

2.5. Untersuchungsmethode

Die Datenerhebung mittels Fragebögen erfolgte zum Zeitpunkt t_0 , das heißt vor Beginn der Intervention oder Kontrolle, direkt nach den Sitzungen zum Zeitpunkt t_1 und per Anschreiben nach etwa sechs Monaten zum Zeitpunkt t_2 .

Die Daten erhoben wir zwischen Mai 2009 und Oktober 2010.

2.5.1. Verwendete Fragebögen vor der Intervention oder Kontrolle zum Zeitpunkt t_0

Die folgenden Daten von Ärzten und Patienten wurden unmittelbar nach Einschluss der Patienten in die Studie erhoben. Die Patienten füllten die Bögen in unserem Beisein und mit unserer Unterstützung aus.

2.5.1.1. Fragebögen der Patienten zum Zeitpunkt t_0

In etwa 20 Minuten bearbeiteten die Patienten nachstehende Fragebögen:

Soziodemographische Angaben: Alter, Geschlecht, Muttersprache, Nationalität der Eltern, Familienstand, höchster erreichter Schulabschluss, erlernter Beruf, Arbeitsverhältnis und die aktuell behandelte Erkrankung.

Decision Making Preference, Teilfragebogen des Autonomy Preference Index, API (Ende et al., 1989): Der Bogen erfasst das grundsätzliche Partizipations- und Autonomiebedürfnis des Patienten bezüglich medizinischer Entscheidungen. Diese Messung führten wir vor und nach der Intervention oder Kontrolle durch, um zu erkennen, ob das Kommunikationstraining auch das Bedürfnis an Partizipation steigert. Die sechs Items können in einer fünf-Punkte-Skala von „sehr dafür“ (1) bis „sehr dagegen“ (5) beantwortet werden. Zum Beispiel: „Wichtige medizinische Entscheidungen sollten von Ihrem Arzt getroffen werden – und nicht von Ihnen.“

Decision Self-Efficacy-Scale, DSE (O`Connor, 1995) ist ein Messinstrument für das Selbstvertrauen in die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen einschließlich partizipativer Entscheidungsfindung. Durch das Training erwarteten wir einen Anstieg des Vertrauens in eigene Fähigkeiten. Die elf bestehenden Items wurden um drei weitere ergänzt („Ich traue mir zu, dass ich ... den Ärzten sage, wenn ich mit einer Behandlung unzufrieden bin; ...es den Ärzten mitteile, wenn ich ein Medikament aus eigenem Entschluss abgesetzt habe; ...mit meinem Arzt Kompromisse aushandle, wenn wir verschiedener Meinung sind.“). Wir verwendeten die Form mit fünf Antwort-Kategorien von „traue es mir nicht zu“ (1) bis „traue es mir voll und ganz zu“ (5).

Beliefs in Medication Questionnaire, BMQ (Horne et al., 1999): Der BMQ besteht aus zwei Teilen: einem spezifischen, welcher die Einstellung zu den Medikamenten, die dem Patienten persönlich verschrieben wurden, abschätzt und einen allgemeinen Teil, der generell die Auffassung zu Medikamenten misst. Zusammen ergeben sich 18 Items, die über eine fünf-Punkte-Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ (1) bis „trifft voll und ganz zu“ (5) folgende vier Bereiche erfassen:

- Notwendigkeit der Medikation für die eigene Gesundheit
- Bedenken und Sorgen bei der Medikamenteneinnahme
- übermäßiger Medikamenteneinsatz
- allgemeiner Schaden durch die medikamentöse Behandlung

Satisfaction With Treatment Scale, ZUF8 (Langewitz et al., 1995): Der 8-Item-Fragebogen zur Messung der allgemeinen Zufriedenheit des Patienten mit seiner Behandlung besteht aus einer 4-Punkte-Skala. Zum Beispiel: „Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?“ Skala von „sehr zufrieden“ (1) bis „ziemlich unzufrieden“ (4) oder „Würden Sie wieder in diese Klinik kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten?“ Skala von „eindeutig nicht“ (1) bis „eindeutig ja“ (4).

Zusatzfrage: Die Frage, die vor allem im „vorher-nachher-Vergleich“ interessierte, lautete: „Wer trifft wichtige Entscheidungen (z.B. über Medikamente) im Rahmen Ihrer Behandlung?“ Antwortmöglichkeiten: „nur Sie selbst“, „hauptsächlich Sie selbst“, „Sie und Ihr Arzt gemeinsam“, „hauptsächlich Ihr Arzt“ oder „nur Ihr Arzt“.

2.5.1.2. Fragebögen der behandelnden Ärzte zum Zeitpunkt t_0

Die stationär betreuenden Psychiater - insgesamt fünf auf zwei Stationen - gaben folgende Auskünfte zu ihren Patienten:

Anamnestische Daten: Diagnose nach ICD 10, Beginn der Erkrankung und der derzeitigen stationären Behandlung, Anzahl der stationären Aufenthalte, Rechtsgrund der aktuellen und vorausgegangenen stationären Behandlungen, gesetzliche Betreuung, Compliance des Pati-

enten bezüglich seiner Medikation und erfolgte Teilnahme an einer Psychoedukationsgruppe - allesamt mögliche Einflussfaktoren auf das Outcome.

Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia, PANSS (Kay et al., 1987): Die PANSS schätzt die Krankheitschwere schizophrener Patienten mittels Messung der Hauptsymptome ein. Dabei werden die Symptome in drei große Gruppen eingeteilt. In der ersten werden sieben Positiv- oder auch Produktivsymptome wie Halluzinationen oder formale Denkstörungen abgefragt. Die zweite Gruppe beschreibt sieben Negativ- oder Defizitsymptome wie zum Beispiel Affektverflachung, emotionalen Rückzug oder Apathie. Je nach Subtyp der Schizophrenie überwiegen die Plus- oder die Minussymptome. Die letzte Einheit bilden sechzehn Allgemeinsymptome von schizophrenen Erkrankungen, wie beispielsweise Angst, Desorientiertheit und mangelnde Impulskontrolle. Alle 30 Items des PANSS werden anhand einer Sieben-Punkte-Skala nach dem Schweregrad der Psychopathologie bewertet von 1 („nicht vorhanden“) bis 7 („extrem schwer“).

Global Assessment of Functioning-Skala, GAF (Arbeitskreis OPD, 2006): Eine psychologische Skala zur Erfassung des psychologischen, sozialen und beruflichen Funktionsniveaus einer Person. Dabei stellen Werte von 100 bis 91 eine optimale Funktion in allen Bereichen dar, während beispielsweise Werte von 10 bis 1 eine ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit den Alltag zu bewältigen darstellen.

Decisional Capacity: Die Entscheidungskapazität wird mittels sechzehn Fragen zu Entscheidungen in der Therapie und Lebensplanung des Patienten ermittelt. Mit diesem Fragebogen sollte abgeschätzt werden, ob die Intervention eine Änderung des Eindrucks des Arztes vom Patienten hervorrief. Die sechzehn Items können jeweils in einer Sechs-Punkte-Skala von - der Patient ist „gar nicht“ (1) bis „sehr gut in der Lage“ (6) - beantwortet werden (z.B. „Entscheidung, ob eine Psychotherapie begonnen wird“ oder „Entscheidung, ob eine gesetzliche Betreuung eingerichtet wird“).

Questionnaire on Therapeutic Alliance, QTA (Pajonk et al., 2006): Mittels einer Sechs Punkte Skala wird die therapeutische Beziehung aus Sicht des Arztes abgebildet. Beispielsweise soll die aktive Beteiligung und das Interesse des Patienten an therapeutischen Angelegenheiten

bewertet werden. Das Engagement des Patienten kann dabei von „überhaupt nicht“ (1) bis „in hohem Maße“ (6) bewertet werden.

2.5.2. Verwendete Fragebögen nach Intervention und Kontrolle zum Zeitpunkt t_1

Folgende Daten wurden ungefähr drei Wochen nach erfolgter Intervention beziehungsweise nach der Kontrolle erhoben. Die Patienten bearbeiteten die Fragen wiederum mit unserer Unterstützung:

2.5.2.1. Fragebögen der Patienten zum Zeitpunkt t_1

Autonomy Preference Index, API (Ende et al., 1989) (s.oben)

Decision Self-Efficacy Scale, DSE (Bunn et al., 1996) (s.oben)

Fragebogen über die Verantwortlichkeit medizinischer Entscheidungen: Sechzehn Statements zu der Behandlung in der Klinik und im ambulanten Bereich können mit Hilfe einer Fünf-Punkte-Skala beantwortet werden. Es geht um die Einschätzung, ob die Verantwortung für verschiedene Therapiebereiche eher beim Arzt oder beim Patienten selbst liegt. Dies sollte es uns ermöglichen, ein eventuell unterschiedliches Verantwortungsbewusstsein bei Kontroll- und Interventionsgruppe zu entdecken. Beispielsweise wählen die Patienten bei den Fragen „Wer ist dafür verantwortlich, wie gut die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Arzt ist“ oder bei „Wer ist dafür verantwortlich, dass Sie alle notwendigen Informationen zur jetzigen Behandlung erfahren“ als Antwort „nur Ihr Arzt“ (1), „Sie beide zusammen“ (3) oder „nur Sie selbst“ (5).

Multidimensional Health Locus of Control Scales, MHLC (Wallston et al., 1978; Muthny et al., 1994): Wir verwendeten die deutsche Version des MHLC mit zwölf der ursprünglich achtzehn Items und benutzten anstelle der Sechs – eine Fünf-Punkte-Skala. Das Messinstrument exploriert die Ursachenzuschreibung des Patienten und kristallisiert die externe beziehungsweise interne Kontrollüberzeugung heraus. Die Patienten können Behauptungen wie

„Es liegt stets an mir, wenn etwas mit meiner Gesundheit nicht stimmt“ oder „Meine Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von guter Anlage und Glück“ mit einer Fünf-Punkte-Skala von „stimme sehr zu“ (1) bis „lehne sehr ab“ (5) kommentieren. Die Scores geben Anhaltspunkte für die Ansichtswiese, ob die eigene Gesundheit von dem persönlichen Handeln, dem Schicksal oder von ärztlicher Hilfe abhängt. Obwohl der Test als unabhängige Variable der Therapieforschung entwickelt wurde, kann sich der „Locus of control“ auch infolge einer Therapie verschieben und somit als abhängige Variable bei dem Outcome einer Intervention verwendet werden.

Beliefs in Medication Questionnaire, BMQ (Horne et al., 1999) (s.oben)

Satisfaction With Treatment Scale, ZUF8 (Langewitz et al., 1989) (s.oben)

Vier Fragen zu dem Patientenverhalten während des aktuellen Aufenthalts: Der Patient soll Auskunft geben über seine aktive Informationssuche (Erfragen von Behandlungsplan, Bitte um Einschätzung seiner Symptome) und Mitarbeit (Beschreiben eigener Beschwerden). Mit einer Vier-Punkte-Skala von „stimme überhaupt nicht zu“ (1) bis „stimme voll und ganz zu“ (4), wollten wir feststellen, ob nach dem Kommunikationstraining eine aktivere Beteiligung an der eigenen Therapie stattfand.

Trust in Physician Scale, TPS (Anderson, 1990; Glattacker et al., 2007): Der Test „Vertrauen in den Arzt“ wurde entwickelt, um drei Dimensionen des zwischenmenschlichen Vertrauens des Patienten in seinen Arzt abzuschätzen:

Ärztliche Zuverlässigkeit, Vertrauen auf ärztliches Wissen und Fähigkeiten, Diskretion und Verlässlichkeit ärztlicher Information.

Items wie „Wenn mein Arzt mir sagt etwas sei so, dann ist es auch so“ können in einer Fünf-Punkte-Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ (1) bis „trifft voll und ganz zu“ (5) beantwortet werden. Da Anderson eine enge Korrelation zwischen Vertrauen, Partizipationsbedürfnis und Zufriedenheit mit der Behandlung beschrieb, eignete sich dieser Test für unsere Fragestellung in besonderem Maße.

Drei Zusatzfragen zur vom Patienten vermuteten Haltung der Ärzte gegenüber aktivem Patientenverhalten:

„Wie finden es Ärzte,

... wenn sich Patienten an medizinischen Entscheidungen beteiligen wollen?“

... wenn Ihnen Patienten Fragen stellen?“

... wenn Patienten eigene Vorschläge vorbringen?“

Als Antwortmöglichkeit kann von „störend“ (1) bis „hilfreich“ (5) gewählt werden.

Nach den wiederholten Übungen zur Perspektivenübernahme im Kommunikationstraining, erwarteten wir Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe.

Sechs Zusatzfragen zur Einstellung von aktivem Patientenverhalten und Gesprächsvorbereitung sowie zur Zufriedenheit bezüglich Arztgesprächen, Visiten und Medikation

Zusatzfrage: „Wer trifft wichtige Entscheidungen“ (s. oben)

Halbstrukturiertes Interview: Wir befragten die Patienten nach ihrem Verhalten während der Arztgespräche der letzten Woche. Hierbei interessierten gestellte Fragen, Wünsche, Einwendungen und Therapievorschlüsse des Patienten.

Evaluationsbogen: Patienten der Interventionsgruppe erhielten zusätzlich einen Evaluationsbogen der Gruppensitzungen. Hier konnten sie die persönliche Auswirkung des Trainings auf Arztgespräche angeben und gute beziehungsweise nicht gelungene Aspekte des Programms beschreiben.

2.5.2.2. Fragebögen der stationär behandelnden Ärzte zum Zeitpunkt t₁

Die behandelnden Psychiater gaben uns zu jedem Studienteilnehmer nach erfolgter Intervention oder Kontrolle folgende Informationen:

Decisional Capacity (s. oben)

Difficult Doctor-Patient-Relationship Questionnaire, DDPQR (Hahn, 1994)

Der Fragebogen wurde für die Beurteilung des Arzt-Patienten-Kontakts eingesetzt. Die zehn Items greifen inhaltlich vier Themengebiete auf: der schwierige, lästige Patient; der selbstzerstörerische Patient; die Dysphorie des Arztes und Schwierigkeiten bei der Kommunikation. Der Arzt kann beispielsweise die Frage „Wie sehr freuen Sie sich auf den nächsten Termin des Patienten?“ mit einer Sechs-Punkte-Skala von „überhaupt nicht“ (1) bis „in hohem Maße“ (6) beantworten. Circa 20% der Arzt-Patient-Interaktionen wurden in der Originalstichprobe (somatische Medizin) als schwierig klassifiziert (Hahn et al. 1994). Dieses Messinstrument fand hauptsächlich Anwendung nach Trainingsprogrammen für Ärzte (z.B. Caesar, 2009), wohingegen wir Veränderungen nach dem Training der Patienten erfassen wollten.

Zusatzfragen: „Wer sollte festlegen, wie viel dieser Patient bei medizinischen Entscheidungen mitbestimmt“ und „Wer trifft wichtige Entscheidungen (z.B. über Medikamente) im Rahmen Ihrer Behandlung?“ mit optionalen Antworten: „nur Sie selbst“, „hauptsächlich Sie selbst“, „Sie und Ihr Patient gemeinsam“, „hauptsächlich Ihr Patient“ oder „nur Ihr Patient“.

Therapeutic Alliance, QTA (s. oben)

Empfohlene ***Dauermedikation*** zur Behandlung der Schizophrenie bzw. schizophrenen Psychose nach Entlassung des Patienten

2.5.3. Katamnese zum Zeitpunkt t_2

2.5.3.1. Katamnesefragen an die Patienten zum Zeitpunkt t_2

Nach einem halben Jahr versandten wir Briefe an die Studienteilnehmer mit der Bitte um Bearbeitung und Rücksendung der unten genannten Bögen:

Autonomy Preference Index, API (s. oben)

Fragebogen über die Verantwortlichkeit bei medizinische Entscheidungen (s. oben)

Zusatzfragen zu Regelmäßigkeit der ärztlichen Behandlung, aktueller Medikamenteneinnahme, partizipativer Entscheidungsfindung, Zufriedenheit mit den Arztgesprächen ambulant und aktiver Beteiligung in der Therapieplanung. Bewertungen können mittels einer Fünf-Punkte -Antwortskala von „gar nicht“ (1) bis „sehr viel“ (5) abgegeben werden.

Evaluationsbogen: Patienten der Interventionsgruppe erhielten wiederum einen Evaluationsbogen der Gruppensitzungen. Sie sollten den Effekt, den das Kommunikationstraining aktuell noch auf Arztgespräche hat, bewerten. Ebenso erbaten wir Hinweise, welche Anregungen aus der Gruppe besonders gut und welche nicht umsetzbar waren.

2.5.3.2. Katamnesefragen an die ambulant behandelnden Ärzte zum Zeitpunkt t₂

Ebenfalls kontaktierten wir die Psychiater, die für die Patienten nach der Entlassung aus der Klinik zuständig waren. Wir baten um folgende Angaben:

Regelmäßigkeit des Patientenkontakts

Rehospitalisierung des Patienten

Einschätzung der medikamentösen **Therapietreue**

Verordnete Medikation

Zusatzfragen: „Wer trifft wichtige Entscheidungen (z.B. über Medikamente) im Rahmen der Behandlung dieses Patienten?“ und „Wie sehr bringt sich der Patient in die Therapieplanung ein?“ (s. oben)

Die nachstehende Abbildung gibt eine Übersicht über den Ablauf der Datenerhebung:

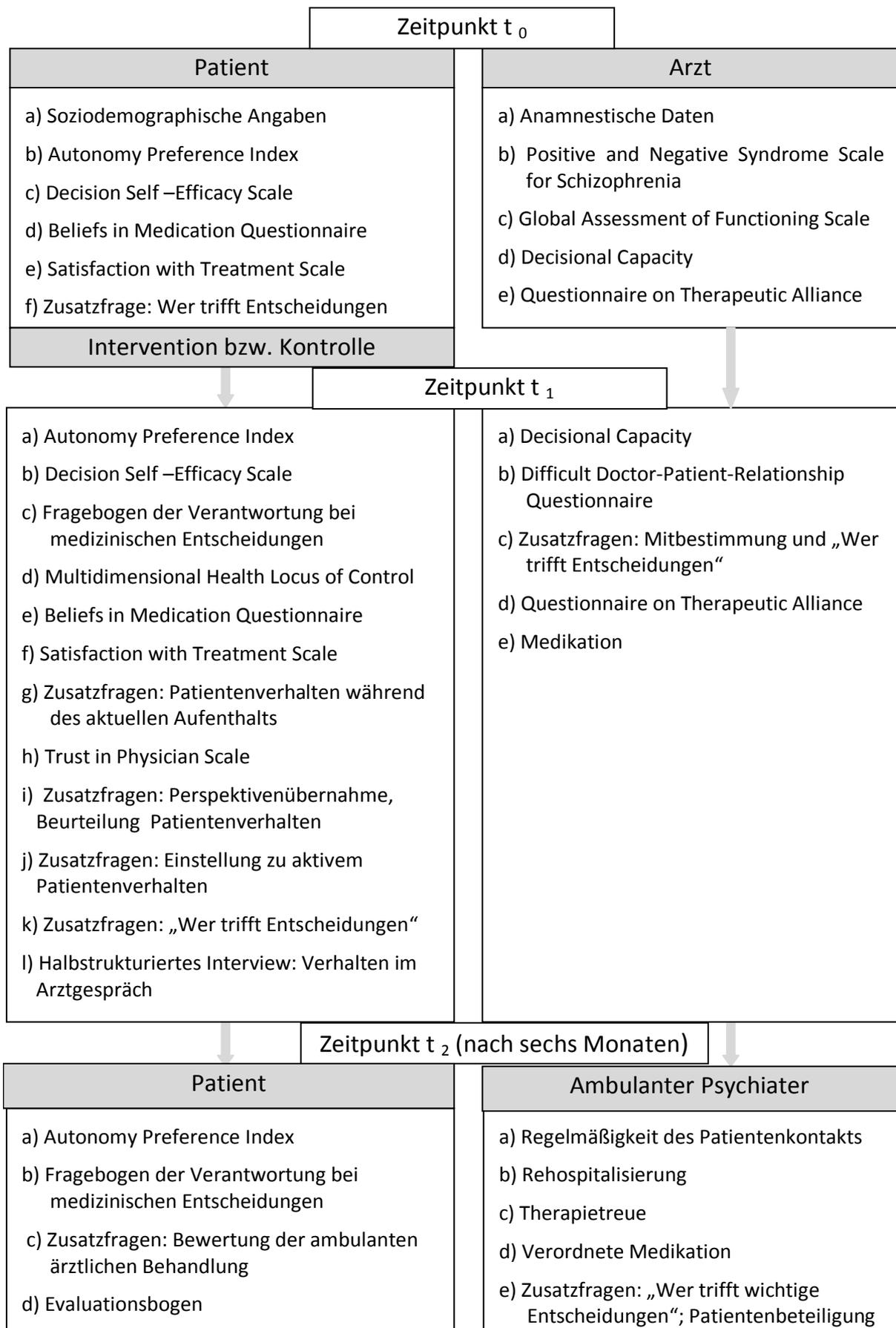


Abb. 3: Ablauf der Datenerhebung

2.6 Statistische Analysen

Alle statistischen Berechnungen wurden mit dem „Statistical Package of the Social Science Software“ (SPSS) 18 ausgeführt.

Zunächst erfolgte die deskriptive Auswertung der Ergebnisse mit Errechnung von Häufigkeiten und Mittelwerten.

Nach Prüfung der Verteilung mittels Qui-Quadrat-Test verwendeten wir für alle Daten vor und nach der Intervention bzw. Kontrolle den T-Test für verbundene Stichproben. Die beiden Gruppen wurden mittels T-Test für nicht verbundene Stichproben miteinander verglichen. Ein p-Wert von $< 0,05$ wurde als signifikant, ein p-Wert $< 0,01$ als sehr signifikant erachtet. Desweiteren zogen wir die qualitativen Angaben des halbstrukturierten Interviews und der Gruppenevaluation zur Bewertung heran.

3. Ergebnisse

3.1. Randomisieren der Teilnehmer

Im Zeitraum vom 13.05.2009 bis 25.02.2010 kamen insgesamt 122 Patienten im Alter von 19 bis 65 Jahren mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis für unsere Pilotstudie in Frage. Von diesen wurden 49 Patienten ausgeschlossen, weil sie entweder zu krank oder geistig nicht in der Lage waren teilzunehmen, aufgrund ungenügender Deutschkenntnisse nicht in Frage kamen, die Entlassung vor Beendigung der Intervention oder Kontrolle stattfinden würde oder da die Teilnahme verweigert wurde. Die übrigen 73 Patienten wurden konsekutiv für die Untersuchung rekrutiert.

Im weiteren Verlauf widerriefen zwei Patienten ihre Einwilligung zur Teilnahme. Vier Patienten wurden vor Beendigung der Gruppensitzungen entlassen und bei einem Teilnehmer reichten die Deutschkenntnisse nicht aus. Außerdem erwiesen sich fünf Patienten als noch zu krankheitsbelastet.

Letztendlich konnten 61 Patienten, 32 in der Interventions- und 29 in der Kontrollgruppe, in der Auswertung berücksichtigt werden. Unter diesen wurden 17 Patienten auf Grund der Diagnose paranoide Schizophrenie, 42 wegen schizoaffektiver, ein Patient wegen anhaltender wahnhafter Störung und ein weiterer bei akuter vorübergehender psychotischer Störung stationär behandelt.

Die versandten Katamnesebögen wurden von 25 Patienten und 32 ambulanten Psychiatern der Intervention und von 23 Patienten und 29 Psychiatern der Kontrollgruppe beantwortet.

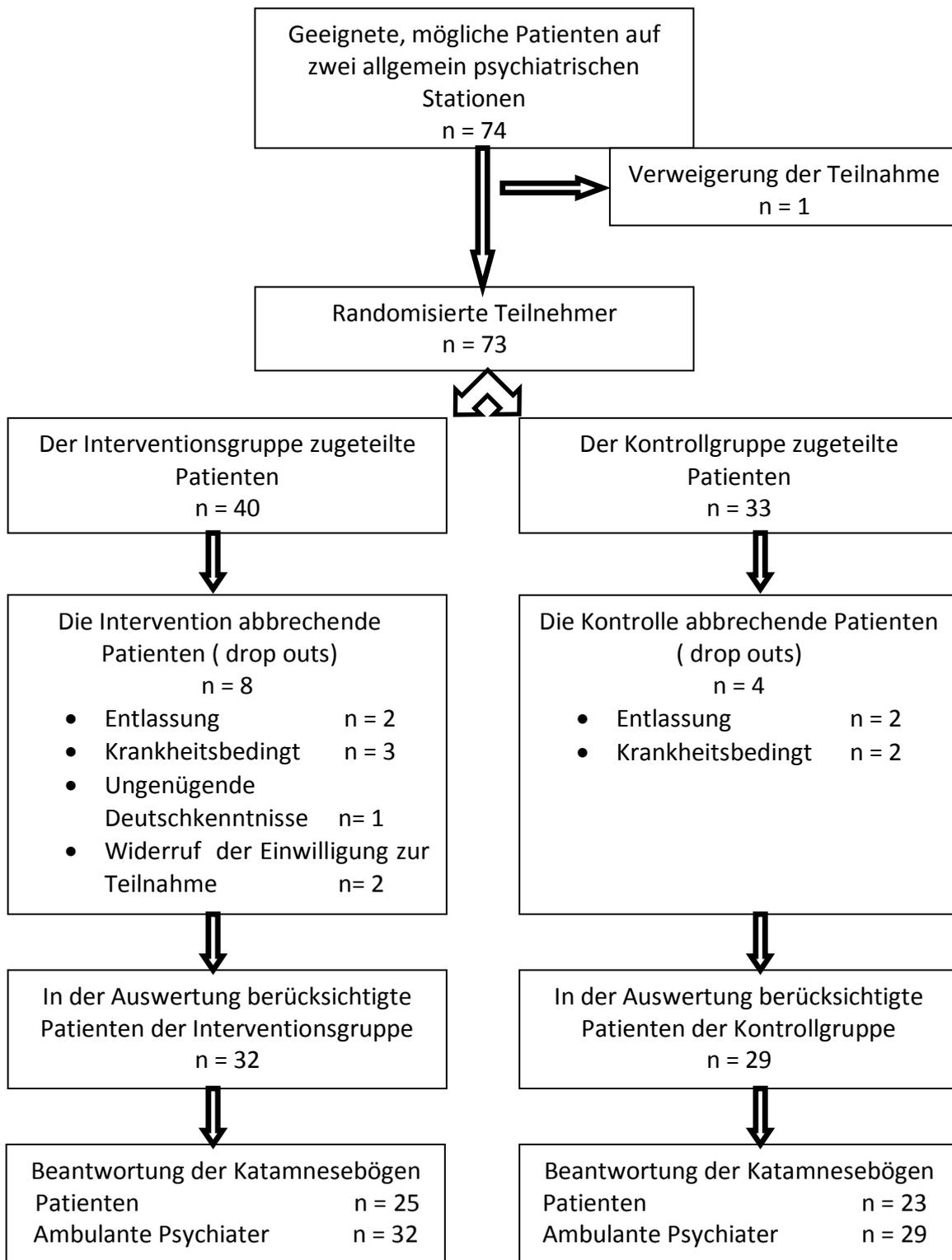


Abb. 4: Ablauf der Randomisierung

3.2. Gruppenvergleich der anamnestischen Daten und Werte bei Studienaufnahme zum Zeitpunkt t_0

Patienten der Interventionsgruppe waren im Mittel geringfügig jünger (siehe Tab. 1), hatten mehrere stationäre Aufenthalte und zeigten bezüglich der PANSS für allgemeine Psychopathologien höhere Werte, wurden also etwas schwerer erkrankt eingeschätzt als Patienten der Kontrollgruppe (siehe Tab. 2).

Die Summenwerte der Produktiv- und Defizitsyndrome wiesen, wie auch der Wert der Global Assessment of Functioning-Skala, nur sehr geringfügige Unterschiede auf (siehe Tab. 2).

Die Mittelwerte des GAF deuteten auf leichte Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit oder der Lebensqualität durch krankheitsbedingte Symptome hin.

Desweiteren litten Patienten der Interventionsgruppe mit im Mittel 12,71 Jahren bereits 3,37 Jahre länger an ihrer Krankheit als Patienten der Kontrollgruppe ($M_K = 9,34$).

Alle Patienten erhielten zum Zeitpunkt der Pilotstudie Neuroleptika.

Die Compliance der Patienten vor stationärer Aufnahme wurde von den behandelnden Psychiatern sowohl in der Intervention als auch in der Kontrolle als „ziemlich regelmäßig“ eingeschätzt.

Bei beiden Gruppen bestand bei jeweils vier Patienten eine gesetzliche Betreuung und je ein Patient war zu Beginn des aktuellen Aufenthaltes gesetzlich untergebracht gewesen.

Außerdem lag der Anteil weiblicher Patienten in der Kontrollgruppe bei 75%, während die Interventionsgruppe zu 50% aus weiblichen Teilnehmern bestand.

Nur ein Achtel der Interventions- und ein Viertel der Kontrollgruppe lebten in einer Partnerschaft.

Zudem war der Anteil an deutschen Muttersprachlern in der Kommunikationsgruppe geringfügig höher als in der Kontrollgruppe.

Bezüglich schulischer Bildung hatte in der Kontrollgruppe rund ein Drittel und in der Interventionsgruppe ein Viertel der Teilnehmer einen Hauptschulabschluss. Mittlere Reife und Abitur hatten demnach zwei Drittel der Kontroll- und drei Viertel der Interventionspatienten.

Zum Zeitpunkt t_0 gab es bei der Auswertung der Fragebögen API, DSE, BMQ und ZUF 8 genauso wie bei der Frage „Wer trifft wichtige Entscheidungen im Rahmen Ihrer medizinischen Behandlung?“ bei Intervention- und Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede (siehe

Tab. 1). Ebenso verhielt es sich bei den t₀ Fragebögen Decisional Capacity und QTA der behandelnden Psychiater (siehe Tab. 2).

Allerdings bestand – wenn auch nicht signifikant – ein Unterschied bezüglich vorangegangener Psychoedukation: 59,4% unter Interventions- gegenüber 75,9% unter Kontrollgruppenpatienten hatten schon einmal entsprechende Schulungen wahrgenommen.

Anmerkung zu den Tabellen: Berechnung der Signifikanzen mittels T-Test für unabhängige Stichproben

Tab. 1: Daten der Patientenfragebögen zum Zeitpunkt t₀

Patientenangaben	Interventionsgruppe n = 32	Kontrollgruppe n = 29	Sign. (2-seitig)
Alter in Jahren	39,78 (SD 12,07)	41,76 (SD 11,36)	0,51
Geschlecht weiblich	50,0 %	75,9 %	0,04
Geschlecht männlich	50,0 %	24,1 %	0,04
Muttersprache deutsch	87,5 %	79,3 %	0,40
API Summenwert ¹	16,84 (SD 4,65)	16,66 (SD 5,05)	0,88
DSE Summenwert ²	54,81 (SD 9,12)	54,38 (SD 12,41)	0,88
BMQ Notwendigkeit ³	18,13 (SD 4,13)	18,17 (SD 4,67)	0,97
BMQ Besorgnis ⁴	17,44 (SD 5,02)	16,41 (SD 4,93)	0,43
BMQ übermäßiger Gebrauch ⁵	11,50 (SD 3,03)	10,79 (SD 3,31)	0,39
BMQ allgemeiner Schaden ⁶	8,19 (SD 2,80)	7,48 (SD 2,69)	0,32
ZUF 8 Summenwert ⁷	26,50 (SD 3,97)	27,45 (SD 4,17)	0,37
„Wer trifft wichtige medizinische Entscheidungen im Rahmen Ihrer Behandlung“ ⁸	3,50 (SD 0,72)	3,34 (SD 0,72)	0,40

1 Hoher Wert = hohes Partizipations- und Autonomiebedürfnis; Min. 5, Max. 25

2 Hoher Wert = hohes Vertrauen in die eigene Entscheidungskapazität; Min. 14, Max. 70

3 Hoher Wert = hohe Notwendigkeit der Medikation; Min. 5, Max. 25

4 Hoher Wert = große Besorgnis bez. Medikation; Min. 5, Max. 25

5 Hoher Wert = übermäßiger Medikamenteneinsatz durch Ärzte; Min. 4, Max. 20

6 Hoher Wert = hoher Schaden durch Medikation; Min. 4, Max. 20

7 Hoher Wert = hohe Zufriedenheit; Min. 8, Max. 32

8 Hoher Wert = Arzt trifft Entscheidung; Min. 1, Max. 5

Tab. 2: Daten der Fragebögen der behandelnden Psychiater zum Zeitpunkt t₀

Angaben des behandelnden Psychiaters	Interventions- gruppe n = 32	Kontrollgruppe n = 29	Sign. (2-seitig)
Diagnose F20.-	71,9%	65,5%	-
Diagnose F25.-	25,0%	31,0%	-
Diagnose F22.-	0,0%	3,4%	-
Diagnose F23.-	3,1%	0,0%	-
Beginn der Erkrankung (in Jahren)	12,71 (SD 11,26)	9,34 (SD 7,12)	0,17
Anzahl der stationären Aufenthalte	5,16 (SD 3,05)	4,00 (SD 2,53)	0,12
Patienten mit gesetzlicher Betreuung	12,5 %	13,8 %	1,00
Gesetzliche Unterbringung	3,1 %	3,4 %	0,95
Patienten mit Erfahrung unfreiwilliger Behandlung	25,0 %	24,1 %	1,00
Compliance vor stat. Aufnahme ¹	1,93 (SD 0,94)	1,96 (SD 0,96)	0,90
Teilnahme an Psychoedukation	59,4 %	75,9 %	0,17
PANSS Wert der Positivsymptomatik ²	16,84 (SD 6,02)	15,34 (SD 5,04)	0,30
PANSS Wert der Negativsymptomatik ²	21,69 (SD 6,47)	18,97 (SD 6,63)	0,11
PANSS Wert der Allgemeinsymptome ³	41,44 (SD 10,64)	36,28 (SD 10,68)	0,06
GAF-Wert ⁴	64,59 (SD 11,79)	67,48 (SD 11,78)	0,34
Decisional Capacity Summenwert ⁵	60,31 (SD 13,33)	63,17 (SD 14,14)	0,42
QTA Summenwert ⁶	21,94 (SD 3,96)	22,24 (SD 4,49)	0,78

1 niedriger Wert = hohe Compliance; Min. 1 ,Max. 4

2 hoher Wert = ausgeprägte Symptomatik; Min. 7, Max. 49

3 hoher Wert = ausgeprägte Symptomatik; Min. 16, Max. 112

4 hoher Wert = gutes soziales Funktionsniveau; Min. 0, Max. 100

5 Hoher Wert = hohe Entscheidungskapazität; Min. 16, Max. 96

6 Hohe Werte = aktive Partizipation; Min. 6, Max. 36

3.3. Gruppenvergleiche nach Intervention- oder Kontrollbedingung zum Zeitpunkt t_1

3.3.1. Vergleich der Patientenbögen

Die Auswertung des API Fragebogens der Interventionspartei zeigte gegenüber der Kontrollgruppe eine signifikante Steigerung ($p = 0,02$) des Partizipations- und Autonomiebedürfnisses bei medizinischen Entscheidungen (siehe Tab. 3).

Auch in der Verantwortungsübernahme bezüglich eigener Therapieentscheidungen und -effekte erzielten Patienten des Kommunikationstrainings gegenüber der Konzentrationsgruppe signifikant höhere Werte ($p = 0,02$) (siehe Tab. 3).

Während die Besorgnisse über die Neuroleptika-Therapie in der Interventionsgruppe deutlich stärker ausgeprägt waren als in der Kontrollgruppe, hob sich die Ansicht der Interventionspatienten hinsichtlich übermäßigen Medikamenteneinsatzes durch Ärzte von der der Kontrolle mit einem $p = 0,04$ sogar signifikant ab (siehe Diagramm 1). In der Einstellung hinsichtlich Notwendigkeit und allgemeinem Schaden durch die Medikation variierten die Gruppen unwesentlich (siehe Tab 3).

Nach dem Kommunikationstraining traten Patienten ihren Ärzten skeptischer gegenüber. In der Trust in Physician Scale erreichten sie signifikant niedrigere Werte als Kontrollpatienten ($p = 0,02$) (siehe Tab 3).

Dabei schätzten Interventionspersonen die aktive Beteiligung des Patienten im Arztgespräch signifikant als weniger hilfreich für den Arzt ein. Eine Vorbereitung des Arztgesprächs – im Sinne von Fragen überlegen und notieren - beurteilten beide Gruppen als notwendig und sinnvoll (siehe Tab 3).

Die Zufriedenheit mit Arztgesprächen, Visiten und Medikation war in der Interventionsgruppe signifikant niedriger (siehe Diagramm 2). Die Auswertung des ZUF 8 – Zufriedenheit mit der Behandlung im Krankenhaus - ergab allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Tab. 3: Daten der Patientenfragebögen zum Zeitpunkt t₁

Patientenangaben	Interventions- gruppe n = 32	Kontrollgruppe n = 29	Sign. (2-seitig)
API Summenwert ¹	18,34 (SD 3,22)	15,59 (SD 5,00)	0,02
DSE Summenwert ²	56,72 (SD 8,40)	56,34 (SD 9,48)	0,87
Verantwortung Summenwert ³	41,81 (SD 4,58)	38,00 (SD 7,77)	0,02
MHLC Selbstverantwortung ⁴	8,16 (SD 2,26)	8,14 (SD 2,37)	0,98
MHLC eigenes Verschulden ⁵	9,94 (SD 2,03)	9,96 (SD 2,64)	0,96
MHLC ärztlicher Einfluss ⁶	9,28 (SD 2,22)	8,48 (SD 1,84)	0,96
MHLC Schicksal ⁷	11,13 (SD 2,15)	10,80 (SD 2,57)	0,59
BMQ Notwendigkeit ⁸	18,09 (SD 3,59)	19,28 (SD 3,81)	0,22
BMQ Besorgnis ⁹	16,09 (SD 4,97)	13,93 (SD 4,15)	0,07
BMQ übermäßiger Gebrauch ¹⁰	12,00 (SD 3,47)	10,38 (SD 2,32)	0,04
BMQ allgemeiner Schaden ¹¹	9,09 (SD 3,18)	8,14 (SD 2,56)	0,20
ZUF 8 Summenwert ¹²	25,50 (SD 4,13)	26,66 (SD 3,18)	0,23
Verhalten während des stationären Auf- enthalts ¹³	11,90 (SD 2,41)	12,55 (SD 2,21)	0,28
TPS Summenwert ¹⁴	41,84 (SD 7,44)	46,38 (SD 7,17)	0,02
Pespektivenübernahme ¹⁵	10,31(SD 2,60)	11,66 (SD 2,29)	0,04
Gesprächsvorbereitung ¹⁶	12,97 (SD 1,91)	12,41 (SD 2,35)	0,31
Zufriedenheit bez. Visiten u. Medikation ¹⁷	10,91 (SD 2,79)	12,97 (SD 2,21)	0,00
„Wer trifft wichtige Entscheidungen“ ¹⁸	3,28 (SD 0,63)	3,45 (SD 0,63)	0,31

1 Hoher Wert = hohes Partizipations- und Autonomiebedürfnis; Min. 5, Max. 25

2 Hoher Wert = hohes Vertrauen in die eigene Entscheidungskapazität; Min. 14, Max. 70

3 Hoher Wert = Verantwortung liegt bei Patient; Min 16, Max 90

4 Hoher Wert = hohe Selbstverantwortungsübernahme, Internalisierung; Min. 6, Max. 30

5 Hoher Wert = Externalisierung von Schuldursachen; Min. 3, Max. 15

6 Hoher Wert = viel ärztlicher Einfluss; Min. 3, Max. 15

7 Hoher Wert = Schicksals bestimmt; Min 3, Max. 15

8 Hoher Wert = hohe Notwendigkeit der Medikation; Min. 5, Max. 25

9 Hoher Wert = große Besorgnis bez. Medikation; Min. 5, Max. 25

10 Hoher Wert = übermäßiger Medikamenteneinsatz durch Ärzte; Min. 4, Max. 20

11 Hoher Wert = hoher Schaden durch Medikation; Min. 4, Max. 20

12 Hoher Wert = hohe Zufriedenheit; Min. 8, Max. 32

13 Hoher Wert = aktive Beteiligung, Min. 4, Max. 16

14 Hoher Wert = hohes Vertrauen in den Arzt; Min. 11, Max. 55

15 Hoher Wert = Ärzte finden Patientenbeteiligung hilfreich; Min. 3, Max. 15

16 Hoher Wert = Gesprächsvorbereitung ist wichtig; Min. 3, Max. 15

17 Hoher Wert = hohe Zufriedenheit, Min. 3, Max. 15

18 Hoher Wert = Arzt trifft Entscheidung; Min. 1, Max. 5

Diagramm 1: Signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollpatienten zum Zeitpunkt t_1

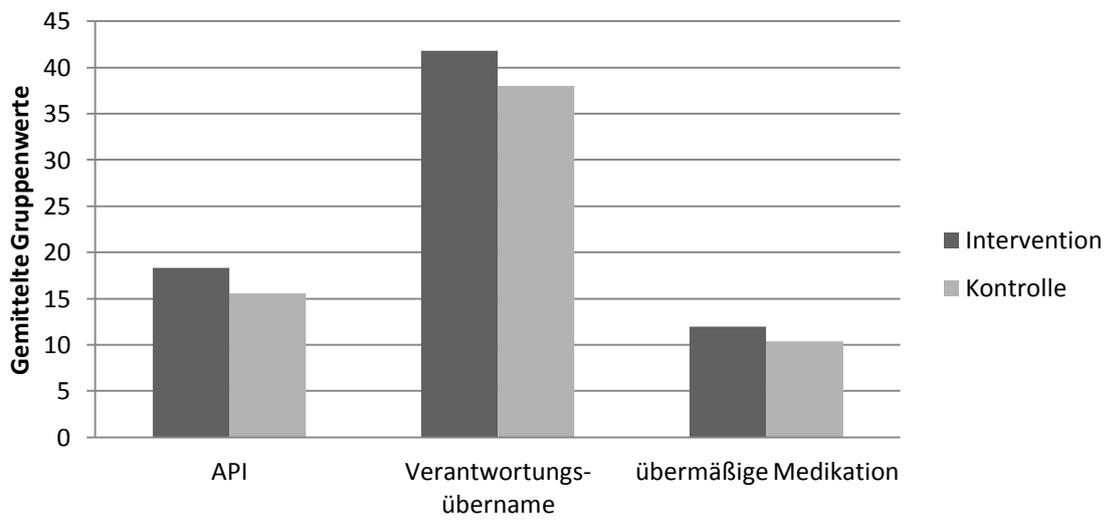
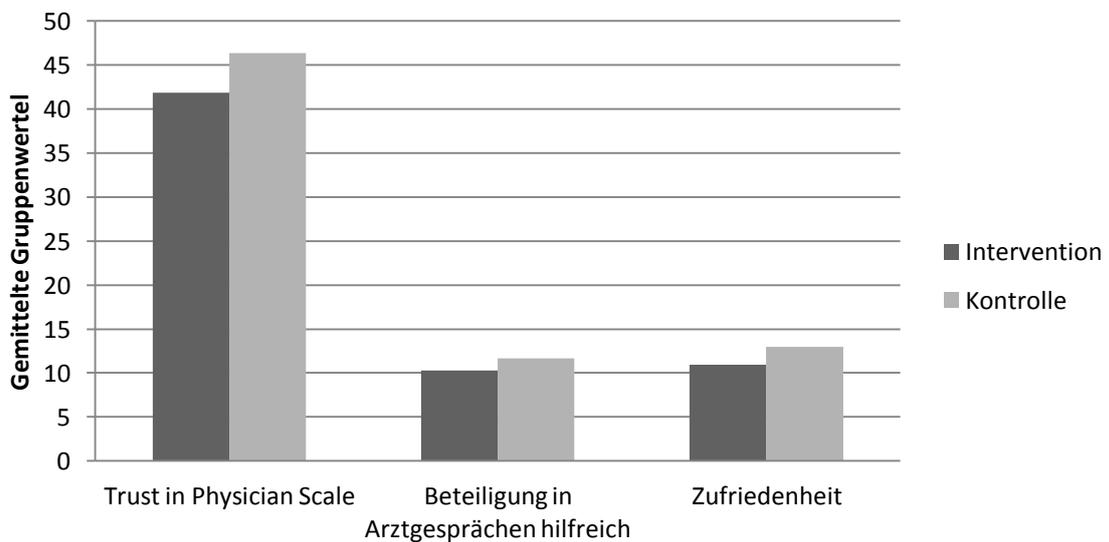


Diagramm 2: Signifikante Unterschiede Interventions- und Kontrollpatienten zum Zeitpunkt t_1



Das Selbstvertrauen in die eigene Fähigkeit Entscheidungen treffen zu können war in beiden Gruppen zum Zeitpunkt t_1 gegenüber t_0 leicht angehoben (siehe Tab. 9 unter 3.5.1. und Tab. 12 unter 3.5.2.).

Abweichungen zwischen den Parteien bei der Auswertung der Multidimensional Health Locus of Control Scales waren unbedeutend.

Im halbstrukturierten Interview über ihr Verhalten während der Arztgespräche der vorhergegangenen Woche berichteten die meisten Patienten von aktiver Fragestellung (siehe Tab. 4). Häufig erkundigten sie sich über die Nebenwirkungen der Neuroleptika Therapie. Aber auch der Verlauf des stationären Aufenthalts insbesondere der voraussichtliche Entlassungstermin interessierte die Patienten.

Etwa drei Viertel beider Gruppen äußerten eigene Anliegen während des Arzttermins. Einige wünschten eine Reduktion oder bessere Einstellung ihrer Medikamente, viele baten um Wochenendurlaub oder baldige Entlassung.

Konkrete Therapievorschläge nicht medikamentöser Art machten weniger als die Hälfte aller Befragten. Unter diesen wiederum äußerten die Patienten meist Präferenzen wie Kunst- anstelle von Arbeitstherapie oder das Interesse an Verhaltenstherapie.

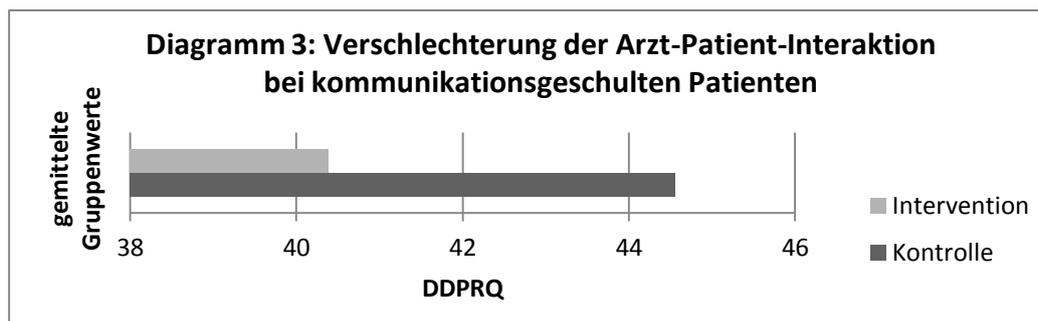
Die Frage, ob sie ihren Arzt von einer ursprünglichen medizinischen Entscheidung abgebracht hatzen, bejahte nur noch knapp ein Drittel. Die wenigen Beispiele hierfür waren die Ablehnung der Depotmedikation durch Injektion oder die Erhöhung der Medikation (siehe Tab. 4).

Tab. 4: Erfolgte Äußerungen in Arztgesprächen der letzten Woche zum Zeitpunkt t_1

	Interventionsgruppe n = 32	Kontrollgruppe n = 29
Fragen an Arzt	96,9 %	96,6 %
Wunschaußerung	71,9 %	86,2 %
Therapievorschläge	43,8 %	41,4 %
Durchsetzung eigener Interessen	31,3 %	31,0 %

3.3.2. Vergleich der Ärztefragebögen

Aus ärztlicher Sicht verschlechterte sich die Arzt-Patienten-Interaktion bei kommunikationsgeschulten Patienten. Die Auswertung des Difficult Doctor-Patient-Relationship Questionnaire ergab, dass sich ein Patient der Kommunikationsgruppe für seinen Arzt signifikant schwieriger und anstrengender im Gespräch darstellte als ein Konzentrationsgruppenpatient (siehe Diagramm 3).



Bezüglich der Entscheidungsfähigkeit der Patienten konnten wir bei der Auswertung des Ärztebogens „Decisional Capacity“ keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen (siehe Tab. 5: Decisional Capacity).

Tab. 5: Daten der Fragebögen der behandelnden Psychiater zum Zeitpunkt t_1

Angaben des behandelnden Psychiaters	Interventionsgruppe n = 32	Kontrollgruppe n = 29	Sign. (2-seitig)
Decisional Capacity Summenwert ¹	62,69 (SD 11,11)	66,90 (SD 13,32)	0,18
DDPRQ ²	40,38 (SD 7,46)	44,56 (SD 8,38)	0,05
„Wer sollte festlegen, wie viel der Patient mitbestimmt?“ ³	2,56 (SD 0,50)	2,76 (SD 0,51)	0,14
„Wer trifft wichtige Entscheidungen?“ ³	2,56 (SD 0,50)	2,62 (SD 0,56)	0,67
QTA Summenwert ⁴	23,84 (SD 4,73)	24,10 (SD 4,81)	0,83

1 Hoher Wert = hohe Entscheidungskapazität; Min. 16, Max. 96

2 Hoher Wert = gute Arzt-Patienten- Interaktion, Min. 10, Max. 60

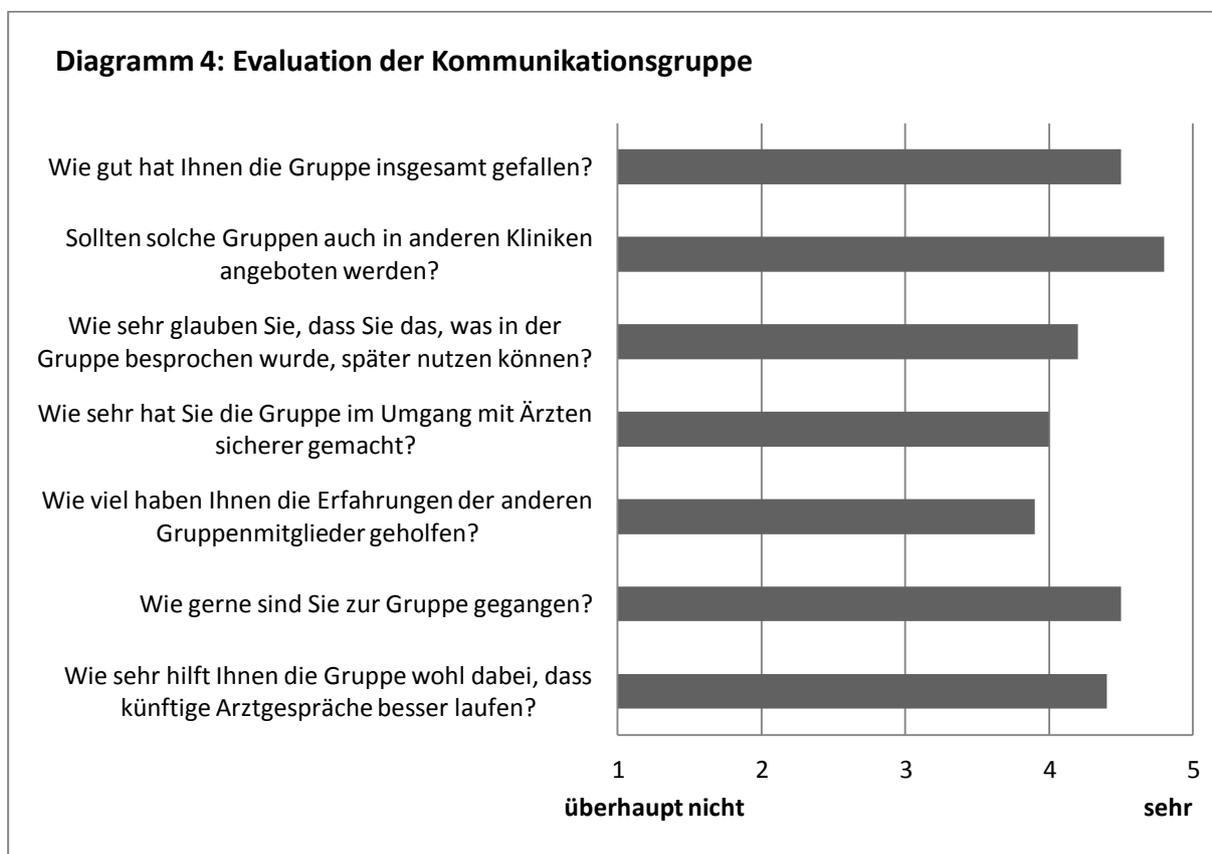
3 Von 1 = nur der Arzt bis 5 = nur der Patient

4 Hohe Werte = aktive Partizipation; Min. 6, Max. 36

3.3.3. Anwendbarkeit und Evaluation der Kommunikationsgruppe aus Sicht der Patienten

Die Patienten bewerteten das Kommunikationstraining direkt nach dem Training sowie ein halbes Jahr später sehr positiv (siehe Diagramm 4 und Tab. 8 unter 3.4.3.). Die Rollenspiele waren bei den Patienten äußerst beliebt, wobei vor allem die geringe Gruppengröße geschätzt wurde. Mehrere Teilnehmer berichteten über ein durch die Anregungen und Übungen gestärktes Selbstvertrauen gegenüber Ärzten im Gespräch.

87,5% der Patienten wollten sich mehr als bisher in Arztgespräche einbringen. Lediglich 12,5% gaben an, dass sich in Bezug auf Arztgespräche wenig ändern würde.



3.4. Gruppenvergleiche nach der Intervention oder Kontrolle zum Zeitpunkt t_2

3.4.1. Vergleich der Patientenkatamnese

Zum Zeitpunkt t_2 verstärkten sich teilweise die Differenzen, die im Gruppenvergleich zum Zeitpunkt t_1 bereits feststellbar waren (siehe Tab. 6).

Dies betraf vor allem den API und den Fragebogen zur Verantwortlichkeit bei medizinischen Entscheidungen

Im Fragebogen über die Verantwortlichkeit bei medizinischen Entscheidungen wiesen in beiden Gruppen die Patienten ihren ambulanten Psychiatern mehr Verantwortung zu, als den Behandelnden während ihres stationären Aufenthalts. Dennoch bestand weiterhin ein signifikanter Kontrast zwischen den Gruppen: Die Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen der Patienten der ehemaligen Interventionsgruppe übertraf die der Konzentrationsgruppe ($p = 0,04$).

Höchst signifikante Unterschiede zeigte zudem die Beantwortung der Frage „Wer trifft wichtige medizinische Entscheidungen im Rahmen Ihrer Behandlung?“. Zum Zeitpunkt t_1 lag der Mittelwert der Interventionsgruppe nur knapp unter dem der Kontrollgruppe. Nach sechs Monaten lag der Mittelwert der Intervention höchst signifikant unter dem der Kontrolle, was eine höhere Mitbestimmung unter den Interventionspatienten offen legt.

Während alle Befragten aus der Kommunikationsgruppe angaben, die psychiatrische Behandlung und Neuroleptika Therapie fortgeführt zu haben, hatten in der Kontrollgruppe nach eigenen Aussagen zwei Patienten die ärztliche Behandlung und drei Patienten die Psychopharmaka Einnahme abgebrochen.

Bezüglich Zufriedenheit und aktiver Teilnahme am Therapieschehen ergaben sich keine Unterschiede.

Tab. 6: Daten der Katamnese Fragebögen der Patienten zum Zeitpunkt t₂

Patientenangaben	Interventionsgruppe n = 25	Kontrollgruppe n = 23	Sign. (2-seitig)
API Summenwert ¹	18,20 (SD 3,77)	15,14 (SD 4,45) (n = 22)	0,01
Verantwortung Summenwert ²	38,24 (SD 5,25)	34,13 (SD 8,00)	0,04
In psychiatrischer Behandlung	100%	91,3%	0,16
Regelmäßigkeit der psychiatrischen Behandlung ³	1,88 (SD 0,33)	1,78 (SD 0,60)	0,49
Psychopharmaka Einnahme	100%	87,0%	0,08
„Wer trifft wichtige Entscheidungen“ ⁴	3,36 (SD 0,49)	4,09 (SD 0,81)	0,00
Zufriedenheit mit Arztgesprächen ⁵	3,96 (SD 0,79)	4,14 (SD 0,94)	0,49
Aktive Teilnahme bei der Therapieplanung ⁶	3,76 (SD 0,66)	3,55 (SD 0,86)	0,34

1 Hoher Wert = hohes Partizipations- und Autonomiebedürfnis

2 Hoher Wert = Verantwortung liegt bei Patient; Min 16, Max 90

3 Hoher Wert = regelmäßiger Arztbesuch; Min 0, Max 2

4 Hoher Wert = Arzt trifft Entscheidung; Min. 1, Max. 5

5 Hoher Wert = hohe Zufriedenheit; Min. 1, Max 5

6 Hoher Wert = aktive Teilnahme; Min. 1, Max 5

3.4.2. Katamnese der ambulant behandelnden Psychiater

Nur zwei von 32 Psychiatern, die ehemalige Interventionspatienten ambulant behandelten, gaben an innerhalb von sechs Monaten nach der Entlassung des Patienten keinen Patientenkontakt gehabt zu haben. Bei den Psychiatern der Kontrollgruppe waren es drei von 29.

Alle weiteren Angaben ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (siehe Tab. 7).

Tab. 7: Daten der Fragebögen der ambulant behandelnden Psychiater zum Zeitpunkt t₂

Angaben des ambulant behandelnden Psychiaters	Interventionsgruppe n = 29	Kontrollgruppe n = 26	Sign. (2-seitig)
Regelmäßigkeit des Kontakts ¹	1,86 (SD 0,35)	1,85 (SD 0,37)	0,87
Rehospitalisierung	17,2 %	15,4%	0,86
Compliance bez. Medikation ²	4,03 (SD 1,15)	4,23 (SD 0,86)	0,48
Sicherheit bei der Einschätzung der Compliance ³	4,04 (SD 0,80)	4,00 (SD 1,02)	0,78
„Wer trifft wichtige Entscheidungen?“ ⁴	3,17 (SD 0,60)	3,16 (SD 0,55)	0,94
„Wie aktiv bringt sich Patient in Therapieplanung ein?“ ⁵	3,50 (SD 0,87)	3,19 (SD 0,94)	0,19

1 Hoher Wert = regelmäßiger Arztbesuch; Min 0, Max 2

2 Hoher Wert = gute Compliance; Min. 1, Max. 5

3 Hoher Wert = große Sicherheit; Min. 1, Max. 5

4 Hoher Wert = Arzt trifft Entscheidung; Min. 1, Max. 5

5 Hoher Wert = starke Patientenbeteiligung; Min. 1, Max. 5

3.4.3. Gruppenevaluation im Rückblick

Zusätzlich zu der Bearbeitung des Katamnese-Fragebogens beurteilten Patienten der ehemaligen Intervention das Kommunikationstraining rückblickend überwiegend als hilfreich (siehe Tab. 8).

Themen und Anregungen, die die Patienten gut umsetzen konnten, waren beispielsweise das Vorbereiten des Arztgesprächs, das wiederholte Nachfragen bei Unklarheiten, sowie die Offenheit im Gespräch.

Tab. 8: Daten der Evaluationsfragebögen der Interventionspatienten zum Zeitpunkt t₂

Anzahl der Patienten in Prozent die mit ... geantwortet hatten:	1	2	3	4	5
	Überhaupt nicht				Sehr
Wie sehr hat Ihnen die Gruppe dabei geholfen, dass Arztgespräche besser laufen?	0 %	4,2 %	20,8 %	50,0 %	25,0 %
Wie sehr hat Sie die Gruppe im Umgang mit Ärzten sicherer gemacht?	0 %	4,2 %	29,2 %	50,0 %	16,7 %
Wie sehr nutzen Sie in Arztgesprächen das, was in der Gruppe besprochen wurde?	0 %	4,2 %	25,0 %	45,8 %	25,0 %
Wie sehr hat die Gruppe dazu geführt, dass Sie sich aktiver in Arztgespräche einbringen?	0 %	4,2 %	25,0 %	45,8 %	25,0 %

3.5. Vorher – Nachher Vergleiche innerhalb der Gruppen

3.5.1. Vorher – Nachher Vergleiche innerhalb der Interventionsgruppe

Im Vergleich der Fragebögen vor bzw. nach dem Kommunikationstraining ergaben sich einige Auffälligkeiten: Der Autonomy Preference Index, sowie die Frage „Wer trifft wichtige medizinische Entscheidungen?“ deuteten auf einen signifikant gesteigerten Willen selbst zu entscheiden hin.

Die Besorgnis bezüglich der Psychopharmaka-Therapie sank mit $p = 0,01$, während gleichzeitig die Meinung über allgemeinen Schaden durch die Therapie signifikant anstieg. Im Zeitraum zwischen t_0 und t_1 wurden die Patienten deutlich unzufriedener mit der stationären Behandlung (siehe Tab. 9).

Bei dem Vergleich mit Katamnese Werten ließ die Bereitschaft selbst Verantwortung zu übernehmen innerhalb der Interventionsgruppe höchst signifikant nach (siehe Tab. 10).

Die Auswertung der Fragebögen der stationär behandelnden Psychiater legte eine Verbesserung der therapeutischen Beziehung von t_0 bis t_1 nahe (siehe Tab. 11).

Anmerkung zu den Tabellen: Berechnung der Signifikanzen mittels T-Test für abhängige Stichproben

Tab. 9: Vergleich der Fragebogendaten der Interventionsgruppe von Zeitpunkt t_0 und t_1

Intervention n = 32	T 0	T 1	Sign. (2-seitig)
API Summenwert ¹	16,84 (SD 4,65)	18,34 (SD 3,22)	0,05
DSE Summenwert ²	54,81 (SD 9,12)	56,72 (SD 8,40)	0,20
BMQ Notwendigkeit ³	18,13 (SD 4,13)	18,09 (SD 2,60)	0,96
BMQ Besorgnis ⁴	17,44 (SD 5,01)	16,06 (SD 4,97)	0,01
BMQ übermäßiger Gebrauch ⁵	11,50 (SD 3,03)	12,00 (SD 3,47)	0,31
BMQ allgemeiner Schaden ⁶	8,19 (SD 2,80)	9,09 (SD 3,18)	0,04
ZUF ⁷	26,50 (SD 3,98)	25,50 (SD 4,13)	0,01
„Wer trifft wichtige Entscheidungen“ ⁸	3,50 (SD 0,72)	2,56 (SD 0,50)	0,00

1 Hoher Wert = hohes Partizipations- und Autonomiebedürfnis; Min. 5, Max. 25

2 Hoher Wert = hohes Vertrauen in die eigene Entscheidungskapazität; Min. 14, Max. 70

3 Hoher Wert = hohe Notwendigkeit der Medikation; Min. 5, Max. 25

4 Hoher Wert = große Besorgnis bez. Medikation; Min. 5, Max. 25

5 Hoher Wert = übermäßiger Medikamenteneinsatz durch Ärzte; Min. 4, Max. 20

6 Hoher Wert = hoher Schaden durch Medikation; Min. 4, Max. 20

7 Hoher Wert = hohe Zufriedenheit; Min. 8, Max. 32

8 Hoher Wert = Arzt trifft Entscheidung; Min. 1, Max. 5

Tab. 10: Vergleich der Fragebogendaten der Interventionsgruppe von Zeitpunkt t_1 und t_2

Intervention n= 25	T 1	T 2	Sign. (2-seitig)
API ¹	18,16 (SD 3,42)	18,20 (SD 3,77)	0,95
Verantwortung Summenwert ²	42,16 (SD 4,69)	38,24 (SD 5,25)	0,00
„Wer trifft wichtige Entscheidungen“ ³	2,56 (SD 0,51)	3,36 (SD 0,49)	0,09

1 Hoher Wert = hohes Partizipations- und Autonomiebedürfnis; Min. 5, Max. 25

2 Hoher Wert = Verantwortung liegt bei Patient; Min 16, Max 90

3 Hoher Wert = Arzt trifft Entscheidung; Min. 1, Max. 5

Tab. 11: Vergleich der Angaben der stationär behandelnden Psychiater der Interventionsgruppe zum Zeitpunkt t_0 und t_1

Intervention n = 32	T 0	T 1	Sign. (2-seitig)
QTA ¹	21,94 (SD 3,96)	23,84 (SD 4,73)	0,02
Decisional Capacity ²	60,31 (SD 13,33)	62,69 (SD 11,11)	0,31

1 Hoher Wert = aktive Partizipation; Min. 6, Max. 36

2 Hoher Wert = hohe Entscheidungskapazität; Min. 16, Max. 96

3.5.2. Vorher – Nachher Vergleiche innerhalb der Kontrollgruppe

Wie auch in der Interventionsgruppe verstärkte sich die Bereitschaft selbst Entscheidungen zu treffen und ebenso minderte sich die Besorgnis über die medikamentöse Behandlung im Zeitraum zwischen t_0 und t_1 signifikant.

Im Unterschied dazu war bei Patienten der Kontrolle die Furcht vor allgemeinen Schäden durch die Therapie nicht signifikant gesteigert und die Zufriedenheit mit der stationären Behandlung fiel nur unwesentlich ab (siehe Tab. 12).

Auch bei dem Vergleich der Fragebögen, die während stationärer Behandlung bearbeitet wurden, zu den Katamnesebögen ließ die Bereitschaft selbst Verantwortung zu übernehmen innerhalb der Kontrollgruppe kennzeichnend nach (siehe Tab. 13).

Im QTA gaben die stationär behandelnden Psychiater gleichfalls eine verbesserte Mitarbeit der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt t_1 gegenüber dem Zeitpunkt t_0 an (siehe Tab 14).

Im Vergleich der Angaben von stationär behandelnden Psychiatern zum Zeitpunkt t_1 und ambulant behandelnden Psychiatern zum Zeitpunkt t_2 lag die Entscheidungsfindung ambulant signifikant gesteigert auf ärztlicher Seite.

Diagramme und Abbildungen, die Vergleiche zwischen den Zeitpunkten t_0 , t_1 und t_2 zusammenfassend darstellen, finden sich im Anhang in den Diagrammen 5 bis 7 und Abbildungen 5 und 6.

Tab. 12: Vergleich der Fragebogendaten der Kontrollgruppe von Zeitpunkt t₀ und t₁

Kontrolle n = 29	T 0	T 1	Sign. (2-seitig)
API Summenwert ¹	16,66 (SD 5,05)	15,59 (SD 5,00)	0,14
DSE Summenwert ²	54,38 (SD 12,41)	56,34(SD 9,48)	0,19
BMQ Notwendigkeit ³	18,17(SD 4,68)	19,28 (SD 3,82)	0,14
BMQ Besorgnis ⁴	16,41 (SD 4,93)	13,93 (SD 4,15)	0,02
BMQ übermäßiger Gebrauch ⁵	10,79 (SD 3,31)	10,38 (SD 2,32)	0,36
BMQ allgemeiner Schaden ⁶	7,48 (SD 2,69)	8,14 (SD 2,56)	0,24
ZUF 8 ⁷	27,45 (SD 4,17)	26,66(SD 3,18)	0,25
„Wer trifft wichtige Entscheidungen“ ⁸	3,34 (SD 0,72)	2,62 (SD 0,56)	0,00

1 Hoher Wert = hohes Partizipations- und Autonomiebedürfnis; Min. 5, Max. 25

2 Hoher Wert = hohes Vertrauen in die eigene Entscheidungskapazität; Min. 14, Max. 70

3 Hoher Wert = hohe Notwendigkeit der Medikation; Min. 5, Max. 25

4 Hoher Wert = große Besorgnis bez. Medikation; Min. 5, Max. 25

5 Hoher Wert = übermäßiger Medikamenteneinsatz durch Ärzte; Min. 4, Max. 20

6 Hoher Wert = hoher Schaden durch Medikation; Min. 4, Max. 20

7 Hoher Wert = hohe Zufriedenheit; Min. 8, Max. 32

8 Hoher Wert = Arzt trifft Entscheidung; Min. 1, Max. 5

Tab. 13: Vergleich der Fragebogendaten der Kontrollgruppe von Zeitpunkt t₁ und t₂

Kontrolle n = 22	T 1	T 2	Sign. (2-seitig)
API ¹	15,73 (SD 3,76)	15,14 (SD 4,45)	0,53
Verantwortung Summenwert ²	37,65 (SD 7,04)	34,13 (SD 7,98)	0,04
„Wer trifft wichtige Entscheidungen“ ³	3,41 (SD 0,59)	4,09 (SD 0,81)	0,15

1 Hoher Wert = hohes Partizipations- und Autonomiebedürfnis; Min. 5, Max. 25

2 Hoher Wert = Verantwortung liegt bei Patient; Min 16, Max 90

3 Hoher Wert = Arzt trifft Entscheidung; Min. 1, Max. 5

Tab. 14 : Vergleich der Angaben der stationär behandelnden Psychiater der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt t_0 und t_1

Kontrolle n = 29	T 0	T 1	Sign. (2-seitig)
QTA ¹	22,24 (SD 4,49)	24,10 (SD 4,81)	0,03
Decisional Capacity ²	63,17 (SD 14,14)	66,90 (SD 13,32)	0,13

1 Hoher Wert = aktive Partizipation; Min. 6, Max. 36

2 Hoher Wert = hohe Entscheidungskapazität; Min. 16, Max. 96

4. Diskussion

4.1. Wichtige Ergebnisse des Kommunikationstrainings

Die wichtigsten Effekte der Intervention auf Patientenseite lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Das bei den Patienten äußerst beliebte Training führte zu langfristig gesteigertem Interesse sich aktiv an Therapieentscheidungen zu beteiligen und autonom mit Verantwortung für gemeinsam getroffene Entscheidungen zu übernehmen.

Allerdings wurden die geschulten Patienten unzufriedener mit der aktuellen Situation in Arztgesprächen, Visiten und bezüglich ihrer Medikation. Daher konnten wir ein skeptischeres Auftreten gegenüber ihrer behandelnden Psychiater feststellen.

Auf ärztlicher Seite führte das Training dazu, dass geschulte Patienten als schwieriger und anstrengender im Gespräch empfunden wurden als Patienten der Kontrollgruppe.

4.2. Effekte des Trainings

Hinsichtlich der Effektivität des Trainings zeigten sich vor allem Veränderungen im Bezug auf die Bereitschaft an Entscheidungsprozessen teilzuhaben und mit Verantwortung für die eigene Therapie zu übernehmen. Demnach interessierten sich die Teilnehmer der Kommunikationsschulung mehr für medizinische Entscheidungen und zeigten gesteigerte Motivation zur aktiven Teilnahme.

Die Intervention veränderte auch weitere Ansichtsweisen der Patienten hinsichtlich ihres Vertrauens zu Ärzten und Einstellungen zur Medikation. Demzufolge gaben Patienten der Intervention vermehrt an, dass ihrer Meinung nach zu viele Medikamente verordnet würden und dass die medikamentöse Behandlung ein Störfaktor in ihrem Leben und der Schaden dadurch teilweise größer als deren Vorteil sei.

Zudem ließ das Training die Patienten skeptischer und aufmerksamer bei der Fachkompetenz und Routinebehandlung durch die Ärzte werden.

Auch auf das Verhalten der Patienten hatte die Schulung Auswirkungen, da die behandelnden Ärzte die Gespräche als aufreibender und schwieriger als mit Patienten der Konzentrationsgruppe erlebten. Es liegt die Annahme nahe, dass sich hier das Rollenverständnis vieler Ärzte erst noch selbstverantwortlichen Patienten anpassen muss.

Erstaunlicherweise zeigten sich keine Veränderungen im Selbstvertrauen der Patienten eigene Entscheidungen treffen zu können. Eine Erklärung hierzu könnte eine Selbstüberschätzung aller Patienten generell sein, da der Test nach dem eigenen Zutrauen und nicht nach tatsächlich erfolgten Handlungen fragt.

Ebenso könnte es sich bei dem Teil des Fragebogens über die Vorbereitung auf Arztgespräche verhalten. Wir beobachteten im Stationsalltag eine gezieltere und ausführlichere Vorbereitung (Notizen, überlegtes Auftreten, etc.) der Interventionspatienten auf ihre Arztgespräche. Dennoch ergaben die Auswertungen des relevanten Fragebogens keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Hier wiederum wäre ein spezifisches Nachfragen bezüglich tatsächlich erfolgter versus nur als sinnvoll erachteter Maßnahme notwendig.

Weiterhin schätzten die behandelnden Psychiater die Entscheidungskapazität der Interventionspatienten gegenüber der der Kontrollpatienten nicht als verbessert ein. Inwieweit die schwierigere Arzt-Patienten-Interaktion hierbei eine Rolle spielte, bedarf weiterer Untersuchungen.

Statistisch gesehen beobachteten wir nur einen Trend bezüglich des Health Locus of Control. Patienten der Interventionsgruppe externalisierten die Ursache Ihrer Krankheit weniger Richtung Schicksal und ärztlichen Handlungen als die Patienten der Kontrolle. Allerdings zeigten sich kaum Unterschiede, was die Zuschreibung der Gesundheit an das individuelle Verhalten und die Eigenverantwortung angeht.

4.3. Schlussfolgerung aus den Resultaten

Die Pilotstudie zeigt, dass ein fünfstündiges Training in „Shared Decision Making“ effizient die Einstellung der Patienten hin zu mehr Partizipation in der Arzt-Patienten-Interaktion fördert. Möglicherweise verändert es auch das Verhalten gegenüber Therapeuten, indem Patienten aufmerksamer, kritischer und selbstbewusster bei Arztvisiten auftreten.

Diese Effekte wirkten sich nicht ausnahmslos positiv aus. Der Verlust an Vertrauen in die ärztliche Kompetenz, Diskretion und Verlässlichkeit, sowie eine Skepsis gegenüber psychiatrischer Behandlungsmethoden sind Nebeneffekte der Intervention. Diese Veränderungen können unterschiedlich beurteilt werden.

Einerseits steigert das Training die Aufmerksamkeit und das Bewusstsein der eigenen Handlungsmöglichkeiten der Patienten in ihrer medizinischen Behandlung. Andererseits jedoch bringt die Intervention möglicherweise unnötige Schwierigkeiten in die Arzt-Patienten-Interaktion aufgrund verstärkter Skepsis und weniger widerspruchslosem Gehorsam mit sich. Dieser Aspekt passt zu dem traditionellen Modell der „Compliance“, bei welchem der Patient ärztlichen Rat ohne Begründung oder Mitwirkungsrecht annehmen soll (Scheibler, 2004). Bis in die 1980er Jahre bevorzugte ja auch die Mehrheit der Patienten eben diese passive Rolle der Behandlung, bei der der Arzt in der dominanten Position die Bedürfnisse des Patienten erfüllt (Arora / Mc Horney, 2000). Es hat den Anschein, dass dieses Modell zwar unter Patienten und gesellschaftlich nicht mehr akzeptiert wird, während sich unter einigen Ärzten der Wandel und das Einlassen auf Patientenautonomie noch nicht vollzogen hat.

In diesem Sinne hätten wir durch unser Kommunikationstraining einige Parameter für eine Sicherung der Compliance, wie zum Beispiel das Vertrauen in den Arzt und die Einstellung zu Medikamenten, verschlechtert. Ganz offensichtlich empfanden dies einige Psychiater in unserer Pilotstudie so, wie die Auswertung des Difficult Doctor-Patient-Relationship zeigt.

Falls also das Training für Shared Decision Making breite Anwendung im klinischen Alltag finden soll, muss gleichzeitig eine Schulung für Ärzte angeboten werden, die sowohl die Vor-

teile des Shared Decision Making aufzeigt, als auch die Qualifikationen für den Umgang mit durchsetzungswilligen und -fähigen Patienten fördert.

Dessen ungeachtet haben Patienten aus ethischer und aus der Sicht als Leistungsempfänger ein Recht darauf ihren Ärzten zu widersprechen und die für sie persönlich als beste erachtete Behandlung durchzusetzen.

Hierzu eignet sich das Konzept der „Adherence“, bei welchem der Patient nicht einfach den ärztlichen Rat zu befolgen hat, sondern aktiv in den Entscheidungsprozess mit eingreift und seine Zustimmung gibt (Osterberg, 2005). Das ist es zudem, was das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bereits seit dem Jahre 2001 fordert und fördert.

Unter diesem Aspekt könnte man unsere Ergebnisse folgendermaßen interpretieren: Der Patient ist nicht mehr der Unmündige, der blindlings den Anweisungen seines Arztes gehorcht. Vielmehr verlangt er Erklärungen, Gründe und Vorteile für die gewählte Therapieform, besonders wenn sie seinen Präferenzen widerspricht (Bader et al., 2006).

So gesehen könnte unsere Pilotstudie tatsächlich das Verhalten der Patienten Richtung Partizipation und Therapietreue gefördert haben, auch wenn einige Psychiater mit dem Ergebnis weniger zufrieden sind.

Ob sich diese Intervention tatsächlich positiv auf Langzeitergebnisse auswirkt, wie beispielsweise eine verminderte Rehospitalisierungsrate oder verbesserte Compliance, bedarf Studien größeren Ausmaßes inklusive längerer Follow up Untersuchungen. Hierzu wird die bereits anlaufende Folgestudie Antworten liefern können.

4.4. Shared Decision Making bei Schizophrenie

Das Auftreten beschriebener Probleme darf keinesfalls zu einem Verwerfen des Shared Decision Making bei schizophrenen Patienten führen. Dazu nachfolgende Punkte:

4.4.1. Neudefinition der Patienten- und Arztrolle in der Psychiatrie

Im Falle von Krankheit werden wohl die meisten Menschen in die Rolle des Patienten (lateinisch „patiens“ - der Leidende, Duldende) schlüpfen und alte, vorgeformte Verhaltensweisen ausüben. Dazu gehört als Patient die Akzeptanz des ärztlichen paternalistischen Stils. Gleichzeitig übernimmt der Arzt seine paternalistische Rolle (griechisch „archiater“ aus „arche“- herrschen und „iatros“ – Arzt oder auch lateinisch „doctor“ - Lehrer) oder wird in diese Rolle hineingedrängt. Als „self fulfilling prophecy“ wird dieses Verhalten fortgesetzt und verfestigt (Götz, 2008). Diese asymmetrische Beziehung wird – auch bei fehlendem Behandlungserfolg - nicht in Frage gestellt. Wahrscheinlicher wird in diesem Fall ein Arztwechsel vorgenommen, wobei wieder die gleichen Verhaltensmuster in gewohnter Rollenverteilung beibehalten werden.

Dabei ist die Alternative - das heißt die Mitgestaltung der Therapie durch den Patienten - nicht nur hinsichtlich der Kosten sondern auch der Nutzen effektiver.

Bei schizophrenen Patienten gibt es daneben noch folgende wichtige Aspekte einer erfolgreichen Therapie:

Bei einem psychiatrischen Patienten, besonders wenn zu Beginn der Behandlung eine gesetzliche Betreuung oder Zwangseinweisung stand, ist es unerlässlich dem Patienten zurück zur Selbstverantwortung zu helfen. Der erste Schritt ist, ihn in seine Behandlung mit einzu beziehen. Andernfalls kann durch eine paternalistische Behandlungsweise die Krankheit des Patienten verfestigt werden. Häufig findet man bei schizophrenen Patienten nicht nur eine Vernachlässigung der Körperhygiene und Selbstversorgung, sondern auch ein geringes Selbstwertgefühl. Wenn diese Patienten nicht in angemessener Weise – also als würdige, mündige Partner bei Entscheidungen – angesehen werden, werden diese mehr und mehr Selbstverantwortung abgeben und letztendlich nicht mehr aktiv an ihrer Heilung mitwirken. Schlimmstenfalls wird auch die Selbstsorge und -versorgung vollständig dem Arzt, dem Pflegepersonal oder dem Betreuer übertragen.

Die Miteinbeziehung, Mitentscheidung und Mitverantwortung eines an Schizophrenie Er-

kranken kann also ein wesentlicher Bestandteil der Therapie sein.

Wie unter 1.5. bereits beschrieben, benötigen an Schizophrenie Erkrankte Unterstützung, um eine mit psychiatrisch Gesunden vergleichbare Entscheidungskapazität zu erlangen.

Durchgeführtes Kommunikationstraining erwies sich hierfür als wirksame und bei den Teilnehmenden äußerst beliebte Maßnahme.

4.4.2. Krankheitsspezifische Schwierigkeiten und spezieller Nutzen des Kommunikationstrainings bei Patienten mit Schizophrenie

Wie oben erläutert ist die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen bei schizophrenen Patienten beeinträchtigt. Neben in der Einleitung beschriebenen „jump to conclusion“ berichten Pretince et al. (2005) von einem verringertem „optimistic bias“. Das bedeutet, dass Schizophrene das Risiko für das Erleben negativer Ereignisse nach einer Entscheidung höher einschätzen als gesunde Personen. Demnach wäre hier ein rein informierendes Gespräch nicht ausreichend. Der Arzt muss bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung die Probleme des Patienten kennen lernen können und darauf eingehen. Da dies aber nur möglich wird, wenn der Betroffene seine Bedenken äußert, wird durch ein Kommunikationstraining diese Grundproblematik angegangen. Der Effekt des „jump to conclusion“, der zu vorschnellen und unbedachten Entscheidungen führt, kann durch die Kompetenz und Erklärungen des Behandelnden minimiert werden. Der Patient hingegen lernt hierfür seine Bedenken, die zu geringem „optimistic bias“ leiten würden, aufzuzeigen.

Woodward et al. (2006) wiesen bei schizophrenen Personen eine verminderte Fähigkeit nach, fehlerhafte Interpretationen zu korrigieren, selbst wenn es eindeutige Hinweise gibt, die gegen ihre Ansicht sprechen. Diese versuchen sogar widersprüchliche Informationen in ihre Anschauungsweise zu integrieren. Selbiges kann bei dem für Schizophrenie typischen Symptom der Wahnwahrnehmung beobachtet werden. Woodward et al. bezeichneten dies als „bias against disconfirmatory evidence“. Es kann also passieren, dass beispielsweise ein bestimmtes Medikament, welches der Patient selbst entschieden hat einzuneh-

men, später ein ungünstiges Nebenwirkungsprofil bei dem Erkrankten hervorruft oder keine therapeutische Wirkung zeigt. Krankheitsbedingt ist es jedoch wahrscheinlich, dass der Patient dieses Medikament weiterhin einnehmen und das alternative Mittel ablehnen wird. Ebenso kann man beobachten, dass einige Patienten unbedingt ein spezielles Medikament wünschen und überzeugt sind, nur durch dieses geheilt zu werden, auch wenn objektiv beurteilt eben dieses Therapeutikum in ihrem persönlichen Fall völlig ungeeignet ist. Gerade in solchen Zwangslagen muss die Kommunikation zwischen Arzt und Patient funktionieren. Ein geschulter Patient äußert seine Vorbehalte und gibt dem Arzt die Möglichkeit darauf einzugehen. Geschieht dies nicht, werden fehlende Compliance und Krankheitsrezidiv sehr wahrscheinlich.

Aufgrund beschriebener Faktoren sollte sich Shared Decision Making daher bei der Schizophreniebehandlung zunächst vor allem auf vorbestimmte Alternativen beschränken. Das heißt: Die Entscheidung, dass der Erkrankte ein Medikament braucht, muss der Behandelnde treffen. Allerdings gibt er dem Patient die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Arzneistoffen zu wählen. Ein anderes Beispiel wäre: Es wird die Strukturierung des Tages gefordert, wobei der Patient die Tätigkeiten (Kunst- oder Arbeitstherapie usw.) auswählt. Es wird sich rasch abzeichnen, welcher Patient oder wann ein Patient im Heilungsverlauf fähig ist, für ihn passende Entscheidungen zu treffen. Dann kann dem Patienten schrittweise mehr Entscheidungsspielraum überlassen werden, bis er irgendwann in allen Bereichen mitentscheiden kann.

4.5. Vergleich der Maßnahme Kommunikationstraining mit anderen Interventionen

4.5.1. Entscheidungshilfen

Hinsichtlich Studien, die eine Entscheidungshilfe verwendeten – sei es in Form von Videomaterial (Morgan et al., 2000; Onel et al., 1998) oder schriftlich mit Unterstützung der Pflegekräfte (Hamann, 2004) - brachte das Kommunikationstraining folgende Vorteile:

Während der Trainingseinheiten konnte individuell auf Probleme der Teilnehmer eingegangen werden, während das Video- oder Broschürenmaterial einheitlich für alle Patienten geeignet sein musste. Das erklärt auch, weshalb die Kommunikationsgruppe so großen Anklang unter den Patienten fand. Der Gruppenleiter konnte auf die kognitiven Fähigkeiten des Einzelnen oder zumindest der Gruppe aufbauen, wohingegen einige Patienten Schwierigkeiten bei den Entscheidungshilfen angaben (Winkler-Stöhr, 2009).

Nach Bearbeitung der Entscheidungshilfe hatte das Pflegepersonal Bedenken, dass Patienten ihre Meinung im Arztgespräch nicht aufrecht erhalten könnten (Winkler-Stöhr, 2009). Genau da setzte das Kommunikationstraining mit direktem Bezug zur nächsten Visite an. Besonders da ein Arzt die Gruppe leitete, wurden die Rollenspiele zu einer höchst effektiven Maßnahme. Mit konkreten Situationsbeispielen wurden Patienten geschult, auch anstrengende Diskussionen zu führen. Zusätzlich konnte das Wechselspiel Arzt-Patient geübt werden, während bei rein demonstrativen oder vorbereitenden Entscheidungshilfen eine möglicherweise andere Meinung des Arztes nicht berücksichtigt werden kann.

Natürlich haben diese Entscheidungshilfen genauso wie die Psychoedukation den Vorteil der Wissensvermehrung und geben so dem Patienten diskutabile Optionen an die Hand. Der Schritt zu tatsächlicher Umsetzung allerdings kann durch ein Kommunikationstraining optimiert werden.

Interessanter Weise traten bei „Decision Aids“ keine Probleme im Arzt-Patienten-Kontakt auf. Ärzte berichteten, dass sie Entscheidungen gemeinsam mit dem Patienten getroffen hätten und zufriedener mit dem waren, was sie während der stationären Behandlung erreichen konnten (Winkler-Stöhr, 2009). Allerdings wurden diese Ärzte zwei Nachmittage in Shared Decision Making geschult. Bei der Studie von Onel et al. (1998) wurde ebenfalls nur von positivem Feedback der Ärzte berichtet.

Desgleichen ergeben sich Unterschiede bezüglich der Patientenzufriedenheit. In den Studien von Morgan et al. (2000) und Winkler-Stöhr (2009) zeigte sich keine Verschlechterung, wohingegen Kommunikationsgeschulte weniger zufrieden mit ihrer Behandlung wurden.

Zusammenfassend könnte man diese Effekte so betrachten: Decision Aids helfen den Patienten verschiedene Möglichkeiten und Therapieformen zu verstehen und deshalb mitentscheiden zu können. Der Arzt übernimmt hierbei nach wie vor die führende Rolle.

Durch Kommunikationstraining können Patienten eigene, individuelle Interessen selbst vertreten. Dies kann allerdings zu Meinungsverschiedenheiten mit den Behandelnden führen.

4.5.2. Kommunikationstraining für Ärzte

Der Ansatz Ärzte in der Kommunikation mit ihren Patienten zu schulen hat sich bereits als äußerst wertvoll erwiesen. Die Fachkräfte wiesen verbessertes Wissen im Bereich Shared Decision und auch mehr Motivation das Konzept anzuwenden auf (McGilton et al., 2009). Vor allem zur Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Falle von kommunikationsgeschulten Patienten ist es unerlässlich.

Allerdings ergaben sich bei alleinigem Trainieren der Therapeuten kaum Verbesserungen der gesundheitlichen Langzeitergebnisse der Patienten (Bieber, 2009). Wie schon erwähnt, lassen sich Ärzte signifikant mehr auf partizipative Entscheidungsfindung mit ihren Patienten ein, wenn sich diese aktiv in das Gespräch einbringen (Cegala et al., 2009). Demnach bedarf es - wie durch ein Kommunikationstraining erfüllt - zusätzlicher Motivation und Schulung der Patienten.

Außerdem könnte ein bloßes Schulen der Ärzte die Asymmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis noch verschärfen. So schreiben Brown et al. über ihr Programm „Thriving in a Busy Practice: Physician-Patient Communication“: *„Although participating clinicians' self-reported ratings of their communication skills moderately improved, communication skills training did not improve patient satisfaction scores.“* (Brown et al., 1999, S. 822) [„Obwohl teilnehmende Mediziner ihre Kommunikationsfähigkeiten als leicht verbessert bewerteten, zeigte sich in der Auswertung keine Steigerung der Patientenzufriedenheit durch das Kommunikationstraining.“]

Damit Patienten eigene Anliegen vortragen können, brauchen sie zunächst einmal einen

Überblick über ihre Krankheit und mögliche Behandlungsoptionen. Dafür ist Patientenedukation in allen Varianten geeignet. Hierauf müssen sie jedoch auch den Schlüssel zur Durchsetzung ihrer Präferenzen in Form kommunikativer Fähigkeiten ausgehändigt bekommen.

4.6. Grenzen und Einschränkungen der Studienergebnisse

Unsere Pilotstudie weist einige methodische Einschränkungen auf. Zum einen war die Untersuchung ohne a priori festgelegte primäre Endpunkte angelegt, so dass die Ergebnisse dementsprechend eher als Hilfe für die Formulierung von Hypothesen als für einen Beweis eben dieser betrachtet werden dürfen.

Des Weiteren wurden die Untersuchungen nur an einer psychiatrischen Klinik durchgeführt, wobei immer dieselben Moderatoren die Gruppen leiteten. Daher dürfen die Ergebnisse nicht einfach auf andere stationäre Einrichtungen mit anderen Moderatoren übertragen werden.

Schlussendlich gab es einige gravierende Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe wie Alter, Geschlecht, Schwere der Krankheit und vorausgegangene Psychoedukation, die die Resultate beeinflusst haben könnten.

So zeigten Coulter und Magee (2003) in einem Telefonsurvey, dass die Bereitschaft an Entscheidungsprozessen teilzuhaben bei über 44 Jährigen bedeutend geringer ist als bei jüngeren Patienten. Außerdem belegten sie eine höhere Bevorzugung des SDM unter Patienten mit höherer Schulbildung im Gegensatz zu Patienten mit Hauptschulabschluss. Keinen Unterschied allerdings konnten sie zwischen Gesunden, akut leicht Erkrankten und chronisch Kranken feststellen.

Bei der Katamnese bleibt ein Selektionsbias zu kritisieren, da die Fragebögen höchst wahrscheinlich vor allem von motivierten und aktiven Patienten zurückgeschickt wurden.

4.7. Fazit

In der Zusammenschau zeichnet sich folgendes Ergebnis ab: Die Pilotstudie „Shared Decision Making: Ein Kommunikationstraining für Patienten mit Schizophrenie“ hat sich als effiziente Maßnahme erwiesen, an Schizophrenie Erkrankte für mehr Partizipation bei medizinischen Entscheidungen zu motivieren. Sowohl im Partizipations- und Autonomiebedürfnis als auch in der Verantwortungsübernahme bei medizinischen Entscheidungen zeichnete sich eine signifikante Steigerung unter den geschulten Patienten ab.

Das Training ist gut geeignet, Shared Decision Making in der routinemäßigen psychiatrischen Behandlung zu realisieren. Die Lerneinheiten wurden bei den Patienten mit Interesse und ambitioniert verfolgt und ließen sich problemlos in den psychiatrischen Stationsalltag einfügen.

Ein besonders kritisch zu betrachtender Effekt nach dem Training war die gesteigerte Skepsis der Patienten bei vermindertem Vertrauen in den Arzt, wie auch die Unzufriedenheit über Ablauf von Arztgesprächen und Visiten allgemein. Die Ärzte erlebten zudem den Patientenkontakt als anstrengender und schwieriger.

Gleichzeitig vermehrte das Kommunikationstraining die Besorgnis über unnötig hohen Medikamenteneinsatz durch Ärzte.

Als Grundlage für eine erfolgreiche Umsetzung des Konzepts „Geteilte Entscheidungsfindung“ ist daher auch eine Shared Decision Making Schulung für Ärzte erforderlich.

In der Schizophrenie Behandlung spielt die Compliance der Medikamenteneinnahme und die Verhinderung der Rehospitalisierung eine enorme Rolle. Ob die Intervention auch zu einer Verbesserung der aktuell hohen Rezidivrate führt, ist Thema der anschließenden Studie. Diese wird derzeit an mehreren psychiatrischen Kliniken in Bayern durchgeführt.

Alles in Allem ist das Projekt ein wichtiger Schritt für die Verwirklichung der ethischen und politischen Forderung „Patient als Partner“.

5. Zusammenfassung

Eine vermehrte Einbeziehung von Patienten bei medizinischen Entscheidungen wird in den letzten Jahren zunehmend von den Patienten selbst, aber auch von der Politik gefordert. Zudem haben zahlreiche Studien die Wirksamkeit und Vorzüge der Patientenpartizipation belegt. Die Teilhabe des Patienten an Behandlungsplänen wirkt sich vorteilhaft auf die Compliance aus und führt daher zu effektiveren Therapien. Neben einer Verbesserung des Wissens der Patienten kann die Übernahme von Eigenverantwortung zusätzlich emotional-psychische Heilungsprozesse in den Gang setzen.

Dementsprechend wird das ehemals etablierte Modell der Arzt-Patient-Interaktion (paternalistisches Modell) als nicht mehr zeitgemäß erachtet. Doch auch das Konzept „Informed Choice“ stellt aufgrund der Missachtung der Bedürfnisse und Fähigkeiten eines Kranken keine adäquate Patientenpartizipation dar.

Eine gelungene Einbeziehung des Patienten kann unter zu Hilfenahme der Grundsätze des „Shared Decision Making“ geschehen. Hier wirken Arzt und Patient als gleichberechtigte Partner am Prozess der medizinischen Entscheidungsfindung mit und beide übernehmen Verantwortung für getroffene Entschlüsse. Erfahrungen und Präferenzen des Patienten kommt in diesem Modell eine entscheidende Rolle zu.

Barrieren für eine Umsetzung von SDM in der klinischen Routinebehandlung sind vor allem die teilweise mangelnde Bereitschaft von Seiten der Ärzte und der häufig beklagte erhöhte Zeitaufwand.

Auf Seiten der Patienten ist zwar ein großes Bedürfnis nach Beteiligung bekannt, jedoch verhalten sich die meisten Patienten bis heute passiv oder haben Vorbehalte, ihre Anliegen direkt anzusprechen.

In der somatischen Medizin ist die Umsetzung von „Shared Decision Making“ in vielen Disziplinen - maßgeblich in der Onkologie und inneren Medizin - bereits erfolgreich getestet

worden, indes die Umsetzung partizipativer Entscheidungsfindung in der Psychiatrie weit hinterherhinkt.

Dabei ist die Anwendung des Modells gerade in der psychiatrischen und hier besonders in der Behandlung von Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises nutzbar.

Zum einen ergeben sich bei der medikamentösen Behandlung meist mehrere Optionen, die hinsichtlich etwaiger unerwünschter Arzneimittelwirkungen auf den Patienten abgestimmt werden müssen. Überdies ist für eine effiziente Behandlung die Compliance des Betroffenen essentiell. Nur durch Mitverantwortungsübernahme und Akzeptanz der Therapieform wird die notwendige Langzeitmedikation an Schizophrenie Erkrankten zumutbar und von den Betroffenen umgesetzt.

Eine Umsetzung von SDM erfordert bei dieser Patientengruppe jedoch die Berücksichtigung krankheitsspezifischer Besonderheiten, vor allem der aufgrund von Negativsymptomatik häufig eingeschränkten Motivation und Fertigkeit sich aktiv in Therapieentscheidungen einzubringen.

Unsere randomisierte, kontrollierte Pilotstudie sollte die Durchführbarkeit, zu erwartende Vorteile und Komplikationen eines neu entwickelten Kommunikationstrainings für Schizophreniepatienten untersuchen, sowie geeignete Messverfahren für Auswirkungen des Trainings erschließen.

In dem fünfstündigen Kommunikationstraining wurden Patienten über partizipative Entscheidungsfindung wie auch Patientenrechte aufgeklärt und erhielten Anleitungen und Übungen für Arztgespräche. Die Vorbereitung für Visiten in Form von Notizen sowie die Durchsetzung eigener Interessen konnten mit dem Gruppen leitenden Arzt oder Psychologen optimal trainiert werden. Hierbei erwiesen sich die Anwendung von praxisnahen Rollenspielen und das Erlernen von Perspektivenwechsel als zielführend. Die Teilnehmer arbeiteten zusätzlich für sie persönlich wichtige Anliegen und Gesprächspunkte aus.

Mithilfe von Fragebögen vor, direkt nach und ein halbes Jahr nach der Intervention wurden mögliche Unterschiede zu Studienteilnehmern einer Kontrollgruppe, die sich an Stelle des Kommunikations- an einem Konzentrationstraining beteiligten, erhoben.

Letztendlich nahmen 61 Patienten an der Untersuchung teil und absolvierten die Intervention bzw. das Konzentrationstraining (n=32 in der Interventionsgruppe und n=29 in der Kontrollgruppe).

Insgesamt lies sich das Kommunikationstraining für Patienten mit Schizophrenie gut in den Stationsalltag implementieren.

Die Patienten konnten den einzelnen Sitzungen der Intervention zumeist problemlos folgen und evaluierten das Training durchwegs positiv.

Patienten der Interventionsgruppe zeigten eine Zunahme des Autonomiebedürfnisses und ein gesteigertes Interesse an eigenen Therapieentscheidungen mitzuwirken. Zusammen mit einer vermehrten Bereitwilligkeit Verantwortung für medizinische Entscheidungen zu übernehmen wurden so wichtige Schritte Richtung partizipativer Entscheidungsfindung erreicht. Diese Effekte blieben - wie auch die Bereitschaft wichtige medizinische Entscheidungen gemeinsam mit ihrem Arzt zu treffen - während der ambulanten Therapien ein halbes Jahr nach Studienteilnahme weiterhin bestehen.

Andererseits traten Patienten der Kommunikationsgruppe ihren Ärzten skeptischer gegenüber und waren unzufriedener über den Ablauf von Arztvisiten. Darüber hinaus hatten sie mehr Besorgnisse über Medikamente und die Ansicht des übermäßigen Einsetzens von Arzneimitteln durch Ärzte. Die behandelnden Ärzte erlebten Gespräche mit geschulten Patienten als anstrengender und nervenaufreibender.

Angesichts dieser Ergebnisse könnte man behaupten, dass das Kommunikationstraining unnötige Schwierigkeiten in die Arzt-Patienten-Beziehung bringt. Die vermehrten Bedenken und Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Patient können sogar der Therapietreue entgegenwirken.

Ein gleichzeitiges Schulen der Ärzte in Shared Decision Making und im Umgang mit durchsetzungsfähigen Patienten allerdings könnte diese Störfaktoren vermeiden.

Prinzipiell jedoch hat jeder Patient ein Recht auf eine eigene und damit eventuell andere Meinung als sein Arzt. Bei dem Verhandeln um die individuell beste Therapieform wird der Arzt, der verschiedene Optionen erklären und kommentieren soll, sicherlich herausgefor-

dert. Dass sich dieser Mehraufwand lohnt, zeigt sich in den Ergebnissen der Katamnese: im Vergleich zu Patienten der Kontrollgruppe nahmen mehr Patienten der Interventionsgruppe die Langzeitmedikation ein.

Zukunftsweisend wird also ein Training in Shared Decision Making sowohl für Patienten als auch für Ärzte sein, sodass beide Partner kompetent ihre neue Rolle akzeptieren und nutzen können.

Zusammenfassend verdeutlicht unser Ansatz die Effektivität eines Kommunikationstrainings und eröffnet neue Möglichkeiten und Wege „Shared Decision Making“ in der Behandlung schizophrener Patienten zu verwirklichen.

Um diese und weitere Resultate zu bestätigen, werden Studien in mehreren psychiatrischen Kliniken mit deutlich größerer Teilnehmerzahl sowie einem längerem Nachbeobachtungszeitraum notwendig sein. Aktuell findet daher die Folgestudie an mehreren psychiatrischen Kliniken in Bayern statt.

6. Literaturverzeichnis

American Psychological Association: APA Clinical Treatment Guidelines - Mission, Vision, Principles. (17.03.2011). Online verfügbar unter <http://www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/mission.pdf>, zuletzt geprüft am 06.02.2013.

Anderson, L. A.; Dedrick, R. F. (1990): Development of the trust in physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. In: Psychological Reports, Jg. 67, S. 1091–1100.

Appelbaum PS; Grisso T. (1996): The MacArthur Competence Assessment Tool—Clinical Research. Sarasota, Fla: Sarasota Florida: Professional Resource Press.

Arbeitskreis OPD; Cierpka, M.; Benecke, C. (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Verlag Hans Huber.

Aronstein, L. W.; Marlow, M.; Desilets, B. (1990): Detours on the Road to Site- Based Management. In: Educational Leadership, Jg. 47, H. 7, S. 61–63.

Arora, N. K.; McHorney, C. A. (2000): „Patient Preferences for Medical Decision Making: Who Really Wants to Participate?“. In: Med. Care, Jg. 38, S. 335–341.

Arrow, K. J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. In: American Economic Review, Jg. 53, S. 941–973.

Bader, A.; Kremer, H.; Erlich-Trungenberger, I.; Rojas, R.; Lohmann, M.; Deobald, O. Lochmann R. et al. (2006): An adherence typology: coping, quality of life, and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral treatment. In: Med Sci.Monit., Jg. 12, H. 12, S. CR493-CR500.

Barry, C. A.; Cherkin, D. C.; Chang, Y.; Fowler, F. J.; Skates, S. (1997): A randomized trial of a multimedia shared decision-making program for men facing a treatment decision for benign prostate hyperplasia. In: *Disease Management and Clinical*, Jg. 1, S. 5–14.

Bieber, C. (2009): Training physicians in shared decision making - who can be reached and what is achieved? In: *Patient Educ Couns*, Jg. 77, H. 1, S. 48–54.

Bieber, C.; Müller, K.; Blumenstiel, K.; Hochlehnert, A.; Wilke, S.; Hartmann, M.; Eich, W. (2008): A shared decision-making communication training program for physicians treating fibromyalgia patients: Effects of a randomized controlled trial. In: *Journal of Psychosomatic Research*, Jg. 64, S. 13–20.

Braddock C.H.; Edwards K.A.; Hasenberg N.M.; Laidley, T. L.; Levinson, W. (1999): Informend decision making in outpatient practice: time to get back to basics. In: *JAMA*, Jg. 282, S. 2313-2310.

Brewin, T. B. (1996): Informed consent in oncology. In: *Journal of Clinical Oncology*, Jg. 8, S. 272.

Brown, J. B.; Boles, M.; Mullooly, J. P.; Levinson, W. (1999): Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. In: *Ann Intern Med.*, Jg. 131, H. 11, S. 822–829.

Bunn, M. H.; O'Connor, A. M.; Tansey M. S.; Jones B. D. W.; Stinson L. E. (1997): Characteristics of clients with schizophrenia who express certainty or uncertainty about continuing treatment with depot neuroleptic medication. In: *Arch. Psychiatr. Nurs*, Jg. 11, S. 238–248.

Carpenter, W. T., JR.; Gold, J. M.; Lahti A. C.; Queern C. A.; Conley R. R.; Bartko J. J et al. (2000): Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, Jg. 57, S. 533–538.

Casar, D. (2009): Evaluation eines Arzt-Patient-Interaktions-Trainings im Krankenhaus anhand von Selbst- und Fremdbeobachtungen. Dissertation. Betreut von F. Pedrosa Gil und M.

Weigl. München, Aus dem Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Cegala, D. J.; Marinelli, T.; Post, D. M. (2000): The effect of patient communication skills training on treatment compliance in primary care. *Archives of family medicine*. In: *Archives of family medicine*, Jg. 9, S. 57–64.

Cegala, D. J.; Post, D. M. (2009): The impact of patients' participation on physicians' patient-centered communication. In: *Patient Educ Couns*, S. 1–7.

Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997): Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). In: *Soc Sci Med*, Jg. 44, S. 681–692.

Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1999): Decision-making in the physician-patient encounter. Revisiting the shared treatment decision-making model. In: *Social Science and Medicine*, Jg. 49, H. 5, S. 651–661.

Corke, C. F.; Stow, P. J.; Green, D. T. / Agar J. W.; Henry, M. J. (2005): How doctors discuss major interventions with high risk patients: an observational study. In: *British Medical Journal*, Jg. 330, S. 182–184.

Coulter, A. (1999): Paternalism or partnership. In: *British Medical Journal*, Jg. 319, S. 719–720. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.319.7212.719>, zuletzt geprüft am 06.02.2013.

Coulter, A. (2002): *The Autonomous Patient. Ending paternalism in medical care. /// The autonomous patient. Ending paternalism in medical care. 2. impression.* London: Stationery Office (for the Nuffield Trust); TSO.

Coulter, A.; Ellins, J. (2007): Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. In: *British Medical Journal*, Jg. 335, S. 24–27. Online verfügbar unter doi: [10.1136/bmj.39246.581169.80](https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80).

Coulter, A.; Magee, H. (2003 /// 2007): *The European Patient of the Future*. Maidenhead: McGraw-Hill Education.

Daley, J.; Gerteis, M.; Edgman-Levitan S.; Daley J.; Delbanco TL (Eds) (1993): *Overcoming the barrier of words In: Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Deegan, P. Ph D.; Rapp, C. Ph D. Holter M. Ph D.; Riefer, M. S. W. (2008): *Best Practices: A Program to Support Shared Decision Making in an Outpatient Psychiatric Medication Clinic*. In: *Psychiatr Serv*, Jg. 59, S. 603–605. Online verfügbar unter doi: 10.1176/appi.ps.59.6.603.

Deinzer, A.; Babel, H.; Veelken, R.; Kohnen, R.; Schmieder, R. E. (2006): *Shared decision-making mit Bluthochdruckpatienten. Ergebnisse einer Implementierung in Deutschland*. *Dtsch. Med. Wochenschr.* In: *Dtsch. Med. Wochenschr.*, Jg. 131, S. 2592–2596.

Dierks, M.; Seidel, G.; Schwartz, W., et al. (Hg.) (2006): *Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen*. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 32).

Dow, M. G.; Verdi, M. B.; Sacco, W. P. (1991): *Training psychiatric patients to discuss medication issues. Effects on patient communication and knowledge of medications*. In: *Behav Modif*, Jg. 15, H. 1, S. 3–21.

Eddy, D. M. (1990): *Clinical decision making: from theory to practice. Anatomy of a decision*. In: *Journal of the American Medical Association*, Jg. 263, S. 441–443.

Elwyn, G. J.; Edwards, A.; Kinnersley, P. (1999): *Shared decision making in primary care: the neglected half of the consultation*. In: *British Journal of General Practise*, Jg. 49, S. 477–482.

Ende, J.; Kazis, L. Ash A.; Moskowitz, M. A. (1989): *Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information seeking preferences among medical patients*. In: *Journal of General Internal Medicine*, Jg. 4, H. 1, S. 23–30.

Farrell, H.; Heritier, A. (2004): *Interorganizational Negotiation and Intraorganizational Power*

in Shared Decision Making. In: Comparative Political Studies, Jg. 37, H. 10, S. 1184–1212.

Fleischmann H. (2003): Was erwarten psychisch Kranke von der Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus? In: Psychiat Prax, Jg. 30 Suppl. 2, S. 136–139.

France, L.; Ratté, S.; Stacey, D.; Kryworuchko, J.; Gravel, K.; Graham, I. D.; Turcotte, S. (2010): Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. Online verfügbar unter DOI: 10.1002/14651858.CD006732.pub2., zuerst veröffentlicht: 03.09.2010, zuletzt geprüft am 21.08.2010.

France, L.; Stacey, D.; Gagnon, S.; Dunn, S.; Pluye, P.; Frosch, D. et al. (2010): Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. Article first published online: 3 AUG 2010 c.x © 2010 Blackwell Publishing Ltd. In: Journal of Evaluation in clinical practice. Online verfügbar unter DOI: 10.1111/j.1365-2753.2010.01515.x, zuerst veröffentlicht: 03.08.2010, zuletzt geprüft am 21.08.2010.

Gaebel, W.; Pietzcker, A. (1987): Prospective study of course of illness in schizophrenia. Part III. Treatment and outcome. In: Schizophr. Bull., Jg. 13, S. 307–316.

Gaebel, Wolfgang (2006): Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff (Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). Red.: W. Gaebel; Bd. 1).

Glattacker, M.; Gülich, M.; Farin, E. (2007): Vertrauen in den Arzt („VIA“) - Psychometrische Testung der deutschen Version der "Trust in Physician Scale". In: Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, Jg. 17, H. 141-148.

Gottschlich, M. (2003): Die heilsame Kraft des Wortes als unverzichtbarer Bestandteil der ärztlichen Heilkunst. Kommunikation auf dem Prüfstand. NÖ Patientenrechte. Online verfügbar unter http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/expertenletter/k

omunikation/0303_pzent.pdf, zuletzt geprüft am 06.02.2013.

Götz, Sarah (12.2008): Entscheidungsverhalten und Emotionsgedächtnis bei Personen mit Schizophrenie. Diplomarbeit. Betreut von Kryspin-Exner. Wien. Universität Wien. Online verfügbar unter http://othes.univie.ac.at/3286/1/2008-12-23_0306238.pdf, zuletzt geprüft am 21.02.2013.

Greenfield, S.; Kaplan, S. H.; Ware, J.; Yano, E. M.; Frank, H. J. (1988): Patients` participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. In: J Gen Intern Med, Jg. 3, S. 448–457.

Hahn, S. R.; Thompson, K. S.; Wills T.A.; Stern, V.; Budner, N. S. (1994): The difficult doctor - patient relationship: somatization, personality and psychopathology. In: Clin Epidemiol, Jg. 47, S. 647–657.

Hamann, J. (2004): Shared decision making – vom Modellprojekt zur Implementierung. In: Z. Ärztl. Fortbild. Qualitätssich, Jg. 98, S. 115–119.

Hamann, J. (2007): Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. In: Health Expect, Jg. 10, S. 358–363.

Hamann, J. (2008): Patients` and psychiatrists` perceptions of clinical decisions during schizophrenia treatment. In: J.Nerv. Ment. Dis., Jg. 196, S. 329-323.

Hamann, J.; Langer, B.; Winkler, V.; Busch, R.; Cohen, R.; Leucht, S.; Kissling, W. (2006): Shared decision making for in-patients with schizophrenia. In: Acta Psychiatr. Scand., Jg. 114, H. 4, S. 265–273.

Hamann, J.; Leucht, S.; Kissling W. (2003): Shared decision making in psychiatry. In: Acta Psychiatr. Scand., Jg. 107, S. 403–409.

Hamann, J.; Mendel, R.; Schebitz, M.; Reiter, S.; Bühner, M.; Cohen, R. et al. (2010): Can psychiatrists and neurologists predict their patients' participation preferences? In: J Nerv Ment

Dis., Jg. 198, H. 4, S. 309–311.

Hamann J (2005): Partizipative Entscheidungsfindung; Implikationen des Modells des „Shared Decision Making“ für Psychiatrie und Neurologie. In: Der Nervenarzt, Jg. 77, S. 1071–1078.

Harrington, J.; Noble, L.; Newman, S. P. M. (2004): Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. In: Patient Educ Couns, Jg. 52, H. 1, S. 7–16.

Haywood, K.; Marshall, S.; Fitzpatrick, R. (2006): Patient participation in the consultation process: a structured review of intervention strategies. In: Patient Educ Couns, Jg. 63, S. 12–23.

Herrmann, W. A. (2006): Zweite Satzung zur Änderung der Studienordnung für den Studiengang Medizin der Technischen Universität München. Herausgegeben von Technische Universität München, zuletzt geprüft am 29.03.11.

Holmes-Rovner, M.; Valade, D.; Orlowski, C.; Draus, C.; Nabozny-Valerio, B.; Keiser, S. (2000): Implementing shared decision-making in routine practice: barriers and opportunities. In: Health Expectations, Jg. 3, S. 182–191.

Horch, K.; Wirz, J. (2005): Nutzung von Gesundheitsinformationen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (48 1250-1255).

Horne, R.; Weinman, J.; Hankins M. (1999): The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. In: Psychology & Health, Jg. 14, S. 1–24.

Hurley, J.; Birch, S. Eyles J. (1992): Information, efficiency and decentralization within health care systems. CHEPA Working. In: CHEPA Working Paper, H. 21, S. 4.

Johnson, A. R.; Siegler, M.; Winslade, W. J.; Schmidt, H. (2006): Klinische Ethik: Eine prakti-

sche Hilfe zur ethischen Entscheidungsfindung. 5. Aufl. Köln: Deutscher Ärzteverlag; Dt. Ärzte-Verl., S. 65.

Kaplan, S. H.; Greenfield, S.; Ware, J. E. [JR]. (1989): Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. In: *Med. Care*, Jg. 27 (3 Suppl), S. 110–127.

Kay, S. R.; Fiszbein, A.; Opler L. A. (1987): The positive and negative syndrom scale (PANSS) for schizophrenia. In: *Schizophr. Bull.*, Jg. 13, S. 261–276.

Kilian, R.; Lindenbach, I. Lobig U.; Uhle, M.; Petscheleit, A.; Angermeyer, M. C. (2003): Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the physician treatment process by persons with severe and persistant mental illness: a qualitative and quantitative analysis. In: *Soc Sci Med*, Jg. 57, S. 1127–1142.

Lambert, M.; Haro, J. M.; Novick, D.; Edgell, E. T.; Kennedy, L.; Ratcliffe, M.; Naber, D. (2005): Olanzapine vs. other antipsychotics in actual out-patient settings: six months tolerability results from the European Schizophrenia Out-patient Health Outcomes Study. In: *Acta Psychiatr. Scand.*, Jg. 111, S. 232–243.

Langewitz, W.; Keller, A.; Denz, M.; Wössmer-Buntschu, B.; Kiss, A. (1995): Patientenzufriedenheits- Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patient-Beziehung? In: *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, Jg. 45, S. 351–357.

Levine, R. H. (1994): A researcher's concern with ethics in human research. In: *J. Calif. Alliance Ment*, Jg. 3, S. 14–16.

Loh, A.; Simon, D.; Kriston, L.; Härter, M. (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 21, S. A-1483/ B-1314/ C-1254.

MacIntyre, A. (1977): Patients as Agents. /// *Philosophical medical ethics: its nature and significance. Proceedings of the third Trans-Disciplinary Symposium on Philosophy and Medi-*

cine held at Farmington, Connecticut, December 11 - 13 1975. Herausgegeben von T. H. / Spicker S. F. Engelhardt und Stuart F. Spicker. Trans-Disciplinary Symposium on Philosophy and Medicine. Dordrecht: Dordrecht: Reidel; Reidel (Philosophy and medicine, 3), S. 197–212.

Maple, F. F. (1989 /// 1977): Shared Decision Making. /// Shared decision making. Newbury Park/ London/ New Delhi /// Beverly Hills Calif.: Sage Publications (Sage human services guides, 4).

McGilton, K. S.; Boscart, V.; Fox, M.; Sidani, S.; Rochon, E.; Sorin-Peters, R. (2009): A systematic review of the effectiveness of communication interventions for health care providers caring for patients in residential care settings. In: Worldviews Evid Based Nurs., Jg. 6, H. 3, S. 149–159.

Monestes, J. L.; Villatte, M.; Moore, A.; Yon, V.; Loas, G. (2008): Decisions in conditional situation and theory of mind in schizotypy. In: Encephale, Jg. 34, H. 2, S. 116–122.

Morgan, M. W.; Deber R. B.; Llewellyn-Thomas H. A.; Gladstone P.; Cusimano R. J.; O'Rourke, K. et al. (2000): Randomized, controlled trial of an interactive videodisc decision aid for patients with ischemic heart disease. In: J. Gen. Intern. Med., Jg. 15, S. 685–693.

Muthny, F. A.; Tausch, B. (1994): Multidimensional Health Locus of Control nach Wallston et al. - Deutsche Fassung. Review.

Naber, D. (2005): Subjective effects of antipsychotic treatment. In: Acta Psychiatr. Scand., Jg. 111, S. 81–83. Online verfügbar unter DOI: 10.1111/j.1600-0447.2004.00478.x, zuletzt geprüft am 06.02.2013.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Online verfügbar unter <http://www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/patientexperience/SharedDecisionMaking.jsp>, zuletzt geprüft am 06.02.2013.

Nicolai, J.; Bieber, C.; Eich, W.: Patient als Partner in der Onkologie. Online verfügbar unter

<http://pefmed.dbkr.de/index.php?page=training>, zuletzt geprüft am 13.03.2011.

O'Connor, A. M. (1995; modified 2002): User Manual for Decision Self-Efficacy-Scale. Ottawa Hospital Research Institute. Online verfügbar unter http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_Decision_SelfEfficacy.pdf, zuletzt aktualisiert am 22.07.2010, zuletzt geprüft am 27.08.2010.

Onel, E.; Hamond, C.; Wasson, J. H.; Berlin, B. B.; Ely, M. G.; Laudone, V. P. (1998): Assessment of the feasibility and impact of shared decision making in prostate cancer. In: *Urology*, Jg. 51, S. 63–66.

Osterberg, L.; Blaschke, T. (2005): Adherence to medication. In: *N.Engl.J.Med*, Jg. 353, H. 5, S. 487–497.

Pajonk, F. G.; Schmitz, F.; Karow, A. (2006): Assessment of Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenic Patients. In: *Schizophrenia Research*, Jg. 81, S. 96.

Piercy, G. B.; Deber, R.; Trachtenberg, J.; Ramsey, E. W.; Norman, R. W.; Goldenberg, S. L. et al. (1999): Impact of a shared decision-making program on patients with benign prostatic hyperplasia. In: *Urology*, Jg. 53, S. 913–920.

Pretince, K. J.; Gold, J. M.; Carpernter, W. T. (2005): Optimistic bias in the perception of personal risk: Patterns in schizophrenia. In: *Am J Psychiatry*, H. 162, S. 507–512.

Protheroe, J.; Blakeman, T.; Bower, P.; Chew-Graham, C.; Kennedy, A. (2006): An intervention to promote patient participation and self-management in long term conditions: development and feasibility testing. In: *BMC Health Serv Res.*, Jg. 10, H. 206. Online verfügbar unter [doi:10.1186/1472-6963-10-206](https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-206), zuletzt geprüft am 11.03.2011.

Reichhart, T.; Kissling, W.; Scheuring, E.; Hamann, J. (2008): Patientenbeteiligung in der Psychiatrie – eine kritische Bestandsaufnahme. In: *Psychiat Prax*, Jg. 35, S. 111–121.

Roter, D. Hall J.; Merisca, R.; Nordstrom, B.; Cretin, D.; Svarstad, B. (1998): Original Articles

Effectiveness of Interventions to Improve Patient Compliance. A Meta-Analysis. In: *Med. Care*, Jg. 36, S. 1138–1161.

Rothenbacher, D.; Lutz, M. P.; Porzolt, F. (1997): Treatment decisions in palliative cancer care: patient' preferences for involvement and doctors knowledge about it. In: *European Journal of Cancer*, Jg. 33, H. 8, S. 1169–1170.

Scheibler, F. (2004): *Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung*. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber; Huber (Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft).

Summers, R. F.; Barber, J. (2003): Therapeutic Alliance as a Measurable Psychotherapy Skill. In: *Academic Psychiatry*, Jg. 27, S. 160–165.

Veatch, R. M. (1972): Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. What physician-patient roles foster the most ethical relationship? In: *Hastings Center report*, Jg. 2, S. 5–7.

Wallston, K. A.; Wallston, B. S.; DeVellis, R. F. (1978): Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. In: *Health Education Monographs*, Jg. 6, S. 160–170.

Winkler-Stöhr, V. A. E. (25.08.2009): *Shared Decision Making in der stationären Behandlung von Patienten mit Schizophrenie*. Dissertation. Betreut von J. Hamann. München. Technischen Universität München, Fakultät für Medizin.

Woodward, T.; Moritz, S.; Cuttler, C.; Whitman, J. C. (2006): The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia. In: *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, H. 28, S. 605–617.

Zillien, N.; Lenz, T. (2008): *Social Software Formen der Kooperation in computerbasierten Netzwerken. Gesundheitsinformationen in der Wissensgesellschaft. Empirische Befunde zur gesundheitlichen Internetnutzung*. Herausgegeben von C. Stegbauer und M. Jäckel. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 155–173.

Zygmunt, A.; Olfson, M.; Boyer, C. A.; Mechanic, D. (2002): Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. In: *Am J Psychiatry*, Jg. 159, H. 10, S. 1653–1664.

7. Anhang: Diagramme und Abbildungen

7.1. Diagramme

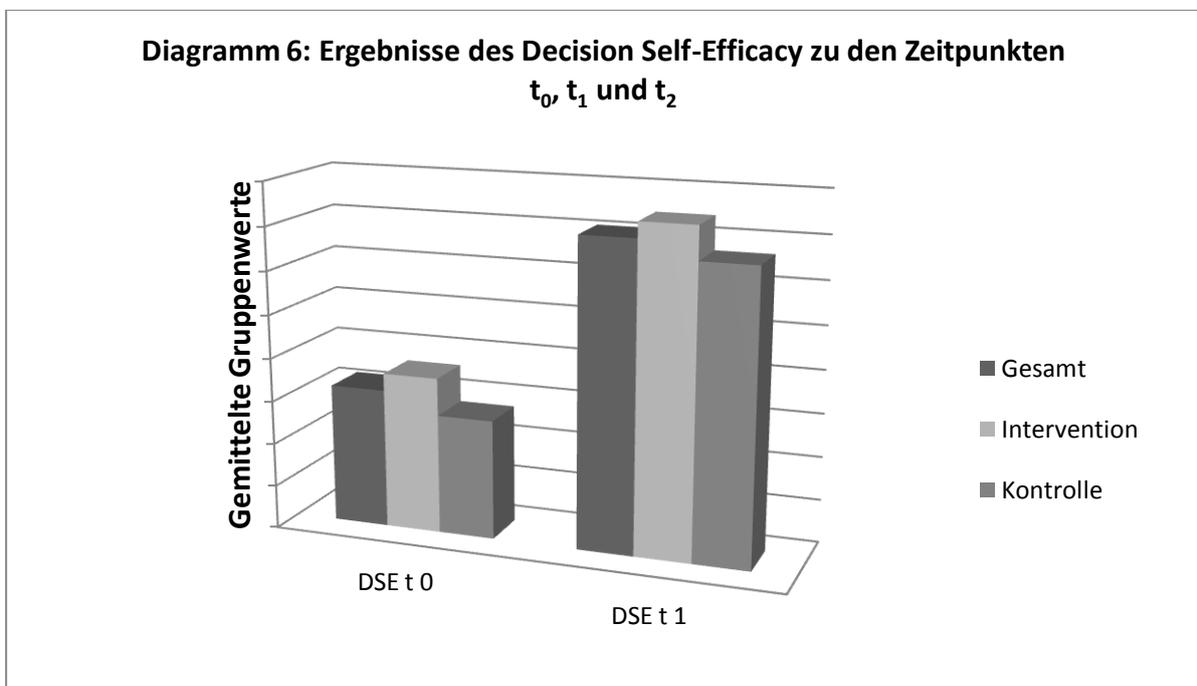
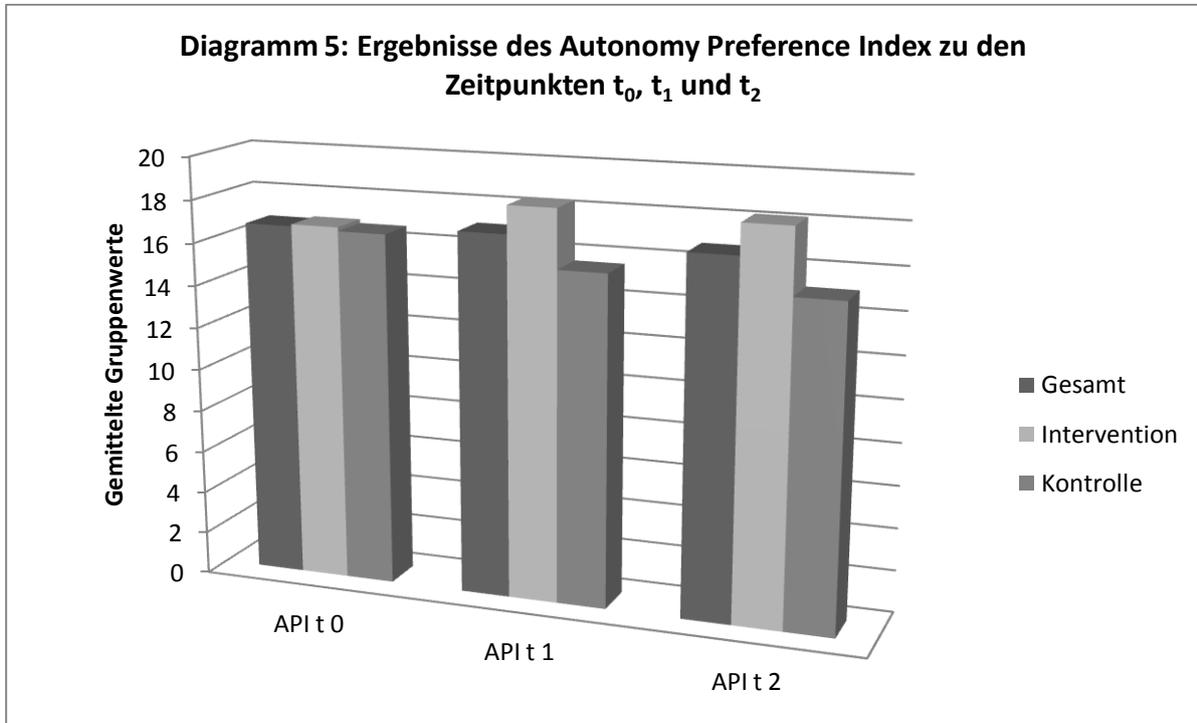
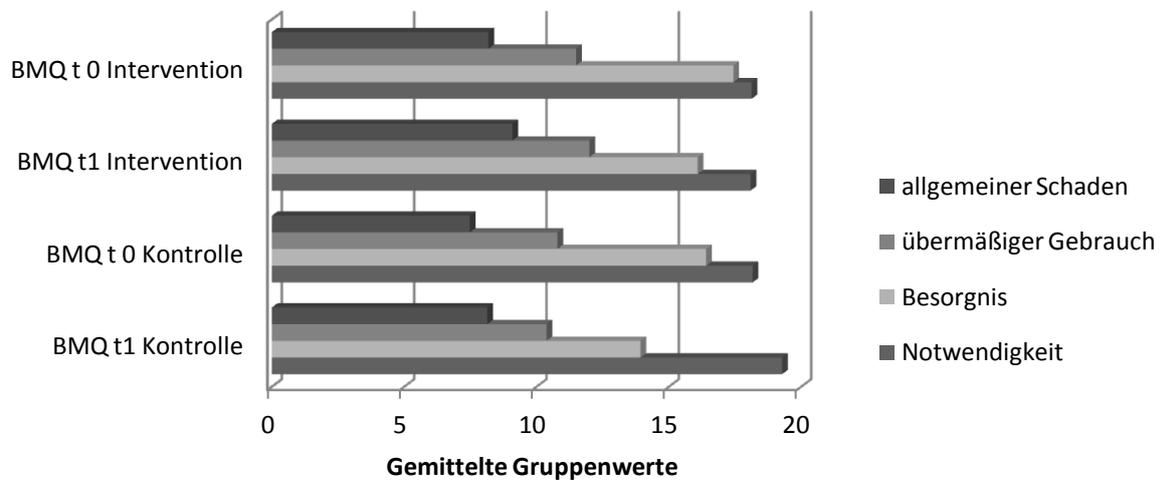


Diagramm 7: Ergebnisse des Beliefs in Medication Questionnaire zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2



7.2. Abbildungen

Wer sollte wichtige medizinische Entscheidungen im Rahmen der Behandlung treffen?

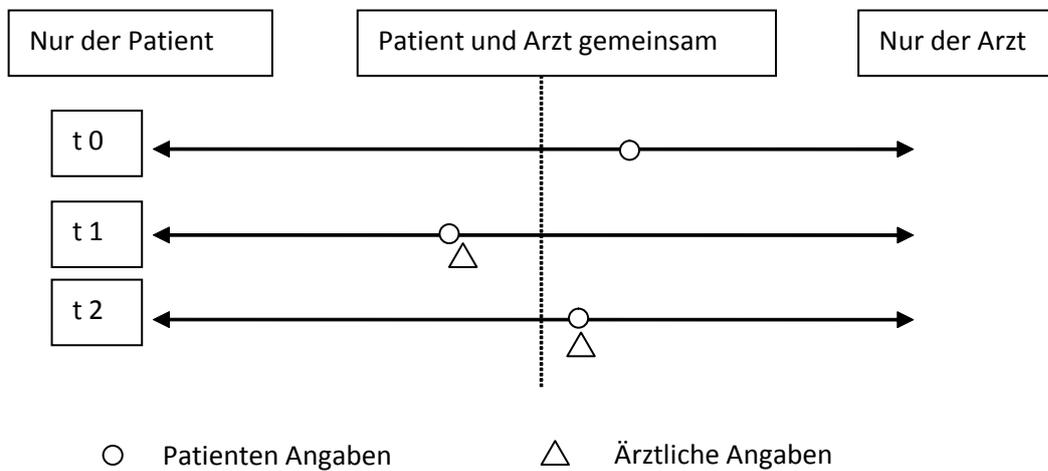


Abb. 5: Entwicklung der Lokalisation der Entscheidungsfindung unter Patienten der Interventionsgruppe zu den Zeitpunkten t₀, t₁ und t₂

Wer trifft wichtige medizinische Entscheidungen im Rahmen der Behandlung?

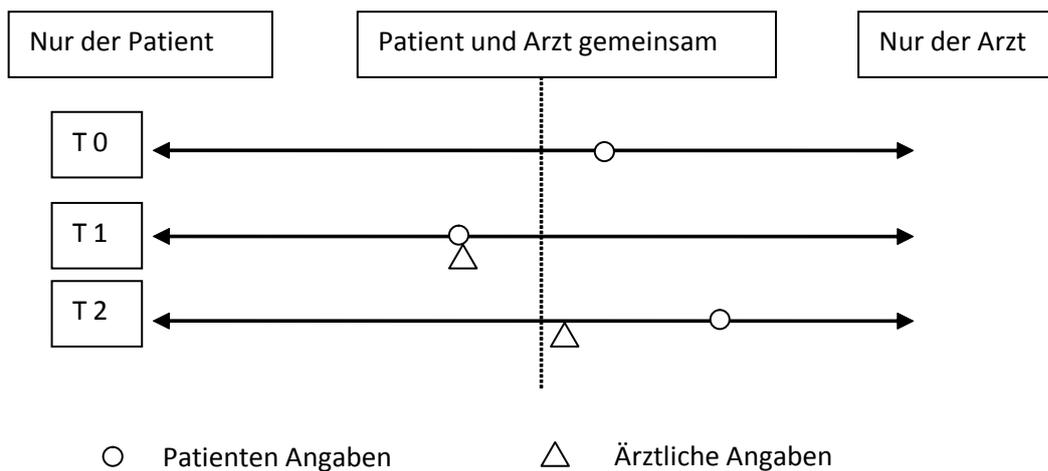


Abb. 6: Entwicklung der Lokalisation der Entscheidungsfindung unter Patienten der Kontrollgruppe zu den Zeitpunkten t₀, t₁ und t₂

9. Danksagung

Allen voran danke ich meinem Doktorvater PD Dr. Johannes Hamann für die Überlassung des Themas und die mir während der Bearbeitung erwiesene permanente Unterstützung. Die exzellente Betreuung in allen Arbeitsphasen von der Planung der Arbeit bis zur Auswertung der Daten, die er mir zusammen mit Dr. Rosmarie Mendel bot, möchte ich besonders hervorheben. Beiden danke ich insbesondere auch für die engagierte Gestaltung und Leitung der Kommunikationsgruppe, ohne welche diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Hervorheben möchte ich weiterhin die Mithilfe der Stationsärzte Dr. Anna-Mareike Depping, Dr. Julia Koch, Dr. Stephanie Müller, Dr. Christian Schwarz und Dr. Alexander Schmid, welche bei der Auswahl der Patienten halfen, diese von der Studie überzeugten und nicht zuletzt auch eine beträchtliche Zahl an Fragebögen ausfüllten.

Mein besonderer Dank gilt allen Patienten, die bereit waren die vielen Fragebögen auszufüllen. Trotz teilweise erheblich einschränkenden Symptomen ihrer Erkrankung, tagesfüllenden Therapieplänen und gleichzeitiger Teilnahme an weiteren Studien, waren alle Teilnehmer mir gegenüber aufgeschlossen und hilfsbereit.

Danken möchte ich zuletzt meinem Vater für die Durchsicht der Arbeit hinsichtlich sprachlicher Fragen und äußerer Form und meinem Freund für seine fortwährende moralische Unterstützung.