

**Entwicklung und Validierung eines Fragebogens
zur Patientenzufriedenheit
in der stationären Psychotherapie/Psychosomatik**



Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophie an der
Ludwig-Maximilians-Universität
München

Vorgelegt von

Petra Decker

aus Forchheim

2010

Erstreferent: Prof. Dr. Wolfgang Mertens

Zweitreferent: Prof. Dr. Willi Butollo

Tag der Disputation: 14.02.2011

Danksagung

Herzlichen Dank an Herrn Professor Mertens für die verständnisvolle, geduldige und herausragende Führung.

Herzlichen Dank an Herrn Professor Butollo, für das klärende Gespräch und dass er die Arbeit als Zweitbetreuer angenommen hat.

Herzlichen Dank an Herrn Professor Zaudig für seine hilfreiche Unterstützung, diese Umfrage in der Klinik Windach durchführen zu dürfen und diese Arbeit realisieren zu können sowie auch allen Mitarbeitern, die daran beteiligt waren.

Herzlichen Dank an die Psychiatrische Klinik der LMU, Frau PD Dr. Möller-Leimkühler, für die Idee und den Einsatz, die Umfrage in der Klinik Windach durchführen zu können und die Unterstützung, weitere Befragungen auf den Stationen B1a und B1b durchführen zu können sowie auch allen Mitarbeitern, die daran beteiligt waren.

Herzlichen Dank Herrn Dipl. Psych. Can Gürer für die kritische Diskussion bezüglich der Auswertung des Fragebogens.

1.	Einleitung.....	1
1.1.	Die Bedeutung der Patientenbefragungen im Rahmen der Qualitätssicherung im Krankenhaus	1
1.2.	Überblick über relevante Fragebögen zur Behandlungsbewertung von Patienten im englisch- und deutschsprachigen Raum, die sich jeweils nur auf Teilaspekte der Psychotherapie beziehen.....	3
1.2.1.	Das Konzept des Arbeitsbündnisses	11
1.2.2.	Unterscheidung zwischen Arbeitsbündnis und Realer Beziehung.....	17
1.3.	Stand der Psychotherapieforschung.....	23
1.3.1.	Wirkung von Psychotherapie	23
1.3.2.	Therapeutische Wirkfaktoren.....	25
1.3.3.	Therapieerfolgsmessung	27
2.	Fragestellung.....	31
3.	Methode.....	34
3.1.	Konstruktion des Fragebogens MFBP-67.....	34
3.1.1.	Formulierung der Items.....	34
3.1.2.	Zusammenstellung der Items	34
3.1.3.	Überarbeitung des ersten Fragebogenentwurfs	37
3.2.	Erhebungsinstrumente.....	37
3.2.1.	Die Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV) 38	
3.2.2.	Die Symptom-Checkliste SCL-90-R (Derogatis, 1977; Franke, 1995; Hunter, 2005):.....	39
3.2.3.	Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) von Schepank H. (1995)	40
3.2.4.	Das Gesamturteil zur Therapie wurde mittels einer Variablen der Psy- BaDo-PTM (Psychotherapie-Basisdokumentation Variable Nr. 77), Einteilung nach Schulnoten von 1 – 6, erhoben.	41
3.2.5.	Die Diagnoseeinteilung der Patienten erfolgte nach ICD-10, 5. Auflage (Internationale Klassifikation psychischer Störungen 2004/2005)	41
3.2.6.	Soziodemographische Daten.....	42
3.3.	Stichprobe und Durchführung.....	42
3.4.	Statistische Auswertung	44
4.	Ergebnisse.....	51
4.1.	Beschreibung der Stichprobe	51

4.2.	Verteilungsanalyse	56
4.2.1.	Verteilungskennwerte der Items [Mittelwert (SD), Median, Modus (SD), Varianz, Schiefe (SD), Kurtosis (SD), gültige und fehlende Angaben] .	56
4.3.	Die Auswertung der Faktorenanalysen.....	63
4.4.	Das Ergebnis der Reliabilitätsanalyse	74
4.4.1.	Split-Half-Reliabilität	75
4.4.2.	Reliabilität der Skalen	75
4.5.	Itemschwierigkeit und Trennschärfe	76
4.5.1.	Itemschwierigkeit	76
4.5.2.	Trennschärfe	77
4.6.	Die Berechnung der Konstruktvalidität	79
4.6.1.	Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) in den Bereichen phy- sisch, sozialkommunikativ und psychisch aktueller Wert bei Entlas- sung und bezogen auf die Veränderungsmessung, Differenzwert Entlassung minus Aufnahme (E - A).....	79
4.6.2.	Das Verhaltens- und Erlebensinventar (VEV-K) und die Erfassung der Behandlungsbewertung.....	84
4.6.3.	Die Auswertung der Symptom Checkliste SCL-90 R, GSI (Global Symptom Index)	86
4.6.4.	Die Berechnung der Kriteriumsvalidität, kongruente Validität.....	87
4.6.5.	Die Korrelationen zwischen der Behandlungsdauer in Tagen und der Behandlungsbewertung.....	88
4.6.6.	Der Einfluss des Geschlechts auf den Therapieerfolg und die Behandlungsbewertung.....	89
4.6.7.	Der Einfluss des Alters auf den Therapieerfolg und die Behandlungsbewertung.....	90
4.6.8.	Der Einfluss des Familienstandes, des Schul- und Berufsabschlusses auf die Behandlungsbewertung	91
4.6.9.	Der Einfluss stationärer Voraufenthalte auf die Behandlungs- bewertung.....	92
4.6.10.	Die Berechnung der Diagnosegruppen mit der Behandlungs- bewertung.....	93
4.6.11.	Die Berechnung der differenziellen Validität.....	94
4.7.	Das Antwortverhalten der Patienten bei den offenen Fragen	95

5.	Diskussion	98
5.1.	Die Interpretation der Ergebnisse, die mit den soziodemographischen Variablen in Zusammenhang stehen	98
5.2.	Die Interpretation der psychometrischen Ergebnisse	100
5.3.	Kritik.....	104
6.	Zusammenfassung	109
7.	Literaturverzeichnis	113
8.	Anhänge	
	Anhang A: Tabellenverzeichnis	
	Anhang B: Abbildungsverzeichnis	
	Anhang C: Münchner Fragebogen zur Patientenbewertung in der stationären Psychotherapie/Psychosomatik (MFBP-67)	
	Anhang D: Auswertung der Ergebnisse des Pretests mit dem MFBP-67	
	Anhang E: Verteilungskennwerte	
	Anhang F: Endgültige Fassung des Fragebogens MFBP-18	
	Anhang G: Ergebnisse der Reliabilitätsstatistiken	

1. EINLEITUNG

1.1. Die Bedeutung der Patientenbefragungen im Rahmen der Qualitätssicherung im Krankenhaus

Wissenschaftlich verwertbare Befragungen bezüglich der Patientenzufriedenheit gibt es seit Mitte der 80er Jahre, jedoch erhalten wir noch kein einheitliches Bild, wie diese im Rahmen der Qualitätssicherung im Krankenhaus eingesetzt werden können. Dieses Problem wurde bereits vor 10 Jahren erkannt: „Im ganzen mangelt es der immerhin mehr als 20 Jahre währenden Patient-satisfaction-Forschung an einer standardisierten änderungssensitiven Methodik, an einer theoretischen Fundierung sowie an kontrollierten Studien, so dass ihr bisheriger Nutzen darin liegt, die methodischen und theoretischen Defizite eines in der Regel pragmatisch und routinemäßigen Vorgehens aufgezeigt zu haben“ (Leimkühler & Müller, 1996, S. 767). Die Zufriedenheitsrate beläuft sich zwischen 56 % und 100 % im Bereich der psychosozialen Versorgung (Gruyters & Priebe, 1994). In einem Beitrag von Blauner (1960, S. 340; zit. nach Ipsen, 1978) zur Arbeitszufriedenheit in sieben amerikanischen Untersuchungen zeigten sich ebenfalls hohe Zufriedenheitswerte zwischen 79 % und 90 %. Diese hohen Zufriedenheitswerte sind u. a. auch auf Bereiche wie Wohnzufriedenheit, Zufriedenheit Jugendlicher mit der Staatsform oder die Zufriedenheit von Fürsorgeempfängern mit ihrer Situation zu finden. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass sich Personen ihren Situationen, die sie nicht verändern können, anpassen und diese dann als zufrieden erachten. Ipsen (1978) nennt dies die „resignative Anpassung, d. h. eine positive Bewertung einer schlechten Realität“. Dies hat er in einer Untersuchung zur Wohnqualität, zur Wohnzufriedenheit und zum Einkommen dargestellt. Hier zeigten sich höhere Zufriedenheitswerte in der niedrigen Einkommensgruppe bei schlechten Wohnungen, als in der höheren Einkommensgruppe.

Da das Konstrukt „Patientenzufriedenheit“ kaum valide gemessen werden kann, schlagen Priebe et al. (1995) vor, dass der Patient seine Meinung konkret zur Bewertung seiner Behandlung abgibt. „Zufriedenheit soll als Bewertung von Situationen, Personen, Sachen, allgemein von Objekten, definiert werden; diese

Bewertungen können positiv, negativ oder neutral sein. Eine neutrale Bewertung ist im eigentlichen Sinn keine Bewertung, das Objekt ist nicht wertrelevant“ (Ipsen, 1978). „Untersuchungen zur Behandlungsbewertung müssen tendenziell von einer relativ hohen Baseline der Zufriedenheit ausgehen. Unterscheidungen sind damit wohl eher zwischen weniger und mehr zufriedenen als zwischen zufriedenen und dezidiert unzufriedenen Patienten zu treffen“ (Gruyters & Priebe, 1994, S. 92).

Im Rahmen der Qualitätssicherung wird zunehmend die Meinung des Patienten berücksichtigt werden müssen, selbst wenn es sich hier um eine subjektive Einschätzung der Versorgungs- und Behandlungsqualität handelt (Möller-Leimkühler, 1998). Darüber hinaus hat sich die Rolle des Patienten in den letzten Jahren verändert. Er beteiligt sich aktiver als früher an seinem Gesundheitsprozess. Der Arzt/Therapeut, der Patient und die Angehörigen sollten eine wichtige Einheit in diesem Prozess bilden. Die Psychoedukation als Grundlage der Versorgung und Mitbestimmung bei der Behandlung sollte den Patienten als gleichwertigen Partner in der Arzt-Patient-Beziehung oder Therapeut-Patient-Beziehung ansehen. Ohne gegenseitiges Vertrauen ist diese Beziehung jedoch nicht möglich. Vertrauen in den Arzt/Therapeuten ist essenziell für den Patienten, aber auch das Vertrauen des Arztes in den Patienten spielt eine große Rolle (Hall, 2002). Aspekte, die vertrauensfördernd auf diese Beziehung einwirken, sind die Kompetenz des Arztes, bei der pharmakotherapeutischen Behandlung Nebenwirkungen abzufangen, die Wichtigkeit der Vertraulichkeit und die Kontinuität der Behandlung (Mechanic & Meyer, 2000).

Donabedian (1986) ist der Begründer der Qualitätsforschung im Gesundheitswesen und wird auch als „father of outcomes research“ bezeichnet. Er erweiterte die Qualitätsdefinition, indem er zwischenmenschliche Beziehungen, deren Zugang und die Kontinuität von Pflege mit aufnahm und Qualität nicht nur auf das „technische Management“ bezog. Donabedian unterscheidet drei Bereiche in der Gesundheitsversorgung, die das Qualitätsmanagement und die –sicherung betreffen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Zur Strukturqualität zählen alle gesetzlichen Verordnungen und

nachgeordneten Regelungen der Gesundheitsversorgung, wie deren Finanzierung und Maßnahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung oder die Qualifikation des Therapeuten, die Organisation, die Art und die Ausstattung der Praxis sowie die Verfügbarkeit der therapeutischen Fertigkeiten. Die Prozessqualität unterteilt sich wiederum in drei Ebenen: Die Ebene des Gesundheitssystems, dazu zählen u. a. die Auslastung von Einrichtungen und die Vernetzung von Versorgungseinrichtungen. Die Ebene der Behandlungseinrichtungen umfasst Art und Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, den Ablauf der Behandlung von der Aufnahme bis zur Entlassung und die Umsetzung der Kooperation mit weiteren Berufsgruppen. Die Ebene der konkreten Behandlungsmaßnahme betrifft die Therapeut-Klient-Passung und –Beziehung, die Diagnostik und die Therapie sowie die adaptive Diagnostik. Zur Ergebnisqualität zählt, auf der Ebene des Gesundheitssystems, das Niveau und die Güte der Versorgung insgesamt, gemessen an der Mitarbeiterzufriedenheit, an dem durchschnittlichen Erfolg und an der Stabilität des Erfolgs der Behandlung. Weiterhin zählen auch dazu Art und Umfang von Komplikationen bei der Behandlung, die Dosis-Wirkungsrelation und die Kosten. Auf der Ebene der Behandlung zählt der Erfolg, gemessen anhand der eingetretenen Heilung oder Abschwächung des Leides, die aktivere Teilnahme am privaten und beruflichen Leben sowie die Erhöhung der Zufriedenheit des Patienten und die Zufriedenheit der Angehörigen sowie die verbesserte Lebensqualität, wie bereits oben erwähnt. Parameter sind dabei neben dem Erreichen von Zielen auch die Dauer und die Kosten der Behandlung (Effizienz, Fydrich, 2004).

1.2. Überblick über relevante Fragebögen zur Behandlungsbewertung von Patienten im englisch- und deutschsprachigen Raum, die sich jeweils nur auf Teilaspekte der Psychotherapie beziehen

In Tab. 1 sind relevante Fragebögen aufgelistet, die jeweils nur Teilaspekte der Behandlungsbewertung von Patienten zur Psychotherapie berücksichtigen und die im englisch- und deutschsprachigen Raum bereits eingesetzt werden. Deshalb wurde ein neuer Fragebogen zur Patientenzufriedenheit entwickelt, der

möglichst detailliert alle dem Patienten wichtigen Aspekte zur Psychotherapie berücksichtigen könnte.

Tab. 1: Auflistung der gesichteten Fragebögen im englisch- und deutschsprachigen Raum, die jeweils nur Teilaspekte der Psychotherapie berücksichtigen, zu ersehen in der Spalte „Inhalte“

Autoren	Fragebögen	Inhalte
Heuft G. et al. (1996)	Individuelle Therapieziele (ITP) „Erge-Doku-A-Form“ (Benennung von 5 Therapiezielen) „Erge-Doku-B-Form“ (Fragen, die die Medikation und stattfindende Veränderungen durch die Therapie betreffen)	Der ITP ist eine Outcome-Dokumentation der Psychotherapie bei Krankenhauspatienten aus der Sicht des Patienten und des Therapeuten.
Weiss M. et al. (1997)	California Pharmacotherapy Alliance Scale	Die „California Pharmacotherapy Alliance Scale“ misst das Bündnis zwischen Patient und Therapeut in der pharmakologischen Behandlung der Depression.
Marziali E. et al. (1981)	Therapeutic Alliance Scale	Die „Therapeutic Alliance Scale“ misst das Therapiebündnis bezüglich positiver und negativer Therapeuten- und Patientenaussagen. Eingesetzt wird sie bei Therapien mit psychodynamischer Orientierung.
Lengning S. et al. (2002)	Eine Variante des Fragebogens „Hilfreiche Beziehung“ (HA) nach Luborsky und Mitarbeitern	Der HA misst die therapeutische Arbeitsbeziehung in der ambulanten Psychotherapie.
Gaston L. & Marmar Ch. R. (1994)	California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS), Vorversion CALTRAS und TARS)	Mit der CALPAS kann die Bündnismessung, die die Arbeitsbeziehung, den therapeutischen Beitrag zur Beziehung und die Übereinstimmung von Zielen und Aufgaben in der Therapie betreffen, erzielt werden.
Levine & Luborsky (1981)	Central Relationship Questionnaire (CRQ), basierend auf dem Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)	Der CRQ ist das am meisten verbreitete und getestete Instrument innerhalb des psychoanalytischen Kontextes, um die zentrale Beziehung oder charakteristische Merkmale in Beziehungen zu anderen zu messen.

Autoren	Fragebögen	Inhalte
Luborsky L. (1984) übersetzt von Basler M. et al. (1995)	Penn Helping Alliance Questionnaire (HAQ)	Mit dem HAQ werden die Qualität der therapeutischen Beziehung (Beziehungszufriedenheit) und patientenseitige „Erfolgszufriedenheit“ von Therapeut und Patient beurteilt. Eingesetzt in ambulanten und stationären psychoanalytischen Settings.
Rudolf (1991)	Therapeutische Arbeits-Beziehung (TAB)	Die TAB misst wie der HAQ die Beziehungs- und Erfolgszufriedenheit in einer Therapeuten- und Patientenform, ebenfalls eingesetzt in ambulanten und stationären psychoanalytischen Settings.
Weinryb R. M. & Rössel R. J. (1991)	Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP)	Der KAPP ist ein Ratinginstrument, das mentale Funktionen und Charaktereigenschaften relativ stabil im psychodynamischen Kontext erhebt.
Strupp et al. (1974) und Gomes-Schwartz (1978 b)	Vanderbilt Process Measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) von Strupp et al. und "The Negative Indicators Scale (VNIS)" von Gomes-Schwartz	Der VPPS misst positive und negative Aspekte des Patienten- und Therapeutenverhaltens. Der VNIS fokussiert spezielle Aspekte der therapeutischen Interaktion, die hypothetisch negativen Behandlungsergebnissen zugeschrieben werden. Dieser Bogen wird in der dynamischen Psychotherapie verwendet.
Agnew-Davies R. et al. (1998)	Agnew Relationship Measure (ARM)	Dieser Bogen misst das Therapiebündnis, untersucht an insgesamt 1.200 Psychotherapiestunden (Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie und Kognitive Verhaltenstherapie), die das Krankheitsbild der Depression betreffen.

Autoren	Fragebögen	Inhalte
Steine S. et al. (2001)	Brief Questionnaire (PEQ)	Der PEQ ist der erste Fragebogen dieser Art, der in einer skandinavischen Erstversorgung entwickelt und eingesetzt wird. Er misst Interaktion, Emotionen und Therapieergebnisse.
Horvath & Greenberg (1986)	Working Alliance Inventory (WAI)	Mit dem WAI werden Therapiebündnis, -aufgabe und -ziele anhand einer Therapeuten- und Patientenskala erhoben.
Ab hier wird auf deutschsprachige Fragebögen, die Teilaspekte der Psychotherapie berücksichtigen, eingegangen:		
Schmidt et al. (1989)	ZUF 8 (deutsche Adaptation des Client Satisfaction Questionnaire 'CSQ' von Atkisson und Zwick 1982)	Der ZUF 8 erfasst die generelle Zufriedenheit („general satisfaction“) mit den Aspekten der Klinik bzw. der erhaltenen Behandlung. Er ist aber kein spezifisches Verfahren zur Erfassung der Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Versorgung.
Raspe et al. (1997)	Fragebogen, entwickelt im Rahmen der Qualitätssicherung des Verbands Deutscher Rentenversicherer	Dieser Fragebogen beurteilt die Zufriedenheit der Patienten mit der ärztlichen und psychologischen Betreuung und dem Pflegepersonal, dem Rehabilitationsplan und der -ziele sowie mit dem Hotelaspekt.
Lutz W. et al. (1996)	Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie	Die drei Komponenten des QS-Inventars sind: <ol style="list-style-type: none"> 1. Es ist ein Qualitätssicherungsinventar zum Monitoring klinischer Routine. 2. Anhand eines Algorithmus wird die Bewertung der Ergebnisqualität jeder einzelnen Behandlung und anhand einer Kommunikationsstruktur (Qualitätszirkel) wird die Rückmeldung der Ergebnisse an das therapeutische Team vorgenommen. 3.

Autoren	Fragebögen	Inhalte
Höger D. (1999)	Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE)	Der Fragebogen ist in die Bereiche Akzeptanzprobleme, Öffnungsbereitschaft und Zuwendungsbedürfnis gegliedert und erfasst die Bindungsstile „sicher“, „unsicher-ambivalent“ (verschlossen/anklammernd) und „unsicher-vermeidend“ (verschlossen/kooperationsbereit).
Mestel (1994)	Relationship Scales Questionnaire (RSQ – Beziehungsfragebogen)	Dieser Fragebogen erfasst die Bindungsstile „sicher“ (secure), „anklammernd“ (preoccupied), „abweisend“ (dismissing) und „ängstlich-vermeidend“ (fearful).
Faller H. (1998)	Fragebogen „Subjektive Krankheitstheorie – Behandlungserwartungen	Dieser Fragebogen geht ein auf die Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz.
Sammet I. & Schauenburg H. (1998)	Stations-Erfahrungsbogen (SEB)	Der SEB ist ein Fragebogen zur Erfassung des Verlaufs stationärer Psychotherapie. Er erfasst die Beziehung zum Therapeuten und dem therapeutischen Team, die gefühlsmäßige Atmosphäre zwischen den Patienten, die Zuwendung durch Mitpatienten und dem Bedürfnis nach deren Zuwendung, das Erleben der Behandlungsintensität, die Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen und Selbstwirksamkeit. Er kann in psychodynamisch orientierten und verhaltensorientierten Behandlungseinrichtungen unabhängig von einer diagnostischen Patientenzuordnung eingesetzt werden.

Autoren	Fragebögen	Inhalte
Huber D. et al. (2006)	Die Erfassung von Veränderungen in der psychischen Struktur mit den Skalen psychischer Kompetenz (SPK)	Der SPK ist ein Instrument zur Erfassung der Persönlichkeitsstruktur, die deutsche Adaptation der „Scales of Psychological Capacities“ (Wallerstein; zit. n. Sundin 2004). Es handelt sich um ein klinisches halbstrukturiertes Interview, die Skala umfasst 17 Dimensionen und 2 Subskalen (enthemmt/gehemmt).132 Patienten wurden in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München befragt. Erste Ergebnisse zeigen, dass Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung deutlich gestörter waren als depressive Patienten und die gesunde Kontrollgruppe. Unklar ist die Wirksamkeit der verschiedenen Psychotherapie-Richtungen.

Nachfolgend werden einige Fragebögen ausführlicher behandelt. Es wird ein Bezug hergestellt, weshalb ein neuer Fragebogen entwickelt wird und nicht einer der bereits vorhandenen Fragebögen eingesetzt wurde.

Der „ZUF-8“ (Schmidt et al., 1989) erfasst die globale Patientenzufriedenheit zu Aspekten der Klinik bzw. der in der Klinik erhaltenen Behandlung, zur Psychotherapie besteht kein expliziter Bezug. Er besteht aus 8 Items mit 4 vorgegebenen Antwortmöglichkeiten von „sehr zufrieden“ bis „ziemlich unzufrieden“ und er ist nicht normiert. Im stationären Bereich ist der ZUF-8 eine adaptierte Übersetzung des amerikanischen Client Satisfaction Questionnaire „CSQ-8“. Der CSQ-8 wurde für den Bereich der ambulanten Mental Health-Versorgung von der amerikanischen Forschergruppe um Attkinsson entwickelt (Attkinsson & Zwick, 1982).

Eingesetzt wird dieser Fragebogen bei stationären Behandlungen in Reha-Kliniken oder im Krankenhaus, auch in der stationären Psychotherapie bzw. psychosomatischen Rehabilitation.

Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky (1984) besteht aus 12 Items mit der Einschätzung anhand einer Likert-Skala von 1 (sehr verschlechtert) bis 7 (sehr verbessert). Luborsky legte zur „Helping Alliance“ zwei angenommene Typen vor: Die Hilfestellung durch den Therapeuten (HA1), Subskala „Beziehungszufriedenheit“, und „die Zusammenarbeit oder das Bündnis mit dem Therapeuten bezüglich der Ziele der Behandlung“ (HA2), Subskala „Erfolgszufriedenheit“. Bassler et al. (1995) übersetzten den HAQ ins Deutsche, um zu überprüfen, ob der Fragebogen ein Instrument ist, das den therapeutischen Prozess in der klinischen Praxis veränderungssensibel abbildet und bei stationärer Psychotherapie eine frühzeitige Erfolgsprognose erreicht. Nach teststatistischer Überprüfung schlugen die Autoren vor, dass sich die deutschsprachige Version des HAQ aus zwei Subskalen zusammensetzt: Eine Subskala beschreibt die affektive Qualität der Beziehung zum Therapeuten (HAQ1), die andere Subskala beschreibt die patientenseitige Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg (HAQ2). Der HAQ wird im klinischen Setting als Prozessforschungs- und als Outcomemaß eingesetzt. In seinem Fragenbogen zur Therapeutischen Arbeits-Beziehung (TAB), der 40 Items mit 4-fach gestuften Antwortmöglichkeiten enthält, hat Rudolf (1993) nach empirischer Prüfung mit Faktorenanalyse zwei Dimensionen abgebildet, die mit den Subskalen des HAQ1 und HAQ2 gut übereinstimmen. Die TAB liegt in zwei Versionen mit vergleichbaren Inhalten für Therapeuten und Patienten vor. Sie erfasst Aspekte der emotionalen Beziehung und therapeutischen Zusammenarbeit und wird in stationären als auch ambulanten psychoanalytischen Settings eingesetzt.

Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE) erfasst mit 33 Items anhand einer Ratingskala von 0 (trifft überhaupt nicht zu) bis 4 (trifft genau zu) die Bindungsstile bei Psychotherapiepatienten. Bindungsstile sind umschriebene Muster von Wahrnehmung, Fühlen und Denken, von Erwartungen und Handlungsbereitschaften in bindungsrelevanten Situationen (Strauß et al., 2002), deren Ziel es war, diese Muster angemessen ihrer ursprünglichen Definition zu operationalisieren. Zu Beginn der therapeutischen Beziehung wurden die drei Bindungsstile „ambivalent“, „vermeidend“ und „sicher“ in Selbstbeschreibungen von Klienten übersetzt. Aufgrund faktorenanalytischer Berechnungen wurden für den BFKE drei Skalen gebildet: Die Skala „Öffnungsbereitschaft“, die Skala

„Akzeptanzprobleme“ und die Skala „Zuwendungsbedürfnis“. 374 stationäre Patienten füllten den BFKE zu Beginn ihrer Psychotherapie aus. Eine Clusteranalyse ergab fünf Cluster, welche als Bindungsstile interpretiert werden können: „zwei Varianten von „unsicher-ambivalent“ („verschlossen“ und „anklammernd“), zwei Varianten von „unsicher-vermeidend“ („verschlossen“ und „kooperationsbereit“) und „sicher“ (Höger, 1999). Der BFKE ist unabhängig von verschiedenen Therapierichtungen einsetzbar und teilt wichtige Informationen über das Verständnis therapeutischer Prozesse sowie bezüglich der Ätiologie psychischer Störungen mit.

Da sich die in Tab. 1 erwähnten Fragebögen u. a. mit der Therapeut-Patient-Beziehung auseinandersetzen, soll an dieser Stelle kurz auf die Beziehungsdefinition eingegangen werden. Die Beziehung in der Psychotherapie wird als dreigeteilt angesehen:

- a) Die Beziehung kann therapeutisch in und aus sich selbst heraus bestehen. Diese Sichtweise basiert auf Rogers Modell (1957; zit. n. Rogers, 1996) der klientenzentrierten Psychotherapie. Weitere Autoren in diesem Kontext zu erwähnen wären Balint (1968) und Bowlby (1988; zit. n. Strauß et al., 2002)
- b) Die Beziehung kann eine Vorbedingung für die Effektivität der Therapeuteninterpretation sein (Freud, 1913, 1966a; zit. n. Fetscher, 1998; Greenson, 1965)
- c) Die Beziehung kann mit verschiedenen therapeutischen Interventionen (z.B. explorierende vs. unterstützende Therapie) interagieren und den Erfolg der Therapie bestimmen (Zetzel, 1956; Balint, 1968; Bowlby, 1988; zit. n. Strauß et al., 2002)

Die Beziehung wird als ein dynamischer Prozess gesehen, der von den Charaktereigenschaften und Anstrengungen beider Parteien beeinflusst wird. Dieser kann zu einer aktiven und fruchtbaren Zusammenarbeit führen oder er kann auch in eine schwierige Arbeit zwischen Klient und Therapeut abgleiten. Manche Patienten können in der Therapie Fortschritte erzielen, für manche sieht es so aus, als ob sie keine Fortschritte erzielen und für andere, als ob sie sich in

der Therapie verschlechtern. Therapeutische Interventionen sind daher kritisch zu betrachten. Nachfolgend wird auf das Konzept des Arbeitsbündnisses eingegangen, da dieses die Grundlage einer jeden psychotherapeutischen Behandlung bildet.

1.2.1. Das Konzept des Arbeitsbündnisses

In der Psychoanalyse ist man lange davon ausgegangen, dass sich die Mitarbeit des Patienten von selbst versteht. Aufgrund des „widening scope“ der Ausweitung des Indikationsbereiches wurde dieser Problembereich brisanter z. B. bei frühgestörten, narzisstischen und Borderline Patienten (Mertens, 1990). Der Wunsch sich besser zu fühlen ist zwar vorhanden, aber die Analyse wird im unterschiedlichen Ausmaß als massive Belastung für das prekäre Selbstwertgefühl, für ihre nur mangelhaft entwickelte Impuls- und Affektkontrolle und schnelle regressive Wiederbelebung früher archaischer Ängste und bedrohlicher Selbstzustände erlebt. Hinter der Fassade eines scheinbar guten Arbeitsbündnisses verstecken sich einige Formen des subtilen Widerstandes gegen das Analysieren.

Seit den 50er Jahren kommt der Übertragung und dem Widerstand in der Therapie deshalb die gleiche Bedeutung zu. Für eine wirkungsvolle analytische Arbeit sollte ein Patient sowohl übertragen können als auch mit den Interventionen des Analytikers umgehen können. Wenn er nur überträgt und in den übertragungsbedingten Affekten und Wünschen gefangen bleibt, stagniert der analytische Prozess. Vom Patienten wird also immer wieder auch verlangt, dass er sich von den Übertragungen distanzieren, die Deutungen des Analytikers akzeptieren und die erlebten Gefühle und Wünsche mit lebensgeschichtlichen Vorgängen in Beziehung setzen kann.

In seinem Artikel „Das Arbeitsbündnis und die Übertragungsneurose“ erläuterte Greenson die Hintergründe der Schwierigkeiten, die sich bei Patienten im Laufe einer psychoanalytischen Therapie herausstellten, denn diese Patienten waren nicht fähig, ein „verlässliches Arbeitsbündnis mit dem Analytiker einzugehen“ (Greenson, 1965). Aufgrund seiner Arbeit mit diesen Patienten kam er zu dem

Schluss, dass die Reaktionen des Analysanden gegenüber des Analytikers zwei unterschiedlichen Kategorien zuzuteilen sind: dem Arbeitsbündnis und der Übertragungsneurose. Diesen beiden verschiedenen Übertragungserscheinungen sollte die gleiche Aufmerksamkeit in der Psychoanalyse geschenkt werden. Mit Übertragung wird das Erleben von Trieben, Gefühlen, Phantasien, Haltungen und Abwehrmechanismen gegenüber einem Menschen in der Gegenwart bezeichnet, das in der momentanen Beziehung zu ihm unangemessen ist und eine Wiederholung, also eine Verschiebung von Reaktionen darstellt, welche von der frühen Kindheit nahestehender Personen herrührt. Wenn die Übertragungssituation richtig gehandhabt wird, entwickeln sich länger andauernde Übertragungserscheinungen, „dann werden alle neurotischen Symptome des Patienten durch eine Neurose in der Übertragungsbeziehung ersetzt, von der er durch therapeutische Arbeit geheilt werden kann.“ (Greenson, 1965)

Zwei Charakteristika müssen für eine Reaktion, die als Übertragung gesehen werden soll, gegeben sein: sie muss der Gegenwart unangemessen sein und sie muss Vergangenes wiederholen. Der Begriff Arbeitsbündnis bezeichnet die Bereitschaft und Fähigkeit des Analysanden, dass er in der Psychoanalyse mitarbeitet und den Anweisungen sowie der Einsicht des Analytikers folgen kann. Das „analysierende Ich“ des Analytikers und das „einsichtsfähige Ich“ des Analysanden bilden das eigentliche Bündnis. Diese Beziehung ermöglicht es dem Analysanden sich mit dem Vorgehen des Analytikers teilweise zu identifizieren und dem Analytiker, das Verhalten des Analysanden zu verstehen.

In der Literatur existieren verschiedene Bezeichnungen für das Arbeitsbündnis, die vom psychoanalytischen Hintergrund des jeweiligen Autors geprägt sind. So war Zetzel (1956) der Auffassung, dass eine wirksame Analyse von einer gesunden „therapeutischen Allianz“ abhängt. Sie legte den Schwerpunkt mehr auf ich-psychologische Aspekte, auf die Bedeutung der reifen Ich-Funktionen. „In jeder Phase der Analyse (spielt) das Ich die zentrale und entscheidende Rolle“ (1956 a, S. 172). Dies sind die kognitiven, Erleben strukturierenden und realitätsstiftenden Funktionen des „beobachtenden Ichs“ und die Voraussetzung regressive Zustände zu beherrschen. Sie schlägt einen zweifachen Zugang zum therapeutischen Prozess vor. „Der Analytiker muss intuitiv auf Affekte reagieren,

die das Grundbedürfnis des Patienten zeigen, sich als realer Mensch akzeptiert zu fühlen. Er muss zur gleichen Zeit Verbalisierungen und nonverbales Verhalten erkennen und deuten, die Wünsche und Phantasien offenbaren, welche aus der eigentlichen Übertragungsneurose stammen (1966/69), S. 214, Hervorhebung v. V.). Fenichel (1938, in Mertens, 1990) geht von einer „rationalen Übertragung“ aus und spricht von einem beobachtenden und einem „erlebenden Ich“.

Für Stone (1961, in Mertens, 1990) ist es ebenfalls die „reife Übertragung“ und bei Sandler et al. (1973, in Mertens, 1990) findet man den Begriff „Behandlungsbündnis“. Das therapeutische Bündnis oder Arbeitsbündnis ist ein übergeordneter Begriff für eine Variation von kognitiven und interaktionalen Faktoren, als auch von Beziehungsfaktoren, die sich innerhalb der Behandlung zwischen Therapeut und Klient vollziehen und es wird als ein wichtiger Faktor in der therapeutischen Veränderung gesehen.

Bereits 1895 schrieb Freud, wie wichtig es sei, den Patienten als „Mitarbeiter“ zu gewinnen und spricht von einem Pakt (Freud, 1937 b, S. 375) der zwischen Analytiker und Patient geschlossen werden müsse, damit die Behandlung erfolgreich ablaufen könne. Freud (1912) ging weiter davon aus, dass Übertragung und Gegenübertragung als die Schlüsselaspekte von Fortschritt und Veränderung in der Psychoanalyse zu betrachten sind. Der Patient steht von Anfang an während der Kur sich widerstreitenden Kräften gegenüber, solche, die sich dem Fortschreiten der Kur widersetzen, „dem Widerstand“, und anderen Faktoren, die auf Seiten des Analytikers stehen, die Therapie begünstigen, eine „implizite Bündniskonzeption“.

Die emotionale Grundlage des Freudschen „Bündnisses“ ist die „unanstößige Übertragung“, sie ist der Verdrängung nicht unterworfen und der Realität zugewandt, aber sie ist Übertragung, insofern sie „...den Arzt an eine der Imagines jener Person anreicht, von denen er Liebes zu empfangen gewohnt war“ (Freud, 1913, S. 474). Sie gehört zur Übertragung, das ist wichtig, als Triebimpulse die nicht der Verdrängung unterworfen wurden, in realitätsangemessene Verhaltensmuster einfließen können und der ständigen Bearbeitung zugänglich bleiben. Sie gehören der Übertragung aber nur insofern

an, als sie ihre Wurzeln in der Vergangenheit haben. Der andere Teil der positiven Übertragung, der aus verdrängten erotischen sexuellen Quellen stammt, unterliegt in demselben Maße wie seine Quellen aktualisiert werden, irrationalen Einflüssen. Beides fließt ins Bündnis ein und sie bilden die „leistungsfähige Übertragung“, führen zu einem ordentlichen Rapport und zum „...ersten Ziel der Behandlung, ihn (den Patienten) an die Kur und an die Person des Arztes zu attachieren“ (Freud, 1913). Die positive und unanstößige Übertragung stammen beide aus derselben erotisch-sexuellen Triebquelle, die unanstößige Übertragung hat früh eine Abmilderung erfahren und ihre Energie kann als zielgehemmter Trieb unbehindert in neue Beziehungen einfließen, umgekehrt kann sie aber auch durch eine Aktualisierung ihrer Quellen wieder ihren ursprünglichen sexuellen Charakter zurückgewinnen. Auf jeden Fall wird die Übertragung „...solange sie zärtlich und gemäßigt zum Träger des ärztlichen Einflusses und zur eigentlichen Triebfeder der gemeinsamen analytischen Arbeit. Später wenn sie leidenschaftlich geworden ist oder ins Feindselige umgeschlagen hat, wird sie das Hauptwerkzeug des Widerstandes...“ (Freud, 1925).

Die positive Übertragung trägt zusammen mit der unanstößigen Übertragung wesentlich zum „Attachment“ des Patienten zum Arzt bei. Sie stellt die „zur Überwindung der Widerstände erforderlichen Affektgrößen“ bereit. Diese werden dann im Laufe der Behandlung zu einem wesentlichen Teil des Widerstandes, bis dann die analytische Deutung das Aufdecken ihrer unbewussten Quellen, ihrer Übertragungsnatur, dem Kranken die Wege zeigt, auf welche er diese Energien leiten soll, d. h. in Bezug auf den Analytiker sollen die sexuellen Triebe einerseits eine „Zielhemmung“ erfahren, ähnlich wie sie den ersten Objekten gegenüber ausgebildet wurde, andererseits aber nicht verdrängt werden, sondern für die „Besetzung“ neuer, nicht tabuisierter Außenobjekte bereitstehen. Neben der emotionalen Linie zeigt Freud eine kognitiv-intellektuelle Linie auf, gekennzeichnet durch das intellektuelle Interesse, das die Analyse im Patienten geweckt hat. Mit seinem Intellekt begleitet und überprüft er die Deutungen und Konstruktionen des Analytikers, er hilft ihm, das Vergangene vorstellungsmäßig in seine Lebensgeschichte zu integrieren.

Der Genesungswunsch wird aus intellektuellen und emotionalen Quellen gespeist. Die intellektuell-kognitive Quelle fand bei Sterba (1934) und Biebring (1937) starke Betonung, während bei Greenson (1965) die Betonung auf Einsicht und den Realaspekten im Arbeitsbündnis im Vordergrund steht, Zetzels (1956) „therapeutische Allianz“ hingegen die emotionale übertragungsgespeiste Linie stärker betont. Bei Freud (1937), wie oben bereits erwähnt, behält die positive Übertragung, „die zärtliche Einstellung zum Analytiker“ die das stärkste Motiv für die Beteiligung des Analysierten an der gemeinsamen Arbeit ist, unvermindert ihre Bedeutung, erst in späteren Formulierungen des „Bündnisses“ wurde dann die kognitiv-intellektuelle Linie stärker betont. Hier folgt Freud der Konzeption, die Sterba mit dem Begriff der „therapeutischen Ich-Spaltung“ eingeführt hat. Sie wird durch die Einwirkung des Analytikers begünstigt, der durch die Deutung der Übertragung versucht, diese realitätsbeflissenen Anteile des Ichs, den trieb- und abwehrbesetzten Anteilen desselben gegenüberzustellen, was er dann damit erreicht, kann als eine Spaltung im Bereich des Ichs bezeichnet werden (Sterba 1934). Freud (1933): „Das Ich kann sich selbst zum Objekt nehmen, sich beobachten, kritisieren, Gott weiß was noch alles mit sich selbst anstellen. Dabei stellt sich ein Teil des Ichs dem übrigen gegenüber. Das Ich ist spaltbar.“

In Rogers Konzept der Humanistischen Psychotherapie (1965) ist in erster Linie die Empathie des Therapeuten in Bezug auf den Klienten das Wichtigste. Anderson & Anderson (1962) operationalisierten das Konzept der Empathie und der Antwort innerhalb des „therapeutischen Bündnisses“. Orlinsky & Howard (1975) machten die ersten empirischen Untersuchungen, in denen festgestellt wurde, dass der Therapeut als Experte, „seine therapeutische Glaubwürdigkeit“ und das Involviertsein in die Behandlung das therapeutische Ergebnis beeinflussen. Aufgrund dieser Ergebnisse entstanden drei Dimensionen des Bündnisses:

1. Die Arbeitsbeziehung – Investment von Klient und Therapeut im Therapieprozess.
2. Empathische Resonanz – die Schwingung bzw. die Haltung
3. Die wechselseitige Affirmation (Bejahung/Bekräftigung), nahe an Rogers Konzept der „bedingungslosen positiven Achtung“.

Bordin (1979) teilte dies später in das Bündnis, das Ziel und die Aufgabe ein und wandte das Konzept übergreifend innerhalb verschiedener psychotherapeutischer Bereiche an. Luborsky (1984) konzeptualisierte eine 2-teilige Dimension: Typ 1 „Die Erfahrung des Patienten mit der vom Therapeuten entgegengebrachten Hilfe“ und Typ 2 „Die Behandlungserfahrung des Patienten, zusammen in einem Arbeitsprozess an Zielen zu arbeiten“. Bordin kam zu der Meinung, dass das „Behandlungsbündnis“ ein übergreifendes Phänomen sei, unabhängig von der Behandlungsmethode. Jerome Frank entwickelte diese Idee weiter, in dem Sinne, dass es gemeinsame aktive Faktoren innerhalb verschiedener psychotherapeutischer Behandlungsmethoden gibt, z. B. Empathie, Aufgabenverständnis und „badges of office“ (Frank & Frank, 1991). Hierin wird die Trennung des Behandlungsbündnisses von spezifischen Therapietechniken expliziter. Franks Arbeit wendet sich einer größeren Konzeptualisierung zu, z. B. die Vorstellung einer übergreifenden beratenden Beziehung als einen sozial beeinflussenden Prozess (Strong, 1968).

Vielleicht die überzeugendste Übersicht mit empirisch belegten Daten ist das Model von Hougaard (1994, in Green, 2006), welches eine 2-teilige Konzeptstruktur für das Behandlungsbündnis wiedergibt, nämlich das „Persönliche Bündnis“ und das „Arbeitsbündnis“. Zum „Persönlichen Bündnis“ gehört die interpersonale Beziehung zwischen Klient und Therapeut, mit dem Therapeuten als Experten, das seine Eigenschaften wie Authentizität, Wärme und Akzeptanz erfasst und der Klient, der Eigenschaften mitbringt, wie Vertrauen in die Profession des Therapeuten zu haben, soziale Kompetenz und Annahmefähigkeit der Empathie. Das „Arbeitsbündnis“ erfasst eher vertragliche Aspekte, wie die Übereinstimmung der Behandlungsplanung und Zielorientierung, den Therapeuten als Experten, sein Engagement in der Therapie und seine Anstrengungen, die Patientenerwartungen zu erfüllen. Es erfasst auch den Patienten, seine Fähigkeit mitzuarbeiten, seine Motivation und positive Erfahrungen, die er mit in die Therapie einbringt.

Deserno (1990) postuliert, wenn ein Arbeitsbündnis entstanden ist, kann das Auftreten der negativen Übertragung (wie Hass, Wut, Feindseligkeit, Neid oder Ärger) ein wichtiges Zeichen für den Fortschritt sein. Das Wiedererleben von Feindseligkeit und Hass gegen Figuren der frühen Kindheit in der Übertragung ist

eine höchst produktive Phase der analytischen Arbeit solange ein gutes Arbeitsbündnis besteht. Die Übertragungsliebe des Patienten wird immer zu einer Quelle des Widerstandes.

1.2.2. Unterscheidung zwischen Arbeitsbündnis und Realer Beziehung

Übertragungsreaktion und Arbeitsbündnis sind klinisch die beiden wichtigsten Arten von Objektbeziehungen, die in der analytischen Situation entstehen. Das Konzept der realen Beziehung hat zwei Bedeutungen, real = realistisch, unentstellt und das Wort „real“ = echt, authentisch, im Gegensatz zur Übertragung, die künstlich, unrealistisch ist. Die Unterscheidung von realistischer und echter Beziehung ist wichtig, um vergleichen zu können, was in der Beziehung des Patienten und in der des Analytikers echt ist. Beide haben Übertragungsreaktionen, die echt sind, aber unrealistisch und unangemessen. Bei beiden ist das Arbeitsbündnis realistisch und angemessen, aber es ist ein Kunstprodukt der Behandlungssituation. Bei beiden ist die Beziehung echt und real. Der Patient nützt das Arbeitsbündnis, um den Standpunkt des Analytikers zu erfassen, aber seine Übertragungsreaktionen haben Vorrang. Beim Analytiker muss das Arbeitsbündnis Vorrang vor allen anderen offenkundigen Reaktionen auf den Patienten haben.

Die Fähigkeit des Patienten, ein Arbeitsbündnis einzugehen, hängt von seinem realistischen Motiv ab, Hilfe erlangen zu wollen, indem er mit dem Analytiker zusammenarbeitet, der ein Fachmann auf diesem Gebiet ist. Außerdem muss der Patient in seinem früheren Leben in gewissem Grad die Fähigkeit gehabt haben, realistische und vom Trieb befreite Objektbeziehungen zu bilden.

Die Einsatzbereitschaft und das Geschick des Psychoanalytikers tragen realistisch zur Bildung des Arbeitsbündnisses bei. Die konsequente Haltung des Annehmens und der Toleranz, die der Analytiker einnimmt, sein ständiges Suchen nach Einsicht, seine Aufrichtigkeit, seine therapeutische Absicht und Zurückhaltung dienen als Kern, zu denen der Patient eine realistische Objektbeziehung aufbaut. Diese zuverlässigen Züge des Analytikers veranlassen den Patienten, die verschiedenen Identifikationen vorzunehmen, die zum Kern

des Arbeitsbündnisses werden. Übertragungsreaktion, Arbeitsbündnis und objektive Wahrnehmungen von ihrem Analytiker und Reaktionen auf ihn haben alle Patienten, die in analytischer Behandlung stehen. Während das Arbeitsbündnis ein Artefakt der Behandlung ist, in dem Sinne, dass es nur deshalb vorhanden ist, um die Arbeit zu machen, existiert die reale Beziehung mehr oder weniger immer, wenn zwei oder mehr Leute in Beziehung stehen. Die reale Beziehung ist übertragungsfrei. Greenson (1965): „Es gibt keine Übertragungsreaktion, egal wie fantastisch, ohne ein Teil von Wahrheit und es gibt keine realistische Beziehung ohne einige Teile von Übertragungsphantasien.“ Deshalb sagt man, die reale Beziehung ist teilweise das übertragungsfreie Element in jeder Erfahrung die man mit dem Gegenüber hat. Teilweise, weil der Fokus auf dem realistischen Aspekt der Realbeziehung und nicht auf dem Echtheitsaspekt liegt. Die reale Beziehung als Teil der Kommunikation hat mit der Echtheit und nicht mit defensiven Belangen zu tun, für mich als Person und mit unserem gegenseitigen Verständnis füreinander, welches nicht von Übertragungsprojektionen vernebelt ist.

Ein Beispiel zu einem Messinstrument um die reale Beziehung zu erheben, ist der „Real Relationship Inventory“ (RRI-T, Gelso, 2009) zur Therapeutenmessung. Das Item „I hold back significant parts of myself“ wurde im hier entwickelten Fragebogen ins Deutsche übersetzt und für Item Nr. 17 übernommen: „Es gibt Dinge, die ich nicht mit dem Therapeuten besprochen habe.“ Gelso untersuchte 210 Therapeuten mit dem „Working Alliance Questionnaire“ (HAQ), der ebenfalls das Arbeitsbündnis misst und in Kapitel 1.2 erwähnt wurde. Es wurden moderate Korrelationen berechnet in Bezug auf die Tiefe und „Sanftheit (smoothness)“ der Sitzung, der Klienteneinsicht und der negativen Übertragung (wie Hass, Wut, Feindseligkeit, Ärger oder Neid). Zwischen der realen Beziehung und der Arbeitsbeziehung wurden moderate Korrelationen errechnet ($r = 0,47$). Die Stärke der Realbeziehung ist bezogen auf die Qualität der Arbeit, beeinflusst von der Relation der Evaluationssitzung in ihrer Tiefe und „Sanftheit“. Die Relation zur negativen Übertragung war gering ($r = 0,29$), das unterstützt die Theorie, dass die reale Beziehung nicht einfach das Gegenteil von der Übertragung ist. Die Therapeutensicht zeigte: Die Arbeitsbeziehung ist eher mit Echtheit innerhalb der Beziehung verbunden, als mit dem Grad der real-basierenden Erfahrungen und

Erwartungen. Wenn der Therapeut seine eigene Echtheit als Aufgabe der Behandlung sieht, dann würde Echtheit mit dem Arbeitsbündnis mehr überlappen, als mit der realen Beziehung.

Eine weitere Untersuchung mit dem WAI-S/RRIC (Working Alliance Inventory/Real Relationship Inventory, Klientenmessung) unter 187 Klienten zeigte, dass die Klienten, die ihre wahren Gefühle versteckt hatten und ihr Verhalten verändert hatten, um die Erwartungen anderer zu treffen, zu verletzlicheren Erfahrungen in realen Beziehungen tendierten. Daraus folgt, dass für Klienten die reale Beziehung genauso wichtig ist, wie das emotionale Band zwischen Therapeut und Klient.

Greenson (1965) geht davon aus, dass das Arbeitsbündnis aus der realen Beziehung hervorgeht und diese fundamentaler sei. Beide überlappen sich und während den Erfahrungen, die man in den Therapiestunden macht, seien beide oft nicht zu unterscheiden. Es kann z. B. die Erfahrung der Empathie des Therapeuten gegenüber dem Patienten sehr echt sein und ganz die Realität des Patienten erreichen, gleichzeitig aber, wenn der Therapeut aktuell Empathie zeigt, weil dies ein effektiver Behandlungsteil ist, stellt empathisch sein, einen Teil des Arbeitsbündnisses dar. Bordin (1979) stellt sich ein Arbeitsbündnis so vor, dass es eine Übereinstimmung der Therapieziele geben muss und wie effektiv diese Ziele gemeinsam erreicht werden können. Weiterhin ist auch die Entwicklung eines „persönlichen Bündnisses“ zwischen Therapeut und Patient wichtig.

Nicht nur die Therapeut-Patient-Beziehung ist ein wichtiger Aspekt, der in Fragebögen berücksichtigt wird, sondern auch die Bindungstheorie. Sie bekommt in der klinischen Psychologie einen wachsenden Stellenwert. Wenn ein unsicherer Bindungsstil vorliegt, kann man beim vorliegenden Stand der Forschung von einer erhöhten Vulnerabilität für psychopathologische Entwicklungen ausgehen (Strauß & Schmidt, 1997).

Es hat sich gezeigt, dass ein erhöhtes Stressniveau des Organismus mit einem unsicheren Bindungsstil einhergeht (Spangler & Grossmann, 1993; zit. n. Strauß et al., 2002). Insofern lassen sich Bezüge der Bindungstheorie z. B. zur

Psychosomatik herstellen. In klinischen Stichproben liegt der Anteil an unsicher gebundenen Personen mit über 80 % mehr als doppelt so hoch wie bei gesunden Vergleichsstichproben (van Ljzendoorn, 1994; zit. n. Strauß & Schmidt, 1997). Eine umfassende Diagnostik des Bindungsstils bei Erwachsenen erlaubt ein ca. einstündiges Interviewverfahren mit dem „Adult Attachment Interview“ (Main & Goldwyn, 1985; zit. n. Strauß et al., 2002), das Fragen zu fundamentalen Beziehungserfahrungen und zu Bezugspersonen enthält. Angewandt wurde die Bindungsforschung ursprünglich bei der Verhaltensbeobachtung von Kleinkindern in „Fremden Situationen“ („strange situation“), entwickelt von Ainsworth et al. (1978). Sicher, vermeidend und ängstlich-ambivalent waren die häufigsten Bindungsmuster, die Ainsworth bei Kleinkindern nachweisen konnte.

Das Ziel jeder Therapie ist es, den Patienten so gesund wie möglich zu entlassen. Die wichtigsten Voraussetzungen dafür sind, seine Symptome und die damit einhergehenden Probleme zu reduzieren, seine Lebensqualität zu verbessern, seine individuellen Lebensziele herauszufinden, diese umzusetzen und in seine Lebensbereiche zu integrieren. Das Ergebnis dieser Aspekte lässt sich mit psychometrischen Verfahren erfassen. In der Psychotherapie wird der Einsatz psychometrischer Verfahren jedoch häufig kritisch angesehen, da diese weitgehend symptomorientiert sind und nicht das Spezielle einer therapeutischen Beziehung abbilden. Die oben erwähnten Bereiche psychischer Gesundheit sind größtenteils intersubjektiv durch psychometrische Verfahren erfassbar, indem man objektive Informationen wie Krankenhausaufenthalte und Fehlzeiten aufgrund von Erkrankung in Erfahrung bringt, die anhand von Interviews oder Befragungen (Fremd- oder Selbstbeurteilungen) durchgeführt werden oder indem man klinisch-psychologische Tests wie Fragebogenverfahren oder Fremdbeurteilungsverfahren einsetzt.

Im Bereich der Psychotherapie kann man folgende strukturierte und standardisierte psychodiagnostische Verfahren einsetzen:

- Screeningverfahren, wie die Symptom-Checkliste SCL-90-R von Derogatis (Hessel et al., 2001)
- Symptomorientierte Verfahren, die die Stärke der Problembereiche erfassen wie das Früherkennungsinventar nach Häfner (1992) - Interview für die retrospektive Erfassung des Erkrankungsbeginns

und -verlaufs bei Schizophrenie und anderen Psychosen (IRAOS, Testkatalog, Häfner et al., 2010/11)

- Klassifikatorische Einordnung psychischer Störungen nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV, Saß et al., 1996) oder der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10, Dilling et al., 2005)
- Verfahren zur Einschätzung der Lebensqualität wie der Fragebogen des Modularen Systems zur Lebensqualität (MSLQ-R, Pukrop et al., 2002)
- Verfahren zur Persönlichkeitsdiagnostik wie der Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2, Dt. Bearbeitung, Engel, 2000)
- Festlegung der individuellen Therapieziele und der Zielerreichungsskalierung anhand der Goal Attainment Scaling z. B. Therapiecompliance (GAS, zit. in Stieglitz, 2000, S. 104, S. 153)
- Prozess- und beziehungsorientierte Verfahren wie Beurteilungsbogen der Therapiestunden (Stundenbogen von Grawe & Braun, 1994)
- Verfahren, die therapietheoretisch spezifische Aspekte erfassen oder Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, z. B. der Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP, Schneider et al., 1989)
- Verfahren zur Messung der Patientenzufriedenheit wie der Zufriedenheitsfragebogen ZUF-8 (Schmidt et al., 1989).

Eine objektive und zuverlässige Art der Erfolgsbeurteilung in der Qualitätssicherung ist der Einsatz von standardisierten oder strukturierten psychodiagnostischen Verfahren. Mit diesen Verfahren kann die Wirksamkeit psychotherapeutischer Intervention objektiv nachgewiesen werden. Dies wiederum stellt einen wichtigen Bestandteil der Ergebnisqualität dar.

Folgende Methoden zur Erfolgsbeurteilung psychotherapeutischer Maßnahmen werden nach Stieglitz & Baumann (2001, S. 21 ff.) unterschieden:

- die Bewertung, ob die Kriterien für eine psychische Störung nach Abschluss der Therapie noch bestehen
- die Beurteilung, ob Therapieziele erreicht wurden
- die direkte Veränderungsmessung (Einschätzung der Veränderung relevanter Kriterien, z. B. am Ende der Therapie im Sinne von „besser“

oder „schlechter“) Die Einschätzung kann durch den Patienten selbst, den Therapeuten, aber auch durch andere Personen (Angehörige) erfolgen. Ein Selbstbeurteilungsfragebogen wäre der auch in dieser Arbeit unter Punkt 4.6.2 erwähnte Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) von Zielke & Kopf-Mehnert (1978), davon die Kurzversion VEV-K

- die indirekte Veränderungsmessung (Beurteilung der Differenz klinisch relevanter Werte zwischen zwei Messzeitpunkten, z. B. Therapiebeginn und –abschluss). Ein Fragebogen, der bei dieser Messung eingesetzt werden kann, und ebenfalls in dieser Arbeit unter Punkt 4.6.1 erwähnt wird, ist der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) von Schepank (1995) bei Aufnahme und Entlassung.

Es gibt einige anerkannte Möglichkeiten für die klinische und statistische Bewertung von psychometrisch erfassten Veränderungen. Diese können sich auf eine kategoriale Beurteilung beziehen, z. B. ob eine psychische Störung noch besteht, oder es können Angaben der prozentualen Verbesserung einer Symptomatik beurteilt werden oder statistisch und klinisch signifikant eingestuft werden. Bei der Darstellung von Änderungen in Effektstärken wird – unabhängig von dem jeweils eingesetzten psychodiagnostischen Verfahren – in Einheiten der Gauß'schen Standardabweichung berechnet, z. B. wie groß die Veränderungen im Vergleich zu einer Referenzpopulation sind. Mit der Feststellung der klinischen Signifikanz wird eine Aussage darüber gemacht, ob jenseits einer zuverlässig erfassten Verbesserung die Person im Hinblick auf das relevante klinische Kriterium als symptomfrei betrachtet werden kann. Für diese Aussage werden Vergleichswerte von klinisch unauffälligen Personengruppen benötigt (Fydrich, 2002).

Nach dem inhaltlichen Überblick der bereits vorhandenen und relevanten Fragebögen, die sich jeweils nur auf Teilbereiche der Psychotherapie beziehen, der Erläuterung des Konzeptes des Arbeitsbündnisses und dessen Unterscheidung von der Realen Beziehung sowie den verschiedenen Methoden zur Messung der Erfolgsbeurteilung, wird nun auf den Stand der Psychotherapieforschung eingegangen.

1.3. Stand der Psychotherapieforschung

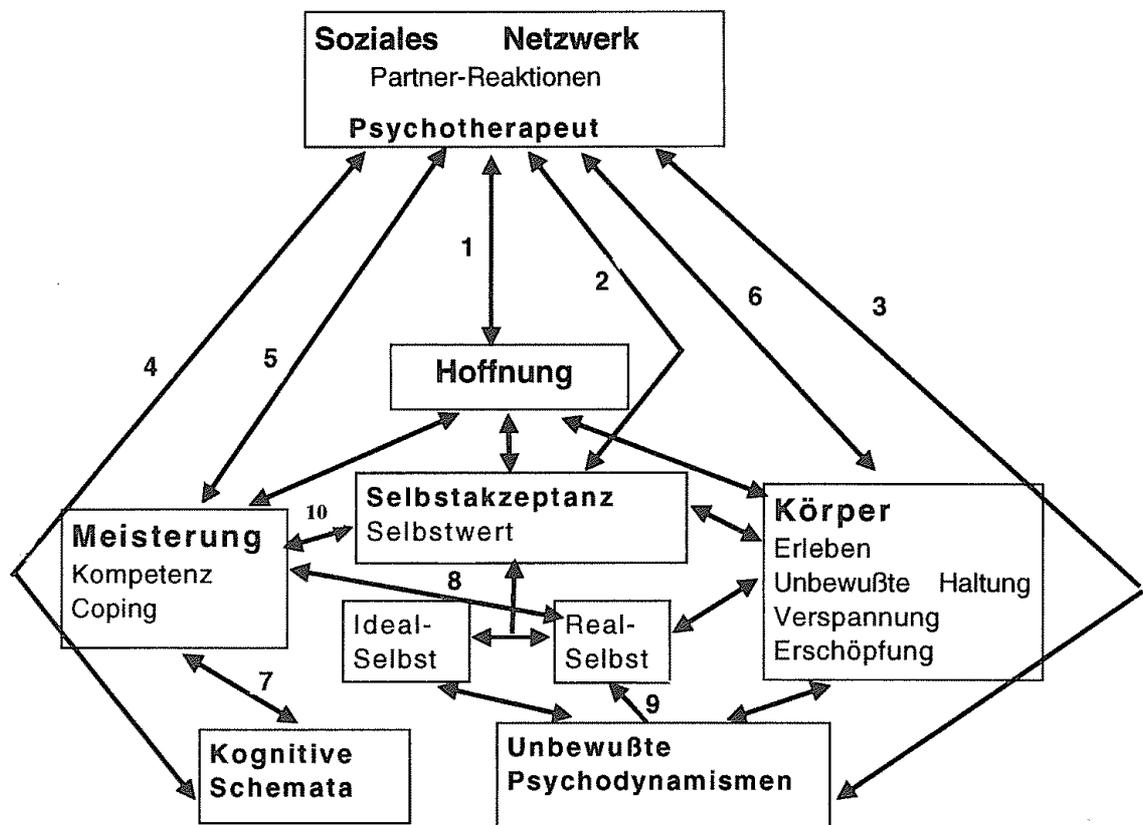
Die Psychotherapieforschung ist in etwa so alt wie die Psychoanalyse, etwas über 100 Jahre. Freud hat damals einige Einzelfälle detailliert studiert und aus heutiger Sicht sicherlich zu einseitig interpretiert. Dennoch legte er den Grundstein der Psychotherapie. Die Psychoanalyse als Theorie über den Menschen und als Behandlungstechnik entstand gleichzeitig durch eine enge Wechselwirkung zwischen therapeutischen Interventionen, Beobachtung und Theoriebildung. Die Psychotherapieforschung entwickelte sich von der Grundlagenforschung zur Anwendungsforschung mit dem Ziel, möglichst effiziente Methoden für die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen zu entwickeln (Herrmann, 1979). „Unter dem Nützlichkeitsaspekt als Versorgungsmethoden sind Therapien daher unabhängig von ihrem theoretischen Hintergrund zu beurteilen.“ (Grawe, 1982).

Ab 1952 evaluierte Eysenck die Heilungserfolge der Psychoanalyse und stellte die wissenschaftlich nicht belegte Behauptung auf, dass die Psychoanalyse nach Freud nicht wirksamer wäre als die eklektische Therapie und die Besserung durch Spontanheilung sogar behindere. Seiner Kritik ist es zu verdanken, dass die empirische Psychotherapieforschung vorangetrieben wurde. Der Nachweis der Wirksamkeit von Psychotherapie muss aufgrund empirischer Ergebnisse erbracht werden, damit auch „Nicht-Fachexperten“ die Möglichkeit offen steht, die Wirksamkeitsnachweise überprüfen zu können. In Meta-Analysen, die bestehende Studien zusammenfassend darstellen und die immer bedeutender für die Psychotherapieforschung werden, wird die Wirksamkeit oder Unwirksamkeit von Psychotherapien nachgewiesen (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990; Grawe, 1994; zit. n. Sponzel, 1999, 2000).

1.3.1. Wirkung von Psychotherapie

In der nachfolgenden Abb. 1 werden die verschiedenen Psychotherapie-Wirkungen anhand eines Schemas dargestellt:

Abb. 1: Schema über Psychotherapie-Wirkungen (nach Jores, Praktische Psychosomatik, 1996, S. 46)



Nachfolgend wird auf die Wirkung von Psychotherapie anhand von Abb. 1 eingegangen:

Jede Therapie mobilisiert Hoffnungen (1) z. B. über selbsterfüllende Prophezeiungen. Dies bewirkt an sich schon positive Veränderungen, sollten diese Hoffnungen jedoch nicht erfüllt werden, können sie ins Negative umschlagen. Die Teilnahme an einer Therapie verändert nicht nur den Betroffenen, sondern sie wirkt auch auf sein gesamtes Umfeld und sein Familiensystem. Die Systemische Psychotherapie bewirkt durch den Einsatz mehrerer Therapeuten und der Genogramm-Befragung eine Hoffnungsmobilisierung (1). Der Therapeut geht uneigennütziger als seine Bezugspersonen auf den Patienten ein. Er ist empathisch und wohlwollend, gibt ihm Raum und Zeit, vermittelt ihm eine positive Akzeptanz. Dies fördert die Selbstakzeptanz (2) des Betroffenen. Der Psychoanalytiker wird versuchen, unbewusste

Psychodynamismen einer bewussten Steuerung zugänglich zu machen (3), auch werden sie bewusste kognitive Schemata (3) hinterfragen. Beides führt indirekt zu einer Kompetenzerhöhung (5).

Die Selbstakzeptanz wird bei der Psychoanalyse, besonders in der Kurz-Psychotherapie, zu Beginn gemindert, da der Weg zur Bewusstwerdung unbewusster Psychodynamismen (3) oft über das Realselbst (9) verläuft, welches z. B. als aggressiv, kindisch oder egoistisch „enttarnt“ wird. Derselbe Pfad gilt für die Gestalt-Psychotherapie: Sie akzentuiert durch ihre Rollenspiele besonders Katharsis und Kompetenzerhöhung (5). Körperbezogene Psychotherapien wirken über die Pfade 5 (Meisterung) und 6 (Körper). Ein wichtiger Aspekt in der Personenzentrierten Psychotherapie ist die Förderung von Selbstakzeptanz (2). Die Verbalisierung der emotionalen Erlebnisse und die Selbstexploration werden durch den Einfluss von Bewusstmachung (3) und Kompetenzerhöhung (5) subsumiert. Sie ermutigen den Betroffenen, seine abgewehrten Bedürfnisse zu erkennen und indem er diese mitteilt, kann er eine Befriedigung erreichen. Die Verhaltenstherapie wirkt über die Meisterung (5) weiter über das Idealselbst (8) auf das Realselbst (9). Gleichzeitig wirkt sie auch erfolgreich über die Veränderung bewusstseinsnaher kognitiver Schemata (4).

Aufgrund klinischer Erfahrung können entscheidende Veränderungen in der Verbesserung der „Selbstakzeptanz“ einerseits und der „Meisterung“ andererseits erreicht werden. Jedoch ist es auch nötig, weiterhin die Wirknachweise der verschiedenen Psychotherapien zu ergründen. Für die Psychotherapie-Prozess-Effizienzforschung ist es daher unerlässlich, zu ergründen, welche Interventionen bei welchen Problemen für welchen Kranken hilfreicher sind als andere. Nach Corsini (1981; zit. n. Jores, 1996, S. 47) werden zwischen 100 und 400 Psychotherapieformen unterschieden, von denen nur wenige Wirksamkeitsnachweise erbracht haben (Sloane et al., 1975; zit. n. Frauchinger, 1997; Grawe, 1994; Sponzel, 1999).

1.3.2. Therapeutische Wirkfaktoren

Die Stufen der therapeutischen Wirkung werden von Frauchinger (1997) in einem 5-Ebenen-Modell beschrieben. Die Ebene I ist die Ebene der Metatheorien

(Menschenbild, Grundkonzept etc.). Auf der Ebene II befinden sich Strategien wie Therapietheorien oder deren Verfahren. Die Methoden (gebündelte Interventionen aus dem Verfahren) stehen auf der Ebene III. Die Ebene IV ist die Ebene der Interventionen (Handlungen und Aussagen des Therapeuten). Auf der Ebene V befinden sich die Wirkfaktoren (spezifische und unspezifische), die im Folgenden erläutert werden. Diese Unterscheidung wurde schon in den fünfziger Jahren in der Literatur von Jerome D. Frank (1961, dtsh. 1981) erwähnt. Er beobachtete, dass bei allen Therapieformen gemeinsame Wirkmomente auftreten. Unspezifische Wirkfaktoren kommen in allen Therapieformen mehr oder weniger vor (Blaser, 1989). Deshalb werden diese auch als allgemeine oder gemeinsame Wirkfaktoren bezeichnet. Spezifische Wirkfaktoren wären demnach die Faktoren, die speziell in einer Therapierichtung vorkommen, bei der Psychoanalyse wäre es das freie Assoziieren oder bei der Verhaltenstherapie das systematische Desensibilisieren. Spezifisch wäre in diesem Fall auch, wenn ein Faktor, der zwar in anderen Richtungen auch vorkommt, typischerweise und sehr oft angewandt wird, z. B. das kognitive und emotionale Verständnis in der Gesprächspsychotherapie oder die Konfrontation in der klassischen Gestalttherapie (Frauchinger, 2005).

„Die theoretische Unterscheidung von spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren ist nur insofern sinnvoll, als untersucht wird, welche Variablen in allen Therapieformen oder Beziehungen zum Tragen kommen (Baumann & von Wedel, 1981; zit. n. Huf, 1992, S. 150). Die Wirkfaktoren zu den schulspezifischen Kriterien einer bestimmten Psychotherapie sind für die Patienten nachrangig (Sloane et al., 1975; zit. n. Frauchinger, 1997). Wichtige Merkmale sind für sie, die Hilfe des Therapeuten beim Verstehen ihres Problems, bei der Auseinandersetzung mit der Problematik, die Hilfe des Therapeuten sich selbst verstehen zu lernen, die Persönlichkeit des Therapeuten und seine kommunikativen Fähigkeiten. Für 70 % der Befragten waren Fragen zur Therapeut-Patient-Beziehung von Bedeutung, und zwar vom Therapeuten Unterstützung zu bekommen:

- Ihr Selbstvertrauen wiederherzustellen
- Bei der Entwicklung von Problemlöseverhalten zu helfen

- Das Vertrauen in den Therapeuten zu haben und die Fähigkeit des Therapeuten, dass sich ihre Probleme bessern würden

Für den Patienten sind weiterhin die Anteilnahme, das Verständnis und die Ruhe des Therapeuten wichtig. Die Rolle von Anerkennung und Unterstützung durch den Therapeuten für den Therapieerfolg wurde in anderen Untersuchungen hervorgehoben (Feifel & Eells, 1963; zit. n. Huf, 1992, S. 153).

1.3.3. Therapieerfolgsmessung

Nach Jacobson, zit. n. Amelang & Zielinsky (2002, S. 566-567), liegt der wichtigste Kerngedanke klinisch bedeutsamer Verbesserung in der Symptomreduktion oder Symptombefreiheit.

Jacobson & Truax (1991) nennen drei Möglichkeiten der Operationalisierung des Therapieerfolges:

1. Das Ausmaß der Symptomatik sollte nach der Behandlung mindestens zwei Standardabweichungen unter dem des Mittelwerts der Population liegen, die die entsprechende Störung hat,
2. die Symptomatik einer behandelten Person sollte nach der Therapie in ihrem Ausmaß innerhalb von zwei Standardabweichungen einer nicht gestörten Population liegen und
3. die Stärke der Symptomatik sollte nach einer Behandlung näher am Mittelwert der nicht gestörten Population als am Mittelwert der gestörten Population liegen.

Im Folgenden geht es um die Frage, wie Therapieerfolg gemessen werden kann. Zur Methodik der Erfolgsmessung gehören drei Bereiche:

1. „Operationalisierung der Erfolgsvariablen“, das bedeutet, die Festlegung der Instrumente, mit denen die entsprechenden Variablen gemessen oder geschätzt werden sollten sowie die Entscheidung über die Datenquelle. In der vorliegenden Arbeit wurden Patienten für die Datenquelle herangezogen;
2. „Kriterienbildung“: Die Basis für die Erfolgsbeurteilung ist der in den eingesetzten Messinstrumenten bei Messung zu Therapieende erzielte Wert.

Die Effektivität wird entweder im Sinne von Veränderung oder von Zielerreichung gemessen. Veränderungsmessungen wurden in dieser Arbeit mit dem VEV-K (Verhaltens- und Erlebensinventar, Kriebel et al., 2001, Kurzfassung, Patientenrating), dem BSS (Beeinträchtigungs- und Schwerescore, Schepank, 1995, Therapeutenrating) und der SCL-90-R (Symptomcheckliste, Frank, 1995, Patientenrating) vorgenommen. Die Zielerreichung wurde anhand der Bewertung der subjektiven Zufriedenheit der Patienten mit dem MFBP-18 (Erstversion MFBP-67) gemessen und

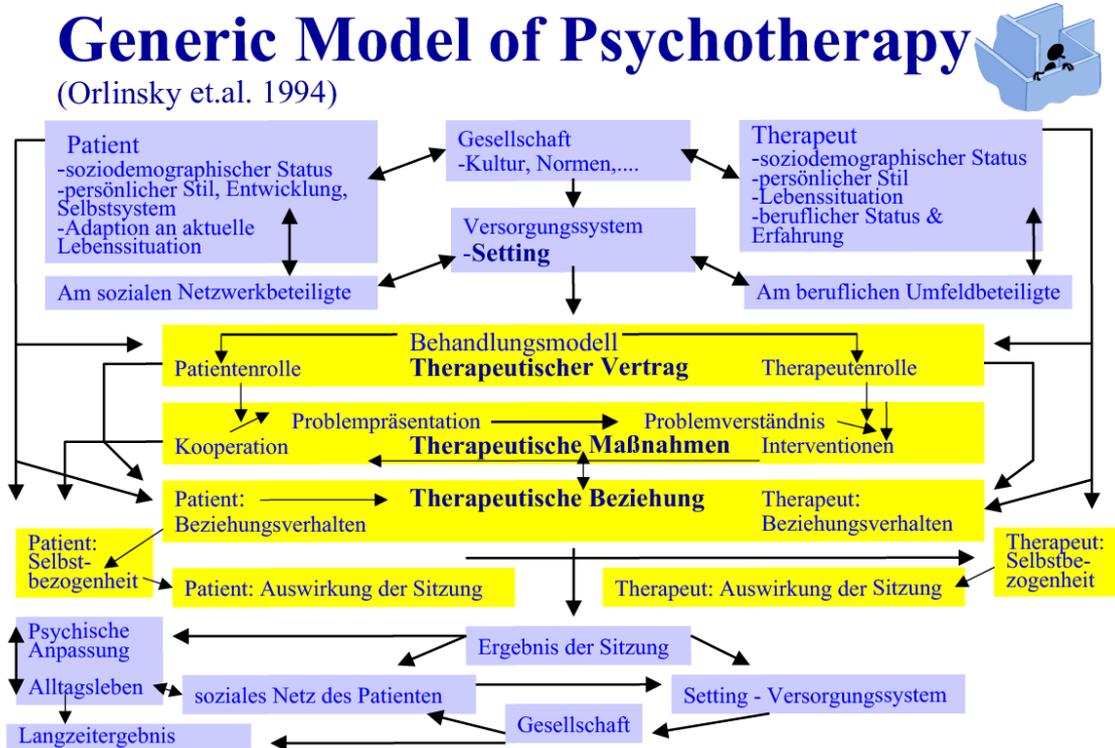
3. das „Design der Datenerhebung“.

Das Generische Modell der Psychotherapie, Abb. 2 (mod. n. Orlinsky et al., 1994), ist ein theorieübergreifendes konzeptionelles Modell, das die Beziehungen zwischen den Kontexten, Prozessen und Ergebnissen vorsieht, die in allen Behandlungen gemeinsam zu finden sind. Die nachfolgenden fünf therapeutischen Prozesse kennzeichnen das Modell:

4. Der therapeutische Vertrag, wie z. B. die Einhaltung der Termine, die Bezahlung und die kooperative Teilnahme an den Sitzungen.
5. Die therapeutischen Maßnahmen (Interventionstechniken und –verfahren)
6. Die therapeutische Beziehung (Empathie, Zustimmung, ein kooperatives Bündnis)
7. Die therapeutische Offenheit, wie z. B. psychologische Verfügbarkeit und das Fehlen von Abwehr
8. Der therapeutische Bezug (z. B. Auswirkungen der Sitzungen, Entlastung, Ermutigung, Einsicht)

Anschließende empirische Arbeiten stellten die Wichtigkeit dieser Prozesse in den Vordergrund und dokumentierten die Validität dieses Modells (Ambühl, 1993; Ambühl & Grawe, 1988). Diese fünf therapeutischen Prozesse tragen einen erheblichen Teil zur Zielerreichung am Ende der Therapie und der Zufriedenheit des Patienten mit der Therapie bei. Dieses Modell wurde auch bei der Auswahl der 224 Items für die erste Version des Fragebogens MFBP-67 mit berücksichtigt.

Abb. 2: Das Generische Modell der Psychotherapie mod. nach Orlinsky et al., 1994



Zu den Kriterien für den Grad der Zielerreichung zählen, wie bereits erwähnt, die Zufriedenheit und die Zielerreichung. Es gibt viele Veröffentlichungen in denen versucht wird, die Ziele praktisch arbeitender Therapeuten empirisch zu erfassen, jedoch sehr wenige Arbeiten darüber, in denen die Ziele der Patienten diesbezüglich erfasst werden. Der neu entwickelte Fragebogen MFBP-18 soll einen weiteren Einblick geben, welche Ziele für den Patienten im Vordergrund stehen. Der Patient legt Wert darauf, dass er am Zielbestimmungsprozess des Therapieverlaufs beteiligt ist. Dieser Befund ist auch anhand der Literatur gut belegt (Greve, 1993, S. 355, 359). Die Übereinstimmung bezüglich der Ziele zwischen Patient und Therapeut begünstigt zusätzlich den Erfolg, die Effektivität der Therapie und verringert die Abbruchwahrscheinlichkeit (Greve, 1993, S. 354). Verschiedene Studien zeigen auch, dass die Wichtigkeit mancher Therapeutenziele nicht unbedingt den Zielen von Patienten entspricht. Die „Einsicht“ ist ein für Therapeuten wichtiges Ziel, jedoch nicht primär für den Patienten wichtig. Fasst man jedoch die unterschiedlichen Zielvorstellungen beider Seiten zu abstrakten Kategorien zusammen, so stehen im Vordergrund Verringerung von Beschwerden, emotionale Stabilität und die Vermittlung von

Kompetenzen (Greve, 1993, S. 354). Ein weiterer wichtiger Aspekt, wie bereits erläutert, betrifft die Arzt-/Therapeut-Patient-Beziehung in diesem Zusammenhang. In einem Projekt der „European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care ‚EUROPEP‘“ (www.aqua-institut.de, 1996) wurde herausgefunden, dass Patienten am meisten Wert legen auf

- Menschlichkeit
- Kompetenz/Präzision
- Beteiligung des Patienten in Bezug auf die Behandlungsentscheidung (shared decision making) und
- dass der Arzt genügend Zeit für die Beratung einplant.

Patienten in Schottland legen z. B. großen Wert darauf, dass der Arzt dem Patienten zuhört und ihm genügend Zeit widmet, ihn über seine Krankheit ausreichend informiert und ihn an weiteren Entscheidungen teilhaben lässt. Diese Kriterien tragen in den meisten Studien zur Patientenzufriedenheit oder – unzufriedenheit bei.

Die Ergebnisse einer weiteren Studie z.B. in den Niederlanden haben gezeigt, dass es für den Patienten am wichtigsten ist, dass der Arzt genügend Zeit für sie einplant. Sie, wenn sie erkranken, einen baldigen Termin bekommen können und detaillierte Informationen bezüglich ihrer Erkrankung erhalten, während die Prioritäten des Arztes in der Koordination der Behandlung, der Hausvisiten und im kontinuierlichen Kontakt mit diesen Patienten liegen. Der Patient möchte ein informierter und gleichwertiger Partner sein, während der Arzt eine längere Beziehung mit einem fügsamen Patienten vorzieht (Coulter, 2002). In Patientenratings bezüglich interpersoneller Fähigkeiten von Ärzten ist vor allen anderen Fähigkeiten Vertrauen als wichtig eingestuft worden. Mechanic & Meyer (2000) befragten amerikanische Patienten, was für sie Vertrauen bedeutet.

Für die Patienten ist wichtig:

- Ehrlichkeit
- Offenheit
- dass der Arzt ansprechbar ist
- dass man das Gefühl hat, dass sich dieser Arzt seinem Problem 100 %ig widmet und

- darauf gefasst zu sein, dass man verletzlich ist, aber keine Angst hat, dass man verletzt wird.

Patienten benötigen Empathie, Unterstützung und Beruhigung, das macht die therapeutische Beziehung aus, aber sie benötigen auch ehrliche Informationen über ihren Gesundheitszustand, über die Behandlungsmöglichkeiten und Ärzte/Therapeuten, die ihnen zuhören, eingehend erläutert unter Punkt 1.3.2 Therapeutische Wirkfaktoren.

Zusammenfassend könnte man davon ausgehen, wenn die vorher erwähnten Aspekte berücksichtigt werden, dass dies zu einem verbesserten Behandlungsverlauf und einer erhöhten Patientenzufriedenheit führen kann. Der entwickelte Fragebogen soll dazu beitragen, noch detaillierter auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen und die Qualitätssicherung im stationären Bereich der Krankenhausversorgung kontinuierlich anzuheben.

2. FRAGESTELLUNG

Für die vorliegende Arbeit ergeben sich zwei Fragestellungen:

Entspricht der neu entwickelte Fragebogen, der differenzierter ist und mehr Aspekte psychotherapeutischer Behandlung erfasst, als die bisher eingesetzten Fragebögen zur Psychotherapie, den psychometrischen Gütekriterien?

Welchen Einfluss haben klinische und soziodemographische Variablen auf den Therapieerfolg und die Behandlungsbewertung?

Es werden Patientenfragebögen im Bereich der Psychotherapie bezüglich des Therapieerfolges, der therapeutischen Beziehung, der Bindungstheorie und der Patientenzufriedenheit in verschiedenen Settings, wie der internistischen, der chirurgischen, der psychiatrischen und der Reha-Kliniken im englisch- und deutschsprachigen Raum gesichtet. Daraufhin und unter Einbezug des Themenkatalogs nach Satzinger (Patientenbefragungen in Krankenhäusern, Wonach soll gefragt werden?, 2001, S. 61 ff.) wurde ein neuer Fragebogen, der „MFBP-63, Münchener Fragebogen zur Patientenbewertung stationärer Psychosomatik/Psychotherapie“, entwickelt und im stationären

psychosomatischen Setting der mit 160 Betten ausgestatteten Privatklinik Windach eingesetzt.

Die bisherigen Fragebögen erfassen meist nur Teilaspekte der Psychotherapie, entweder die therapeutische Beziehung, wie bei der „Penn Helping Alliance Scale“ nach Alexander & Luborsky (1986) oder wie bei dem „KAPP – Karolinska Psychodynamic Profile“ von Weinryb & Rössel (1991), der mentale Funktionen und Charaktereigenschaften misst. Das Profil basiert auf 18 Subskalen, die sich aus den beiden o. g. Gruppen zusammensetzen. Im psychoanalytischen Denken stehen Objektbeziehungen im Vordergrund des Interesses. Ein Ziel des KAPP ist es, eine engere Verbindung zu den klinisch beobachteten Phänomenen zu erreichen. Die Unterskalen wurden im Hinblick darauf gewählt, dass man eine umfassende Bewertung über die Art und Weise der mentalen Funktionen und Charaktereigenschaften bekommen kann, so wie sie im Selbstbild des Patienten und seiner Beziehung zu anderen reflektiert wird.

Die ersten drei Unterskalen beschreiben die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen. Die nächsten vier Unterskalen beschäftigen sich mit persönlichen Aspekten wie der Frustrationstoleranz und der Impulskontrolle. Die Unterskalen 8 und 9 reflektieren affektive Unterscheidungen. Die Fragen 10 bis 12 beschäftigen sich mit dem eigenen körperlichen Erscheinungsbild und dem Selbstwertgefühl. Die Unterskalen 13 und 14 gehen auf einen zwischenmenschlichen Aspekt, die Sexualität, ein. Die Fragen 15 bis 17 gehen auf die individuellen Eindrücke der eigenen sozialen Wichtigkeit ein und Unterskala 18 fragt nach einer umfassenden Beschreibung der individuellen persönlichen Struktur und der persönlichen Organisation, relativ unabhängig von Zeit und Raum.

Der MFBP-63 wurde einer Faktorenanalyse unterzogen, auf die im Methoden- und Ergebnisteil näher eingegangen wird. Die daraus resultierenden 17 Items gehen in die endgültige Fassung des MFBP-18 (Anhang F) ein. Diese Fassung wird deshalb MFBP-18 genannt, weil nach allen Berechnungen ein Item nochmals in zwei Items aufgeteilt wurde, und zwar das Item 48 des MFBP-63 „Ich weiß jetzt welche Ziele mir wichtig sind und wie ich sie erreichen kann.“ Das eine

Item lautet: „Ich weiß jetzt, welche Ziele mir wichtig sind.“ Das andere Item wurde wie folgt formuliert: „Ich weiß jetzt, wie ich meine Ziele erreichen kann.“

Mit dem MFBP-18 werden die Bereiche „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ und „Persönlicher Nutzen“ erfasst. Es wurden zusätzlich drei offene Fragen aufgenommen, in denen jeder Patient individuell Vorschläge zur Verbesserung der Behandlung äußern kann, da eine qualitative und quantitative Auswertung die Zuverlässigkeit der Ergebnisse erhöht und die daraus abzuleitenden Interventionen beeinflusst (Satzinger, 2001, S. 61 ff.). Der MFBP-18 kann im Rahmen der Qualitätssicherung (in den Bereichen der Prozessqualität und der Ergebnisqualität) einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Patienten in der stationären Psychotherapie/Psychosomatik leisten.

„Die Zufriedenheit mit der stationären Behandlung“ ist schwierig objektivierbar und globale Zufriedenheitsbeurteilungen, wie sie z. B. beim ZUF 8 erhoben werden, sind nicht ausreichend sensitiv, um diese in einzelnen Teilbereichen zu erfassen, dies stellt einen weiteren Grund dar, weshalb ein neuer Fragebogen entwickelt wurde. Die Erfassung der Patientenzufriedenheit stößt als subjektives Maß für den Therapieerfolg auf großes Interesse. Zur Evaluation des Therapieerfolgs wird zusätzlich die SCL-90-R (Derogatis, 1977, Franke, 1995) bei Aufnahme und Entlassung erhoben. Die SCL-90-R gehört in der Psychosomatischen Klinik Windach und auch in anderen Kliniken oder psychotherapeutischen Ambulanzen inzwischen zur Basisdokumentation in der Psychotherapie. Kloss (1998) legte Daten von über 3000 behandelten Patienten vor und konnte mit Hilfe der SCL-90-R eine durchschnittliche Reduktion der Belastung zeigen. Weiterhin wird, wie bereits o. a., der Beeinträchtigungs- und Schwerescore „BSS“ (Schepank, 1995) bei Aufnahme und Entlassung erhoben und das Verhaltens- und Erlebensinventar „VEV-K“ (Kriebel et al., 2001).

3. METHODE

3.1. Konstruktion des Fragebogens MFBP-67

3.1.1. Formulierung der Items

Fisseni (1997) macht einige Angaben zur Formulierung von Fragebogen-Items, welche hier im Einzelnen nicht näher erläutert werden können, jedoch sollen drei Hinweise kurz erwähnt werden:

- Die Formulierung des Items soll sich ausrichten „...an der Alltagssprache (Umgangssprache) des durchschnittlichen Mitglieds der Zielpopulation.“ (Tränkle, 1982; zit. nach Fisseni, 1997, S. 300)
- Die Sätze „...sollten kurz sein und selten mehr als 20 Wörter enthalten.“ (Mummendy, 1987; zit. nach Fisseni, 1997, S. 300)
- Die Items sollten ausbalanciert gepolt sein; d. h. bei dem einen Teil der Antworten soll eine Zustimmung, bei dem anderen Teil eine Ablehnung in Schlüsselrichtung liegen.

Im vorliegenden Fragebogen soll durch die Berücksichtigung dieser Angaben erreicht werden, dass sich die Probanden angesprochen fühlen und somit zur Mitarbeit motiviert sind. Durch die Formulierungen in unterschiedliche Richtungen sollen Verfälschungen durch Tendenzen zu unkritischer Zustimmung bzw. Ablehnung vermieden werden. Die Fragen wurden als Aussagen formuliert, die mögliche Erfahrungen mit der Behandlung darstellen.

Antwortmodus

Die Zustimmung der Items erfolgt auf fünf möglichen Stufen: „gar nicht“ (5), „eher nicht (4), unentschieden (3), „überwiegend“ (2) und „voll“ (1).

3.1.2. Zusammenstellung der Items

Die Items wurden entweder neu entwickelt oder in ähnlicher Form aus bereits bestehenden Fragebögen zur Psychotherapie übernommen. Aus der deutschen Übersetzung des Helping Alliance Questionnaire von Luborsky, Patientenversion, (Bassler, 1995) wurde eine Frage übernommen, die die einzeltherapeutische Beziehung betrifft:

„Ich glaube, dass ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich sehen oder beurteilen.“, diese lautet im MFBP-67:

„Ich glaube, dass der Therapeut und ich meine Probleme ähnlich gesehen und beurteilt haben.“

Items zur Akzeptanzbereitschaft wurden aus dem „Bielefelder Fragebogen zur Klientenerwartung – BFKE“ von Höger (1999) abgewandelt entnommen, z. B. die Originalfrage lautet:

„Ich fürchte, dass sich mein Therapeut von mir zurückzieht, wenn ich auf ihn ärgerlich sein sollte.“, die Frage im MFBP-67 lautet: „Kritik am Therapeuten habe ich nicht offen ausgesprochen, um negative Auswirkungen auf meine Behandlung zu vermeiden.“

Aus der Kategorie „Interpersonelle Behandlungserwartungen“ wurde eine Frage abgeändert eingesetzt: „Ich konnte mehr Selbstvertrauen gewinnen“, welche abgewandelt für den MFBP-67 lautet: „Ich habe in der Therapie mehr Selbstvertrauen gewonnen.“ Zwei Fragen wurden aus der Kategorie „Einsichtsorientierte Behandlungserwartungen“ abgeändert eingefügt: Frage 1: „Ich konnte einen Zusammenhang zwischen seelischen Problemen und Beschwerden entdecken.“, lautet im MFBP-67: „Ich konnte einen Zusammenhang zwischen seelischen Problemen und körperlichen Beschwerden entdecken.“ Frage 2: „Ich konnte Einsicht in die Zusammenhänge in meinem Leben gewinnen.“, welche abgeändert im MFBP-67 formuliert wurde: „Ich konnte in der Therapie Einsicht in die Zusammenhänge in meinem Leben gewinnen.“ Von der „California Psychotherapy Alliance Scales – Working Strategy Consensus ‚WSC““ (Gaston et al., 1994) wurden Fragen bezüglich der Arbeitsübereinstimmung und Veränderungen durch die Therapie entnommen.

Von Tinsley & Westcot (1990), „Erwartungen an das Verhalten des Patienten oder des Therapeuten, Erwartungen an Charaktermerkmale des Therapeuten und Erwartungen an den Prozess und das Ergebnis der Behandlung“, wurden 6 Fragen abgewandelt übernommen:

Frage 1: „Ich möchte alle therapeutischen Möglichkeiten ausschöpfen.“ Im MFBP-67 wurde dieses Item folgendermaßen formuliert: „In der Therapie sind

meine Möglichkeiten, klarer sehen und Probleme besser lösen zu können, erkannt und ausgeschöpft worden.“

Frage 2: „Ich glaube, dass mir Gespräche mit anderen Betroffenen helfen.“
Dieses Item lautet im MFBP-67: „Die Gespräche und Aktivitäten mit den Mitpatienten haben eine wichtige Rolle für mein Wohlbefinden gespielt.“

Frage 3 „Ich möchte eine Hilfestellung, um in meinem Leben etwas zu verändern.“ Im MFBP-67 wurde dieses Item wie folgt formuliert: „Ich habe in der Therapie eine Hilfestellung erhalten, um in meinem Leben etwas Grundsätzliches zu verändern, das ich bisher nicht ändern konnte.“

Frage 4: „Ich möchte mit Hilfe der Therapie lernen, positiver zu denken.“ Im MFBP-67 ist dieses Item folgendermaßen zu finden: „Ich habe in der Therapie gelernt, positiver zu denken.“

Frage 5: „Ich möchte in der Therapie lernen, mit anderen Menschen besser zurecht zu kommen.“ Das Item wurde im MFBP-67 wie folgt formuliert: „Ich habe in der Therapie gelernt, mit anderen Menschen besser zurechtzukommen.“

Frage 6: „Ich möchte mit Hilfe der Therapie lernen, wieder aktiver zu werden.“
Im MFBP-67 lautet das abgewandelte Item: „Ich habe im Laufe der Therapie Freude an Freizeitaktivitäten und einem positiven Körperbewusstsein entwickelt.“

Wie unter Punkt 1.2.2 bereits erläutert, wurde von dem „RRI-T“ (Gelso, 2009) das Item „I hold back significant parts of myself“ ins Deutsche übersetzt für Item Nr. 17 übernommen: „Es gibt Dinge, die ich nicht mit dem Therapeuten besprochen habe.“

Aufgrund der o. g. Auswahl an Items, die aus den in Punkt 1.2 bereits gesichteten und vorhandenen Fragebögen zur Psychotherapie übernommen wurden und den neu entwickelten Items gingen ca. 224 Items hervor, von denen 67 Items für den neu entwickelten Fragebogen in sieben theoretisch gebildete Dimensionen eingeteilt wurden:

1. Therapeutische Technik
2. Konsens zwischen Therapeut und Patient bezüglich der Behandlungsziele

3. Kommunikation
4. Therapeutische Rahmenbedingungen
5. Erwartungen des Patienten
6. Therapieerfolg und –prozess
7. Hotelaspekt der Klinik.

3.1.3. Überarbeitung des ersten Fragebogenentwurfs

Der MFBP-67 wurde in der Psychosomatischen Klinik Windach zu einem Pretest von November 2002 bis Januar 2003 eingesetzt und bei einer Stichprobe von n = 71 Patienten 3 - 4 Tage vor Entlassung anonym erhoben.

Es sollte mit dem Pretest überprüft werden, ob die Patienten grundsätzlich mit dem Instrument zurecht kommen, wie viel Zeit die Bearbeitung beansprucht und ob die Fragen verständlich formuliert sind (Anhang C, der Fragebogen MFBP-67 und Anhang D, die Auswertung der Ergebnisse des Pretests des Fragebogens MFBP-67, mit Hinweisen auf die Items, die in der revidierten Fassung des Fragebogens MFBP-65 und dann des MFBP-63, verändert wurden).

Nach Überarbeitung der Itemformulierungen wurde die revidierte Fassung, der MFBP-65, nochmals einer kleinen Stichprobe von 10 Patienten der Station B1b (psychotherapeutisch/psychosomatische Station) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität vorgelegt.

Diese Version des Fragebogens wurde dann wiederum um zwei Items verkürzt, auf 63 Items (MFBP-63).

3.2. Erhebungsinstrumente

Aus den zahlreichen Erhebungsbögen, die die Patienten in der Psychosomatischen Klinik Windach bei ihrer Entlassung routinemäßig ausfüllen, wurden zur Validierung des MFBP-63 folgende ausgewählt:

3.2.1. Die Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV)

Die Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV) nach Zielke und Kopf-Mehnert (1978), davon die Kurzform VEV-K nach Kriebel, Paar, Schmitz-Buhl & Raatz (2001):

Die klinische Praktikabilität und die messtheoretische Fundierung des VEV hat dazu beigetragen, dass der Fragebogen sich zu einem Standardinstrument in der Einzelfalldokumentation psychotherapeutischer Behandlungsverläufe entwickelt hat. Alle großen klinischen Therapieevaluationsstudien haben den VEV neben anderen Veränderungskriterien als Evaluationsinstrument eingesetzt. Seit 1978 wurden 287 klinisch-wissenschaftliche Studien unter Verwendung des VEV publiziert und der Fragebogen wurde seitdem für mindestens 30.000 Einzelfalldokumentationen verwendet.

Der VEV erfasst einen bipolaren Veränderungsfaktor des Erlebens und Verhaltens mit den Polen Entspannung/Gelassenheit/Optimismus und Spannung/Unsicherheit/ Pessimismus. Er ermöglicht eine direkte Veränderungsmessung. Man kann damit einige methodische Probleme, die sich bei der indirekten Differenzmessung von Veränderungen ergeben, umgehen. Nach Überprüfung der Brauchbarkeit des VEV für das stationäre Setting wurde eine Kurzform entwickelt, die die guten testtheoretischen Gütekriterien der Langform halten kann. In der Anwendung in verschiedenen Klinikfeldern zeigt sich, dass mit Hilfe des VEV-K valide Aussagen über Veränderungen gemacht werden können und dass er hinreichend sensitiv auf veränderte Settingbedingungen reagiert. Über die Einführung eines Veränderungsvortests und dessen Vergleich mit dem therapiebezogenen Veränderungsnachtest mit dem Veränderungserleben nach der Therapie werden Möglichkeiten aufgezeigt, eine spezifische Veränderungsdynamik abzubilden, die es ermöglicht, auch zu einer prozessualen Betrachtung der therapeutischen Veränderungen zu gelangen.

Die Kurzform des VEV-K besteht aus 25 Items, der Patient benötigt eine Testzeit von 5 - 10 Min. Die Antwortskalen des VEV-K reichen von - 3 bis 3. Sie geben die Richtung und Stärke der Veränderung an (- 3, -2, -1 entspricht „stimmt nicht“, 0 entspricht „weder/noch“ und 1, 2, 3 entspricht „stimmt“, umgepolt in - 3, -2, -1 = 1,

2, 3 entspricht „stimmt nicht“, 0 = 4 entspricht weder noch, 1, 2, 3 = 5, 6, 7 entspricht „stimmt“. Ein Wert > 115 deutet auf eine signifikante Verbesserung im Verhalten und Erleben des Patienten hin (Minimum 25, Maximum 175). Das Rohwertmittel des VEV-K liegt bei 112,69, Cronbachs α ist 0,90 und das Itemmittel hat einen Wert von 4,51. Die Streuung liegt bei 2,26 und der Trennschärfekoeffizient liegt zwischen 0,15 und 0,67 (getestet an n = 315 Patienten von 1989 bis 1991 an der Fachklinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Gelderland-Klinik).

3.2.2. Die Symptom-Checkliste SCL-90-R (Derogatis, 1977; Franke, 1995; Hunter, 2005):

Der Fragebogen SCL-90-R ist das am häufigsten eingesetzte Instrument zur Erfassung der psychischen Symptombelastung in Klinik und Forschung.

Die SCL-90-R besteht aus 90 Items, die verschiedene psychische und körperliche Beschwerden beschreiben. Die Probanden geben auf einer 5-stufigen Likert-Ratingskala, die von „überhaupt nicht“ (0) bis „sehr stark“ (4) reicht, an, wie stark sie in den letzten 7 Tagen unter diesen Symptomen gelitten haben. 83 der 90 Items gehen in die Berechnung der folgenden neun Skalen ein. Die verbleibenden 7 Items gehen in getrennt auswertbare Zusatzfragen ein:

- Somatisierung (SOM) – einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Beschwerden (12 Items)
- Zwanghaftigkeit (ZWA) – leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit (10 Items)
- Unsicherheit im Sozialkontakt (UNS) – leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit (9 Items)
- Depressivität (DEP) – Traurigkeit bis hin zur schweren Depression (13 Items)
- Ängstlichkeit (ÄNG) – körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst (10 Items)
- Aggressivität/Feindseligkeit (AGG) – Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten (6 Items)
- Phobische Angst (PHO) – leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst (7 Items)

- Paranoides Denken (PAR) – Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken (6 Items)
- Psychotizismus (PSY) – mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz der Psychose (10 Items)

Zusätzlich zu den neun Skalen können drei globale Kennwerte berechnet werden:

GSI (Global Severity Index) erfasst die grundsätzliche psychische Belastung (Summe der Itemrohwerte/[90 – Anzahl missing data]).

PST (Positive Symptom Total) gibt die Anzahl der Symptome an, bei denen eine Belastung vorliegt (Anzahl der Items mit einem Rohwert > 0) und

PSDI (Positive Symptom Distress Index) lässt eine Aussage über die Intensität der Antworten zu (Summe der Itemrohwerte/PST, vgl. Franke, 1995).

Hessel et al. (2001) schlagen nach einer testtheoretischen Überprüfung und Normierung der SCL-90-R anhand einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe vor, für die klinische Praxis lediglich die drei globalen Kennwerte zu berechnen. In dieser Arbeit wurde der GSI der SCL-90-R zur weiteren Auswertung herangezogen. Cronbachs α liegt zwischen $\geq 0,75$ und $\leq 0,97$ für die einzelnen Skalen der repräsentativen Eichstichprobe ($n = 2.141$), bei der klinischen Stichprobe von stationären Psychotherapieklienten ($n = 5.057$) liegt er zwischen $\geq 0,74$ und $\leq 0,97$. Die Retest-Reliabilität liegt für Studierende einer deutschen Stichprobe zwischen $r = 0,69$ und $r = 0,92$.

3.2.3. Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) von Schepank H. (1995)

Bei dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score „BSS“ handelt es sich um ein theorieunabhängiges Experten-Ratingverfahren, mit dem die Beeinträchtigung eines Menschen durch seine psychogene Erkrankung eingeschätzt werden kann. Die Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere erfolgt auf 3 zentralen Dimensionen mit jeweils fünf Skalenstufen:

1. die körperliche Beeinträchtigung
2. die psychische Beeinträchtigung und

3. die so genannte sozialkommunikative Beeinträchtigung, d. h. die Beeinträchtigung auf einer zwischenmenschlichen Dimension oder Verhaltensdimension. Der Summenwert ergibt einen Schweregrad zwischen 0 und max. 12, die Punktwerte der 3 Dimensionen ergeben ein Profil der Beeinträchtigung. Die Ratingskala reicht von 0 (gar nicht) bis 4 (extrem).

Der BSS kann eingesetzt werden, wie o. e., bei psychogen erkrankten Patienten: Persönlichkeitsstörungen, Süchten, Psychoneurosen, psychosomatischen (vor allem funktionellen) Störungen. Er eignet sich für die klinische Praxis der Patientenbeurteilung in allen Bereichen der ambulanten und stationären Psychotherapie, für die Bereiche der klinischen Grundlagenforschung, Therapieeffektvergleichs- und Katamneseforschung. In dieser Arbeit wird er zur Therapieerfolgsevaluation für Prä-/Postvergleiche herangezogen. Die Interraterreliabilität des BSS liegt bei $r = 0,90$. Die Häufigkeitsverteilungen der BSS-Werte liegen von einer Gruppe ambulanter ($n = 1.413$) und stationär ($n = 384$) psychotherapeutisch versorgter Klienten vor, die Häufigkeitsverteilungen der BSS-Summenwerte liegen von einer Zufallsstichprobe ($n = 600$) erwachsener Gesunder aus der Allgemeinbevölkerung (Stadt Mannheim) vor.

3.2.4. Das Gesamturteil zur Therapie wurde mittels einer Variablen der Psy-BaDo-PTM (Psychotherapie-Basisdokumentation, eingehend erläutert unter Punkt 3.3, Variable Nr. 77), Einteilung nach Schulnoten von 1 – 6, erhoben.

3.2.5. Die Diagnoseeinteilung der Patienten erfolgte nach ICD-10, 5. Auflage (Internationale Klassifikation psychischer Störungen 2004/2005)

Die ICD-10 setzt sich zusammen aus klinischen Beschreibungen und diagnostischen Leitlinien psychischer und Verhaltensstörungen (F00-F99). Ausgenommen sind „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind und in Kapitel R (R00-R99) erscheinen“ (Dilling et al., 2005).

3.2.6. Soziodemographische Daten

Die erhobenen soziodemographischen Variablen sind Alter, Geschlecht, Familienstand, Schul- und Berufsabschluss, störungsbezogene Variablen wie Diagnosegruppen, Beeinträchtigungsschwere, Vorbehandlungen, Symptomausprägung, prozessbezogene Variablen wie die Behandlungsdauer und ergebnisbezogene Variablen wie der Prä-Post-Vergleich der Symptomausprägung und der Beeinträchtigungsschwere sowie der Veränderung des Erlebens und Verhaltens.

3.3. Stichprobe und Durchführung

Die Psychosomatische Klinik Windach wurde am 1. August 1976 mit einer Kapazität von damals 120 Betten eröffnet. Seit einer Klinikerweiterung mit Neubau und Sanierung des Altbaus 1993 stehen 166 Akutbetten zur Verfügung. Mit der Gründung der Klinik 1976 war die Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams unter der gemeinsamen Klammer der Verhaltenstherapie ein besonderes Anliegen. Bewusst wurden damals die Begriffe „Therapeut“ für das ärztlich-psychologische Personal und „Co-Therapeut“ für das Pflegepersonal geprägt, um das traditionelle Berufsbild des „Pfleger“ und der „Schwester“ an das verhaltenstherapeutische Konzept der Klinik anzupassen. Verhaltenstherapie soll vor allem menschliches Leiden lindern und dessen Handlungsfähigkeit erweitern.

Ziel der Verhaltenstherapie ist die Ausbildung und Förderung von Fähigkeiten, die Techniken sollen dem Patienten eine bessere Selbstregulation ermöglichen. Für die Verhaltenstherapie ist eine Konzentration auf gegenwärtige statt auf vergangene Handlungsdeterminanten charakteristisch, der Schwerpunkt liegt somit auf beobachtbarem Verhalten und dessen Veränderung. Nachdem sich das ausschließlich verhaltenstherapeutische Therapiekonzept als sehr erfolgreich bei der stationären Behandlung psychosomatischer und neurotischer Störungen erwiesen hatte, entstanden nach diesem Modell weitere verhaltenstherapeutische Kliniken.

Anfang 1979 wurde die Psychosomatische Klinik Windach in den Bayerischen Krankenhausbedarfsplan aufgenommen. Somit werden die Kosten für die Behandlung von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Im folgenden Jahr wurde von der Klinik mit dem „Verein zur Förderung der klinischen Verhaltenstherapie“ ein kassenärztlich anerkanntes Institut zur Weiterbildung in Verhaltenstherapie für Ärzte und Psychologen gegründet (VFKV). Seit 1995 nimmt die Klinik an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen teil. Dazu wurde im Verbund mit anderen psychosomatischen Kliniken ein eigenes umfangreiches Basisdokumentationssystem entwickelt (Psy-BaDo-PTM). Inhaltlich decken die erfassten Psy-BaDo-PTM-Daten vor allem die Bereiche der Prozess- und Ergebnisqualität (Soziodemographische Daten, prozess-, störungs- und ergebnisbezogene Variablen sowie Patientenzufriedenheit I „Bewertung der therapeutischen Maßnahmen“ und Patientenzufriedenheit II „Bewertung von Freundlichkeit, Service, den räumlichen Bedingungen, der Unterhaltungsmöglichkeit und Verpflegung“) ab. Die Daten werden durch eine zentrale Stelle (Basisdokumentation) erfasst, wobei die Patienten eine Aufnahme- bzw. Entlassuntersuchung absolvieren.

Von Anfang Juli 2003 bis Ende Januar 2004 wurden in der Psychosomatischen Klinik Windach 689 Patienten entlassen. Während dieser Zeit wurde nahezu allen Patienten der Fragebogen im Rahmen der Basisdokumentationserhebung der Klinik einige Tage vor Entlassung ausgehändigt, mit der Bitte diesen auszufüllen und in der Medizinischen Zentrale abzugeben. Es wurde darauf hingewiesen, dass es sich um eine anonyme Befragung handelt. Die Rücklaufquote von 45,57 % (n = 314) ist darauf zurückzuführen (Rost, 1996, S. 81 - 82), dass die Patienten für den Routinebetrieb zahlreiche Fragebögen und Rückmeldebögen zu bearbeiten hatten und der MFBP-63 zusätzlich von ihnen ausgefüllt wurde. Nach Datenbereinigung (es gab unvollständig ausgefüllte Bögen oder Bögen, die mit doppelten Codenummern versehen wurden und nicht mehr zugeordnet werden konnten) gingen von den 314 zurückgegebenen Fragebögen 307 Bögen (Satzinger et al., 2001, S. 188) in die Auswertung ein.

3.4. Statistische Auswertung

Die Datenauswertung erfolgte mit SPSS für Windows Version 17.0 (Statistical Package for Social Science) sowie AMOS 17.0 (Graphics 6.0).

Deskriptive Statistiken und Verteilungscharakteristik

Zur Prüfung der Verteilungen der Itemwerte wurde eine explorative Itemanalyse in SPSS durchgeführt. Für jedes Item wurde ein Histogramm erstellt und Median, Mittelwert, Standardabweichung, Varianz, Schiefe und Kurtosis berechnet. Zur Prüfung der Normalverteilung wurde der Kolmogoroff-Smirnov-Test durchgeführt.

Faktorenanalyse

„Die Faktorenanalyse ist ein Verfahren zur Überprüfung der Dimensionalität komplexer Merkmale“ (Bortz, 1999). Dabei kann es sich um Ein- oder Mehrdimensionalität handeln. Sie ist ein datenreduzierendes Verfahren, das eine größere Anzahl von Variablen aufgrund ihrer korrelativen Beziehungen auf eine kleinere Anzahl von Wirkgrößen (Faktoren) zurückführt und eine Struktur aus den Daten explorativ ermittelt (Bortz, 1999). Um per Faktorenanalyse Items aus einem heterogenen Itempool gruppieren und eliminieren zu können, müssen zuvor bestimmte Kriterien hinsichtlich der Ladung der Items auf dem entsprechenden Faktor und der Ladung auf andere Faktoren festgelegt werden (Lienert & Raatz, 1994), z. B. muss die entsprechende Ladung des Items $> 0,30$ sein, um einem Faktor zugeordnet werden zu können. Eine Ladung bezeichnet die Korrelation zwischen einer Variable und einem Faktor.

Das Ergebnis der Faktorenanalyse sind wechselseitig voneinander unabhängige Faktoren, die die Zusammenhänge zwischen den Variablen erklären (Bortz, 1999). Eine der Methoden zur Extraktion der Faktoren ist die in dieser Arbeit eingesetzte Hauptkomponentenanalyse (principal components analysis – PCA) mit Promax-Rotation, oblique, d. h. die ursprünglich orthogonalen Faktoren werden im Winkel verändert, so dass die Faktoren korrelieren können. Allen Items wird in der Anti-Image-Korrelationsmatrix, die zusätzlich zur Faktorenanalyse angezeigt werden kann, ein MSA-Wert zugeordnet. Dieser gibt

eine Aussage darüber, ob das Item für eine Faktorenanalyse geeignet ist und ob das Item gemeinsame Varianz mit anderen Items teilt. Diese Werte werden wie der Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizient (nachfolgend KMO genannt) interpretiert, der eine äquivalente Aussage für die gesamte Itemstichprobe wiedergibt. Bühner (2006, S. 207) referiert folgende Werte für die Interpretation von KMO- bzw. MSA-Koeffizienten:

- < 0,50 – inkompatibel mit der Durchführung
- 0,50 – 0,59 – schlecht
- 0,60 – 0,69 – mäßig
- 0,70 – 0,79 – mittel
- 0,80 – 0,89 – gut
- > 0,90 – sehr gut.

Weiterhin wurde eine Konfirmatorische Faktorenanalyse (Confirmatory Factor Analyses – nachfolgend CFA genannt) mit AMOS 17.0 (Graphics 6.0) durchgeführt, um das theoretisch aufgestellte Modell zusätzlich auf die Modellgüte zu testen. Mit der „CFA“ wird weder eine Datenreduktion angestrebt noch eine Struktur aus den Daten ermittelt, sondern ein bereits reduziertes Modell wird auf die Passung mit den Daten untersucht. Diesbezüglich werden latente Variablen erfasst und Indikatorvariablen (Items) „kausal“ auf diese zurückgeführt. „Die Kausalität kann nur durch das Versuchsdesign erzielt werden und nicht durch die Rechenmethode.“ (Bühner, 2006, S. 236) Zum Beispiel wird im Modell die Annahme formuliert, dass den 9 Items des MFBP-18 (Fragen 61, 55, 2, 62, 52, 18, 4, 63 und 51) die latente Dimension „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ zugrunde liegt.

Mit dem Modelltest wird die Nullhypothese überprüft, ob das so aufgestellte Modell der „beobachteten“ Korrelationsmatrix oder Varianz-/Kovarianzmatrix entspricht. Vorgeschlagene Fit Indizes sind CFI (Comparative-Fit-Index) Cut-off \approx 0,95, SRMR (Standardized-Root-Mean-Square-Residual) Cut-off 0,11 und RMSEA (Root-Mean-Square-Error-off-Approximation) Cut-off $< 0,60 < 0,80$ (Bühner, 2006, S. 257/258).

Reliabilitätsanalyse (auch Aufgaben- oder Itemanalyse)

Die Reliabilität bezeichnet die Zuverlässigkeit eines Verfahrens bzw. die Messgenauigkeit. Die Reliabilitätsanalyse überprüft, inwieweit die Zusammenfassung einer Anzahl manifester Merkmale dazu geeignet ist, das latente Merkmal zuverlässig abzubilden. Das Ziel der Testoptimierung besteht in der Erhöhung der Reliabilität, die über die Berechnung von Korrelationen zwischen Messwerten ermittelt wird. Der Reliabilitätskoeffizient (Cronbachs α) ist ein wichtiger Kennwert zur Beurteilung des Gesamttestes bzw. des Fragebogens und das Maß der Genauigkeit, mit der ein latentes Merkmal durch eine Gruppe von Variablen erfasst wird. Cronbachs α gilt innerhalb der Messtheorie als Schätzwert für die Reliabilität des Summenscores und sollte zwischen 0 und 1 liegen (vgl. Rost 1996). Fisseni (1997) gibt eine wünschenswerte Höhe von 0,80 für den Reliabilitätskoeffizienten an. Während Lienert & Raatz (1994) einen Wert von 0,70 als eben noch ausreichend anerkennen, plädieren Satzinger et al. (2001, S. 187) für einen Wert über 0,70 bei Standard-Fragebögen zur stationären Versorgung.

Die Trennschärfe steht dafür, wie gut ein Item inhaltlich alle anderen Items der Skala widerspiegelt. Der Trennschärfeindex eines Items ist als Grad des Zusammenhangs zwischen der Bejahung eines Items und dem Mittelwert der übrigen Item-Bejahungen definiert. Bortz & Döring (2003) geben eine Trennschärfe zwischen 0,30 und 0,50 als mittelmäßig und Werte $> 0,50$ als hoch an. Der Schwierigkeitsindex gibt an, wie schwer oder leicht ein Item von den Probanden gelöst werden kann. Ein niedriger Schwierigkeitsindex liegt bei $> 0,80$, ein mittlerer liegt bei $0,80 - 0,20$ und ein hoher Schwierigkeitsindex bei $< 0,20$. Eine mittlere Schwierigkeit begünstigt die Itemhomogenität (Inter-Item-Korrelation). Fragen mit mehr als 10 % fehlender Antworten wurden ausgeschlossen (The Whoqol Group, 1998). Der Anteil der fehlenden Antworten ist darauf zurückzuführen, dass einige Items von den Patienten nicht beantwortet wurden, weil sie für diese nicht zutrafen, wie z. B., ob sie Medikamente erhalten hätten oder an der Soziotherapie teilgenommen hätten.

Split-Half-Korrelation

Bei der Split-Half- (oder Testhalbierungs-) Methode werden die Items eines Fragebogens mit multiplen Indikatoren in zwei äquivalente Hälften geteilt und korreliert (Lienert & Raatz, 1998). Die Reliabilitätskoeffizienten sollten mindestens bei 0,80 liegen (Köhler, 2004, S. 20).

Ein weiteres Gütekriterium der Testkonstruktion betrifft die Validität. „Valide ist ein Test, wenn er dasjenige Persönlichkeitsmerkmal oder diejenige Verhaltensweise, das bzw. die er messen oder vorhersagen soll, tatsächlich misst oder vorhersagt“ (Lienert & Raatz, 1994). Man unterscheidet zwischen Inhalts-, Kriteriums- und Konstruktvalidität. Ein Verfahren zur Bestimmung der internen Validität ist die in dieser Arbeit durchgeführte Faktorenanalyse.

Validität

Der Prozess der Inhaltsvalidierung beginnt bei der Itementwicklung oder –sammlung ausgehend von Literaturrecherchen, Probeläufen und sich für eine bestimmte Itemskalierung zu entscheiden. Dieser Bereich der Testentwicklung stellt oft eine Schwachstelle dar (Stieglitz, 2000).

Kriteriumsvalidität: Kongruente Validität

Die Kriteriumsvalidität ist definiert als Korrelation zwischen dem Testwert und einem Kriteriumswert. Die Wahl eines geeigneten Kriteriums ist insofern schwierig, als von ihm eine hohe Reliabilität und Validität bezüglich des zu untersuchenden Merkmals gefordert werden muss. Das Kriterium wird entweder gleichzeitig (kongruente Validität) oder in zeitlichem Abstand zur Testung (Vorhersagevalidität) erhoben (Lienert & Raatz, 1998). Häufig wird die Übereinstimmungsvalidität durch eine Korrelation mit älteren, validierten Tests, die ein ähnliches Merkmal messen, geprüft. Der MFBP-18 wurde mit der PsyBadoPTM-Variablen „Gesamturteil der Therapie nach Schulnoten“ korreliert. Von zentraler Bedeutung ist die Konstruktvalidität, welche Aufschluss darüber gibt, inwieweit ein Verfahren den theoretischen Annahmen, die der Konstruktion zugrunde liegen, tatsächlich entspricht.

Konstruktvalidität: Konvergente Validität

Bei der Konstruktvalidität wird vom Testverfahren auf ein Konstrukt – ein abgeleitetes nicht unmittelbar operational fassbares komplexes Merkmal geschlossen (Lienert & Raatz, 1998). Es werden konstruktnahe und konstruktferne Variablen mit dem Testergebnis in Beziehung gesetzt und überprüft, inwieweit die Ergebnisse diese Konstruktnahe oder –ferne widerspiegeln. Weise (1975; zit. nach Bortz & Döring, 2003) beurteilt Validitäten über 0,60 als hoch und Validitäten zwischen 0,40 und 0,60 als mittelmäßig. Lienert (1969; zit. nach Stieglitz, 2000) bezeichnet Validitätskoeffizienten unter 0,30 als nahezu nutzlos. Die konvergente Validität wurde mit den Indikatoren des Therapieerfolges (Skalen SCL 90-R GSI, BSS und VEV-K) berechnet.

Differenzielle Validität

Als differenzielle Validität wird die spezifische Validität von bestimmten Stichproben bezeichnet. Man geht dabei davon aus, dass Subjektvariablen der Stichprobe die Validität beeinflussen. Die differenzielle Validität beschreibt damit die Möglichkeit, Subgruppen anhand des Testergebnisses zu unterscheiden. In dieser Arbeit wird die differenzielle Validität anhand der Unterschiede in der Behandlungsbewertung zwischen Patienten mit geringerem und höherem Therapieerfolg berechnet.

Zu Beginn erfolgte eine deskriptive Auswertung der Stichprobe, zu Alter und Geschlecht, zu geschlechtsspezifischem Altersdurchschnitt, zu Häufigkeitsangaben der Diagnosegruppen nach ICD-10, zu Schul- und Berufsabschluss sowie zum Familienstand. Es folgte die Analyse der Verteilungskennwerte von Item 1 – 63 [Mittelwerte (SD), Median, Modus (SD), Varianz, Schiefe (SD), Kurtosis (SD), gültige und fehlende Angaben]. Geeignete Items wurden anhand der KMO- und MSA-Werte inspiziert.

Zur Bestimmung der Dimensionalität wurde eine Faktorenanalyse, Hauptkomponentenanalyse mit Eigenwert > 1, berechnet. Anschließend wurde ein MAP-Test (Minimum-Average-Partial-Test, Bühner, 2006, S. 202)

durchgeführt, um die Faktorenanzahl zu bestimmen, da dieser der Überlegung am nächsten kommt, keine systematische Varianz mehr in der Korrelationsmatrix der Faktorenanalyse zu haben (Bühner, 2006, S. 203). Aufgrund der starken ersten Hauptkomponente wurde zusätzlich ein Scree-Test angewandt (Bühner, 2006, S. 211). Es wurde die Promax-Rotation, oblique, gewählt, bei der kleine Ladungen fast zu null werden und hohe Ladungen nur geringfügig reduziert werden und diese Rotation zu guten Lösungen führt (Gorsuch, 1983, S. 204). Die Varimax Lösung, die zu den am meisten angewandten orthogonalen Rotationstechniken gehört, wurde nicht angewandt, da aus theoretischer Sicht ein genereller übergeordneter Faktor postuliert wurde (Bühner, 2006, S. 205). Mittels Reliabilitätsanalyse wurde eine Itemeliminierung vorgenommen. Die Split-Half-Korrelation wurde anhand des Spearman-Brown-Koeffizienten ermittelt. Zur weiteren Überprüfung des theoretischen Modells wurde eine Konfirmatorische Faktorenanalyse berechnet.

Aufgrund der linksschiefen Verteilung der Behandlungsbewertung wurden auch Nichtparametrische Tests ausgewählt. Zusammenhänge zwischen ordinal skalierten Variablen wurden mit der Rangkorrelation nach Spearman Rho berechnet. Zusammenhänge zwischen metrischen Skalen (Intervallskalierte und normalverteilte Variablen) wurden mit der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet. Die Skalensummenwerte wurden anhand einer Pearson-Produkt-Moment-Korrelation ermittelt. Die Inter-Item-Korrelation und Item-Skalen-Korrelation wurde mittels Cronbach α berechnet. Die Itemschwierigkeit wurde anhand des Mittelwertes und des Medians angezeigt. Die „korrigierte“ Item-Trennschärfe r_{it} wurde mit einer Produkt-Moment-Korrelation ermittelt.

Die Veränderungsmessungen Prä - Post wurden mit Differenzwerten berechnet (indirekte Veränderungsmessung anhand des VEV-K, direkte Veränderungsmessung mit dem BSS physisch, sozialkommunikativ und psychisch bei Aufnahme und Entlassung und der SCL 90-R GSI bei Aufnahme und Entlassung). Für die Signifikanzprüfung der Skala SCL 90-R GSI bei Aufnahme und Entlassung wurde der t-Test mit gepaarten Stichproben berechnet. Die Korrelationen der Skalen BSS physisch, sozialkommunikativ und psychisch mit der Behandlungsbewertung wurden mit Nichtparametrischen Tests nach Spearman-Rho berechnet.

Die Korrelationen der Skalen VEV-K und SCL 90-R GSI mit der Behandlungsbewertung wurden nach der Pearson-Produkt-Moment-Korrelation berechnet. Eine weitere Korrelation mit dem Differenzwert „bessgsi“ (SCL 90-R GSI bei Aufnahme und Entlassung) und der Behandlungsbewertung wurde anhand der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson ermittelt. Des Weiteren erfolgte eine deskriptive Auswertung der Skalen BSS psychisch, sozial-kommunikativ und physisch sowie eine Häufigkeitsverteilung für die Fragen 1 - 63 (Anhang E) und für die Beantwortung der offenen Fragen.

Die Kriteriumsvalidität wurde anhand der kongruenten Validität, mit der PsyBadoPTM Variable „Gesamturteil der Therapie nach Schulnoten“ und der Behandlungsbewertung (den zwei Faktoren) anhand von Korrelationen nach Spearman-Rho berechnet.

Die differenzielle Validität, ein möglicher Unterschied in der Behandlungsbewertung zwischen Patienten mit geringerem und höherem Therapieerfolg (anhand der Skala SCL 90-R GSI), wurde mit t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet (Bortz, 1999, S. 215; Bühner & Ziegler, 2009, S. 257). Zur Bestimmung der Konstruktvalidität wurde die konvergente Validität anhand der Indikatoren des Therapieerfolges (Skalen SCL 90-R GSI, BSS und VEV-K) nach Spearman-Rho und der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson, Nichtparametrische Tests, berechnet.

Anhand eines Allgemeinen Linearen Modells, Multivariate Analyse (Bühner & Ziegler, 2009, S. 368), mit den zwei Faktoren als abhängige Variablen und dem Familienstand, dem Berufsabschluss und dem Schulabschluss als Zwischensubjektfaktor wurde überprüft, ob diese einen Einfluss auf die Behandlungsbewertung haben könnten. Zur Überprüfung wurde auch eine Rangvarianzanalyse nach Kruskal und Wallis durchgeführt (Bortz, 1999, S. 276). Die Berechnung der Diagnosegruppen in Bezug auf die Behandlungsbewertung erfolgte anhand einer Rangvarianzanalyse nach Kruskal und Wallis.

Mögliche Einflüsse von Geschlecht und Alter auf die Behandlungsbewertung wurden anhand von t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet (das

Geschlecht dichotomisiert männlich/weiblich, das Alter dichotomisiert ≤ 41 und > 41 , beide Variablen wurden korreliert mit den Skalen, SCL 90-R Besserung GSI, BSS Besserung psychisch, physisch und sozialkommunikativ). Eventuelle Zusammenhänge zwischen stationären Vorbehandlungen in der Psychosomatischen Klinik Windach, anderen stationären Vorbehandlungen und stationären psychiatrischen Vorbehandlungen und der Behandlungsbewertung wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet (stationäre Vorbehandlungen wurden dichotomisiert in 1 = keine und 2 = 1 – 9 Vorbehandlungen, stationär psychiatrische Vorbehandlungen wurden dichotomisiert in 1 = keine und 2 = 1 – 12 Vorbehandlungen und stationäre Vorbehandlungen in der Psychosomatischen Klinik Windach wurden in 1 = 1. Aufenthalt und 2 = 2 – 4 Aufenthalte dichotomisiert). Mögliche Zusammenhänge zwischen der Behandlungsdauer und der Behandlungsbewertung wurden anhand einer Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet.

4. ERGEBNISSE

4.1. Beschreibung der Stichprobe

Das Patientenkollektiv umfasst insgesamt 307 Patienten. Davon waren 190 Frauen (61,9 %) und 117 Männer (38,1 %, Tab. 2). Der Unterschied in der Geschlechterhäufigkeit ist signifikant ($\chi^2 = 17$, $df = 1$, $p < 0,001$).

Tab. 2: Geschlechterverteilung in der Stichprobengruppe (n = 307)

Geschlecht	Häufigkeit	%
Weiblich	190	61,9
Männlich	117	38,1
Gesamt	307	100

Wie aus Tab. 3 hervorgeht, waren die weiblichen Patientinnen durchschnittlich 39 Jahre alt (SD 11,41), mit einem Minimalwert von 17 Jahren und einem Maximalwert von 68 Jahren. Bei den männlichen Patienten lag das Durchschnittsalter bei 42 Jahren (SD 11,47), wobei der jüngste Patient 20 Jahre und der älteste Patient 64 Jahre alt waren. Der Altersdurchschnitt der

Gesamtstichprobe betrug 40 Jahre (SD 11,54), der jüngste Patient war 17 Jahre und der älteste Patient war 68 Jahre alt. Die Berechnung eines t-Tests für unabhängige Stichproben ergab, dass sich die Altersmittelwerte von Frauen und Männern nicht signifikant unterscheiden ($t = 1,898$, $df = 305$, $p = 0,719$).

Tab. 3: Geschlechtsspezifischer Altersdurchschnitt in der Stichprobengruppe (n = 307)

Geschlecht	M	SD	Min	Max
Weiblich	38,83	11,41	17	68
Männlich	42,26	11,47	20	64
Gesamt	40,14	11,54	17	68

Bei 97,4 % der Betroffenen handelte es sich um eine psychische Hauptdiagnose, bei 2,6 % wurde eine somatische Hauptdiagnose diagnostiziert.

Tab. 4 zeigt die Häufigkeitsangaben der Diagnosegruppen. Das größte Patientenkollektiv ist in der Gruppe der affektiv Erkrankten (F 30 - 34, 127 Patienten) mit 41,4 % und in der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 36,8 % (F 40 - 45, 113 Patienten) vertreten. Bei 12,4 % der Patienten (38 Patienten) wurde eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (Diagnosegruppe F 60 - 63) diagnostiziert und bei 8,5 % der Patienten (26 Patienten) wurden Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (Diagnosegruppe F 50 - 54) diagnostiziert.

Tab. 4: Häufigkeitsangaben der Diagnosegruppen nach ICD-10

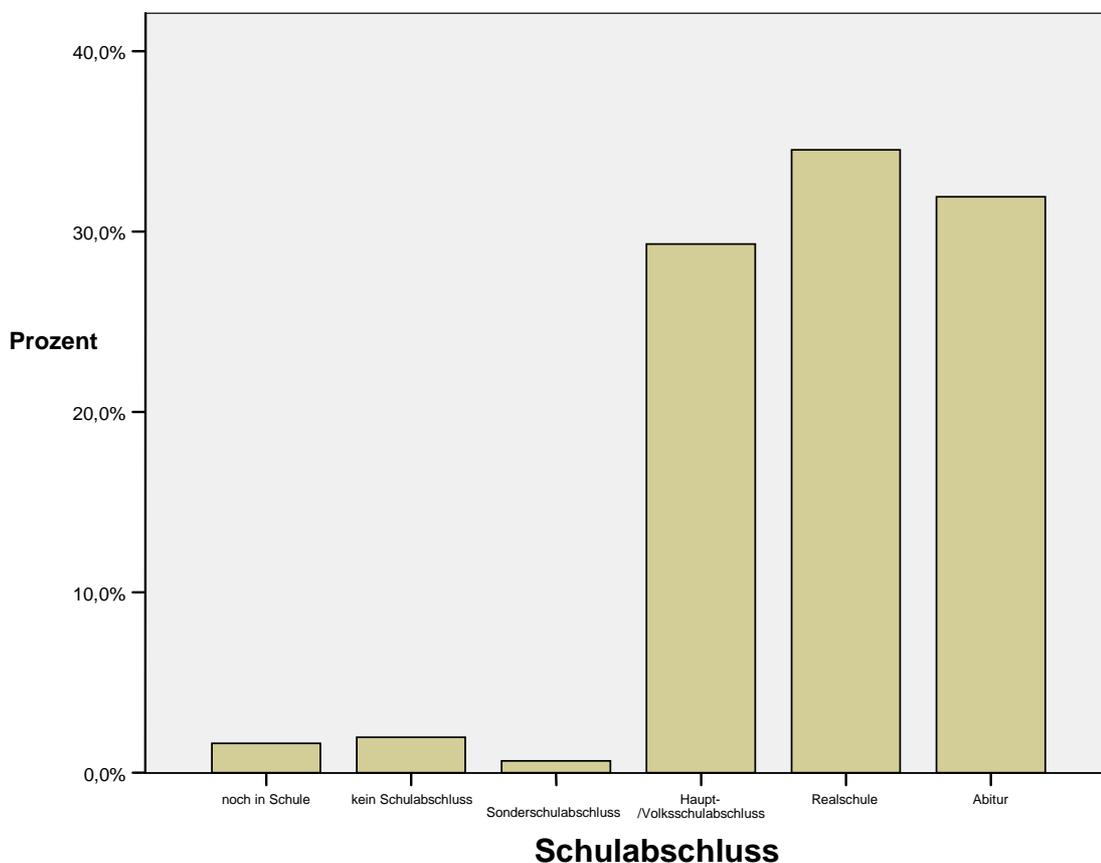
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze
Gültig	1,00 = F30-34 (affektive Störungen)	127	41,4	41,8
	2,00 = F 40-45 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen)	113	36,8	37,2
	3,00 = F 50-54 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren)	26	8,5	8,6
	4,00 = F 60-63 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)	38	12,4	12,5
	Gesamt	304	99,0	100,0
Fehlende Werte		3	1,0	
Gesamt		307	100,0	

Die Anzahl der stationären Vorbehandlungen reichte von 0 bis 9 Aufenthalten (\bar{x} 0,75, SD 1,34) und die Anzahl der stationären psychiatrischen Vorbehandlungen bewegte sich zwischen 0 und 12 Aufenthalten (\bar{x} 0,52, SD 1,37). In der Psychosomatischen Klinik Windach hatten die Patienten zwischen einem und vier Aufenthalte (\bar{x} 1,19, SD 0,52).

92,8 % der Patienten haben die Therapie regulär abgeschlossen. 22,8 % der Patienten waren sehr motiviert, an der Therapie in der Psychosomatischen Klinik Windach teilzunehmen, 56,4 % waren motiviert an der Therapie teilzunehmen und 16,6 % der Patienten waren diesbezüglich nur etwas motiviert.

In Abb. 3 ist ersichtlich, dass etwas weniger als ein Drittel der Patienten einen Hauptschulabschluss (29,3 %) hat, etwas mehr als ein Drittel einen Real-schulabschluss (34,5 %) und 31,9 % der Patienten Abitur haben.

Abb. 3: Schulabschluss, 24,5 % der Patienten haben Realschulabschluss, 31,9 % Abitur und 29,3 % Haupt-/Volksschulabschluss

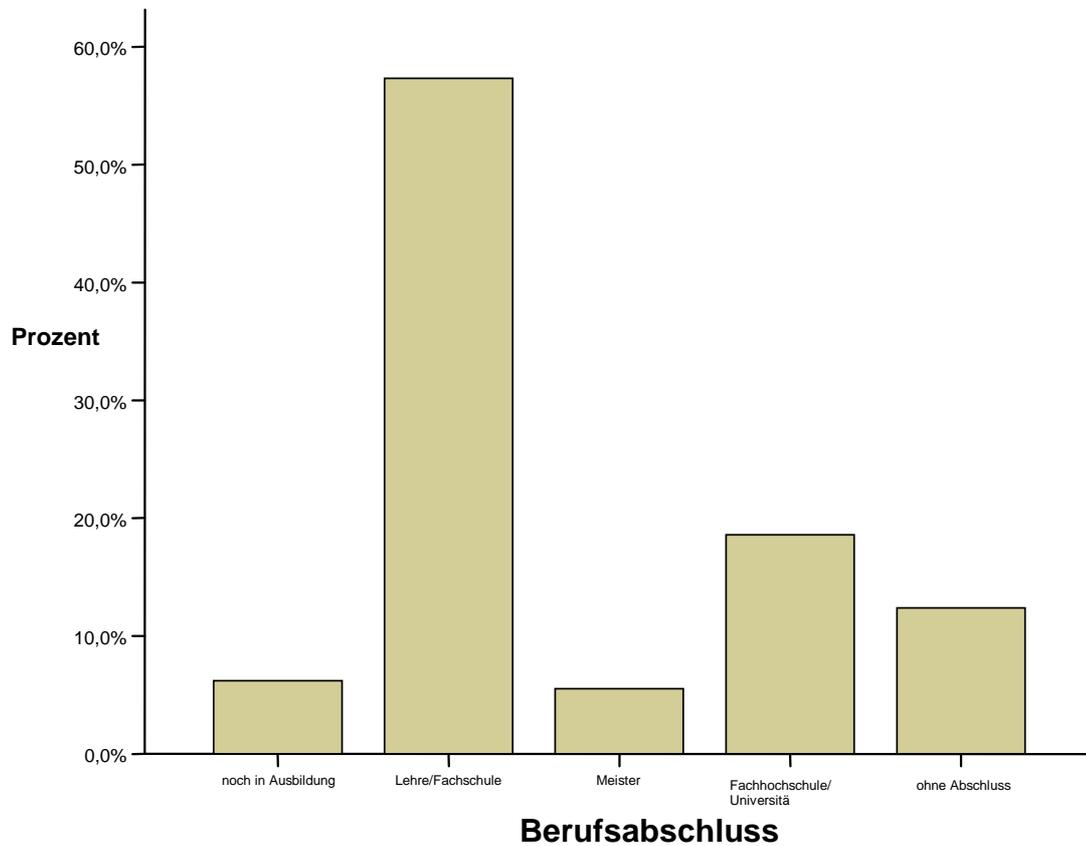


57,3 % der Patienten haben eine Lehre oder Fachschule absolviert, 18,6 % haben eine Fachhochschule oder Hochschule besucht und 12,4 % der Patienten waren ohne Abschluss. 6,2 % waren noch in Ausbildung und 5,5 % der Patienten haben einen Meisterabschluss (Abb. 4).

Etwa ein Drittel der Patienten sind mittlere Angestellte (28,0 %), 18,6 % sind einfache Angestellte, 12,7 % der Patienten sind höhere Angestellte, 10,1 % sind ungelernte Arbeiter und 8,1 % der Patienten waren nie erwerbstätig.

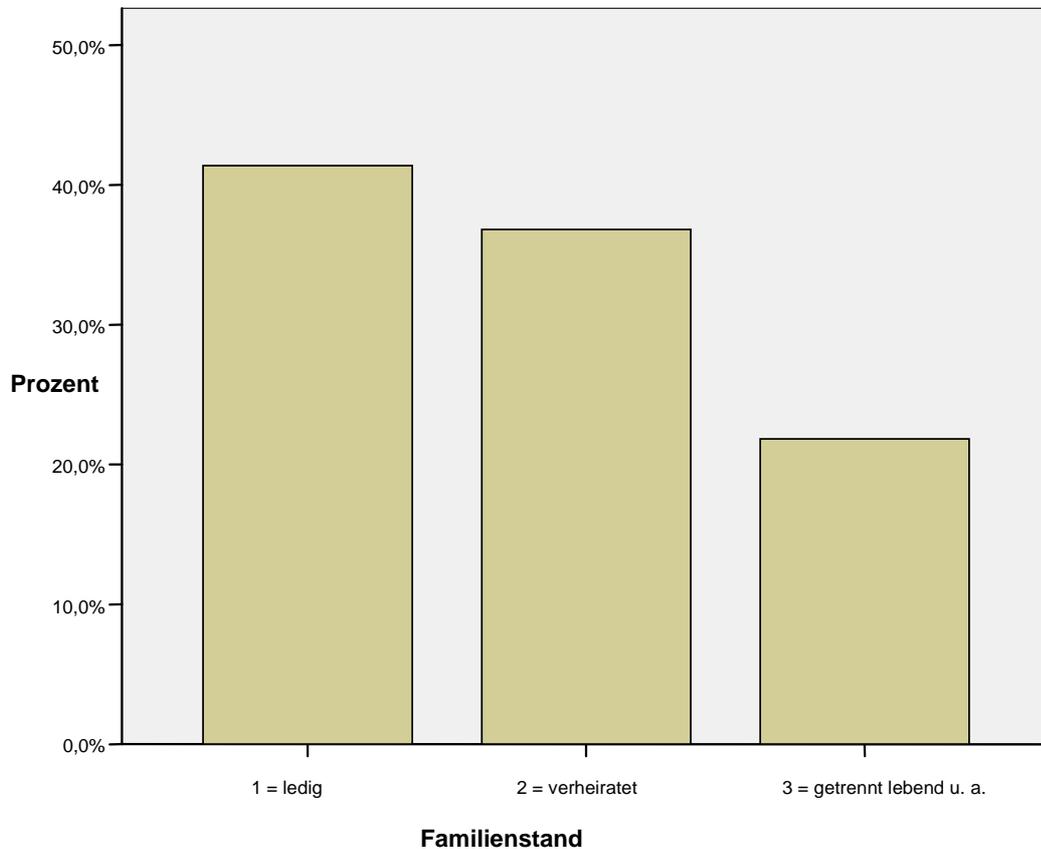
Vor Klinikaufnahme waren 38,1 % der Patienten Vollzeit erwerbstätig, 13,4 % Teilzeit erwerbstätig und 11,7 % der Patienten waren arbeitslos.

Abb. 4: Berufsabschluss: 57,3 % der Patienten haben eine Lehre/Fachschule absolviert, 18,6 % eine Fachhochschule/Universität und 12,6 % sind ohne Abschluss



In Abb. 5 ist der Familienstand zu sehen. 41,4 % der Patienten sind ledig, 36,8 % sind verheiratet und 18,6 % der Patienten sind getrennt lebend/geschieden.

Abb. 5: Familienstand, 41,4 % der Patienten sind ledig (1), 36,8 % verheiratet (2) und 18,6 % getrennt lebend/geschieden (3)



4.2. Verteilungsanalyse

4.2.1. Verteilungskennwerte der Items [Mittelwert (SD), Median, Modus (SD), Varianz, Schiefe (SD), Kurtosis (SD), gültige und fehlende Angaben]

Tab. 5: Verteilungskennwerte der Items des MFBP-63

Variablenbeschreibung	Mittelwert	Std.-Fehler des Mittelwerts	Median	Modus	Std.- Abweichung	Varianz	Schiefe	Std.- Fehler der Schiefe	Kurtosis	Std.- Fehler der Kurtosis	Gültig	Fehlend
1. Ich bin durch meinen einweisenden Arzt auf die stationäre Psychotherapie gut vorbereitet worden.	3,27	,074	3,00	4,00	1,302	1,696	-,188	,140	-1,174	,278	305	2
2. Ich habe die für mich richtige therapeutische Betreuung erhalten.	1,80	,051	2,00	1,00	,899	,810	1,270	,140	1,576	,278	305	2

Variablenbeschreibung	Mittelwert	Std.-Fehler des Mittelwerts	Median	Modus	Std.- Abweichung	Varianz	Schiefe	Std.- Fehler der Schiefe	Kurtosis	Std.- Fehler der Kurtosis	Gültig	Fehlend
3. Bereits bei der Aufnahme hatte ich einen positiven Eindruck von der Klinik und das Gefühl, hier gut aufgehoben zu sein.	2,02	,052	2,00	2,00	,922	,850	,770	,140	,218	,279	303	4
4. In der Therapie wurden genau die Problembereiche bearbeitet, die mir wichtig waren.	1,77	,050	2,00	1,00	,881	,777	1,260	,139	1,656	,278	306	1
5. Der Therapeut und ich haben gemeinsam das Behandlungsziel erreicht	2,14	,057	2,00	2,00	,999	1,00	,929	,140	,629	,279	304	3
6. Der Therapeut war einfühlsam und verständnisvoll.	1,45	,044	1,00	1,00	,777	,603	1,920	,140	3,469	,278	305	2
7. Der Therapeut war freundlich.	1,23	,027	1,00	1,00	,480	,231	1,961	,139	3,099	,278	306	1
8. Ich glaube, dass der Therapeut und ich meine Probleme ähnlich gesehen und beurteilt haben.	1,77	,050	2,00	1,00	,888	,790	1,427	,140	2,268	,279	304	3
9. Es gibt Probleme, die ich dem Therapeuten verschweigen habe.	1,80	,060	1,00	1,00	1,062	1,130	1,440	,140	1,447	,278	305	2
10. Kritik am Therapeuten habe ich für mich behalten.	2,35	,117	2,00	2,00	1,217	1,483	,495	,233	-,961	,461	108	199
11. Der Therapeut hat mich manchmal kritisiert und abweisend reagiert.	1,68	,049	1,00	1,00	,871	,759	1,042	,140	,182	,278	305	2
12. Der Therapeut war manchmal unzufrieden mit mir und hat die Schuld nur bei mir gesucht.	1,47	,043	1,00	1,00	,757	,573	1,651	,140	2,414	,279	304	3
13. Ich habe mich meistens an die Therapieabsprachen gehalten.	1,59	,036	2,00	1,00	,621	,387	,719	,139	,370	,278	306	1
14. Der Therapeut hat mir alles, was mit meinen Beschwerden und Problemen zusammenhängt, erklärt.	1,67	,045	2,00	1,00	,794	,630	1,181	,140	1,090	,278	305	2
15. Therapeutische Aktivitäten fanden zu selten statt, so dass ich zu viel freie Zeit hatte.	2,64	,072	2,00	2,00	1,25	1,563	,325	,140	-,970	,279	303	4
16. Eigentlich fällt es mir schwer zu glauben, dass für meine körperlichen Beschwerden psychische Ursachen verantwortlich sein sollen.	1,91	,063	2,00	1,00	1,079	1,164	1,076	,141	,344	,282	297	10
17. Ich konnte mich hier gut erholen, ohne mich selber anstrengen zu müssen.	2,85	,071	3,00	2,00	1,245	1,550	,151	,140	-1,036	,279	304	3

Variablenbeschreibung	Mittelwert	Std.-Fehler des Mittelwerts	Median	Modus	Std.- Abweichung	Varianz	Schiefe	Std.- Fehler der Schiefe	Kurtosis	Std.- Fehler der Kurtosis	Gültig	Fehlend
18. Ich habe genügend Einfluss auf die Behandlung gehabt.	2,15	,053	2,00	2,00	,924	,853	,617	,140	-,019	,279	304	3
19. Meine Symptome haben sich zwar gebessert, aber meine Probleme sind immer noch da.	3,30	,063	3,00	4,00	1,091	1,191	-,371	,141	-,601	,281	299	8
20. Die Psychopharmaka (z. B. Beruhigungsmittel, Antidepressiva), die ich nehmen sollte, habe ich eigentlich abgelehnt.	1,82	,083	1,00	1,00	1,067	1,137	1,194	,189	,589	,376	165	142
21. Ich habe die Psychopharmaka wegen der Nebenwirkungen, die mich beeinträchtigt haben, abgesetzt.	4,42	,094	5,00	5,00	1,199	1,438	-1,997	,191	2,688	,379	162	145
22. Die Psychopharmaka, die ich nehmen sollte, waren wichtig für mich.	2,10	,093	2,00	1,00	1,182	1,398	1,056	,190	,397	,378	163	144
23. Das Therapieprogramm war wie ein Arbeitstag für mich.	2,68	,071	2,00	2,00	1,245	1,549	,284	,140	-1,040	,279	303	4
24. Ich habe das Gefühl, dass mir zuviel Eigenaktivität abverlangt wurde.	1,90	,053	2,00	1,00	,922	,851	,864	,140	,058	,279	304	3
25. Der Therapeut ist zu wenig auf die zugrunde liegenden Probleme eingegangen.	1,86	,064	1,00	1,00	1,119	1,253	1,255	,140	,669	,279	304	3
26. Der Therapeut hat zu sehr Konflikte in mir aufgewühlt.	2,09	,064	2,00	1,00	1,124	1,263	,860	,140	-,105	,279	303	4
27. Der Therapeut hat zu wenig Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt.	2,01	,064	2,00	1,00	1,120	1,254	,996	,140	,202	,279	304	3
28. Ich hätte mir lieber einen anderen Therapeuten gewünscht.	1,49	,055	1,00	1,00	,964	,928	2,122	,140	3,980	,278	305	2
29. Falls Sie einen weiblichen Therapeuten hatten, hätten Sie lieber einen männlichen Therapeuten gehabt?	1,55	,063	1,00	1,00	,955	,912	1,687	,159	2,254	,318	233	74
30. Falls Sie einen männlichen Therapeuten hatten, hätten Sie lieber einen weiblichen Therapeuten gehabt?	2,20	,094	2,00	1,00	1,343	1,803	,788	,171	-,524	,340	203	104
31. Dadurch, dass ich den Therapeuten gewechselt habe, habe ich mich besser gefühlt.	3,44	,272	4,00	5,00	1,629	2,654	-,399	,393	-1,514	,768	36	271

Variablenbeschreibung	Mittelwert	Std.-Fehler des Mittelwerts	Median	Modus	Std.- Abweichung	Varianz	Schiefe	Std.- Fehler der Schiefe	Kurtosis	Std.- Fehler der Kurtosis	Gütig	Fehlend
32. Die therapeutischen Gruppensitzungen waren hilfreich für mich.	2,27	,072	2,00	2,00	1,206	1,454	,817	,145	-,202	,290	281	26
33. Die therapeutischen Gruppensitzungen waren für mich hilfreicher als die Einzelgespräche.	3,84	,060	4,00	4,00	1,013	1,025	-,558	,146	-,249	,291	279	28
34. Die Gestaltungstherapie war hilfreich.	2,13	,109	2,00	1,00 ^a	1,186	1,405	,977	,222	,066	,440	119	188
35. Die physikalische Therapie war hilfreich.	1,86	,066	2,00	2,00	,832	,694	,853	,191	,666	,380	161	146
36. Die Soziotherapie war hilfreich.	2,20	,101	2,00	2,00	1,064	1,132	,785	,228	,090	,453	112	195
37. Die Co-Therapie war hilfreich.	1,66	,087	1,00	1,00	,952	,906	1,703	,222	2,813	,440	119	188
38. Meine Angehörigen sind zu wenig in die Therapie einbezogen worden.	2,26	,099	2,00	1,00	1,179	1,390	,647	,205	-,299	,407	140	167
39. Die Gespräche und Aktivitäten mit den Mitpatienten haben eine wichtige Rolle für mein Wohlbefinden gespielt.	2,07	,061	2,00	2,00	1,065	1,135	,986	,140	,486	,280	301	6
40. Die Entfernung von zu Hause war wichtig für mich.	2,07	,074	2,00	1,00	1,288	1,658	1,069	,140	-,016	,279	304	3
41. Ich habe in der Therapie mehr Selbstvertrauen gewonnen.	2,32	,058	2,00	2,00	1,005	1,010	,563	,140	,174	,279	304	3
42. Ich konnte in der Therapie einen Zusammenhang zwischen meinen seelischen Problemen und meinen körperlichen Beschwerden entdecken.	2,16	,067	2,00	2,00	1,149	1,321	,971	,141	,317	,282	297	10
43. Ich konnte in der Therapie Einsicht in die Zusammenhänge in meinem Leben gewinnen.	1,87	,049	2,00	2,00	,852	,727	1,067	,140	1,474	,280	302	5
44. Ich habe in der Therapie eine Hilfestellung erhalten, um in meinem Leben etwas Grundsätzliches zu verändern, das ich bisher nicht ändern konnte.	2,06	,056	2,00	2,00	,976	,953	1,001	,140	,906	,280	302	5
45. Ich habe in der Therapie gelernt, positiver zu denken.	2,34	,052	2,00	2,00	,912	,832	,564	,140	,095	,279	304	3
46. Ich habe in der Therapie gelernt, mit anderen Menschen besser zurechtzukommen.	2,52	,051	2,00	2,00	,882	,778	,539	,140	,437	,279	304	3

Variablenbeschreibung	Mittelwert	Std.-Fehler des Mittelwerts	Median	Modus	Std.- Abweichung	Varianz	Schiefe	Std.- Fehler der Schiefe	Kurtosis	Std.- Fehler der Kurtosis	Gültig	Fehlend
47. Ich habe im Laufe der Therapie Freude an Freizeitaktivitäten und einem positiven Körperbewusstsein entwickelt.	2,46	,061	2,00	2,00	1,067	,459	,140	,140	-,352	,280	302	5
48. Ich weiß jetzt, welche Ziele mir wichtig sind und wie ich sie erreichen kann.	2,22	,051	2,00	2,00	,893	,797	,752	,140	,682	,279	303	4
49. In der Therapie sind meine Möglichkeiten, klarer sehen und Probleme besser lösen zu können, erkannt und ausgeschöpft worden.	2,21	,052	2,00	2,00	,901	,812	,642	,140	,372	,279	304	3
50. Ich glaube, dass ich die hier eingeübten Problemlösungen auch im wirklichen Leben eigenständig umsetzen kann.	2,34	,046	2,00	2,00	,812	,659	,498	,140	,570	,278	305	2
51. Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gestiegen.	2,04	,057	2,00	2,00	,989	,979	,844	,141	,273	,281	300	7
52. Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gesunken.	1,77	,060	1,00	1,00	1,035	1,071	1,196	,141	,516	,282	297	10
53. Ich bin rechtzeitig vor Beendigung des Klinikaufenthaltes auf weiterführende Behandlungen aufmerksam gemacht worden.	2,17	,069	2,00	1,00	1,212	1,469	,893	,140	-,151	,279	303	4
54. Ich habe Angst, jetzt wieder in meinen gewohnten Alltag zu kommen.	3,26	,070	3,00	4,00	1,236	1,528	-,272	,140	-,924	,278	305	2
55. Eigentlich hätte ich mir mehr von diesem Klinikaufenthalt versprochen.	2,47	,074	2,00	1,00	1,287	1,656	,443	,140	-,950	,279	304	3
56. Insgesamt war das Klinikpersonal freundlich.	1,46	,034	1,00	1,00	,607	,368	1,214	,140	1,743	,278	305	2
57. Die Qualität des Essens könnte verbessert werden.	2,22	,063	2,00	2,00	1,096	1,201	,655	,140	-,328	,280	302	5
58. Insgesamt fand ich mein Zimmer angenehm und komfortabel.	1,97	,059	2,00	2,00	1,027	1,055	1,133	,140	,837	,279	304	3
59. Die Ausstattung der Klinik könnte verbessert werden.	2,82	,059	3,00	3,00	1,021	1,043	,052	,140	-,418	,280	301	6
60. Der erhaltungsaufwand war mir zu kompliziert.	2,03	,053	2,00	2,00	,929	,863	,698	,140	,142	,280	302	5

Variablenbeschreibung	Mittelwert	Std.-Fehler des Mittelwerts	Median	Modus	Std.- Abweichung	Varianz	Schiefe	Std.- Fehler der Schiefe	Kurtosis	Std.- Fehler der Kurtosis	Gütig	Fehlend
61. Insgesamt bin ich mit der Art der Therapie, die ich hier erhalten habe, zufrieden.	1,79	,053	2,00	1,00	,927	,860	1,506	,140	2,509	,279	304	3
62. Insgesamt bin ich mit dem Therapieergebnis zufrieden.	2,13	,060	2,00	2,00	1,049	1,102	1,013	,140	,636	,279	303	4
63. Sollte ich nochmals erkranken, würde ich mich gerne wieder in dieser Klinik behandeln lassen.	1,55	,053	1,00	1,00	,919	,845	1,894	,140	3,434	,279	303	4

In der Tabelle 5 sind Minimum und Maximum nicht aufgeführt, da die Werte für alle Items gleich sind.

Die Werte für das Minimum sind 1 und für das Maximum 5, die Bewertung geht von „1“ (voll), „2“ (überwiegend), „3“ (unentschieden), „4“ (eher nicht) bis „5“ (gar nicht).

Fünf Fragen wurden mit 1 bewertet, 47 Fragen wurden mit „überwiegend“ beurteilt, neun Fragen erhielten die Bewertung 3 und zwei Fragen wurden bei 4 eingeschätzt. Die Werte für die Spannweite sind bei 60 Items bei 4 und bei Item 3, 14 und 15 bei 3.

Eine Normalverteilung entspricht einem Kurtosis-Wert von „0“. Ein positiver Kurtosis-Wert entspricht einer Verteilung mit einer höheren Konzentration der Dichte um den Mittelwert. 43 Items (Item 2 - 9, 11 -14, 16, 20 - 22, 24 - 25, 27 - 29, 34 - 37, 39, 41 - 46, 48 - 52, 56, 58 und 60 - 63) weisen einen positiven Kurtosis-Wert auf. Eine negative Kurtosis entspricht einer Verteilung mit gleichmäßig verteilter Dichte. 20 Items (Item 1, 10, 15, 17 - 19, 23, 26, 30 - 33, 38, 40, 47, 53 - 55, 57 und 59) weisen einen negativen Kurtosis-Wert auf. Da der Kurtosis-Wert anfällig für Ausreißer ist, muss zur tatsächlichen Analyse der Verteilung jedes Item anhand des Histogramms der Antwortkategorien überprüft werden. Die Schiefe ist ein Maß für die Schmal- oder Breitgipfeligkeit einer Verteilung (Bühner, 2006). Ist die Schiefe kleiner Null handelt es sich um eine rechtssteile Verteilung, bei einer Schiefe größer Null entspricht dies einer linkssteilen Verteilung und eine Schiefe von Null zeigt eine symmetrische Verteilung. West, Curan und Finch (1995, in Bühner, 2006, S. 285) empfehlen Grenzen von Schiefe kleiner als zwei und Exzess kleiner als sieben für jedes

Item. 57 Items sind linksschief verteilt (Item 2 - 18, 20, 22 - 30, 32, 34 - 53 und 55 - 63), das bedeutet, wie zu Beginn schon erwähnt, dass eine hohe Zustimmung bei Zufriedenheitsbefragungen zu finden ist und diese hier auch wieder bestätigt wird. Item 28 liegt knapp über dem empfohlenen Wert kleiner als zwei bei der Schiefe und wird wegen der inhaltlichen Bedeutung erst einmal beibehalten. Sechs Items sind rechtsschief verteilt (Item 1, 19, 21, 31, 33 und 54). Der Kolmogoroff-Smirnov-Test (Signifikanzkorrektur nach Lilliefors) zur Prüfung der Annahme der Normalverteilung ergab, dass für alle Items die Nullhypothese (Normalverteilung) zurückgewiesen werden muss (Signifikanzniveau 0,000; 2-seitig). Zu jedem Item werden weiterhin die Mittelwerte (SD), der Median, der Modus und die Anzahl der gültigen wie auch fehlenden Antworten angegeben. Das arithmetische Mittel (Mean) beträgt 2,17 (SD 1,02). Der Median beträgt 1,98.

Eine hohe Zufriedenheit findet sich sowohl in der Globalzufriedenheit (Items 56, 58, 61, 62 und 63) als auch bei den einzelnen Behandlungsaspekten, die die Gesamtzufriedenheit mit der Therapie (9 Items) und den Persönlichen Nutzen (8 Items) betreffen (die u. a. Verteilungskennwerte in Prozent befinden sich als Tabelle im Anhang E):

Item 56: Insgesamt war das Klinikpersonal freundlich, wurde von 95,4 % mit voll/überwiegend beantwortet. 77,5 % der Befragten waren voll/überwiegend mit dem Komfort ihres Zimmers zufrieden (Item 58). Insgesamt mit der Art der Therapie waren 85 % zufrieden (Item 61) und mit dem Therapieergebnis waren insgesamt 72,7 % der Befragten voll/überwiegend zufrieden (Item 62). 84,6 % der Patienten würden sich wieder in der Klinik behandeln lassen, wenn sie nochmals erkranken würden (Item 63).

84,1 % der Befragten sind der Meinung, dass sie die für sich richtige therapeutische Betreuung erhalten haben (Item 2). 84 % sind voll/überwiegend der Meinung, dass in der Therapie genau die Problembereiche bearbeitet wurden, die für sie wichtig waren (Item 4). 71,7 % sind der Meinung, dass sie und der Therapeut gemeinsam das Behandlungsziel erreicht haben (Item 5). 89,9 % der Patienten sind der Meinung, dass der Therapeut einfühlsam und verständnisvoll war (Item 6). Einen freundlichen Therapeuten hatten 97,1 % der

Befragten (Item 7). 86 % der Befragten glauben, dass der Therapeut und sie ihre Probleme ähnlich gesehen und beurteilt haben (Item 8). Dem Item 14: „Der Therapeut hat mir alles, was mit meinen Beschwerden und Problemen zusammenhängt, erklärt“, stimmten 87,7 % mit voll/überwiegend zu. Genügend Einfluss auf die Behandlung hatten 69 % der Patienten (Item 18). Mehr Selbstvertrauen in der Therapie haben 57,7 % der Befragten bekommen (Item 41). 80,8 % der Patienten „konnten in der Therapie Einsicht in die Zusammenhänge in ihrem Leben gewinnen“ (Item 43). Das Item 44, „in der Therapie eine Hilfestellung erhalten zu haben, um in ihrem Leben etwas Grundsätzliches zu verändern, das sie bisher nicht ändern konnten“, beantworteten 73,6 % mit voll/überwiegend. 72,3 % der Befragten haben in der Therapie gelernt, positiver zu denken (Item 45). 54,4 % der Patienten konnten im Laufe der Therapie Freude an Freizeitaktivitäten und einem positiven Körperbewusstsein entwickeln (Item 47). 68,1 % wissen jetzt, welche Ziele ihnen wichtig sind und wie sie diese erreichen können (Item 48). 67,1 % der Patienten meinen, dass in der Therapie ihre Möglichkeiten, klarer sehen und Probleme besser lösen zu können, erkannt und ausgeschöpft worden sind (Item 49). Das Item 50, „ich glaube, dass ich die hier eingeübten Problemlösungen auch im wirklichen Leben eigenständig umsetzen kann“, beantworteten 61,3 % mit voll/überwiegend. Bei 71,1 % der Patienten ist die Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen im Verlauf der Behandlung gestiegen (Item 51).

4.3. Die Auswertung der Faktorenanalysen

Die Items stammen, wie bereits o. a., aus vorhandenen Fragebögen zur Psychotherapie und neu formulierten Items. Die negativ formulierten Items des Originaldatensatzes des MFBP-63, Item 9 – 12, 15 und 16, 19 und 20, 23 – 30, 38, 52, 54 und 55, 57, 59 und 60, wurden umgepolt. Die Items 10, 20, 21, 22, 29, 30, 31 und 34 – 38 wurden vor der Hauptkomponentenanalyse mit Promax Rotation, Eigenwert > 1 , eliminiert, da mehr als 10 % der Patienten keine Angaben gemacht haben (The Whoqol Group 1998). Als nächstes wurden die verbleibenden 51 Items anhand ihrer MSA-Werte (Measure of Sampling Adequacy) inspiziert. Diese sind alle für die Berechnung der Faktorenanalyse geeignet.

Tab. 6 zeigt die MSA-Werte der 51 Items, die Items 1 – 19, 23 – 24, 27 – 28, 32 - 33, 39 – 42 und 46 – 63.

Tab. 6: MSA-Werte der 51 Items, die Items 1 – 19, 23 – 24, 27 – 28, 32 – 33, 39 - 42 und 46 - 63

MSA-Werte Items 1 - 12	MSA-Werte Items 13 – 19, Item 23 - 24	MSA-Werte Items 27 – 28, Items 32 – 33, Items 39 - 42	MSA-Werte Items 46 - 56	MSA-Werte Items 57 - 63
Item 1: 0,782	Item 13: 0,873	Item 27: 0,928	Item 46: 0,917	Item 57: 0,726
Item 2: 0,956	Item 14: 0,943	Item 28: 0,933	Item 47: 0,958	Item 58: 0,687
Item 3: 0,941	Item 15: 0,944	Item 32: 0,871	Item 48: 0,937	Item 59: 0,785
Item 4: 0,954	Item 16: 0,881	Item 33: 0,668	Item 49: 0,953	Item 60: 0,773
Item 5: 0,949	Item 17: 0,687	Item 39: 0,691	Item 50: 0,947	Item 61: 0,952
Item 6: 0,936	Item 18: 0,957	Item 40: 0,704	Item 51: 0,941	Item 62: 0,959
Item 7: 0,898	Item 19: 0,811	Item 41: 0,920	Item 52: 0,939	Item 63: 0,940
Item 8: 0,952	Item 23: 0,764	Item 42: 0,888	Item 53: 0,906	
Item 9: 0,853	Item 24: 0,869	Item 43: 0,931	Item 54: 0,788	
Item 11: 0,892	Item 25: 0,943	Item 44: 0,962	Item 55: 0,962	
Item 12: 0,897	Item 26: 0,763	Item 45: 0,962	Item 56: 0,862	

Es ergab sich ein sehr guter KMO-Wert von 0,922 für die weiter verwendeten Variablen (51 Items), der Bartlett Test ist signifikant ($p = 0,000$, $df = 1275$, Chi-Quadrat 6840,136). Es wurden nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium 11 Faktoren extrahiert, die kumulierte Varianzausschöpfung betrug nach der Extraktion insgesamt 65 % (Tab. 7). Die kumulierte Varianzausschöpfung ist bei der Promax-Rotation jedoch nicht interpretierbar, da die Faktoren korreliert sind. Gegenstand der Betrachtung ist hier, ob sich mit dem verwendeten Kriterium eine Lösung ergibt, die insgesamt inhaltlich im Sinne einer Interpretierbarkeit der gewonnenen Komponenten diskutabel ist und ob sich befriedigende Skalenlängen ergeben. Weiterhin ist interessant zu beobachten, inwieweit sich

die inhaltliche Bedeutung der Komponenten bei den nachfolgenden Lösungen mit geringeren Faktorenzahlen verändern wird.

Es wurde ein Hauptfaktor mit einer Varianz von 36,11 % ermittelt. Es wird davon ausgegangen, dass die Faktoren ein ähnliches Konstrukt messen, nämlich die Patientenzufriedenheit.

Zuordnung der Faktoreninhalte:

1. Faktor Gesamtzufriedenheit mit der Therapie (36,11 % Varianz)
2. Faktor Persönlicher Nutzen
3. Faktor Therapeutenverhalten
4. Faktor Klinikkomfort
5. Faktor Gruppenfaktor
6. Faktor Überforderung
7. Faktor Bestehende Probleme nach dem Aufenthalt
8. Faktor Subjektive Belastungswahrnehmung
9. Faktor Distanz zum gewohnten Umfeld
10. Faktor Psychosomatische Krankheitseinsicht
11. Faktor Zimmerkomfort, das letzte Item ist negativ gepolt und passt inhaltlich nicht

Von den 11 Faktoren sind ca. 5 – 6 Faktoren insofern brauchbar, als sie inhaltlich aus 3 - 4 Items bestehen, die hoch laden (Fisseni, 1990).

1. Ausschluss der Items der 1. Hauptkomponentenanalyse mit Promax Rotation, Eigenwert > 1, mit 11 Faktoren, Beginn mit Faktor 11, Ende bei Faktor 9:

Faktor 11 besteht aus zwei Items. **Das Item 01** (Ich bin durch meinen einweisenden Arzt auf die stationäre Psychotherapie gut vorbereitet worden.), wird entfernt, da es auf diesem Faktor keine Benennungsrelevanz zu dem 1. Item auf Faktor 11 hat und auch keinen eigenen Faktor bildet. Das 2. Item von Faktor 11, **das Item 58** (Insgesamt fand ich mein Zimmer angenehm und komfortabel), passt inhaltlich eher zum Hotelfaktor und wird ebenfalls gestrichen, da ein weiteres, ähnliches Item, Item 59, den Hotelfaktor abbildet.

Faktor 10, bestehend aus zwei Items. **Das Item 43** (Ich konnte in der Therapie Einsicht in die Zusammenhänge in meinem Leben gewinnen.) hat eine geringe Ladung ($r = 0,449$) und eine ähnlich geringe Ladung auf Faktor 1 ($r = 0,338$) und wird eliminiert. Es ist eher allgemein gehalten und wenig aussagekräftig. **Das Item 42** (Ich konnte in der Therapie einen Zusammenhang zwischen meinen seelischen Problemen und meinen körperlichen Beschwerden entdecken.) hat eine hohe Ladung ($r = 0,717$) und wird erst einmal beibehalten.

Faktor 9, bestehend aus zwei Items. **Das Item 53** (Ich bin rechtzeitig vor Beendigung des Klinikaufenthaltes auf weiterführende Behandlungen aufmerksam gemacht worden.) passt inhaltlich nicht zu Item 40 im gleichen Faktor und es hat eine geringe Ladung ($r = 0,427$). Es ist zwar wichtig, auf weiterführende Behandlungen aufmerksam zu machen, aber im Gesamtkontext ist das Item offensichtlich nicht hoch eingeschätzt. **Das Item 40** (Die Entfernung von zu Hause war wichtig für mich, um mich um meine Gesundheit kümmern zu können.) wird erst einmal beibehalten, es hat eine hohe Ladung ($r = 0,832$) und ist inhaltlich relevant. Die Eliminierung der Items wird hier gestoppt, denn ab dem Faktor 8 können sich noch Änderungen ergeben, da sich bei einer Neuberechnung der Faktorenanalyse von Faktor 1 – 8 weitere Itemverschiebungen ergeben können. Es wurden 4 Items eliminiert, die Items 53, 43, 58 und 01, verbleibend sind 47 Items.

2. Hauptkomponentenanalyse mit Promax-Rotation, Eigenwert > 1, mit 10 Faktoren, weiterer Ausschluss der Items, die für die Faktorbildung kaum Bedeutung haben:

Faktor 10: Das Item 40 wird weiterhin wegen der hohen Faktorladung ($r = 0,830$) und der inhaltlichen Bedeutung beibehalten, da diesbezüglich auch ausreichendes Patienteninvolvement ausgedrückt wird.

Faktor 9: Das Item 16 (Eigentlich fällt es mir schwer zu glauben, dass für meine körperlichen Beschwerden psychische Ursachen verantwortlich sein sollen, Ladung $r = 0,424$) bezweifelt in der Basis den Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden und psychischen Ursachen während des Aufenthalts an und kann daher keine ausreichende Aussage für die Einschätzung abgeben oder eine adäquate Bewertung ausdrücken, da es in der Meinungsbildung schon voreingenommen ist. Das Item lädt auch mit ähnlichen Werten auf Faktor 3

($r = 0,402$) und Faktor 7 ($r = 0,405$) und ist somit nicht eindeutig zuzuordnen. Das **Item 19** (Meine Symptome haben sich zwar gebessert, aber meine Probleme sind immer noch da.) hat eine hohe Ladung ($r = 0,777$) und wird beibehalten.

Faktor 8: Das Item 23 (Das Therapieprogramm war wie ein Arbeitstag für mich.) hat zwar eine hohe Ladung ($r = 0,691$), es könnte jedoch missverständlich aufgefasst werden. Wenn man den Arbeitstag als hart interpretiert dann kreuzt man eher „ja“ an. Wenn man den Arbeitstag als Erholung empfindet, kreuzt man wohl eher „nein“ an. Die Formulierung des Items ist nicht gut ausgewählt worden, es kann verfälschte Antworten wiedergeben und wird eliminiert. **Das Item 17** (Ich konnte mich hier gut erholen, ohne mich selber anstrengen zu müssen) zeigt auch eine hohe Ladung an ($r = 0,851$). Das Item wird erst noch beibehalten.

Faktor 7: Das Item 26 (Der Therapeut hat zu sehr Konflikte in mir aufgewühlt.) hat eine hohe Ladung $r = 0,771$. **Das Item 24** (Ich habe das Gefühl, dass mir zuviel Eigenaktivität abverlangt wurde. Ladung $r = 0,520$) kann offenbar eine Dimension nicht gut erfassen, es ist nicht trennscharf genug und könnte auch dem Faktor 8 zugeordnet werden. Es lädt auch auf dem Faktor 3 mit einer etwas niedrigeren Ladung ($r = 0,347$), jedoch wird es erst noch beibehalten, denn es ist möglich, dass es sich aussagekräftiger verhält, wenn Item 23 (Faktor 8) in einem nächsten Schritt herausgenommen wird. Die beiden Items laden auf zwei Faktoren gemeinsam hoch, sie haben also Gemeinsamkeiten, wobei Item 23 als potentiell missverständlich angesehen werden könnte. Es wäre möglich, dass Irritationen bei Item 23 die Aussagekraft von Item 24 beeinflussen könnten.

Faktor 6: Zu Item 03 (Bereits bei der Aufnahme hatte ich einen positiven Eindruck von der Klinik und das Gefühl, hier gut aufgehoben zu sein. Ladung $r = 0,420$) ist zu bemerken, dass die Abfrage des ersten Eindrucks möglicherweise für eine Bewertung am Ende des Aufenthaltes nicht unbedingt relevant und auch nicht sehr aussagekräftig ist. Es lädt mit ähnlicher Ladung auf dem Faktor 9 ($r = 0,334$) und dem Faktor 2 ($r = 0,377$). Es ist nicht eindeutig zuzuordnen und passt inhaltlich nicht zu den übrigen Items des Faktors 6. **Das Item 39** (Die Gespräche und Aktivitäten mit den Mitpatienten haben eine wichtige Rolle für mein Wohlbefinden gespielt. Ladung $r = 0,534$) wird noch beibehalten, da es inhaltlich zu den anderen Items passt. Es lädt aber noch mit niedriger Ladung ($r = 0,315$) auf dem Faktor 7 und dem Faktor 10 ($r = 0,318$).

Bei dem Faktor 5 werden alle vier Items (Item 57, 59, 56 und 60) weiterhin beibehalten.

Faktor 4: Das Item 13 (Ich habe mich meistens an die Therapieabsprachen gehalten. Ladung $r = 0,401$) lädt mit ähnlich hoher Ladung auf Faktor 10 ($r = 0,343$) und wird deshalb eliminiert. Außerdem ist „meistens“ keine konkrete Aussage, inhaltlich ist das Item nicht gut formuliert. **Das Item 11** (Der Therapeut hat mich manchmal kritisiert und abweisend reagiert. Ladung $r = 0,560$) wird gestrichen, weil es inhaltlich auf zwei verschiedene Aussagen eingeht und man nicht weiß, wenn man es ankreuzt, welche Aussage letztendlich gemeint war. Man müsste eher zwei Fragen formulieren. Mit etwas niedrigerer Ladung ($r = 0,339$) lädt das Item auch auf dem Faktor 2.

Insgesamt wurden in diesem Schritt 5 Items eliminiert, die Items 16, 23, 03, 13 und 11, für die weitere Analyse verbleiben 42 Items.

3. Hauptkomponentenanalyse mit Promax-Rotation, Eigenwert > 1 , mit 8 Faktoren, weiterer Ausschluss der Items, die für die Faktorbildung kaum Bedeutung haben:

Der **Faktor 8** besteht nur noch aus einem Item, dem **Item 17**, es hat zwar eine hohe Ladung ($r = 0,834$). Ein Item allein kann keinen Faktor bilden, deshalb wird es eliminiert. Weiterhin kann es inhaltlich auch missverstanden werden, dass man denkt, der Aufenthalt kann wie ein Hotelaufenthalt gesehen werden und nicht wie ein Klinikaufenthalt, Eigeninitiative und anschließendes Selbstmanagement könnten außen vor bleiben.

Faktor 7, bestehend aus zwei Items, **dem Item 40** und **Item 54** (Ich habe Angst, jetzt wieder in meinen gewohnten Alltag zu kommen.). Das Item 54 wird eliminiert, da die Angsteinschätzung eine andere Form der Beurteilung in Fragebögen misst. Beide Items messen inhaltlich ein anderes Konstrukt und können mit zwei Items keinen Faktor bilden. Deshalb werden diese auch eliminiert.

Faktor 6: Dieser Faktor besteht ebenfalls nur aus zwei Items. **Dem Item 26** (Der Therapeut hat zu sehr Konflikte in mir aufgewühlt. Ladung $r = 0,844$) und **dem Item 24** (Ich habe das Gefühl, dass mir zuviel Eigenaktivität abverlangt wurde. Ladung $r = 0,536$). Dieses Item lädt ähnlich hoch auf Faktor 1 ($r = 0,418$), es ist

nicht trennscharf, beide Items messen inhaltlich nicht das gleiche Konstrukt, der Faktor 6 wird ebenfalls eliminiert.

Faktor 5: Das Item 39 wird eliminiert, es lädt nur schwach auf diesem Faktor ($r = 0,478$) und nochmals auf Faktor 5 ($r = 0,388$). **Die Items 32 und 33** werden wegen der inhaltlichen Aspekte der Gruppentherapie vs. Einzeltherapie erst einmal beibehalten.

Faktor 4: Dieser Faktor besteht aus **den Items 56, 57, 59 und 60**. Sie passen zwar inhaltlich zusammen, sie erfassen den Klinikkomfort, und sie haben auch genügend hohe Ladungen, jedoch passen sie inhaltlich nicht recht zu den therapeutischen Bereichen der Faktoren 1, 2, 3 und 5. Nach Rücksprache mit dem Erstbetreuer meiner Doktorarbeit, Herrn Professor Mertens, und dem Klinikchef, Herrn Professor Zaudig, wird dieser Faktor letztendlich eliminiert. Zwar sind die Faktoren inhaltlich für die Psychosomatische Klinik Windach für die Erfassung der Patientenzufriedenheit II relevant, jedoch soll der Fragebogen später auch in anderen Kliniken eingesetzt werden, für die der Bereich Klinikkomfort vielleicht eine eher untergeordnete Rolle spielt.

Faktor 3: Dieser Faktor setzt aus **den Items 06, 07, 08, 09, 12, 14 und 28** zusammen. Die Ladungen sind auch entsprechend hoch. Diese Items werden alle beibehalten.

Faktor 2: Dieser Faktor besteht aus **den Items 19, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, und 50**. **Das Item 19** (Meine Symptome haben sich zwar gebessert, aber meine Probleme sind immer noch da) wird entfernt. Auf Symptomebene tritt zwar eine Besserung ein, jedoch hat keine Problemlösestrategie stattgefunden oder diese wurden vielleicht in der Psychotherapie nicht wirklich bearbeitet. Das Item steht inhaltlich im Widerspruch mit dem Item 50 (Ich glaube, dass ich die hier eingeübten Problemlösungen auch im wirklichen Leben eigenständig einsetzen kann). **Item 42** (Ich konnte in der Therapie einen Zusammenhang zwischen meinen seelischen Problemen und meinen körperlichen Beschwerden entdecken.) wird ebenfalls entfernt. Inhaltlich gehen die restlichen Items dieses Faktors in ihrer Fragestellung klar auf einen persönlichen Nutzen ein, den man von der Psychotherapie mit nach Hause nimmt, in dem man beispielsweise Ziele definiert und erreicht hat, mehr Selbstvertrauen entwickelt hat oder Grundsätzliches in seinem Leben dadurch verändert. Das Item 42 fragt nur danach, ob man Zusammenhänge zwischen zwei Merkmalen erkennen kann,

aber nicht, ob man daraus auch eine Veränderung ableiten kann. Für weitere Berechnungen gehen in **den Faktor 2** acht Items ein, **die Items 41, 44, 45, 46, 47, 48, 49, und 50.**

Faktor 1: Die Items 02, 04, 05, 15, 18, 25, 27, 51, 52, 55, 61, 62 und 63 beinhalten diesen Faktor. **Das Item 25** (Der Therapeut ist zu wenig auf die zugrundeliegenden Probleme eingegangen. Ladung $r = 0,498$) lädt auch auf dem Faktor 6 mit $r = 0,372$. Es ist nicht trennscharf und wird gestrichen. Ein weiterer Aspekt, das Item herauszunehmen ist, dass diese Frage zur therapeutischen Überforderung führen könnte. Es kommt sehr auf die Erwartungen des Patienten an die Therapie an. Ein realistisches Maß und eine gesunde Selbstfürsorge sollten dabei im Auge behalten werden, denn überzogenen Erwartungen kann man als Therapeut nicht gerecht werden. **Das Item 05** (Der Therapeut und ich haben gemeinsam das Behandlungsziel erreicht. Ladung $r = 0,461$) wäre zwar inhaltlich für den Nutzen der Therapie wichtig, jedoch lädt es noch auf Faktor 2 mit $r = 0,353$ und wird eliminiert. **Item 27** (Der Therapeut hat zu wenig Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt. Ladung $r = 0,351$) lädt mit ähnlich hoher Ladung auf dem Faktor 3 ($r = 0,337$) und wird ebenfalls herausgenommen. Für weitere Analysen gehen in den **Faktor 1** 10 Items ein, **die Items 02, 04, 15, 18, 51, 52, 55, 61, 62 und 63.**

Zusammenfassend kann anhand der Hauptkomponentenanalyse mit Promax-Rotation (Tab. 8) des MFBP-63 gezeigt werden, dass die sieben Dimensionen, die bei der Konstruktion des MFBP-67 theoretisch aufgestellt wurden, nicht bestehen bleiben.

Es ergeben sich nach der ersten Faktorenextraktion elf Faktoren, nach einer weiteren Faktorenextraktion zehn Faktoren und nach einer dritten Extraktion acht Faktoren. Von den acht Faktoren werden letztendlich die Faktoren 1 (Gesamtzufriedenheit mit der Therapie), 2 (Persönlicher Nutzen), 3 (Therapeutenverhalten) und 5 (Gruppenfaktor), jetzt der Faktor 4, da der Faktor 4 (Klinikkomfort) eliminiert wurde, für weitere Analysen berücksichtigt werden können.

Diese vier Faktoren wurden einer weiteren Analyse mit dem MAP-Test unterzogen, einmal mit der Gesamtstichprobe von $n = 307$ und einmal mit

willkürlich ausgesuchten $n = 120$, um das Ergebnis zu überprüfen. Beide MAP-Tests schlagen eine 2-Faktoren-Lösung vor (Faktor 1 Eigenvalue 4,67, Faktor 2, Eigenvalue 1,77). Aufgrund der ersten starken Hauptkomponente wurde zusätzlich ein Screeplott durchgeführt, der ebenfalls eine 2-Faktoren-Lösung vorschlägt. Es wird die 2-Faktoren-Lösung der empirischen Überprüfung favorisiert. Die zwei Faktoren werden für die weiteren Auswertungen eingesetzt werden. Diesbezüglich lässt sich schlussfolgern, dass der hier entwickelte Fragebogen ein eindimensionales Konstrukt ist, mit inhaltlich zwei Faktoren, dem Faktor 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ und dem Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“.

Der 1. Faktor klärt mit 36,11 % den Hauptanteil der Gesamtvarianz auf (Tab. 7). Dieser Faktor 1, der die „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ benennt, setzt sich aus folgenden neun Items zusammen: Insgesamt ist man mit der Art der Therapie, die man hier erhalten hat, zufrieden (Item 61), man hat die für sich richtige therapeutische Betreuung erhalten (Item 2), insgesamt ist man mit dem Therapieergebnis zufrieden (Item 62), man hätte sich eigentlich mehr von diesem Klinikaufenthalt versprochen (Item 55), sollte man nochmals erkranken, würde man sich gerne wieder in dieser Klinik behandeln lassen (Item 63), die Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Laufe der Behandlung gestiegen (Item 51), es wurden in der Therapie genau die Problembereiche bearbeitet, die einem wichtig waren (Item 4), die Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gesunken (Item 52) und man hat genügend Einfluss auf die Behandlung gehabt (Item 18).

Der Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“ klärt 7,11 % anteilig auf, folgende acht Items wurden ermittelt: Man hat in der Therapie gelernt, mit anderen Menschen besser zurechtzukommen (Item 46), man hat in der Therapie mehr Selbstvertrauen gewonnen (Item 41), man weiß jetzt, welche Ziele einem wichtig sind, und wie man sie erreichen kann (Item 48). Man glaubt, dass man die hier eingeübten Problemlösungen auch im wirklichen Leben eigenständig einsetzen kann (Item 50), man hat im Laufe der Therapie Freude an Freizeitaktivitäten und einem positiven Körperbewusstsein entwickelt (Item 47), man hat in der Therapie gelernt, positiver zu denken (Item 45). Man hat in der Therapie eine Hilfestellung

erhalten, um in seinem Leben etwas Grundsätzliches zu verändern, das man bisher nicht ändern konnte (Item 44) und in der Therapie sind alle Möglichkeiten, klarer sehen und Probleme besser lösen zu können, erkannt und ausgeschöpft worden (Item 49). Die in Tab. 7 ausgewiesenen Varianzerklärungsanteile (% in Varianz) geben an, wie viel Erklärungsanteil der jeweilige Faktor in Bezug auf die 17 Ausgangsvariablen besitzt. Das Ziel ist eine möglichst umfassende Reproduktion der Datenstruktur durch wenige Faktoren zu erhalten und, wie oben bereits erwähnt, einen Überbegriff zu finden, zu dem sich die auf einen Faktor hoch ladenden Variablen zusammenfassen lassen (Tab. 8).

Tab. 7: Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen ²
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt
1	12,998	36,105	36,105	11,387
2	2,561	7,113	7,113	10,260
3	1,837	5,102	48,320	8,253
4	1,523	4,232	52,552	3,170
5	1,329	3,693	56,244	2,355
6	1,206	3,350	59,594	1,693
7	1,113	3,092	62,686	1,388
8	1,017	2,826	65,512	1,290

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse mit Promax-Rotation.

²Wenn Komponenten korreliert sind, können die Summen der quadrierten Ladungen nicht addiert werden, um eine Gesamtvarianz zu erhalten.

Tab. 8: Ladungen der Variablen auf den Faktoren 1 und 2

	Faktor 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ Ladungen > 0,5	Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“ Ladungen > 0,5
Sollte ich nochmals erkranken, würde ich mich gerne wieder in dieser Klinik behandeln lassen.	0,895	
Insgesamt bin ich mit der Art der Therapie, die ich hier erhalten habe, zufrieden.	0,891	
Eigentlich hätte ich mir mehr von diesem Klinikaufenthalt versprochen.	0,854	
Ich habe die für mich richtige Betreuung erhalten.	0,787	
Therapeutische Aktivitäten fanden zu selten statt, so dass ich zu viel freie Zeit hatte.	0,761	

	Faktor 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ Ladungen > 0,5	Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“ Ladungen > 0,5
Insgesamt bin ich mit dem Therapieergebnis zufrieden.	0,750	
Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gesunken.	0,627	
Ich habe genügend Einfluss auf die Behandlung gehabt.	0,591	
In der Therapie wurden genau die Problembereiche bearbeitet, die mir wichtig waren.	0,572	
Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gestiegen.	0,568	
Ich habe in der Therapie gelernt, mit anderen Menschen besser zurechtzukommen.		0,782
Ich habe in der Therapie mehr Selbstvertrauen gewonnen.		0,761
Ich weiß jetzt, welche Ziele mir wichtig sind und wie ich sie erreichen kann.		0,757
Ich glaube, dass ich die hier eingeübten Problemlösungen auch im wirklichen Leben eigenständig einsetzen kann.		0,740
Ich habe im Laufe der Therapie Freude an Freizeitaktivitäten und einem positiven Körperbewusstsein entwickelt.		0,728
Ich habe in der Therapie gelernt, positiver zu denken.		0,710
Ich habe in der Therapie eine Hilfestellung erhalten, um in meinem Leben etwas Grundsätzliches zu verändern, das ich bisher nicht ändern konnte.		0,699
In der Therapie sind alle meine Möglichkeiten, klarer sehen und Probleme besser lösen zu können, erkannt und ausgeschöpft worden.		0,650
Ich habe in der Therapie eine Hilfestellung erhalten, um in meinem Leben etwas Grundsätzliches zu verändern, das ich bisher nicht ändern konnte.		0,722

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.
Rotationsmethode: Promax mit Kaiser-Normalisierung

Zur weiteren empirischen Absicherung der Geltung verschiedener Modellstrukturen des MFBP wurden Konfirmatorische Faktorenanalysen (CFA, AMOS 17.0, Graphics 6.0) berechnet. Es wurde ein Modell mit vier Faktoren (Faktor 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“, Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“,

Faktor 3 „Therapeutenverhalten“ und Faktor 4 „Gruppenfaktor“), ein Modell mit drei Faktoren und ein Modell mit zwei Faktoren berechnet. Weiterhin wurden alle Faktoren einzeln einer „CFA“ unterzogen. Jedoch konnte mit dieser Faktorenanalyse keines der Modelle bestätigt werden (Modell-Fit mit 4 Faktoren $\chi^2[\text{df} = 297] = 3.753,5$; $p \leq 0.001$; CFI = 0,31; RMSEA = 0,195; SRMR = 0,146, Modell-Fit für den Faktor 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ $\chi^2[\text{df} = 44] = 1.482,2$; $p \leq 0.001$; CFI = 0,27; RMSEA = 0,327; SRMR = 0,108, Modell-Fit für den Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“ $\chi^2[\text{df} = 35] = 1.255,8$; $p \leq 0.001$; CFI = 0,10; RMSEA = 0,338; SRMR = 0,110, Modell-Fit für den Faktor 3 „Therapeutenverhalten“ $\chi^2[\text{df} = 16] = 1.168,49$; $p \leq 0.001$; CFI = 0,00; RMSEA = 0,485; SRMR = 0,192, Modell-Fit für den Faktor 4 „Gruppenfaktor“ $\chi^2[\text{df} = 2] = 72,80$; $p \leq 0.001$; CFI = 0,33; RMSEA = 0,340; SRMR = 0,110, Modell-Fit für drei Faktoren $\chi^2[\text{df} = 253] = 3.584,4$; $p \leq 0.001$; CFI = 0,31; RMSEA = 0,207; SRMR = 0,152; Modell-Fit für zwei Faktoren $\chi^2[\text{df} = 138] = 2.358,7$; $p \leq 0.001$; CFI = 0,39; RMSEA = 0,229; SRMR = 0,148).

4.4. Das Ergebnis der Reliabilitätsanalyse

Bei einer ersten Reliabilitätsanalyse mit Skala 1 gingen 10 Items ein. Die hohe interne Konsistenz lag bei Cronbachs α 0,93. Von den ursprünglichen $n = 307$ gingen zur Analyse $n = 283$ ein, dies macht 92,2 % aus. 24 Fälle wurden aufgrund der statistischen Auswertung ausgeschlossen. Das Item 15 (Therapeutische Aktivitäten fanden zu selten statt, so dass ich zu viel freie Zeit hatte. Ladung $r = 0,546$) wurde bei nochmaliger Durchsicht eliminiert, da es im Vergleich zu allen anderen Items in der Skala eine niedrigere Ladung aufwies und inhaltlich nicht redundant ist. Die hohe interne Konsistenz blieb gleich bei einer nochmaligen Reliabilitätsanalyse, jedoch gingen von den ursprünglichen $n = 307$ zur Analyse $n = 286$ ein, dies macht 93,2 % aus. 21 Fälle wurden aufgrund der statistischen Auswertung ausgeschlossen. Für die Skala 2 wurde ebenfalls eine hohe interne Konsistenz (Cronbach α 0,91) berechnet. Für die Analyse der Skala 2 gingen $n = 298$ ein, das sind 97,1 %. 9 Fälle wurden hier ausgeschlossen.

4.4.1. Split-Half-Reliabilität

Die Split-Half-Reliabilität zur Überprüfung der Homogenität nach Spearman-Brown ergibt bei Skala 1 einen Koeffizienten von 0,96 bei ungleicher Länge. Bei dieser Methode erfolgt eine Aufteilung der beiden Testhälften in eine erste und zweite Hälfte, Teil 1 beinhaltet die Items 62, 63, 55, 02 und 61 (Cronbachs α 0,91), Teil 2 setzt sich zusammen aus den Items 51, 18, 04 und 52 (Cronbachs α 0,84). Für die Skala 2 ergibt sich ein Spearman-Brown-Koeffizient von 0,93 bei gleicher Länge. Die Aufteilung der Testhälften für diese Skala im Teil 1 beinhaltet die Items 46, 41, 48 und 50 (Cronbachs α 0,80) und Teil 2 setzt sich zusammen aus den Items 47, 45, 44 und 49 (Cronbachs α 0,84).

4.4.2. Reliabilität der Skalen

Es zeigen sich starke Korrelationen ($r = 0,75$) zwischen den Skalen 1 und 2 (Tab. 9). Diesbezüglich lässt sich schlussfolgern, dass die zwei Skalen relativ unabhängig voneinander sind und jeweils eine andere Kategorie messen.

Tab. 9: Korrelationen der Skalensummenwerte

	Skala 1	Skala 2
Skala 1		0,75** (N = 307)
Skala 2	0,75** (N = 307)	

****Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.**

Tab. 10 zeigt hohe Reliabilitätskoeffizienten der Skala 1 (Cronbachs α 0,93) und der Skala 2 (Cronbachs α 0,91). Diese liegen alle über der wünschenswerten Höhe von 0.80 (Fisseni, 1997). Jede Skala misst ein homogenes Konstrukt. Somit lässt sich die Zuverlässigkeit als gut bezeichnen.

Die mittlere Inter-Item-Korrelation von Skala 1 beträgt 0,61 (Min. 0,42, Max. 0,78) und von Skala 2 liegt diese bei 0,56 (Min. 0,43, Max. 0,72).

Die mittlere Item-Skalen-Korrelation für die Skala 1 liegt bei 0,74 (Min. 0,60, Max. 0,84) und bei der Skala 2 liegt die mittlere Item-Skalen-Korrelation bei 0,71 (Min. 0,61, Max. 0,78).

Tab. 10: Cronbachs α , Inter-Item-Korrelation und Item-Skalen-Korrelation von Skala 1 und Skala 2

Skala der Items	Anzahl	Cronbachs α	Inter-Item-Korrelation		Item-Skalen-Korrelation	
			M	Min.-Max.	M	Min.-Max.
Skala 1 (Gesamtzufriedenheit mit der Therapie) (N = 286)	9	0,93	0,61	0,42 – 0,78	0,74	0,60 – 0,84
Skala 2 (Persönlicher Nutzen) (N = 298)	8	0,91	0,56	0,43 – 0,72	0,71	0,61 – 0,78

4.5. Itemschwierigkeit und Trennschärfe

4.5.1. Itemschwierigkeit

Die Schwierigkeit eines Items bestimmt sich aus dem Anteil der „Löser“ eines Items zur Gesamtmenge der „Bearbeiter“. Der Begriff „Löser“ entstammt der Itemanalyse bei Leistungstests. Gemeint sind im vorliegenden Fall die Probanden, die das Item in Schlüsselrichtung ankreuzen, was inhaltlich bedeutet, dass die betreffenden Personen ihre Behandlung positiv bewerten. Wird ein Item von allen Probanden in Schlüsselrichtung angekreuzt, dann ist es unbrauchbar, weil es nicht zwischen den Probanden differenziert. Erwünscht sind daher im Allgemeinen mittlere Schwierigkeitsindizes, die eine Trennung der Probanden in „Löser“ und „Nicht-Löser“ zulassen. Bei mehrstufigen Items gibt es verschiedene Möglichkeiten den Schwierigkeitsindex zu berechnen:

1. Dichotomisierung der Itemantworten anhand eines Kriteriums (z. B. Median) und Vergabe des Wertes „0“ für Antworten unter und „1“ für Antworten über dem Kriterium,
2. man berechnet die Itemschwierigkeiten als Quotient $p_m = (\text{Erreichte Punkte})/(\text{Erreichbare Punkte})$, (Fisseni, 1990). Je mehr Probanden ein Item in Schlüsselrichtung ankreuzen, desto mehr nähert sich dieser Quotient eins, desto „leichter“ ist ein Item oder

3. die in dieser Arbeit angewandte Methode, man bestimmt Mittelwert und Streuung und verwendet den Mittelwert als äquivalent zu p (Tab. 11).

Die Bestimmung der Schwierigkeitsindizes für den MFBP-18 ergaben für die Berechnung des Mittelwertes (SD) bei Skala 1 Werte zwischen $M = 1,55$ (SD 0,92) und $M = 2,47$ (SD 1,29) bei einem Gesamt-Mittelwert von 1,94 (SD 0,99). Bei Skala 2 ergaben sich Werte zwischen $M = 2,06$ (SD 0,98) und $M = 2,52$ (SD 0,88), bei einem Gesamt-Mittelwert von 2,30 (SD 0,93). Für die Berechnung des Schwierigkeitsindizes mit dem Median ergaben sich Werte zwischen $M = 1,00$ und $M = 2,00$, bei einem Gesamt-Median von 1,77 für die Skala 1. Bei der Skala 2 ergaben sich durchgehend Werte von 2, somit ein Gesamt-Median von 2. Insgesamt sind demnach die Items eher „leicht“, d. h. die Probanden antworten in Schlüsselrichtung. Wenn man voraussetzt, dass die meisten Zufriedenheitsbefragungen sehr positiv ausfallen, so ist zu erwarten, dass die Schwierigkeitsindizes in den oberen Bereich fallen (Tab. 10).

4.5.2. Trennschärfe

Nach Festlegung der Skalenzuordnung kann die Analyse der Trennschärfen erfolgen, die von SPSS bei der Analyse der internen Konsistenzen der Skalen mit ausgegeben wird. Die Trennschärfe gilt als der wichtigste Itemkennwert. Sie wird ausgedrückt durch einen Index, der angibt, wie weit die Menge der „Löser“ über alle Items eines Tests oder einer Skala hinweg identisch bleibt (Fisseni, 1990). Dafür wird das Item mit einem Kriterium verglichen, im vorliegenden Fall mit dem Test- bzw. Skalen-Score. Da es sich um mehrstufige Items handelt, wurde die Trennschärfe über eine Produkt-Moment-Korrelation berechnet, ermittelt wurde die „korrigierte Trennschärfe“:

Die Korrektur besteht in der Subtraktion des Beitrages der Selbstkorrelation, die jedes Item mit seiner „eigenen“ Skala eingeht. Der Wert wird mit dem Kürzel r_{it} bezeichnet. Erwünscht sind möglichst hohe Trennschärfen, d. h. wer von den Probanden ein Item in Schlüsselrichtung ankreuzt, sollte auch insgesamt einen hohen Gesamt-Score in der Skala erreichen, zu der das Item gehört. Die Bestimmung der korrigierten Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) ergab bei Skala 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ Werte zwischen $r_{it} = 0,60$ und $r_{it} = 0,84$, $M_{r_{it}} = 0,75$ und bei Skala 2 „Persönlicher Nutzen“, Werte zwischen $r_{it} = 0,61$ und r_{it}

0,78, $M r_{it} = 0,74$, dabei überschritten alle Items die maßgebliche Grenze von $r_{it} = 0,50$ (Tab. 11). Als Schwierigkeitsindex wird bei Ratingskalen (Likertskalen) der Mittelwert angegeben, Bühner (2006, S. 83) postuliert, dass der Median hier passend wäre.

Tab. 11: Statistiken der korrigierten Trennschärfe und der Itemschwierigkeit

	Trennschärfe r_{it}	Itemschwierigkeit	Itemschwierigkeit	
		Median	M	SD
Skala 1: Gesamtzufriedenheit mit der Therapie				
Item 1 (früher Item 63)	0,74	1,00	1,55	0,92
Item 2 (früher Item 61)	0,84	2,00	1,79	0,93
Item 3 (früher Item 55)	0,74	2,00	2,47	1,29
Item 4 (früher Item 02)	0,81	2,00	1,80	0,90
Item 5 (früher Item 62)	0,80	2,00	2,13	1,05
Item 6 (früher Item 52)	0,74	1,00	1,77	1,03
Item 7 (früher Item 18)	0,60	2,00	2,16	0,92
Item 8 (früher Item 04)	0,74	2,00	1,78	0,88
Item 9 (früher Item 51)	0,74	2,00	2,04	0,99
M	0,75	1,77	1,94	0,99
Skala 2: Persönlicher Nutzen				
Item 1 (früher 46)	0,61	2,00	2,52	0,88
Item 2 (früher 41)	0,69	2,00	2,32	1,01
Item 3 (früher 48)	0,73	2,00	2,22	0,89
Item 4 (früher 50)	0,71	2,00	2,34	0,81
Item 5 (früher 47)	0,65	2,00	2,46	1,07
Item 6 (früher 45)	0,78	2,00	2,34	0,91
Item 7 (früher 44)	0,74	2,00	2,06	0,98
Item 8 (früher 49)	0,74	2,00	2,21	0,90
M	0,71	2,00	2,30	0,93

4.6. Die Berechnung der Konstruktvalidität

Die Berechnung der Konstruktvalidität erfolgt anhand von Korrelationen mit den Indikatoren, die den Therapieerfolg beeinflussen, nämlich der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) in den Bereichen physisch, psychisch und sozialkommunikativ, der Symptom-Checkliste SCL 90-R „Global Symptom Index“ (GSI), des Verhaltens- und Erlebensinventars (VEV-K) und die 2 Faktoren zur Behandlungsbewertung „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ und „Persönlicher Nutzen“. Des Weiteren wurden die Besserung der Patienten bei Entlassung und die Besserung bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme (Differenzwert Entlassung minus Aufnahme) anhand des BSS in den drei vorher genannten Bereichen und anhand der Symptom-Checkliste SCL 90-R (GSI) berechnet.

4.6.1. Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) in den Bereichen physisch, sozialkommunikativ und psychisch aktueller Wert bei Entlassung und bezogen auf die Veränderungsmessung, Differenzwert Entlassung minus Aufnahme (E - A)

Tab. 12: Häufigkeiten des BSS physisch, aktueller Wert bei Entlassung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
gar nicht beeinträchtigt	62	20,2	20,2	20,2
geringfügig beeinträchtigt	154	50,2	50,2	70,4
deutlich beeinträchtigt	68	22,1	22,1	92,5
stark beeinträchtigt	21	6,8	6,8	99,3
extrem beeinträchtigt	2	0,7	0,7	100,0
Gesamt	307	100,0	100,0	

Die Skala „BSS physisch, aktueller Wert bei Entlassung“ wird in Tab. 12 gezeigt. Zum Entlassungszeitpunkt waren 20,2 % der Patienten physisch gar nicht beeinträchtigt. Bei 50,2 % der Patienten zeigte sich eine geringfügige Beeinträchtigung und 22,1 % waren deutlich physisch beeinträchtigt. Wie viele Patienten sich im Vergleich zur Aufnahme in ihrem physischen Befinden bei Entlassung gebessert haben, zeigt die Tab. 13.

Tab. 13: Häufigkeiten des BSS, physische Besserung, Differenzwert Entlassung minus Aufnahme (E – A)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
-3,00	2	0,7	0,7	0,7
-2,00	41	13,4	13,4	14,0
-1,00	143	46,6	46,6	60,6
,00	120	39,1	39,1	99,7
1,00	1	0,3	0,3	100,0
Gesamt	307	100,0	100,0	

Bei 60,7 % der Patienten zeigte sich anhand der Skala „BSS, physische Besserung, Differenzwert E – A“ eine physische Besserung. Die Werte - 3,00, - 2,00 und - 1,00 wurden zusammengefasst als „gebessert“. Die Werte 0 und 1 wurden zusammengefasst zu „nicht gebessert“. 39,4 % der Patienten haben sich in ihrem physischen Befinden nicht gebessert. Tab. 14 zeigt die Korrelationen der Skala „BSS, physische Besserung, Differenzwert E – A“ mit der Behandlungsbewertung.

Tab. 14: Nichtparametrische Korrelationen nach Spearman-Rho des BSS, physische Besserung, Differenzwert E – A, mit der Behandlungsbewertung

			Faktor 1 „Gesamt- zufrieden- heit mit der Therapie“	Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“
Spearman- Rho	BSS, physische Besserung, Differenzwert E - A	Korrelations- koeffizient	0,245 (**)	0,189 (**)
		Sig. (2-seitig)	0,000	0,000
		N	307	307

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Zwischen der Skala „BSS, physische Besserung, Differenzwert E - A“ besteht ein signifikanter geringer positiver Zusammenhang mit der Skala 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ (Faktor 1, $r = 0,245$, $p < 0,01$) und mit der Skala 2 „Persönlicher Nutzen“ ($r = 0,231$, $p < 0,01$) besteht ein signifikanter sehr geringer positiver Zusammenhang. Man könnte interpretieren, dass die Patienten,

die sich physisch gebessert haben, insgesamt mit der Therapie und mit dem persönlichen Nutzen zufriedener sind. Tab. 15 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Skala „BSS Sozialkommunikation, aktueller Wert bei Entlassung“.

Tab. 15: Häufigkeiten des BSS Sozialkommunikation, aktueller Wert bei Entlassung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
gar nicht beeinträchtigt	29	9,4	9,4	9,4
geringfügig beeinträchtigt	148	48,2	48,2	57,7
deutlich beeinträchtigt	112	36,5	36,5	94,1
stark beeinträchtigt	18	5,9	5,9	100,0
extrem beeinträchtigt	307	100,0	100,0	
Gesamt	29	9,4	9,4	9,4

9,4 % der Patienten waren bei Entlassung nicht beeinträchtigt, während 48,2 % geringfügig beeinträchtigt waren. Bei 36,5 % der Patienten zeigt sich eine deutliche Beeinträchtigung und bei 5,9 % eine starke Beeinträchtigung. Tab. 16 zeigt die Skala „BSS, Besserung der Sozialkommunikation“ bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme.

Tab. 16: Häufigkeiten des BSS, Besserung der Sozialkommunikation, Differenzwert E – A

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
-3,00	4	1,3	1,3	1,3
-2,00	55	17,9	17,9	19,2
-1,00	178	58,0	58,0	77,2
,00	70	22,8	22,8	100,0
Gesamt	307	100,0	100,0	

Bei 77,2 % der Patienten hat sich eine Besserung in der sozialen Kommunikation, Differenzwert E – A, ergeben. Die Werte - 3,00, - 2,00 und - 1,00 wurden zusammengefasst als „gebessert“. Der Wert 0 steht für „nicht gebessert“. 22,8 % der Patienten haben sich nicht gebessert. Tab. 17 zeigt die Korrelationen der

Skala „BSS, Besserung der Sozialkommunikation, Differenzwert E – A“ mit der Behandlungsbewertung.

Tab. 17: Nichtparametrische Korrelationen nach Spearman-Rho des BSS, Besserung der Sozialkommunikation, Differenzwert E - A, mit der Behandlungsbewertung

			Faktor 1 „Gesamt- zufrieden- heit mit der Therapie“	Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“
Spearman- Rho	BSS, Besserung der Sozialkommuni- kation, Differenzwert E - A	Korrelations- koeffizient	0,257 (**)	0,218 (**)
		Sig. (2-seitig)	0,000	0,000
		N	307	307

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Ein signifikanter geringer positiver Zusammenhang besteht zwischen der Skala „BSS, Besserung der Sozialkommunikation, Differenzwert E – A“ und Faktor 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ ($r = 0,218$, $p < 0,01$) und dem Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“ ($r = 0,251$, $p < 0,01$). Daraus könnte man schlussfolgern, dass diejenigen Patienten, die sich in ihrer Sozialkommunikation gebessert haben auch insgesamt zufriedener mit der Therapie und mit dem persönlichen Nutzen sind. Tab. 18 zeigt die Skala „BSS psychisch aktuell bei Entlassung“ anhand einer Häufigkeitsverteilung.

Tab. 18: Häufigkeitsverteilung des BSS psychisch, aktueller Wert bei Entlassung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
gar nicht beeinträchtigt	9	2,9	2,9	2,9
geringfügig beeinträchtigt	123	40,1	40,1	43,0
deutlich beeinträchtigt	145	47,2	47,2	90,2
stark beeinträchtigt	28	9,1	9,1	99,3
extrem beeinträchtigt	2	,7	,7	100,0
Gesamt	307	100,0	100,0	

40,1 % zeigten eine geringfügige Beeinträchtigung bei Entlassung. Deutlich beeinträchtigt waren 47,2 % der Patienten. Eine starke Beeinträchtigung war bei 9,1 % der Patienten vorhanden. Tab. 19 zeigt die Skala „BSS, psychische Besserung“.

Tab. 19: Häufigkeiten des BSS, psychische Besserung, Differenzwert E - A

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
-4,00	1	0,3	0,3	0,3
-3,00	8	2,6	2,6	2,9
-2,00	93	30,3	30,3	33,2
-1,00	158	51,5	51,5	84,7
,00	46	15,0	15,0	99,7
1,00	1	0,3	0,3	100,0
Gesamt	307	100,0	100,0	

Bei 84,7 % der Patienten zeigt sich eine psychische Besserung, Differenzwert E – A. Die Werte - 4,00, - 3,00, - 2,00 und - 1,00 wurden zusammengefasst als „gebessert“. Die Werte 0 und 1 wurden zusammengefasst zu „nicht gebessert“. 15,3 % der Patienten haben sich in ihrem psychischen Befinden nicht gebessert. Tab. 20 zeigt die Korrelationen der Skala „BSS, psychische Besserung, Differenzwert E – A“ mit der Behandlungsbewertung.

Tab. 20: Nichtparametrische Korrelationen nach Spearman-Rho BSS, psychische Besserung, Differenzwert E – A, mit der Behandlungsbewertung

			Faktor 1 "Gesamt- zufrieden- heit mit der Therapie"	Faktor 2 "Persönlicher Nutzen"
Spearman- Rho	BSS, psychische Besserung, Differenzwert E - A	Korrelations- koeffizient	0,340 (**)	0,327 (**)
		Sig. (2-seitig)	0,000	0,000
		N	307	307

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Ein signifikanter geringer positiver Zusammenhang besteht zwischen der Skala „BSS, psychische Besserung, Differenzwert E – A“ und dem Faktor 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ ($r = 0,340$, $p < 0,01$) und dem Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“ ($r = 0,327$, $p < 0,01$). Dies könnte die Schlussfolgerung zulassen, dass die Patienten, die sich psychisch gebessert haben, insgesamt zufriedener mit der Therapie und ihrem persönlichen Nutzen sind. Tab. 21 zeigt die Korrelationen des Verhaltens- und Erlebensinventars (VEV-K) mit der Behandlungsbewertung.

4.6.2. Das Verhaltens- und Erlebensinventar (VEV-K) und die Erfassung der Behandlungsbewertung

Tab. 21: Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen zwischen dem VEV-K und den Faktoren 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ und 2 „Persönlicher Nutzen“

		Faktor 1 "Gesamt- zufrieden- heit mit der Therapie"	Faktor 2 "Persönlicher Nutzen"
VEV-K Summenscore	Korrelations nach Pearson	-0,592 (**)	-0,685 (**)
	Sig. (2-seitig)	0,000	0,000
	N	307	307

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Es besteht eine signifikante mittlere negative Korrelation zwischen dem VEV-K-Summscore und dem Faktor 1 „Gesamtzufriedenheit der Therapie“ ($r = - 0,592$, $p < 0,01$) sowie eine signifikante starke negative Korrelation mit dem Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“ ($r = - 0,685$, $p < 0,01$).

Werte > 115 des VEV-K (Minimum 32, Maximum 174) weisen auf eine signifikante Verbesserung des Patienten im Verhalten und Erleben am Ende der Behandlung hin. Hohe Werte der Faktoren 1 und 2 (1 = voll, 2 = überwiegend, 3 = unentschieden, 4 = eher nicht, 5 = gar nicht zufrieden) weisen darauf hin, dass die Patienten mit der Behandlung nicht zufrieden sind. Die Variablen korrelieren gegenläufig ($r = - 0,592$, $r = - 0,685$), d. h. je größer die Werte der ersten Variable sind, desto niedriger sind die Werte der zweiten Variable und umgekehrt. Hohe Werte des VEV-K charakterisieren eine Verbesserung im Verhalten und Erleben des Patienten, während niedrige Werte der Faktoren 1 und 2 darauf hinweisen, dass die Patienten mit der Behandlung zufrieden sind.

Diejenigen Patienten, die einen hohen Wert im VEV-K erreicht haben, waren mit dem Ergebnis der Behandlung zufrieden (Faktorscore 1 und 2). 67,4 % der Patienten haben einen VEV-K-Gesamtscore > 115 (207 Patienten). Von den insgesamt 307 Patienten haben sich 207 in ihrem Verhalten und Erleben im Vergleich zum Behandlungsbeginn gebessert. Folglich könnte interpretiert werden, dass die 67,4 % der Patienten die einen VEV-K-Gesamtscore > 115 hatten, insgesamt mit der Therapie und mit ihrem persönlichen Nutzen zufriedener waren.

4.6.3. Die Auswertung der Symptom Checkliste SCL-90 R, GSI (Global Symptom Index)

Tab. 22: t-Test bei gepaarten Stichproben, SCL-90 R GSI Aufnahme (A) und Entlassung (E)

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paare1	SCL-90-R (10): GSI (A)	1,268	306	0,659	0,037
	SCL-90-R (20): GSI (E)	0,728	306	0,577	0,032

Der SCL-90-R GSI bei Aufnahme (A) mit einem Wert von 1,27 (SD 0,66 bei n = 306) liegt im Bereich von ambulanten psychiatrischen Patienten (1,26, SD 0,68, Tab. 22). Der GSI bei Entlassung (E) mit einem Wert von 0,73 (SD 0,58 bei n = 306) liegt zwischen dem Bereich ambulant psychiatrischer Patienten und dem Bereich der „normalen“ Population (0,31, SD 0,31). Tab. 23 zeigt die signifikante Verbesserung zwischen dem GSI bei A und dem GSI bei E ($p < 0,001$). Der GSI gilt als bester Indikator für das aktuelle Ausmaß der insgesamt vorhandenen psychischen Belastung.

Tab. 23: t-Test bei gepaarten Stichproben, signifikante Verbesserung zwischen GSI (A) und GSI (E)

Paare		Statistik							Sig. (2-seitig)
		Gepaarte Differenzen					t	df	
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paare 1	SCL-90-R (10): [GSI (A)] - [SCL-90-R (20): GSI (E)]	0,540	0,586	0,033	0,474	0,606	16,098	305	0,000

Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		n	Korrelation	Signifikanz
Paare 1	SCL-90-R (10): GSI (A) & SCL-90-R (20): GSI (E)	306	0,557	0,000

Tab. 24: Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen mit der Symptom Checkliste SCL-90 R GSI (Global Symptom Index) bei Aufnahme und Entlassung (Differenzwert bessgsi) und der Behandlungsbewertung

		Faktor 1 „Gesamt- zufrieden- heit mit der Therapie“	Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“
Differenzwert „bessgsi A – E“	Korrelations nach Pearson	0,277 (**)	0,369 (**)
	Sig. (2-seitig)	0,000	0,000
	N	307	307

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Eine signifikante geringe positive Korrelation besteht zwischen dem SCL 90-R „bessgsi“ (Differenzwert GSI Aufnahme und Entlassung, Tab. 24) und dem Faktor 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ ($r = 0,277$, $p < 0,01$) sowie mit dem Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“ ($r = 0,369$, $p < 0,01$). Die Gültigkeit der Konstruktvalidität kann bestätigt werden, obgleich die Korrelationen gering ausfallen. Aufgrund des signifikant niedrigeren GSI-Wertes bei Entlassung und eine daraus resultierende geringere psychische Belastung der Patienten könnte man interpretieren, dass diese Patienten mit der Therapie insgesamt und ihrem persönlichen Nutzen zufrieden sind.

4.6.4. Die Berechnung der Kriteriumsvalidität, kongruente Validität

Zur Berechnung der Kriteriumsvalidität, kongruenten Validität, wurde die Variable der Psy-BaDo-PTM „Gesamturteil zur Therapie“ herangezogen. 36,5 % der Patienten bewerteten die Therapie insgesamt mit der Note 1. Die Note 2 für die Bewertung der Therapie insgesamt vergaben 46,9 % der Patienten. 11,4 % der Patienten bewerteten die Therapie mit der Note 3. Die Note 4 vergaben 4,2 % der Patienten und 0,3 % der Patienten bewerteten die Therapie insgesamt mit der Note 5 ($n = 305$, Mittelwert 1,84, SD 0,82). Tab. 25 zeigt die Korrelationen

zwischen dem Gesamturteil zur Therapie und der Behandlungsbewertung (Faktoren1 und 2).

Tab. 25: Nichtparametrische Korrelationen nach Spearman-Rho zwischen der Behandlungsbewertung (Faktor 1 und Faktor 2) und der Variable der Psy-BaDo-PTM „Gesamturteil zur Therapie“

			Faktor 1 "Gesamt- zufrieden- heit mit der Therapie"	Faktor 2 "Persönlicher Nutzen"
Spearman- Rho	Gesamturteil zur Therapie	Korrelations- koeffizient	0,716(**)	0,467(**)
		Sig. (2-seitig)	0,000	0,000
		N	305	307

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

In Bezug auf das „Gesamturteil zur Therapie“ besteht eine signifikante starke positive Korrelation mit dem Faktor 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ ($r = 0,716$, $p < 0,01$) und eine signifikante mittlere positive Korrelation mit dem Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“ ($r = 0,467$, $p < 0,01$). Diese Ergebnisse belegen die Kriteriumsvalidität hinsichtlich der kongruenten Validität.

4.6.5. Die nichtparametrischen Korrelationen nach Spearman-Rho zwischen der Behandlungsdauer in Tagen und der Behandlungsbewertung

Tab. 26 zeigt die nichtparametrischen Korrelationen nach Spearman-Rho zwischen der Behandlungsdauer in Tagen mit der Behandlungsbewertung.

		Faktor 1 "Gesamt- zufrieden- heit mit der Therapie"	Faktor 2 "Persönlicher Nutzen"
Behandlungs- dauer in Tagen	Korrelations- koeffizient	-0,076	-0,051
	Sig. (2-seitig)	0,185	0,377
	N	307	307

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer in der Psychosomatischen Klinik Windach beträgt 57,22 Tage (SD 25,74), mit einem Minimum von 6 Tagen und einem Maximum von 209 Tagen. Die Behandlungsdauer hat keinen Einfluss auf die Behandlungsbewertung (Faktor 1, $r = -0,076$, $p = 0,185$; Faktor 2, $r = -0,051$, $p = 0,377$).

4.6.6. Der Einfluss des Geschlechts auf den Therapieerfolg und die Behandlungsbewertung

Tab. 27 zeigt eine Korrelation zwischen dem Geschlecht, dem Therapieerfolg (Besserung psychisch, Besserung sozialkommunikativ, Besserung physisch und SCL 90-R GSI) und der Behandlungsbewertung (Faktoren 1 und 2). Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf den Therapieerfolg und die Behandlungsbewertung. Es wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben, das Geschlecht dichotomisiert in weiblich und männlich, berechnet.

Tab. 27: Mittelwertvergleiche des Geschlechts in Bezug auf den Therapieerfolg (Skalen BSS und SCL 90-R GSI) und die Behandlungsbewertung (Faktoren 1 und 2)

Skala	Geschlecht (Mittelwert)		t	df	p Sig. (2- seitig)
	w	m			
Besserung psychisch	0,83	0,88	1,276	305	0,203
Besserung sozialkommunikativ	0,78	0,76	-0,369	305	0,712
Besserung physisch	0,61	0,61	0,027	305	0,978
Besserung SCL 90-R GSI	-0,53	-0,55	-0,269	305	0,788
Faktor 1 (Gesamtzufriedenheit mit der Therapie)	1,90	2,30	1,105	305	0,270
Faktor 2 (Persönlicher Nutzen)	2,00	2,30	0,213	305	0,831

4.6.7. Der Einfluss des Alters auf den Therapieerfolg und die Behandlungsbewertung

Um mögliche Einflüsse jüngerer und älterer Patienten auf den Therapieerfolg (Besserung psychisch, Besserung sozialkommunikativ, Besserung physisch und SCL 90-R GSI) und die Behandlungsbewertung (Faktoren 1 und 2) nachzuweisen, wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben, das Alter dichotomisiert nach $1 \leq 41$ und $2 > 41$, berechnet. Tab. 28 zeigt, dass kein Einfluss jüngerer oder älterer Patienten auf den Therapieerfolg und die Behandlungsbewertung vorhanden ist.

Tab. 28: Mittelwertsvergleich jüngerer und älterer Patienten in Bezug auf den Therapieerfolg (Skalen BSS und SCL 90-R GSI) und die Behandlungsbewertung (Faktoren 1 und 2)

Skala	Alter (Mittelwert)		t	df	p Sig. (2- seitig)
	≤ 41	> 41			
Besserung psychisch	0,83	0,87	- 0,839	305	0,402
Besserung sozialkommunikativ	0,77	0,78	- 0,178	305	0,859
Besserung physisch	0,59	0,64	- 0,871	305	0,385
Besserung SCL 90-R GSI	-0,51	-0,60	1,309	305	0,191
Faktor 1 (Gesamtzufriedenheit mit der Therapie)	1,96	1,91	0,473	305	0,637
Faktor 2 (Persönlicher Nutzen)	2,30	2,31	- 0,10	305	0,922

4.6.8. Der Einfluss des Familienstandes, des Schul- und Berufsabschlusses auf die Behandlungsbewertung

Mögliche Einflüsse des Familienstandes auf die Behandlungsbewertung wurden anhand einer einfaktoriellen Varianzanalyse berechnet. Abhängige Variablen sind die zwei Faktoren aus der Faktorenanalyse (Faktor 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ und Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“), der Zwischensubjektfaktor ist der Familienstand [eingeteilt in 3 Gruppen, 1 = ledig (n = 118), 2 = verheiratet (n = 96) und 3 = getrennt lebend etc. (n = 59)].

Der Familienstand hat keinen Einfluss auf die Behandlungsbewertung (Allgemeines Lineares Modell, Multivariate Analyse, Abhängige Variablen die zwei Faktoren, Oneway ANOVA Faktor 1: $F(1, 305) = 0,502$; $p = 0,479$; Faktor 2: $F(1, 305) = 0,790$; $p = 0,375$, Pillai Spur $p = 0,597$).

Sowohl der Schul- als auch der Berufsabschluss haben keinen Einfluss auf die Behandlungsbewertung, dies wurde ebenfalls mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse berechnet, mit den beiden Faktoren als Abhängige Variable. Der Zwischensubjektfaktor „Schulabschluss“ wurde in vier Gruppen eingeteilt [3 = Sonderschule/Schulabbruch (n = 2), 4 = Hauptschulabschluss (n = 90), 5 = Realschulabschluss (n = 106) und 6 = Abitur (n = 98), 11 fehlende Angaben], Oneway ANOVA Faktor 1: $F(3, 292) = 1,582$; $p = 0,194$; Faktor 2: $F(3, 292) = 0,718$; $p = 0,542$, Pillai Spur $p = 0,526$. Der Zwischensubjektfaktor „Berufsabschluss“ wurde in drei Gruppen eingeteilt [1 = Lehre/Fachschule (n = 195), 2 = Universität/Fachhochschule (n = 74), 3 = noch in Ausbildung, ohne Ausbildung, sonstige Ausbildung (n = 38)], Oneway ANOVA Faktor 1: $F(2, 304) = 0,607$; $p = 0,546$; Faktor 2: $F(2, 304) = 0,222$; $p = 0,801$, Pillai Spur $p = 0,868$.

Aufgrund der unterschiedlichen n-Verteilungen zwischen den Patientengruppen wurde zur Absicherung auch eine Rangvarianzanalyse nach Kruskal und Wallis in Bezug auf den Familienstand, den Schul- und Berufsabschluss und die Behandlungsbewertung berechnet (Bortz, 1999, S. 276). Weder für den Familienstand (Faktor 1: $p = 0,598$, Faktor 2: $p = 0,107$), noch für den Schulabschluss (Faktor 1; $p = 0,273$, Faktor 2: $p = 0,317$) oder den

Berufsabschluss (Faktor 1: $p = 0,661$, Faktor 2: $p = 0,886$) ließen sich signifikante Ergebnisse im Zusammenhang mit der Behandlungsbewertung finden.

4.6.9. Der Einfluss stationärer Voraufenthalte auf die Behandlungsbewertung

61,2 % der Patienten hatten keine stationären Vorbehandlungen, für 22,1 % war eine stationäre Vorbehandlung erhoben worden, 8,1 % der Patienten hatten 2 stationäre Vorbehandlungen und 3 – 9 Aufenthalte wurden bei 8,5 % der Patienten erhoben. Stationäre Vorbehandlungen haben keinen Einfluss auf die Behandlungsbewertung.

Es wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben berechnet, die stationären Vorbehandlungen wurden in dichotomisierte Variablen eingeteilt, 1 = keine Vorbehandlung und 2 = 1 – 9 stationäre Vorbehandlungen. 73,6 % der Patienten hatten keine psychiatrischen stationären Vorbehandlungen. 16,3 % der Patienten gaben an, schon einmal stationär psychiatrisch behandelt worden zu sein, 2 – 12 stationär psychiatrische Vorbehandlungen wurden von 9,8 % der Patienten angegeben. Die psychiatrisch stationären Vorbehandlungen haben auch keinen Einfluss auf die Behandlungsbewertung (Tab. 29). Es wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben berechnet, die psychiatrischen stationären Vorbehandlungen wurden in dichotomisierte Variablen eingeteilt, 1 = keine psychiatrisch stationäre Vorbehandlung und 2 = 1 – 12 psychiatrisch stationäre Vorbehandlungen.

86 % der Patienten wurden zum ersten Mal in der Psychosomatischen Klinik Windach behandelt und bei 10,4 % handelte es sich um die 2. stationäre Aufnahme. Weder die Erstaufnahme noch die stationären Vorbehandlungen in der Psychosomatischen Klinik Windach haben einen Einfluss auf die Behandlungsbewertung (Tab. 29). Berechnet wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben, die Anzahl der Aufenthalte in der Psychosomatischen Klinik Windach wurde in dichotomisierte Variablen eingeteilt, 1 = 1. Aufenthalt und 2 = 2 – 4 Aufenthalte.

Tab. 29: t-Test für unabhängige Stichproben, Anzahl der Vorbehandlungen und die Behandlungsbewertung

Faktoren 1 und 2	Vorbehandlungen	Mittelwert	t-Wert	df	p Sig. (2- seitig)
Faktor 1 (Gesamtzufriedenheit mit der Therapie)	Stationäre Vorbehandlungen: Keine 1 – 9	1,94 1,94	-0,016	305	0,987
Faktor 1	Stationär psychiatrische Vorbehandlungen: Keine 1 – 12	1,92 2,00	-0,850	305	0,396
Faktor 1	Behandlungen in der Psychosomatischen Klinik Windach: 1. Aufenthalt 2 – 4 Aufenthalte	1,94 1,94	-0,031	305	0,975
Faktor 2 (Persönlicher Nutzen)	Stationäre Vorbehandlungen: Keine 1 – 9	2,27 2,37	-1,19	305	0,236
Faktor 2	Stationär psychiatrische Vorbehandlungen: Keine 1 – 12	2,28 2,38	-1,074	305	0,348
Faktor 2	Behandlungen in der Psychosomatischen Klinik Windach: 1. Aufenthalt 2 – 4 Aufenthalte	2,29 2,42	-1,117	305	0,265

4.6.10. Die Berechnung der Diagnosegruppen mit der Behandlungsbewertung

Die Berechnung der Diagnosegruppen mit der Behandlungsbewertung erfolgte anhand einer Rangvarianzanalyse nach Kruskal und Wallis. Es wurde kein signifikantes Ergebnis festgestellt (Faktor 1: $p = 0,368$, Faktor 2: $p = 0,240$).

4.6.11. Die Berechnung der differenziellen Validität

Die Berechnung der differenziellen Validität erfolgte anhand der Symptom-Checkliste SCL 90-R (GSI) und dem Unterschied in der Zufriedenheit zwischen Patienten mit geringerem und höherem Therapieerfolg.

Signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit geringerem und höherem Therapieerfolg und der Behandlungsbewertung bestehen sowohl mit dem Faktor 1 (Gesamtzufriedenheit mit der Therapie) als auch mit dem Faktor 2 (Persönlicher Nutzen) und der Skala „diffgsidich“. Die Berechnung erfolgte anhand eines t-Tests für unabhängige Stichproben. Es wurde ein Differenzwert $E - A$ der Symptomcheckliste SCL 90-R GSI gebildet, die Variablen wurden dichotomisiert, $0 = < -0,52 =$ höherer Therapieerfolg und $1 = > -0,52 =$ geringerer Therapieerfolg (Tab. 30). Man könnte interpretieren, dass die Personen mit höherem Therapieerfolg insgesamt zufriedener mit der Therapie und mit dem persönlichen Nutzen, den sie aus der Therapie mitnehmen, sind.

Tab. 30: t-Test für unabhängige Stichproben, die Behandlungsbewertung zwischen Patienten mit geringerem und höherem Therapieerfolg

Faktoren 1 und 2	Zufriedenheit zwischen Patienten mit geringerem und höherem Therapieerfolg	Mittelwert	t-Wert	df	p Sig. (2-seitig)
Faktor 1 (Gesamtzufriedenheit mit der Therapie)	Skala „diffgsidich“ (Differenzwert $E - A$, dichotomisiert: < -0,52 = höherer Therapieerfolg = 0, > -0,52 = niedrigerer Therapieerfolg = 1)	1,81 2,06	-2,763	305	0,006
Faktor 2 (Persönlicher Nutzen)	Skala „diffgsidich“ (Differenzwert $E - A$, dichotomisiert: < -0,52 = höherer Therapieerfolg = 0, > -0,52 = niedrigerer Therapieerfolg = 1)	2,13 2,48	-4,361	305	0,000

4.7. Das Antwortverhalten der Patienten bei den offenen Fragen

Um den Patienten die Möglichkeit zur eigenen Meinungsäußerung zu geben, wurden drei offene Fragen gestellt. Die Patienten konnten sich dazu äußern, was in der Klinik verbessert werden sollte, womit sie besonders unzufrieden oder zufrieden waren. Weiterhin kann mit diesen Fragen herausgefunden werden, welche Bereiche der Fragebogen noch abdecken sollte. Außerdem erhöht die Kombination einer qualitativen und quantitativen Befragung die Aussagekraft des Fragebogens (Satzinger 2001, S. 61 ff.). Durch Kategorienbildung werden die Antworten inhaltsanalytisch ausgewertet.

Am häufigsten wird die Frage beantwortet, womit der Patient besonders zufrieden war (78,7 %). Die Mehrzahl der Nennungen entfällt auf den Bereich Therapeuten/Ärzte/Co-Therapeuten und Pflegepersonal (65 % der Patienten). Genannt wurden hier Freundlichkeit vor fachlicher Kompetenz, Co-Therapie, Einzel- und Gruppentherapie. 21 % der Patienten waren zufrieden mit Aspekten der Hotelqualität, wie der Unterbringung, dem Essen, dem Kochkurs, der Sauberkeit und der Freizeitgestaltung. Wobei sich 12 % der Patienten sowohl zu dem Bereich Therapie als auch zum Hotelaspekt äußerten. Positiv erwähnten 3 % der Patienten, dass sie viel Freiheit und Zeit während des Aufenthaltes hatten. 2 % der Patienten waren rundum mit allem zufrieden und ebenfalls 2 % der Patienten waren mit den Mitpatienten und den damit verbundenen Gesprächen besonders zufrieden. Eine Mehrfachnennung gab es bei 0,3 % der Patienten, die besonders zufrieden mit dem Hotelaspekt und den Gesprächen mit den Mitpatienten waren.

Die zweite Frage „Womit waren Sie besonders unzufrieden?“ beantworteten 53,50 % der Patienten. 11 % der Patienten waren mit den Modalitäten bei der Aufnahme und mit der Organisation unzufrieden, wie schon vorher bei den Verbesserungsvorschlägen erwähnt. 7 % der Patienten fanden, dass ihnen zu wenig Hilfe entgegengebracht wurde durch die medizinische Betreuung, von der medizinischen Zentrale (Änderung der Öffnungszeiten, Schlüsselgewalt), bei den Therapieeinsätzen, in Bezug auf die Arzttermine und von der physikalischen Therapie. Ebenfalls 7 % der Patienten wünschten sich statt 3-Bett-Zimmer 1- oder 2-Bett-Zimmer, um mehr Privatsphäre haben zu können und baten um eine

Zimmerauswahl der Patienten vorab, wenn jemand z. B. viel schnarcht, sollte dieser mit einem Patienten, der ebenfalls viel schnarcht, zusammengelegt werden. 5 % der Patienten meinten, dass zu wenig Therapiestunden angeboten werden, z. B. keine ausreichende Therapie für Borderline-Patienten vorhanden sei, die Gruppentherapie sei zu kurz oder die Gruppen seien zu groß. 5 % der Patienten hatten Verbesserungsvorschläge, das Inventar zu verbessern, dies betrifft den Raucherraum, die Öffnungszeiten der Cafeteria, den Sanitärbereich und die Geruchsbelästigung durch das Schwimmbad (starker Chlorgeruch). Unfreundlichkeit des Personals erwähnten 4 % der Patienten, 1 % der Patienten beschwerte sich über die Bevormundung ihnen gegenüber. 4 % der Patienten äußerten ihre Unzufriedenheit gegenüber der Versorgung mit Essen und Getränken, man könnte etwa eine zusätzliche Teeküche bereitstellen oder flexiblere Essenszeiten einplanen. Zu lange Wartezeiten bis zum Therapiebeginn bedauerten 2 % Patienten und 1 % der Patienten schlug vor, ein umfangreicheres Aktivitätenangebot bereitzuhalten. Zufriedenheit mit der Therapeutin äußerten 2 % der Patienten und unzufrieden mit der Co-Therapie war 1 % der Patienten. Jeweils 0,3 % der Patienten waren unzufrieden mit dem Therapeutenwechsel, der Privatvisite, dem Therapieverlauf, der medizinischen Ausgabe, der Gruppenführung durch den Co-Therapeuten, hatten zu wenig Mitspracherecht, hatten Langeweile oder hatten zu wenig Zeit. 1 % der Patienten schlugen vor, eine bessere Verkehrsanbindung, vor allem auch am Wochenende, anzubieten.

58,60 % der Patienten gaben Vorschläge zur dritten Frage „Was kann aus Ihrer Sicht verbessert werden?“ ab. Verbesserungswürdig fanden 14 % der Patienten das Inventar, wie z. B. die Erneuerung des Teppichbodens, das Einrichten einer Kapelle oder eines Meditationsraums, einen Internetzugang zu ermöglichen, eine größere Auswahl an Büchern und Filmen bereitzustellen, eine bessere Lüftung des Raucherraums und mehr Möglichkeiten für Nichtraucher zu schaffen. Vorschläge zum Freizeitangebot hatten 14 % der Patienten. Sie wünschten sich zusätzliche Sportmöglichkeiten wie einen Fitnessraum oder einen Wutraum sowie einen Boxsack und ein besseres Freizeitangebot am Wochenende. Vorschläge zur Verbesserung des Therapieangebotes machten 9 % der Patienten. Verbesserungsvorschläge zur Organisation und Aufnahme äußerten 7 % der Patienten. Dies betraf die zu hohen Preise in der Cafeteria und die Änderung

ihrer Öffnungszeiten als auch die zu hohen Telefongebühren. 7 % der Patienten fanden, dass das 3-Bett-Zimmer angenehm sei und hätten sich eher ein 1- oder 2-Bett-Zimmer gewünscht. 5,5 % der Patienten fanden die Verpflegung von Essen und Trinken sei verbesserungswürdig, z. B. könnte man kleinere Essgruppen einrichten, eine Patienten-Teeküche bereitstellen oder die Patienten könnten sich beim Abräumen des Geschirrs nach dem Essen beteiligen. Auch zu lange Wartezeiten auf den Therapiebeginn war ein Kritikpunkt, den 2,6 % der Patienten monierten. 2,3 % der Patienten meinten, dass sie zu wenig Hilfe vom medizinischen Dienst erhalten hätten und würden um höhere Flexibilität im Bereich der Arztzeiten bitten. Lärm und Ruhestörung monierten 2,3 % der Patienten. 1,6 % der Patienten würden einen besseren Fahrservice erwarten bzw. sich eine bessere Verkehrsanbindung wünschen, ebenfalls 1,6 % der Patienten wünschten sich, dass man mehr auf die Patienten eingeht. 1 % der Patienten empfand das Personal als unfreundlich und ebenfalls 1 % der Patienten war nicht zufrieden mit der Therapeutin (erschien dauerbelastet). 0,7 % der Patienten schlugen vor, dass die Kontrolle der Medikamentenausgabe verbessert werden sollte und ebenfalls 0,7 % der Patienten fänden es gut, wenn das Personal Namensschilder trägt. Jeweils 0,3 % der Patienten schlugen vor, eine Tafel mit Fotos vom Personal aufzustellen, eine Wochenendtherapiegruppe einzurichten, ein Gesamttreffen aller Beteiligten mit den Patienten abzuhalten und die Co-Therapie zweimal die Woche durchzuführen.

Die Antworten der offenen Fragen präzisieren konkrete Situationen oder dienen dazu, erlebtem Ärger über einzelne Personen Raum zu geben oder in konkreter Form Situationen und Personen zu nennen, die als hilfreich empfunden wurden. Für die Planung von Veränderungsmaßnahmen aufgrund der Patientenerfahrungen können die offenen Fragen daher hilfreiche Konkretisierungen darstellen.

5. DISKUSSION

In der vorliegenden Doktorarbeit wurden zwei Fragestellungen bearbeitet:

1. Entspricht der neu entwickelte Fragebogen MFBP-18 den psychometrischen Standards und
2. welchen Einfluss haben Patientenvariablen wie die Anzahl vorheriger Klinikaufenthalte, soziodemographische Daten, die Diagnose und die Krankheitsdauer auf die Behandlungsbewertung.

Weiterhin wird zur Feststellung der Zuverlässigkeit des Instruments überprüft, ob mit Hilfe des Patientenfragebogens in der Literatur beschriebene Zusammenhänge repliziert werden können.

Zunächst werden verschiedene Untersuchungsergebnisse interpretiert und kritisch beleuchtet. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der psychometrischen Analyse des MFBP-18 zusammenfassend ausgeführt.

5.1. Die Interpretation der Ergebnisse, die mit den soziodemographischen Variablen in Zusammenhang stehen

Geschlecht und Alter

Die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen zeigen, dass Frauen und ältere Patienten zufriedener sind (Leimkühler & Müller, 1996), jedoch wird dies nicht einheitlich bestätigt (Schmidt et al., 1989, Langewitz et al., 1995). In dieser Untersuchung zeigte sich kein Unterschied in der Bewertung des Therapieerfolgs und der Behandlungsbewertung in Bezug auf Geschlecht und Alter.

Familienstand und Bildung

In der Mehrzahl der Studien konnten Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit der Behandlung und den Merkmalen Familienstand, Einkommen oder Bildung nicht nachgewiesen werden (Schmidt et al. 1989, Weinstein, Lebow zit. n. Spießl et al., 1995). In dieser Arbeit konnten keine Zusammenhänge des Schul- und Berufsabschlusses auf die

Behandlungsbewertung festgestellt werden. Es konnte auch kein Zusammenhang mit der Behandlungsbewertung und dem Familienstand

Diagnose, Klinische Vorerfahrungen

Die aktuelle Symptomatik steht in einem negativen Zusammenhang mit der Behandlungszufriedenheit. Patienten, die eine ausgeprägte Symptomatik zeigen, sind eher unzufrieden. Wenn sich die Symptome im Laufe der Behandlung verbessern, dann wird auch die Bewertung der Therapie positiver (Gruyters & Priebe, 1992). Sowohl der subjektive Behandlungserfolg korreliert mit positiver Bewertung. Deshalb stellt die Behandlungsbewertung durch die Patienten nach Priebe (1992) ein relativ unabhängiges Kriterium für den Behandlungserfolg dar.

Zwischen der Behandlungszufriedenheit und der Diagnose gibt es keinen eindeutigen Zusammenhang. Patienten mit schlechter Prognose, drogenabhängige, suizidale und psychotische Patienten sind tendenziell eher unzufrieden mit der Behandlung (Gruyters & Priebe, 1992). In dieser Untersuchung konnte kein Zusammenhang zwischen der Diagnose und der Behandlungsbewertung festgestellt werden. Die am häufigsten diagnostizierte Patientengruppe (127 Patienten) befand sich in der Gruppe der affektiven Störungen (F 30 - 34), gefolgt von der Gruppe mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F 40 - 45) von n = 113. 57,3 % der Patienten hatten eine zweite psychische Diagnose und bei 45,3 % der Patienten wurde eine erste somatische ICD-10-Diagnose gestellt.

Die Untersuchung der klinischen Variable „Vorbehandlung“ weist auf einen settingspezifischen Einfluss hin (Gravel, 1984, zit. n. Gruyters und Priebe, 1994). In dieser Arbeit wurden Einflüsse auf „stationäre Vorbehandlungen“, „stationär psychiatrische Vorbehandlungen“ und „Vorbehandlungen in der Psychosomatischen Klinik Windach“ untersucht. Diesbezüglich wurden keine Einflüsse auf die Behandlungsbewertung ermittelt.

Die Ergebnisse über Zusammenhänge mit der Behandlungszufriedenheit und der Aufenthaltsdauer sind in der Literatur unterschiedlich beschrieben. In der Mehrzahl der Studien werden positive Korrelationen der Behandlungsdauer mit

der Behandlungszufriedenheit nachgewiesen (Spießl et al., 1995). Ältere Studien zeigen eine zunehmende Zufriedenheit im Verlauf der Behandlung, der Maximalwert liegt kurz vor der Entlassung und sinkt dann wieder ab. In dieser Untersuchung wurde kein Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und der Behandlungszufriedenheit festgestellt.

5.2. Die Interpretation der psychometrischen Ergebnisse

Anhand der Verteilungskennwerte ist, wie in anderen Studien zur Bewertung der Zufriedenheit (Gryters & Priebe, 1994), eine hohe Zustimmung und diesbezüglich eine eher linksschiefe Verteilung der Items ersichtlich.

Die Interpretation der Faktorenanalyse

Es wurde ein übergeordneter Faktor postuliert, deshalb wurde die Berechnung der Faktorenanalyse anhand einer Hauptkomponentenanalyse mit Promax-Rotation durchgeführt. Vor der Berechnung der Faktorenanalyse wurden die Items eliminiert, bei denen mehr als 10 % der Patienten keine Angaben gemacht haben. Die verbleibenden 51 Items wurden anhand ihrer MSA-Werte inspiziert. Vier Items zeigten einen mäßigen MSA-Wert, 8 Items hatten einen mittleren MSA-Wert, bei 11 Items konnte ein guter MSA-Wert ermittelt werden und 28 Items zeigten einen sehr guten MSA-Wert, der KMO-Wert lag bei einem sehr guten Wert von 0,922. Somit waren alle Items für eine Faktorenanalyse geeignet und diese gingen dann in die erste Hauptkomponentenanalyse ein.

Es wurden 11 Faktoren ermittelt, die jedoch nicht alle brauchbar waren. Deshalb wurden noch drei weitere Faktorenanalysen durchgeführt und nach letztendlicher Eliminierung aller unbrauchbarer Faktoren konnten vorerst vier Faktoren ermittelt werden: Faktor 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ (9 Items), Faktor 2 „Persönlicher Nutzen“ (8 Items), Faktor 3 „Therapeutenverhalten“ (8 Items) und Faktor 4 „Gruppenfaktor“ (2 Items). Der anschließend durchgeführte MAP-Test plädierte für eine 2-Faktoren-Lösung. Eine weitere Berechnung mit dem Screeplott führte ebenfalls zu einer 2-Faktoren-Lösung. Bei einer 2-Faktoren-Lösung fallen zwar wertvolle Informationen zum Therapeutenverhalten und in

Bezug auf den Gruppenfaktor weg, jedoch wird aufgrund der empirischen Überprüfung letztendlich die 2-Faktoren-Lösung befürwortet.

Die Bestimmung der internen Konsistenz ergab hohe Reliabilitäts-Werte für den Faktor 1 (Cronbachs α 0,93) und für den Faktor 2 (Cronbachs α 0,91). Die Zuverlässigkeit der zwei Skalen des MFBP-18 lässt sich als gut bezeichnen.

Die Split-Half-Reliabilität zur Überprüfung der Homogenität nach Spearman-Brown ergibt bei Skala 1 einen Koeffizienten von 0,96 bei ungleicher Länge. Bei dieser Methode erfolgt eine Aufteilung der beiden Testhälften in eine erste und zweite Hälfte, Teil 1 beinhaltet die Items 62, 63, 55, 02 und 61 (Cronbachs α 0,91), Teil 2 setzt sich zusammen aus den Items 51, 18, 04 und 52 (Cronbachs α 0,84). Für die Skala 2 ergibt sich ein Spearman-Brown-Koeffizient von 0,93 bei gleicher Länge. Die Aufteilung der Testhälften für diese Skala im Teil 1 beinhaltet die Items 46, 41, 48 und 50 (Cronbachs α 0,80) und Teil 2 setzt sich zusammen aus den Items 47, 45, 44 und 49 (Cronbachs α 0,84). Die Split-Half-Reliabilität für beide Skalen liegt bei bzw. über der wünschenswerten Höhe von 0,80.

Die Bestimmung der korrigierten Trennschärfekoeffizienten ergab Werte bei Skala 1 zwischen $r_{it} = 0,60$ und $r_{it} = 0,84$, Mittelwert 0,75 und bei Skala 2 zwischen $r_{it} = 0,61$ und $r_{it} = 0,78$, Mittelwert 0,71, dabei überschritten alle Items die Grenze von $r_{it} = 0,50$. Die Items werden auf der Ebene der Wichtigkeitsurteile als homogen beantwortet.

Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelation der Skalensummenwerte liegt zwischen Skala 1 und Skala 2 bei $r = 0,75$, bei einem Signifikanzniveau von $p = 0,01$. Diesbezüglich lässt sich schlussfolgern, dass die zwei Skalen relativ unabhängig voneinander sind und jeweils eine andere Kategorie messen.

Die mittlere Inter-Item-Korrelation liegt für die Skala 1 bei 0,61 (Min. 0,42, Max. 0,78), für die Skala 2 liegt sie bei 0,56 (Min. 0,43, Max. 0,72). Die mittlere Item-Skalen-Korrelation liegt bei Skala 1 bei 0,74 (Min. 0,60, Max. 0,84), für die

Skala 2 liegt sie bei 0,71 (Min. 0,61, Max. 0,78) und kann als zufriedenstellend erachtet werden.

Signifikante Ergebnisse ergeben sich mit den selbst- und fremdbeurteilten Outcomes auf der Basis der direkten und indirekten Veränderungsmessung.

Nachfolgend wird die Berechnung der Konstruktvalidität ausgeführt:

Anhand des Beeinträchtigungsschwerescores (BSS) wurde untersucht, ob sich die Patienten im Vergleich zur Aufnahme am Ende ihrer Therapie gebessert haben. Im physischen Bereich (BSS physisch) haben sich 60,7 % der Patienten gebessert, anhand der Sozialkommunikation (BSS sozialkommunikativ) konnten sich 77,2 % der Patienten als gebessert einschätzen und im psychischen Bereich (BSS psychisch) haben sich 84,7 % der Patienten gebessert. Die Korrelationen zwischen dem BSS physisch und der Behandlungsbewertung mit Nichtparametrischen Tests nach Spearman-Rho ergaben für Faktor 1 und 2 einen signifikanten geringen positiven Zusammenhang (Faktor 1: $r = 0,245$, Faktor 2: $r = 0,231$). Es könnte interpretiert werden, dass die Patienten, die sich physisch gebessert haben insgesamt mit der Therapie und ihrem persönlichen Nutzen, den sie daraus gezogen haben, zufriedener sind, als die Patienten, die sich physisch nicht gebessert haben. Die Korrelationen zwischen dem BSS sozialkommunikativ und der Behandlungsbewertung mit den gleichen Tests zeigte für die Faktoren 1 und 2 ebenfalls einen signifikanten geringen positiven Zusammenhang (Faktor 1: $r = 0,218$, Faktor 2: $r = 0,251$). Deshalb könnte man auch hier interpretieren, dass die Patienten, die sich in ihrer Sozialkommunikation gebessert haben, insgesamt zufriedener mit der Therapie und dem persönlichen Nutzen sind. Als letztes wurde mit diesen Tests noch der BSS psychisch berechnet. Auch für diese Subskala ergaben sich signifikante geringe positive Korrelationen mit der Behandlungsbewertung (Faktor 1: $r = 0,340$, Faktor 2: $r = 0,327$). Die Interpretation dieser Ergebnisse deutet auch darauf hin, dass die Patienten, die sich psychisch gebessert haben, insgesamt mit der Therapie und dem persönlichen Nutzen, den sie aus der Therapie für sich mitnehmen, zufriedener sind.

Zur Interpretation des Therapieerfolgs mit dem SCL 90-R GSI (Global Symptom Index) bei Aufnahme und Entlassung lässt sich feststellen, dass die Patienten gebesserte Werte aufweisen, insgesamt jedoch noch eine psychische Belastung vorhanden ist. Der Differenzwert A – E „Bessgsi“ ermittelte noch akzeptable signifikante positive Korrelationen in Zusammenhang mit dem Faktor 1 (Gesamtzufriedenheit mit der Therapie, $r = 0,277$) und mit dem Faktor 2 (Persönlicher Nutzen, $r = 0,369$). Die signifikante mittlere und starke negative Korrelation zwischen dem Verhaltens- und Erlebensinventar (VEV-K, Summenscore) und dem Faktor 1 ($r = - 0,592$) sowie dem Faktor 2 ($r = - 0,685$) kann als sehr zufrieden stellend eingeschätzt werden. Die Kriteriumsvalidität (kongruente Validität) konnte bestätigt werden. Diese wurde anhand der Psy-BaDo-PTM Variable „Gesamturteil zur Therapie“ und der Behandlungsbewertung, dem Faktor 1 (Gesamtzufriedenheit mit der Therapie, $r = 0,716$) und dem Faktor 2 (Persönlicher Nutzen, $r = 0,467$) berechnet. Die differenzielle Validität wurde anhand der Symptom-Checkliste SCL 90-R GSI und dem Unterschied in der Zufriedenheit zwischen Patienten mit geringerem und höherem Therapieerfolg berechnet. Diese konnte für den Faktor 1 und den Faktor 2 bestätigt werden.

Anhand der Ergebnisse der offenen Fragen zeigte sich, dass 78,7 % der Patienten mit den Therapeuten/Ärzten/Co-Therapeuten und 65 % der Patienten mit dem Pflegepersonal zufrieden waren. Am wichtigsten war den Patienten die Freundlichkeit noch vor der fachlichen Kompetenz, der Co-Therapie oder der Einzel- und Gruppentherapie. Ein Aspekt, der auch in anderen Studien repliziert wurde. Das emotionale Band ist genauso wichtig wie die reale Beziehung und existiert mehr oder weniger immer, sobald zwei Menschen in Beziehung treten.

Anhand der o. g. Ergebnisse kann es sinnvoll sein, die Behandlungsbewertung durch das Patientenkollektiv untersuchen zu lassen. Neben den Daten zur Behandlungsbewertung durch die Patienten wurde auch eine Vielzahl von Patientenvariablen erfasst, um Zusammenhänge zwischen der Behandlung und dem Behandlungsumfeld als auch der Patientenbewertung herauszufinden. Die an der Befragung teilnehmende Patientenzahl von 307 Patientinnen und

Patienten war ausreichend hoch, so dass statistisch relevante Aussagen zu den Berechnungen gemacht werden können.

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Designs der vielfältigen Studien zur Patientenzufriedenheit sind die Ergebnisse kaum miteinander vergleichbar. Es gibt kein einheitliches Instrument zur Erfassung der Patientenzufriedenheit. Die bisher angewandten Instrumente sind meist wenig überprüft, fragen nur die zusammenfassende Globalzufriedenheit ab oder gehen nur auf die einzelnen Behandlungsaspekte ein. Es lassen sich neben direkten auch indirekte Messungen finden und letztendlich unterscheiden sie sich erheblich in den Befragungsmethoden und -zeitpunkten. Übergeordnetes Ziel dieser Arbeit war es, ein Untersuchungsinstrument zu entwickeln, das möglichst breit anwendbar ist und dieses unter den beschriebenen Bedingungen zu testen. Die Patienten haben nachvollziehbare Ergebnisse abgegeben und es scheint mit der Befragung zur Behandlungsbewertung jetzt eine Möglichkeit gegeben zu sein, unterschiedliche Patientengruppen miteinander bezüglich ihrer Bewertung zur Behandlung vergleichen zu können. Bei Betrachtung der Ergebnisse findet man eine weitgehende Übereinstimmung mit den aus der Literatur bereits bekannten Ergebnissen.

Der vorliegende Fragebogen MFBP-18 zur Behandlungsbewertung durch die Patienten hat eine ökonomische Möglichkeit geschaffen, die Qualitätssicherung um einen weiteren Versorgungsbereich, nämlich die stationäre Psychosomatik/Psychotherapie, zu erweitern. Die Einbeziehung der Patienten in den Qualitätssicherungsprozess kann diesbezüglich künftig möglich sein.

5.3. Kritik

Wären aufgrund der empirischen Überprüfung nicht nur zwei Faktoren in den Fragebogen MFBP-18 eingegangen, hätte man einige Items des ursprünglich konzipierten Fragebogens MFBP-63 verändern sollen, da diese zu missverständlichen Interpretationen auf Seiten des Patienten führen könnten. Nachfolgend werden alternative Anregungen zu den ausgewählten Items vorgeschlagen:

Frage 5: Der Therapeut und ich haben gemeinsam das Behandlungsziel erreicht.

Alternatives Item:

Der Therapeut und ich haben ähnliche Vorstellungen über das Behandlungsziel.

Frage 6: Der Therapeut war einfühlsam und verständnisvoll.

Alternatives Items:

Der Therapeut war einfühlsam.

Der Therapeut war verständnisvoll.

Frage 7: Der Therapeut war freundlich.

Alternatives Item:

Der Therapeut war empathisch.

Frage 11: Der Therapeut hat mich manchmal kritisiert und abweisend reagiert.

Alternatives Item:

Der Therapeut hat mich manchmal kritisiert.

Der Therapeut hat manchmal abweisend reagiert.

Frage 12: Der Therapeut war manchmal unzufrieden mit mir und hat die Schuld nur bei mir gesucht.

Alternative Items:

Der Therapeut war manchmal unzufrieden mit mir.

Der Therapeut hat die Schuld nur bei mir gesucht.

Frage 17: Ich konnte mich hier gut erholen, ohne mich selber anstrengen zu müssen.

Alternatives Item:

Ich konnte mich hier sehr gut erholen, ohne mich selber anstrengen zu müssen.

Frage 18: Ich habe genügend Einfluss auf die Behandlung gehabt.

Alternatives Item:

Ich habe einen wichtigen Einfluss auf die Behandlung gehabt.

Frage 20: Die Psychopharmaka (z. B. Beruhigungsmittel, Antidepressiva), die ich nehmen sollte, habe ich eigentlich abgelehnt.

Alternatives Item:

Die Psychopharmaka (z. B. Beruhigungsmittel, Antidepressiva), die ich nehmen sollte, habe ich abgelehnt.

Frage 23: Das Therapieprogramm war wie ein Arbeitstag für mich.

Alternatives Item:

Das Therapieprogramm war so anstrengend wie ein Arbeitstag für mich.

Die Fragen 34 – 37 sollten als Zusatzteil als eine Untergruppe „Weitere Therapieangebote“ an den Fragebogen angefügt werden.

Frage 40: Die Entfernung von zu Hause war wichtig für mich.

Alternatives Item:

Der emotionale Abstand von zu Hause war wichtig für mich.

Frage 48: Ich weiß jetzt, welche Ziele mir wichtig sind und wie ich sie erreichen kann. Dieses Item wurde im Fragebogen MFBP-18 nach allen Berechnungen letztendlich noch verändert, und zwar in die alternativen Items 6: „Ich weiß jetzt, welche Ziele mir wichtig sind.“ und 18: „Ich weiß jetzt, wie ich meine Ziele erreichen kann.“

Weiterhin fällt in der Literatur bei eingehender Betrachtung auf, dass oft trotz meist hoher Globalzufriedenheit auch eine gewisse Unzufriedenheit vorhanden ist. Deshalb sollte man sich auch mit der Frage auseinandersetzen, ob eine

generell hohe Bewertung der Patientenzufriedenheit nicht ein Artefakt der Befragung darstellt, mit Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit oder auch rollenkonformes Antworten. In der vorliegenden Untersuchung kann diese Frage nicht wirklich zufriedenstellend geklärt werden. Dies ist aber auch ein Problem, das in anderen Studien zur Bewertung der Patientenzufriedenheit zu finden ist. Sollte die hohe Globalzufriedenheit der Patientenbewertung ein Artefakt darstellen, so hätte die Messung der Patientenzufriedenheit anhand von Fragebögen, die detaillierter sind, eine um so größere Berechtigung. Die Evaluation der Patientenzufriedenheit ist ein komplexerer Vorgang, als es die bisherigen Studien erkennen lassen, da dem Begriff „Patientenzufriedenheit“ eine einheitliche Definition fehlt. In dieser Untersuchung wurde versucht, die Behandlungsbewertung anhand der Patientenaussagen einzuschätzen und der Begriff „Patientenzufriedenheit“ wurde eher als untergeordnet gesehen.

Der Fragebogen MFBP-63 wurde zeitgleich an der Psychiatrischen Klinik noch auf den früher getrennten Stationen B1a (psychiatrische Station) und B1b (psychotherapeutisch/psychosomatische Station) eingesetzt. Für eine weitere Studie und Validierung des Fragebogens wäre es sinnvoll, diese Daten noch heranzuziehen.

Die Konfirmatorische Faktorenanalyse konnte das theoretische Modell nicht bestätigen. Somit könnte man diesbezüglich noch weitere Untersuchungen durchführen.

Wie unter Punkt 1.3.2 erläutert, sind für den Patienten schulspezifische Kriterien einer bestimmten Psychotherapie nachrangig. Dem Patienten ist eher wichtig, Verständnis, Unterstützung und Anerkennung zu bekommen. Weiterhin möchte er auch Vertrauen aufbauen können und den Therapeuten als einen kompetenten und kommunikativen Partner im Gegenüber erleben. Eine stabile und vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung bildet diesbezüglich die Grundlage, auf der letztendlich Veränderungen stattfinden können. In dieser Untersuchung wurden relevante Items zur Therapeut-Patient-Beziehung einbezogen, die in einem ersten Schritt einen Faktor abbilden konnten und genügend hohe Reliabilitäten zeigten, jedoch in einem zweiten Schritt der Analyse, aufgrund der

Ergebnisse des MAP-Tests und des Screeplots, nicht mit in den Fragebogen MFBP-18 aufgenommen werden konnten.

Auch in dieser Untersuchung bleibt letztendlich die Frage offen, ob sie tatsächlich zur Verbesserung der Versorgungsqualität beiträgt. Jedoch wird das Urteil des Patienten in der stationären Versorgung immer wichtiger und es bleibt zu hoffen, dass es einen festen Stellenwert in der Qualitätssicherung (Prozess- und Ergebnisqualität) in Zukunft einnimmt. Diesbezüglich würden die Befragungen nicht nur der Forschung dienen, sondern vor allem den Patienten nutzen. Bei künftigen Befragungen sollte man vielleicht auch mehrere Messzeitpunkte im Auge behalten, und diese z. B. bei Aufnahme, in der Mitte und am Ende der Behandlung erheben, um einen weiteren Einblick in Bezug auf den Veränderungsprozess zu bekommen.

Es liegt bisher eine Vielzahl unzureichend untersuchter Messinstrumente vor. Bis heute fehlt ein gut untersuchtes und empirisch abgesichertes Erhebungsinstrument. Diese Untersuchung hat den Versuch unternommen, dies zu verändern. Es bleibt zu hoffen, dass mit der Kurzform des MFBP-18 die Befragung zur Behandlungsbewertung durch Patienten ein Instrument entwickelt wurde, das ökonomisch im stationären Kliniksetting einsetzbar ist. Auch kann es sich im Laufe der Zeit durch weitere Untersuchungen dahingehend weiterentwickeln.

Es ist noch wichtig darauf hinzuweisen, dass die Durchführung der Befragungen von unabhängigen Untersuchern und Institutionen stattfindet, die nicht in die Behandlung involviert sind.

6. ZUSAMMENFASSUNG

In der Evaluation der klinischen Versorgung gewinnt die Patientenzufriedenheit als subjektives Kriterium zunehmend an Interesse. Eine Vielzahl methodischer Probleme limitiert jedoch die Aussagekraft gefundener Zufriedenheitsergebnisse. Da bisher kein eingeführtes, standardisiertes Instrument existiert, das die Sicht von Patienten zur Qualität der stationären psychotherapeutischen/psychosomatischen Behandlung differenziert erfasst, stellt die vorliegende Doktorarbeit die Entwicklung eines Patientenfragebogens und die Ergebnisse einer ersten Erhebung anhand einer Stichprobe von $n = 307$ Patienten der Psychosomatischen Klinik Windach vor.

In der vorliegenden Arbeit konnte nachvollziehbar gezeigt werden, dass der entwickelte Fragebogen, wie überprüft wurde, relevante Aspekte zur Bewertung der stationären Psychotherapie/Psychosomatik aus Patientensicht erfasst. Bei der psychometrischen Analyse des MFBP-63 konnten die theoretisch aufgestellten sieben Dimensionen nicht beibehalten werden. Stattdessen wurden mittels einer Hauptkomponentenanalyse mit Promax-Rotation zwei Faktoren ermittelt, mit dem Hauptfaktor „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ (36,11 % der Gesamtvarianz) und dem zweiten Faktor „Persönlicher Nutzen“ (7,11 % der Gesamtvarianz). Für die Endversion gehen nach der Faktorenanalyse und aufgrund des Ergebnisses des MAP-Tests sowie des Screeplots zwei Faktoren mit insgesamt 17 Items (Faktor 1 beinhaltet 9 Items, Faktor 2 besteht aus 8 Items) in den Fragebogen ein. Die Bestimmung der internen Konsistenz ergab hohe Reliabilitäts-Werte für Faktor 1 (Cronbachs α 0,93) und für Faktor 2 (Cronbachs α 0,91). Somit lässt sich die Zuverlässigkeit der zwei Skalen als gut bezeichnen.

Die Split-Half-Reliabilität zur Überprüfung der Homogenität nach Spearman-Brown ergibt bei Skala 1 einen Koeffizienten von 0,96 bei ungleicher Länge. Bei dieser Methode erfolgt eine Aufteilung der beiden Testhälften in eine erste und zweite Hälfte, Teil 1 beinhaltet die Items 62, 63, 55, 02 und 61 (Cronbachs α 0,91), Teil 2 setzt sich zusammen aus den Items 51, 18, 04 und 52 (Cronbachs α 0,84). Für die Skala 2 ergibt sich ein Spearman-Brown-Koeffizient von 0,93 bei

gleicher Länge. Die Aufteilung der Testhälften für diese Skala im Teil 1 beinhaltet die Items 46, 41, 48 und 50 (Cronbachs α 0,80) und Teil 2 setzt sich zusammen aus den Items 47, 45, 44 und 49 (Cronbachs α 0,84). Für die Reliabilität der Skalen ergaben sich starke Korrelationen ($r = 0,75$) zwischen der Skala 1 und der Skala 2.

Die Bestimmung der korrigierten Trennschärfekoeffizienten ergab Werte bei Skala 1 zwischen $r_{it} = 0,60$ und $r_{it} = 0,84$, Mittelwert 0,75 und bei Skala 2 zwischen $r_{it} = 0,61$ und $r_{it} = 0,78$, Mittelwert 0,71, dabei überschritten alle Items die Grenze von $r_{it} = 0,50$. Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelation der Skalensummenwerte liegt zwischen Skala 1 und Skala 2 bei 0,75, bei einem Signifikanzniveau von $p = 0,01$. Die Items werden auf der Ebene der Wichtigkeitsurteile somit als homogen beantwortet.

Die mittlere Inter-Item-Korrelation liegt für die Skala 1 bei 0,61 (Min. 0,42, Max. 0,78), für die Skala 2 liegt sie bei 0,56 (Min. 0,43, Max. 0,72). Die mittlere Item-Skalen-Korrelation liegt bei Skala 1 bei 0,74 (Min. 0,60, Max. 0,84), für die Skala 2 liegt sie bei 0,71 (Min. 0,61, Max. 0,78).

Die im Fragebogen erfassten offenen Fragen liefern einige konkrete Aspekte, die Verbesserungswünsche im Bereich der Therapie, der Organisation und des Inventars betreffen. Durch die genaue inhaltsanalytische Auswertung können die offenen Fragen zur inhaltlichen Validierung des Fragebogens verwendet werden.

Signifikante Ergebnisse ergeben sich mit den selbst- und fremdbeurteilten Outcomes auf der Basis der direkten und indirekten Veränderungsmessung. Zunächst werden die Ergebnisse zur Konstruktvalidität ausgeführt:

Anhand des Beeinträchtigungsschwerescores (BSS) wurde untersucht, ob sich die Patienten im Vergleich zur Aufnahme am Ende ihrer Therapie gebessert haben. Im physischen Bereich (BSS physisch) haben sich 60,7 % der Patienten gebessert, anhand der Sozialkommunikation (BSS sozialkommunikativ) konnten sich 77,2 % der Patienten als gebessert einschätzen und im psychischen Bereich (BSS psychisch) haben sich 84,7 % der Patienten gebessert. Die Korrelationen

zwischen dem BSS physisch und der Behandlungsbewertung mit nichtparametrischen Tests nach Spearman-Rho ergaben für Faktor 1 und Faktor 2 einen signifikanten geringen positiven Zusammenhang (Faktor 1: $r = 0,245$, Faktor 2: $r = 0,231$). Die Korrelationen zwischen dem BSS sozialkommunikativ und der Behandlungsbewertung mit den gleichen Tests zeigte für die Faktoren 1 und 2 ebenfalls einen signifikanten geringen positiven Zusammenhang (Faktor 1: $r = 0,218$, Faktor 2: $r = 0,251$). Als letztes wurde mit diesen Tests noch der BSS psychisch berechnet. Auch für diese Subskala ergaben sich signifikante geringe positive Korrelationen mit der Behandlungsbewertung (Faktor 1: $r = 0,340$, Faktor 2: $r = 0,327$).

Der Therapieerfolg wurde anhand des SCL 90-R GSI (Global Symptom Index) bei Aufnahme und Entlassung ermittelt. Die Patienten weisen gebesserte Werte auf, jedoch ist insgesamt noch eine psychische Belastung vorhanden. Der Differenzwert A – E „Bessgsi“ ermittelte noch akzeptable signifikante positive Korrelationen in Zusammenhang mit dem Faktor 1 (Gesamtzufriedenheit mit der Therapie, $r = 0,277$) und mit dem Faktor 2 (Persönlicher Nutzen, $r = 0,369$). Die signifikante mittlere und starke negative Korrelation zwischen dem Verhaltens- und Erlebensinventar (VEV-K, Summenscore) und dem Faktor 1 ($r = - 0,592$) sowie dem Faktor 2 ($r = - 0,685$) kann als sehr zufrieden stellend eingeschätzt werden. Die Kriteriumsvalidität (kongruente Validität) konnte bestätigt werden. Diese wurde anhand der Psy-BaDo-PTM Variable „Gesamturteil zur Therapie“ und der Behandlungsbewertung, dem Faktor 1 (Gesamtzufriedenheit mit der Therapie, $r = 0,716$) und dem Faktor 2 (Persönlicher Nutzen, $r = 0,467$) berechnet. Die differenzielle Validität wurde anhand der Symptom-Checkliste SCL 90-R GSI und dem Unterschied in der Zufriedenheit zwischen Patienten mit geringerem und höherem Therapieerfolg berechnet und konnte für den Faktor 1 und den Faktor 2 bestätigt werden.

Es besteht kein Unterschied in der Behandlungsbewertung zwischen den Geschlechtern und dem Alter. Stationäre Vorbehandlungen, stationär psychiatrische Vorbehandlungen und Vorbehandlungen in der Psychosomatischen Klinik Windach haben keinen Einfluss auf die

Behandlungsbewertung. Der Schul- und der Berufsabschluss sowie der Familienstand haben ebenfalls keinen Einfluss auf die Behandlungsbewertung.

Aufgrund inhaltlichen Überlegungen wurde das Item 6 (Ich weiß jetzt, welche Ziele mir wichtig sind und wie ich sie erreichen kann) in zwei Items aufgeteilt: Item 6 lautet: Ich weiß jetzt, welche Ziele mir wichtig sind. Item 18 wurde wie folgt formuliert: Ich weiß jetzt, wie ich meine Ziele erreichen kann. Letztendlich gehen für weitere Untersuchungen 18 Items in den Fragebogen MFBP-18 ein. Als Instrument zur Evaluation konkreter Behandlungsaspekte liefert der Fragebogen MFBP-18 nützliche Informationen für die Behandelnden. Aufgrund seiner Länge entspricht er auch den ökonomischen Gesichtspunkten, die für die Praxis relevant sind. Er ist leicht verständlich und kann von allen Patienten selbständig am Ende des Klinikaufenthaltes ausgefüllt werden. Der Aufwand für die Mitarbeiter, den Bogen zu verteilen, ist nicht sehr hoch, da er am Entlassungstag mit weiteren Instrumenten ausgegeben werden kann. Der MFBP-18 kann in der klinischen Arbeit und bei klinischen Studien eingesetzt werden.

7. LITERATURVERZEICHNIS

Agnew-Davies R., Stiles W. B.: Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM); *British Journal of Clinical Psychology* 1998; 37: 155 – 172

Alexander L. B., Luborsky L. (1986): The Penn Helping Alliance Scales; In: Greenberg LS (ed) *The psychotherapeutic process – a research handbook*. Guilford, New York, pp. 325-366

Ambühl H. & Grawe K.: The effects of psychotherapy as a result of the relation of therapeutic availability and acceptance by the client; *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother.* 1988; 36(4): 308-27.

Amelang M. & Zielinski W.: *Psychologische Diagnostik und Intervention*; Kap. 10 Diagnostik und Intervention in der Klinischen Psychologie; Fydrich T. Springer Verlag Berlin 3. Auflage 2002

Ainsworth M., Blehar M. C., Waters E., Wall S.: *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale N. J.: Lawrence Erlbaum Associates, 1978

Anderson R. & Anderson G.: Development of an instrument for measuring rapport. *Personnel Guidance Journal*, 1962, 41, 18-24.

Attkisson C.C. & Zwick R. (1982): The client satisfaction questionnaire. *Evalu Program Plan* 5; 233 – 237

Bänninger-Huber E.: Von der Erfolgsforschung zur Prozessforschung – und wieder zurück? Zum aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum; *Psychotherapeut* 2001; 46: 348 – 352

Balint M.: Experiences with teaching- and research seminars; *Psyche* 1968 Sept – Nov, 22 (9): 678-88

Bassler M., Potratz B., Krauthauser H.: Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky; *Psychotherapeut* 1995; 40: 23-32

Beutel M., Bleichner F.: Unzufriedene Patienten – Patientenbeschwerden bei den Kostenträgern in der psychosomatischen Rehabilitation: Inhalte, Behandlungserwartungen, Arzt-Patient-Beziehung; *Psychotherapeut* 1998; 43: 360 – 368

Bibring E.: In: *Symposium on the theory of the therapeutic results of psychoanalysis*. *Int J Psychoanal* 1937, 18: 170-189

Blaser A.: Wie spezifisch ist unspezifisch? Ein Ausweg aus der Sackgasse um die Wirkfaktorenfrage in der Psychotherapie. *Schweizer Zeitschrift für Psychologie* 1989; 48 (1) 14-20

Bowlby J.: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Heidelberg: Dexter (dt.: 1995. engl. 1988)

Bordin E. S.: The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1979, 16 (3), 252-260.

Bortz J.: Statistik für Sozialwissenschaftler; 5. Auflage Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 1999

Bortz J. & Döring N.: Forschungsmethoden und Evaluation; 3. Auflage Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York, 2003

Bühner M.: Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion; 2. aktualisierte Auflage Pearson Studium München, 2006

Bühner M. & Ziegler M.: Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler; Pearson Studium München, 2009

Coulter A.: Patients' views of the good doctor; *BMJ* 2002; 325; p. 668-669

Deserno H. (1990): Die Analyse und das Arbeitsbündnis. München: Verlag Internationale Psychoanalyse

Dilling H., Mombour W. & Schmidt M. H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien; Verlag Hans Huber Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2004/2005

Donabedian A.: Criteria and standards for quality assessment and monitoring; *Qual Rev Bull.* 1986 Mar, 12 (3): 99-108

Elvins R. & Green J.: The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review; *Clinical Psychology Review* 28; 2008, S. 1167 - 1187

Eugster S. L. & Wampold B. E.: Systematic Effects of Participant Role of Evaluation of the Psychotherapy Session; *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1996, Vol. 64, Nr. 5, 1020-1028

Fetscher R.: Die Bündniskonzepte; *Forum der Psychoanal* (1998) 14: S. 203 – 224

Finke J. (1999). *Beziehung und Intervention.* Stuttgart: Thieme

Fisseni H. J. (1997). *Lehrbuch der Psychologischen Diagnostik* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe

Frank J. D. (1961): *Persuasion and healing.* John Hopkins, Baltimore (dt. 1981) *Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung: vom Schamanismus bis z. Klett-Cotta, Stuttgart*

Franke G. H. (1995): SCL 90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Frauchinger M.: Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren; Interventionen von sechs psychotherapeutischen Verfahren im Vergleich. Lizentiatsarbeit, Updates 1999, 2001, 2004, 2005, Onlinepublikation: <http://www.markus-frauchinger.ch/wirkfaktoren.htm>

Freud S.: Zur Einleitung der Behandlung; 8. Band; Werke aus den Jahren 1909-1913; Imago Publishing Co., Ltd. London

Freud S.: Standard Ed. The dynamics of transference. In Complete Psychological Works, 1912, vol. 12. (pp. 97 – 108) London: Hogarth Press.

Freud S.: Selbstdarstellung. 1925, GW Bd. 14, S 31-96

Freud S.: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. 1933, GW Bd 15, S. 63-65, S. 164-169

Freud S.: Die endliche und die unendliche Analyse, 1937, GW Bd. 16, S. 57-99

Frommer J., Streeck U.: Qualitative Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum – Ein Blick auf die Ergebnisse; Psychosom. Med. Psychother. 2003; 49: 74 – 86

Fydrich T.: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin; Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Ein Überblick 3/2004; Pabst Science Publishers Lengerich Berlin Riga Rom Wien Zagreb

Gale Groupe (2004): Clues that you may need a new doctor – survey by Personal Decisions Int. shows that most patients desire a combination of clinical and communication skills from their physicians;
online:
http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m1272/is_n2629_v126/ai_19841005/
print

Gaston L.: Reliability and Criterion-Related Validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-Patient Version; Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology 1991; Vol. 3, No. 1: 68 - 74

Gaston L., Marmar Ch. R.: The California Psychotherapy Alliance Scales, in The Working Alliance: Theory, Research and Practice, edited by Horvath AO, Greenberg LS. New York, Wiley, 1994, pp 85-108

Gelso Ch. J.: The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations; 2009; 19: 3: S. 253 - 264

Grawe K.: Indikation in der Psychotherapie. In R. Bastine, P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), Grundbegriffe der Psychotherapie (S. 171-178). Weinheim: Edition Psychologie

Grawe K., Caspar F. & Ambühl H. (1990): Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. Zeitschrift für Klinische Psychologie (Schwerpunktheft), 19, 292-376.

Grawe K.: Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre; Psychologische Rundschau; 1992; 43: 132-162, online-Version: <http://student.unifr.ch/psychologie/deutsch/Lizentiatszusammenfassung/Grawe/Grawe.doc>

Grawe K. & Braun U.: Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie; 1994; 23: 242-267

Green J.: Annotation: The therapeutic alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. Journal of Child Psychology and Psychiatry 47; 2006; 5, S. 425 – 435

Greenson R. (1965): Das Arbeitsbündnis und die Übertragungsneurose. Psyche 20: 81-103 (1969)

Greve W.: Ziele therapeutischer Intervention: Probleme der Bestimmung, Ansätze der Beschreibung, Möglichkeiten der Begründung und Kritik; Zeitschrift für Klinische Psychologie; 1993, Band XXII, Heft 4, S. 347 – 373

Gruyters T. & Priebe S.: Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. Fortschr Neurol Psychiat; 1992; 60: 140-145

Gruyters T & Priebe S. (1994): Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten-Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. Psychiatr. Prax 21, 88-95

Häfner H., Riecher-Rössler A. & Maurer K. (1992): First onset and early symptomatology of schizophrenia; Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 242, S. 109-118

Hall M. A. (2002): Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues; online: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m4149/is_5_37/a9_95105516/print

Hannöver W., Dogs Ch. P., Kordy H.: Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg; Psychotherapeut 2000; 45: 292 – 300

Heuft G., Senf W., Wagener R., Pintelon Ch., Lorenzen J.: Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutensicht; ZKPPP 1996; 44: 186-199

Heuft G., Senf W., Janssen P. L., Lamprecht F., Meermann R.: Study of the practicability of qualitative and quantitative documentation of outcome in inpatient psychotherapy; Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 1995; 45: 303-309

Höger D.: Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE) – ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapiepatienten; Psychotherapeut 1999; 44: 159 – 166

Hougaard E. (1994). The therapeutic alliance: a conceptual analysis. Scandinavian Journal of Psychology; 35: 67-85.

<http://www.aqua-institut.de>

Huf A.: Psychotherapeutische Wirkfaktoren; Beltz Psychologie Verlags Union Weinheim 1992

Ipsen D. (1978): Konstrukt Zufriedenheit. Soziale Welt, 1, 44-53

Jacob G., Bengel J.: Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme; ZKPP 2000; 48: 280 – 301

Jacobson N. S. & Truax P.: Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1991; 59: 12 - 19

Köhler T.: Statistik für Psychologen, Pädagogen und Mediziner; Kohlhammer Verlag 2004

Kordy H., von Rad M. & Senf W.: Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie – Die Sicht der Patienten. PPM Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 40 (1990), 380 - 387

Kriebel R., Paar G. H., Schmitz-Buhl S. M. & Raatz U.: Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV): Entwicklung einer Kurzform und deren Anwendung in der Psychosomatischen Rehabilitation; Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2001, 53, 20-32

Langewitz W., Keller A., Denz M., Wössmer-Buntschu B. & Kiss A.: Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patient-Beziehung? PPM Psychother. Psychosom. med. Psychol. 45 (1995), 351-357

Leimkühler A. M.: Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: Gaebel W. (Hrsg.) Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Springer, New York, Wien, S. 163-172

Leimkühler A. M., Müller U.: Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache?; Nervenarzt 1996; 67: 765-773

Lienert & Raatz: Testaufbau und Testanalyse. Beltz, Psychologie-Verl.-Union, Weinheim, 1994

Luborsky L.: Principles of Psychodynamic Psychotherapy. New York: Basic Books. 1984

Luborsky L.: An Introduction to Central Relationship Pattern Measures – The Central Relationship Questionnaire; J. Psychother. Pract. Res. 2000; 9: 200 - 212

Lutz W., Stammer H., Leeb B., Dötsch M., Bölle M., Kordy H.: Das Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie; Psychotherapeut 1996; 41: 25 – 35

Mans E. J. : Die Patientenzufriedenheit als Kriterium der Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation; Gesundheitswesen 1995; 57 : 63-68

Marziali E., Marmar Ch., Krupnick J.: Therapeutic Alliance Scales: Development and Relationship to Psychotherapy Outcome; Am. J. Psychiatry 1981; 138: 361 – 364

Mechanic, D. & Meyer, S.: Concepts of Trust among Patients of Medical Care. Social Science and Medicine 2000; 51: 657-68

Mertens W.: Einführung in die psychoanalytische Therapie, Bd. 2, Kap. 9. Stuttgart: Kohlhammer 1990

Mertens W.: Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe; Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin – München 1994

Mertens W.: Psychoanalyse - Geschichte und Methoden. Beck München 2004

Meyer F., Schulte D.: Zur Validität der Beurteilung des Therapieerfolgs durch Therapeuten; Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2002; 31 (1): 53-61

Möller-Leimkühler A. M.: Thesen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen; Kerbe 3/98, S. 11-12

Möller-Leimkühler A. M. & Dunkel R.: Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt; Der Nervenarzt 1, 2003

Orlinsky, D. E., Grawe, K., and Parks, B. K.: Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In: Bergin, A. E., and Garfield, S. L., eds. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 4th ed. New York: Wiley, 1994

Orlinsky, D. E. & Howard K. I.: Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behaviour change, 1986, pp. 311-381. New York: John Wiley.

Priebe St., Gruyters Th., Heinze M., Hoffmann Ch., Jäkel A.: Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis; Psychiat. Prax. 1995; 22: 140-144

Raspe H., Voigt S., Herlyn K., Feldmeier U., Meier-Rebentisch K.: Patienten-„Zufriedenheit“ in der medizinischen Rehabilitation – ein sinnvoller Outcome-Indikator?; Gesundheitswesen 1996; 58: 372-378

Raspe H., Weber U., Voigt S., Kosinski A., Petras H.: Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmungen und Bewertungen von Rehastrukturen und –prozessen („Rehabilitanden-zufriedenheit“); Rehabilitation 1997; 36: XXXI-XLII

Rogers C. R.: Therapeut und Klient – Grundlagen der Gesprächspsychotherapie; Fischer Taschenbuch Verlag GmbH FFM 1996; Kap. 1: 40 – 53

Rost J.: Lehrbuch Testtheorie, Testkonstruktion; Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1996

Rudolf G. & Manz R.: Zur prognostischen Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus der Perspektive von Patienten und Therapeuten; PPM Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 1993; 43: 193 - 199

Sachsse U.: Einmal Psychotherapie bitte, „die für mich richtig ist“!; Psychotherapeut 2002; 47: 135 – 151

Sammet I., Schauenburg H.: SEB – Stations-Erfahrungsbogen; Fragebogen zur Erfassung des Verlaufs stationärer Psychotherapie; Beltz Test, Göttingen 1998

Saß H., Wittchen H.-U., Zaudig M.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV; Hogrefe Verlag Göttingen Bern Toronto Seattle 1996

Satzinger W., Trojan A., Kellermann-Mühlhoff P.: Patientenbefragungen in Krankenhäusern – Konzepte, Methoden, Erfahrungen; Sankt Augustin: Asgard-Verlag, Hippe, 2001

Schepank H.: Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) – Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung; 1. Auflage; Beltz Test GmbH Göttingen 1995

Schindler L.: Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung – Beiträge zur Prozessforschung in der Verhaltenstherapie; Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 1991

Schmidt J., Lamprecht F., Wittmann W. W.: Zufriedenheit mit der stationären Versorgung, Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen; Psychother. med. Psychol. 1989; 39: 248-255

Schulte D.: Wie soll Therapieerfolg gemessen werden?; Zeitschrift für Klinische Psychologie; 1993, Band XXII, Heft 4, S. 374 - 393

Siegrist K., Schlebusch P., Trenckmann U.: Fragen wir den Kunden – Patientenzufriedenheit und Qualitätsentwicklung; Psychiat. Prax. 2002; 29: 201 - 206

Spießl H., Cording C., Klein H. E.: Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie; Krankenhauspsychiatrie 1995; 6: 156-159

Sponsel R.: Eine wissenschaftlich faire Literaturanalyse zur Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren; online-Ausgabe: <http://www.sgipt.org/wisms/litana1.htm> 1999

Steffanowski A., Oppl M., Meyerberg J., Schmidt J., Wittmann W. W., Nübling R.: Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Version des Relationship Scales Questionnaire (RSQ);

Steine S., Finset A., Laerum E.: A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome; Fam. Pract. 2001; 18 (4): 410 – 418

Sterba R.: Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. Psyche 29: 941-949 (1975)

Stieglitz R.-D., Baumann U. & Feyberger H. J.: Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie; Kap. 2 Veränderungsmessung S. 21-38 Georg Thieme Verlag Stuttgart New York 2001

Stieglitz R.-D.: Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen: konzeptuelle und methodische Beiträge zur Evaluierung psychiatrischer Diagnostikansätze; S. 104, S. 110 – 118, S. 153, Hogrefe Verlag Göttingen 2000

Strauß B., Buchheim A., Kächele H.: Klinische Bindungsforschung; Verlag Schattauer 2002

Strauß B. & Schmidt S.: Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2: Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik. Psychotherapeut 1997; 42 (1): 1-16

Strong S. R.: Counselling: an interpersonal influence process. Journal of Counselling Psychology, 1968, 15, 215-224.

Studt H. H.: Die Bedeutung der stationären Psychotherapie bei psychosomatischen Erkrankungen; In: Reinecker H. (Hrsg.) Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 2001; 22: 373 – 387

Sundin E. C.: The Latent Structure of Wallerstein's Scales of Psychological Capacities; Psychopathology 2004; 37: 131-140

Suh Ch. S., O'Malley St. S. (1986): The Vanderbilt Process Measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). In L. S. Greenberg & William W. Pinsof (Eds.), The therapeutic process: A research handbook (pp. 285–323). New York: Guilford Publications.

Testzentrale: Testkatalog; BSS, SCL 90 R, MMPI-2, FMP; IRAOS; Hogrefe Verlag Göttingen 2010/2011, S. 225, S. 241, S. 238, S. 364, S.251/253

Tracey T. J., Kokotovic A. M.: Factor Structure of the Working Alliance Inventory; Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology 1989; Vol. 1, Nr. 3: 207 – 210

Tschuschke, V., Heckrath, C. und Tress, W. (1998). Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer. Vandenhoeck & Ruprecht. Auszüge aus der online-Version vom 15.11.2000:http://www.uni-koeln.de/phil-fak/fs-psych/serv_pro/skripte/psyfors/konfusion.rtf

Weinryb R. M., Barber J. P., Foltz C., Göransson S. G. M., Gustavsson J. P.: The Central Relationship Questionnaire (CRQ): Psychometric Properties in a Swedish Sample and Cross-Cultural Studies; J. Psychother. Pract. Res. 2000; 9: 201-212

Weinryb R. M., Rössel R. J.: Karolinska Psychodynamic Profile – KAPP; Acta Psychiatr. Scand. 1991; 83: 1- 23

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998a; 46: 1569 – 1585

Zetzel E. (1956 a) Das Konzept der Übertragung. In: Die Fähigkeit zu emotionalem Wachstum. Klett, Stuttgart, S. 170 - 183 (1974)

Zetzel E. (1956 b): Konzept und Inhalt der psychoanalytischen Theorie. In: s. o., S. 120 – 142

Zetzel E. (1958): Das therapeutische Bündnis in der Hysterie-Analyse. In: s. o., S. 184 – 198

Zetzel E. (1965): Ein Entwicklungsmodell und die Theorie der Therapie. In: s. o., S. 247 – 270

Zetzel E. (1966/69): Die analytische Situation und der analytische Prozess. In: s. o., S. 199 - 216

Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Göttingen: Beltz Test GmbH.

Anhang A Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Auflistung der gesichteten Fragebögen im englisch- und deutschsprachigen Raum, die jeweils nur Teilaspekte der Psychotherapie berücksichtigen, zu ersehen in der Spalte „Inhalte“	4
Tab. 2:	Geschlechterverteilung in der Stichprobengruppe (n = 307)	51
Tab. 3:	Geschlechtsspezifischer Altersdurchschnitt in der Stichprobengruppe (n = 307)	52
Tab. 4:	Häufigkeitsangaben der Diagnosegruppen nach ICD-10	53
Tab. 5:	Verteilungskennwerte der Items des MFBP-63	56
Tab. 6:	MSA-Werte der 51 Items, die Items 1 – 19, 23 – 24, 27 – 28, 32 – 33, 39 - 42 und 46 - 63	64
Tab. 7:	Erklärte Gesamtvarianz	72
Tab. 8:	Ladungen der Variablen auf den Faktoren 1 und 2	72
Tab. 9:	Korrelationen der Skalensummenwerte.....	75
Tab. 10:	Cronbachs α , Inter-Item-Korrelation und Item-Skalen-Korrelation von Skala 1 und Skala 2.....	76
Tab. 11:	Statistiken der korrigierten Trennschärfe und der Itemschwierigkeit ...	78
Tab. 12:	Häufigkeiten des BSS physisch, aktueller Wert bei Entlassung	79
Tab. 13:	Häufigkeiten des BSS, physische Besserung, Differenzwert..... Entlassung minus Aufnahme (E – A).....	80
Tab. 14:	Nichtparametrische Korrelationen nach Spearman-Rho des BSS, physische Besserung, Differenzwert E – A, mit der Behandlungsbewertung.....	80
Tab. 15:	Häufigkeiten des BSS Sozialkommunikation, aktueller Wert bei Entlassung	81
Tab. 16:	Häufigkeiten des BSS, Besserung der Sozialkommunikation, Differenzwert E – A.....	81
Tab. 17:	Nichtparametrische Korrelationen nach Spearman-Rho des BSS, Besserung der Sozialkommunikation, Differenzwert E - A, mit der Behandlungsbewertung.....	82
Tab. 18:	Häufigkeitsverteilung des BSS psychisch, aktueller Wert bei Entlassung.....	83
Tab. 19:	Häufigkeiten des BSS, psychische Besserung, Differenzwert E - A....	83
Tab. 20:	Nichtparametrische Korrelationen nach Spearman-Rho BSS, psychische Besserung, Differenzwert E – A, mit der Behandlungsbewertung.....	84
Tab. 21:	Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen zwischen dem VEV-K und den Faktoren 1 „Gesamtzufriedenheit mit der Therapie“ und 2 „Persönlicher Nutzen“.....	84
Tab. 22:	t-Test bei gepaarten Stichproben, SCL-90 R GSI Aufnahme (A) und Entlassung (E)	86
Tab. 23:	t-Test bei gepaarten Stichproben, signifikante Verbesserung zwischen GSI (A) und GSI (E)	86
Tab. 24:	Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen mit der Symptom Checkliste SCL-90 R GSI (Global Symptom Index) bei Aufnahme und Entlassung (Differenzwert bessgsi) und der Behandlungsbewertung..	87
Tab. 25:	Nichtparametrische Korrelationen nach Spearman-Rho zwischen der Behandlungsbewertung (Faktor 1 und Faktor 2) und der Variable der Psy-BaDo-PTM „Gesamturteil zur Therapie“	88

Tab. 26	zeigt die Korrelationen der Behandlungsdauer in Tagen mit der Behandlungsbewertung.....	88
Tab. 27:	Mittelwertsvergleiche des Geschlechts in Bezug auf den Therapie- erfolg (Skalen BSS und SCL 90-R GSI) und die Behandlungsbewer- tung Faktoren 1 und 2)	89
Tab. 28:	Mittelwertsvergleich jüngerer und älterer Patienten in Bezug auf den Therapieerfolg (Skalen BSS und SCL 90-R GSI) und die Behandlungsbewertung (Faktoren 1 und 2)	90
Tab. 29:	t-Test für unabhängige Stichproben, Anzahl der Vorbehandlungen und die Behandlungsbewertung	93
Tab. 30:	t-Test für unabhängige Stichproben, die Behandlungsbewertung zwischen Patienten mit geringerem und höherem Therapieerfolg.....	94

Anhang B Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Schema über Psychotherapie-Wirkungen (nach Jores, Praktische Psychosomatik, 1996, S. 46)	24
Abb. 2: Das Generische Modell der Psychotherapie mod. nach Orlinsky et al, 1994	29
Abb. 3: Schulabschluss, 24,5 % der Patienten haben Realschulabschluss, 31,9 % Abitur und 29,3 % Haupt-/Volksschulabschluss.....	54
Abb. 4: Berufsabschluss: 57,3 % der Patienten haben eine Lehre/Fachschule absolviert, 18,6 % eine Fachhochschule/Universität und 12,6 % sind ohne Abschluss.....	55
Abb. 5: Familienstand, 41,4 % der Patienten sind ledig (1), 36,8 % verheiratet (2) und 18,6 % getrennt lebend/geschieden (3)	56

Anhang C

Münchener Fragebogen zur Patientenbewertung stationärer Psychotherapie/Psychosomatik (MFBP-67)

(Möller-Leimkühler, Decker 2002)

**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,**

**in diesem Fragebogen geht es um Ihre persönlichen Erfahrungen
mit der stationären Behandlung in unserer Klinik.
Wir würden gerne wissen, wie Sie Ihre Behandlung erlebt
haben und Kritikpunkte zum Anlass für Verbesserungen nehmen.**

**Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.
Wie Sie Ihren stationären Aufenthalt erlebt haben, können nur
Sie selber beurteilen.
Bitte kreuzen Sie daher im Folgenden jeweils die Antwort-
möglichkeit an, der Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen
am ehesten zustimmen können.**

Wir bedanken uns für Ihre Mühe und wünschen Ihnen alles Gute!

Ihr Klinikteam

Wir haben in diesem Fragebogen aus Gründen der Vereinfachung nur die männliche Form von „Therapeut“ verwendet. Damit sind selbstverständlich auch die Therapeutinnen eingeschlossen!

Bitte geben Sie an, wie Sie den folgenden Aussagen zustimmen:

		voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
1	Ich bin durch meinen einweisenden Arzt auf die stationäre Psychotherapie gut vorbereitet worden.	<input type="radio"/>				
2	Ich habe die für mich richtige therapeutische Betreuung erhalten.	<input type="radio"/>				
3	Bereits bei der Aufnahme hatte ich einen positiven Eindruck von der Klinik und das Gefühl, hier gut aufgehoben zu sein.	<input type="radio"/>				
4	In der Therapie wurden genau die Problembereiche bearbeitet, die mir wichtig waren.	<input type="radio"/>				
5	Mit den Hausaufgaben, die der Therapeut mir gegeben hat, bin ich gut zurechtgekommen. (Falls Sie <u>keine</u> Hausaufgaben bekommen haben, machen Sie bitte kein Kreuzchen)	<input type="radio"/>				
6	Der Therapeut und ich haben gemeinsam das Behandlungsziel erreicht.	<input type="radio"/>				
7	Der Therapeut war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="radio"/>				
8	Der Therapeut war freundlich.	<input type="radio"/>				
9	Ich glaube, dass der Therapeut und ich meine Probleme ähnlich gesehen und beurteilt haben.	<input type="radio"/>				
10	Es gibt Probleme, die ich nicht mit dem Therapeuten besprochen habe.	<input type="radio"/>				
11	Kritik am Therapeuten habe ich nicht offen ausgesprochen, um negative Auswirkungen auf meine Behandlung zu vermeiden.	<input type="radio"/>				
12	Der Therapeut hat mich manchmal kritisiert und abweisend reagiert.	<input type="radio"/>				
13	Der Therapeut war manchmal unzufrieden mit mir und hat die Schuld nur bei mir gesucht.	<input type="radio"/>				
14	Ich habe mich meistens an die Therapieabsprachen gehalten.	<input type="radio"/>				
15	Der Therapeut hat mir alles, was mit meinen Beschwerden und Problemen zusammenhängt, erklärt.	<input type="radio"/>				
16	Die menschlichen Qualitäten des Therapeuten waren mir letztlich wichtiger als seine fachliche Kompetenz.	<input type="radio"/>				
17	Es hat Dinge gegeben, die den Verlauf meiner Therapie gestört haben (z.B. Wechsel des Therapeuten).	<input type="radio"/>				
18	Die therapeutischen Angebote waren nicht ausreichend, so dass ich zu viel freie Zeit hatte.	<input type="radio"/>				
19	Eigentlich glaube ich noch immer nicht, dass für meine körperlichen Beschwerden psychische Ursachen verantwortlich sein sollen.	<input type="radio"/>				

		voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
20	Ich konnte mich hier gut erholen, ohne mich selber anstrengen zu müssen.	0	0	0	0	0
21	Ich habe genügend Einfluss auf die Behandlung gehabt.	0	0	0	0	0
22	Meine Symptome haben sich zwar gebessert, aber meine Probleme sind immer noch da.	0	0	0	0	0
23	Die medizinische Betreuung (z.B. internistisch) war ausreichend.	0	0	0	0	0
24	Mit den Psychopharmaka (z.B. Beruhigungsmittel, Antidepressiva), die ich nehmen sollte, war ich eigentlich nicht einverstanden.	0	0	0	0	0
25	Ich habe die Psychopharmaka wegen der Nebenwirkungen, die mich beeinträchtigt haben, abgesetzt.	0	0	0	0	0
26	Die Psychopharmaka, die ich nehmen sollte, waren wichtig für mich.	0	0	0	0	0
27	Das Therapieprogramm war wie ein Arbeitstag für mich.	0	0	0	0	0
28	Ich habe das Gefühl, dass mir zuviel Eigenaktivität abverlangt wurde.	0	0	0	0	0
29	Der Therapeut ist nicht ausreichend auf die zugrundeliegenden Probleme eingegangen.	0	0	0	0	0
30	Der Therapeut hat zu sehr Konflikte in mir aufgewühlt und zu wenig Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt.	0	0	0	0	0
31	Ich hätte mir lieber einen anderen Therapeuten gewünscht.	0	0	0	0	0
32	Ich hätte lieber mit einem weiblichen Therapeuten zusammengearbeitet.	0	0	0	0	0
33	Ich hätte lieber mit einem männlichen Therapeuten zusammengearbeitet.	0	0	0	0	0
34	Dadurch, dass ich den Therapeuten gewechselt habe, habe ich mich besser gefühlt. (Falls Sie <u>keinen</u> Therapeutenwechsel hatten, machen Sie bitte <u>kein</u> Kreuzchen.)	0	0	0	0	0
35	Die therapeutischen Gruppensitzungen waren wichtig für mich.	0	0	0	0	0
36	Die therapeutischen Gruppensitzungen waren für mich nützlicher als die Einzelgespräche.	0	0	0	0	0
37	Ich habe von der Gestalttherapie profitiert. (Falls Sie <u>keine</u> Gestalttherapie hatten, machen Sie bitte <u>kein</u> Kreuzchen.)	0	0	0	0	0
38	Ich habe von der physikalischen Therapie profitiert. (Falls Sie <u>keine</u> physikalische Therapie hatten, machen Sie bitte <u>kein</u> Kreuzchen.)	0	0	0	0	0

		voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
39	Ich habe von der Soziotherapie profitiert. (Falls Sie <u>keine</u> Soziotherapie hatten, machen Sie bitte <u>kein</u> Kreuzchen.)	<input type="radio"/>				
40	Ich habe von der Co-Therapie profitiert. (Falls Sie <u>keine</u> Co-Therapie hatten, machen Sie bitte <u>kein</u> Kreuzchen.)	<input type="radio"/>				
41	Meine Angehörigen sind zu wenig in die Therapie einbezogen worden.	<input type="radio"/>				
42	Es hat mir sehr geholfen, zu erleben, dass andere Menschen ähnliche Erkrankungen haben.	<input type="radio"/>				
43	Es hat mir sehr geholfen, zu erleben wie Mitpatienten mit ihrer Erkrankung zurecht kommen.	<input type="radio"/>				
44	Die Gespräche und Aktivitäten mit den Mitpatienten haben eine wichtige Rolle für mein Wohlbefinden gespielt.	<input type="radio"/>				
45	Die Entfernung von zu Hause war wichtig für mich, um mich um meine Gesundheit kümmern zu können.	<input type="radio"/>				
46	Ich habe in der Therapie mehr Selbstvertrauen gewonnen.	<input type="radio"/>				
47	Ich konnte in der Therapie einen Zusammenhang zwischen meinen seelischen Problemen und meinen körperlichen Beschwerden entdecken.	<input type="radio"/>				
48	Ich konnte in der Therapie Einsicht in die Zusammenhänge in meinem Leben gewinnen.	<input type="radio"/>				
49	Ich habe in der Therapie eine Hilfestellung erhalten, um in meinem Leben etwas Grundsätzliches zu verändern, das ich bisher nicht ändern konnte.	<input type="radio"/>				
50	Ich habe in der Therapie gelernt, positiver zu denken.	<input type="radio"/>				
51	Ich habe in der Therapie gelernt, mit anderen Menschen besser zurechtzukommen.	<input type="radio"/>				
52	Ich habe im Laufe der Therapie Freude an Freizeitaktivitäten und einem positiven Körperbewusstsein entwickelt.	<input type="radio"/>				
53	Ich weiß jetzt, welche Ziele mir wichtig sind und wie ich sie erreichen kann.	<input type="radio"/>				
54	In der Therapie sind alle meine Möglichkeiten, klarer sehen und Probleme besser lösen zu können, erkannt und ausgeschöpft worden.	<input type="radio"/>				
55	Ich glaube, dass ich die hier eingeübten Problemlösungen auch im wirklichen Leben eigenständig einsetzen kann.	<input type="radio"/>				
56	Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gestiegen.	<input type="radio"/>				
57	Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gesunken.	<input type="radio"/>				

		voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
58	Ich bin rechtzeitig vor Beendigung des Klinikaufenthaltes auf weiterführende Behandlungen aufmerksam gemacht worden.	<input type="radio"/>				
59	Ich habe Angst, jetzt wieder in meinen gewohnten Alltag zu kommen.	<input type="radio"/>				
60	Eigentlich hätte ich mir mehr von diesem Klinikaufenthalt versprochen.	<input type="radio"/>				
61	Insgesamt war das Klinikpersonal freundlich.	<input type="radio"/>				
62	Die Qualität des Essens könnte verbessert werden.	<input type="radio"/>				
63	Insgesamt fand ich mein Zimmer angenehm und komfortabel.	<input type="radio"/>				
64	Die Ausstattung der Klinik könnte verbessert werden.	<input type="radio"/>				
65	Insgesamt bin ich mit der Art der Therapie, die ich hier erhalten habe, zufrieden.	<input type="radio"/>				
66	Insgesamt bin ich mit dem Therapieergebnis zufrieden.	<input type="radio"/>				
67	Sollte ich nochmals erkranken, würde ich mich gerne wieder in dieser Klinik behandeln lassen.	<input type="radio"/>				

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang D

Auswertung der Ergebnisse des Pretests mit dem MFBP-67

Methode, Durchführung, Stichprobe:

Der Fragebogen umfasst sieben Dimensionen, die vorab theoretisch aufgestellt wurden. Diese Dimensionen setzen sich aus unterschiedlich vielen Items zusammen. Die Einteilung der Antwortmöglichkeiten richtet sich nach der 5-stufigen Likert-Rating-Skala, von 1 – 5 (1 = voll, 2 = überwiegend, 3 = unentschieden, 4 = eher nicht, 5 = gar nicht). Wenn keine Antwort zutrifft, wird keine Angabe angekreuzt.

1. Dimension: Therapeutische Technik, enthält 5 Items.
2. Dimension: Konsens, enthält 7 Items.
3. Dimension: Kommunikation, enthält 11 Items.
4. Dimension: Therapeutische Rahmenbedingungen, enthält 10 Items.
5. Dimension: Erwartungen, enthält 4 Items.
6. Dimension: Therapieerfolg, enthält 23 Items.
7. Dimension: Prozess, enthält 7 Items.

Die wichtigsten Antworten werden nachfolgend kurz erläutert:

Insgesamt haben nahezu alle Patienten die Fragen der Dimension „Therapeutische Technik“ beantwortet. Die meisten dieser Patienten sind mit dem Therapeuten und der therapeutischen Betreuung zufrieden. So stimmen 83,1 % zu, dass sie die richtige therapeutische Betreuung erhalten haben. Schwachstellen zeigen sich bei der Frage 23, die medizinische Betreuung betreffend. 26,8 % sind diesbezüglich unentschieden. Diese Frage ist in der revidierten Version des Fragebogens nicht mehr enthalten.

Die Dimension „Konsens“ weist ebenfalls positive Tendenzen auf. Die Fragen 24 - 26 zeigen hohe fehlende Werte. Es handelt sich dabei um die Fragen bezüglich der Einnahme von Psychopharmaka und sie sind mit dem Zusatz „Falls Sie keine Psychopharmaka bekommen haben, machen Sie bitte kein Kreuzchen“ gekennzeichnet. Die fehlenden Werte können sich darauf beziehen, dass diese Patienten keine Psychopharmaka bekommen haben. Hervorzuheben ist, dass 39,5 % von 100 % die Einnahme von Psychopharmaka für wichtig halten.

In der Dimension „Kommunikation“ scheint die therapeutische Beziehung ausgeglichen zu sein und die gegenseitige Achtung und Empathie spielt eine wichtige Rolle. Die Patienten nehmen ihre Selbstbestimmung wahr. Von 100 % haben 49,3 % hier mit unentschieden geantwortet. Dies könnte daran liegen, dass die Fragestellung missverständlich ist. Letztendlich wurde für die Endversion des Fragebogens entschieden, dieses Item zu streichen.

Zum Thema „Therapeutische Rahmenbedingungen“ lässt sich sagen:

Insgesamt könnte man interpretieren, dass den Patienten die therapeutischen Gruppensitzungen wichtig sind, jedoch nicht wichtiger als die Einzelsitzungen. Die Patienten fühlen sich wohl und nicht überfordert von dem angebotenen Therapieprogramm. Gegenseitiges Wahrnehmen und Erleben in der Gruppe hat einen hohen Stellenwert, wie die Items 42 - 44 zeigen. Die Items 42 und 43 werden für die Endversion gestrichen, da sie ähnliche Werte wie Item 44 zeigen und die Fragestellung hier bereits erörtert wird. Eine wichtige Aussage wird in Item 45 getroffen. Die veränderte Umgebung und der Abstand von zu Hause scheint den Betroffenen gut zu tun. 77,5 % von 100 % der Patienten antworten mit „voll“ und „überwiegend“.

Item 5 betrifft die Hausaufgaben, die der Therapeut den Patienten gibt. Von 100 % kommen 54,9 % gut mit den Hausaufgaben zurecht. Diese Frage hat ebenfalls den Zusatz: Falls Sie keine Hausaufgaben bekommen haben, machen Sie bitte kein Kreuzchen. 22,5 % der Patienten haben keine Hausaufgaben bekommen.

Zur Dimension „Erwartungen“ ist zu bemerken, dass den meisten Patienten der Klinikaufenthalt entspricht und sie mit ihrem Therapeuten zufrieden sind. Die Items 32 und 33, die sich mit dem Geschlecht des Therapeuten befassen, werden für die neue Version überarbeitet. Beide Items zeigen hohe fehlende Werte (22,5 %/18,3 %) und einen hohen Prozentsatz zur Unentschiedenheit (28,2 %/31 %). Interessant ist, dass etwa 30 % mit dem Geschlecht des Therapeuten zufrieden sind.

Zum Bereich „Therapieerfolg“ lässt sich schlussfolgern:

Im Laufe der Therapie konnten die Patienten ihre Ziele erreichen und sind in hohem Maße auch mit der Infrastruktur zufrieden. Verbesserungsvorschläge bestehen bei

Frage 22 und Frage 59. Von 98,6 % der Patienten sagen bei Frage 22 39,5 % aus, dass sich ihre Symptome zwar gebessert haben, aber ihre Probleme immer noch vorhanden sind. 25,4 % sind unentschieden und 33,8 % verneinen dies. Diese Antworten können Auswirkungen auf die Ergebnisse der Frage 59 „Ich habe Angst, jetzt wieder in meinen gewohnten Alltag zu kommen“ haben. Von 100 % antworten 43,6 %, dass sie davor Angst haben, 31 % sind unentschieden und 25,4 % haben keine Angst. Diese Problematik betrifft die therapeutische Intervention und Prävention. Man sollte noch gezielte Hilfestellungen erarbeiten, die man den Patienten mit in den Alltag geben kann.

Frage 41 betrifft den Einbezug der Angehörigen in die Therapie. 50,7 % von 88,7 % finden nicht, dass ihre Angehörigen zu wenig einbezogen werden, 28,2 % sind diesbezüglich unentschieden. In der neuen Version des Fragebogens gibt es den Zusatz: „Falls Sie nicht möchten, dass ihre Angehörigen einbezogen werden, machen Sie bitte kein Kreuzchen“. Dieser Zusatz hat sich aus der Befragung in der Psychiatrischen Klinik der Nussbaumstrasse auf der psychotherapeutisch/psychosomatischen Station B1b ergeben, da es relevant viele Patienten gibt, die ihre Angehörigen nicht mit einbeziehen wollen.

Die Fragen 37 – 40 betreffen die verschiedenen Therapieformen, an denen die Patienten teilhaben können. Über die Hälfte der Patienten haben diese nicht angekreuzt. Auch hier gibt es den Zusatz: „Falls Sie keine ...therapie hatten, machen Sie bitte kein Kreuzchen“, d. h., dass die Hälfte der Patienten eine bestimmte Therapieform nicht in Anspruch genommen haben. Diejenigen Patienten, die an einer Therapie teilnehmen, profitieren überwiegend davon. Bei der Frage nach der Soziotherapie wurde bei Befragungen auf der Station B1b der Psychiatrischen Klinik der Nussbaumstraße festgestellt, dass einige Patienten diese Therapieart nicht einordnen können.

Insgesamt ergibt sich bei der Dimension „Prozess“ eine relativ hohe Zufriedenheit, die Therapie und auch deren Verlauf betreffend. Der Übergang des Patienten vom Klinikaufenthalt ins Alltagsleben scheint gut organisiert zu sein und ein Großteil der Patienten erhält diesbezüglich adäquate Hilfestellungen. Verbesserungsvorschläge gibt es bei Frage 1 „Ich bin durch meinen einweisenden Arzt auf die stationäre

Psychotherapie gut vorbereitet worden“. Von 98,6 % verneinen 49,3 % der Patienten diese Frage, 21,1 % sind unentschieden und 28,2 % bejahen sie. Es liegt wahrscheinlich daran, dass die Patienten nicht wirklich informiert werden oder sie nicht von dem einweisenden Arzt, sondern einer anderen Person informiert werden. Bei den Befragungen in der Psychiatrischen Klinik an der Nussbaumstraße wurde von einigen Patienten die Frage gestellt „Wer mit einweisender Arzt gemeint ist“ und man konnte den Eindruck gewinnen, dass diese Patienten mit der Fragestellung nicht zurechtkommen. Es könnte sein, dass es sich in der Klinik Windach ähnlich verhält.

Die Frage 34 „Dadurch, dass ich den Therapeuten gewechselt habe, habe ich mich besser gefühlt“ wurde gestrichen. Sie hatte ebenfalls den Zusatz: „Falls Sie keinen Therapeutenwechsel hatten, machen Sie bitte kein Kreuzchen“. 84,5 % machten kein Kreuzchen, d. h. sie hatten keinen Therapeutenwechsel.

Die drei ergänzten offenen Fragen lauten:

Womit waren Sie besonders zufrieden?

Womit waren Sie besonders unzufrieden?

Was kann aus Ihrer Sicht verbessert werden?

Diese tragen zur Optimierung der Patientenversorgung bei. Letztendlich gehen 63 Fragen und drei offene Fragen in den modifizierten Fragebogen ein.

Anhang E

Verteilungskennwerte Median, Mittelwert, Standardabweichung und Häufigkeitsanalyse des MFBP-63

Variablenbeschreibung	Median	M	SD	voll/ über- wie- gend in %	un- ent- schie- den in %	eher /gar nicht in %	keine Angabe in %	N	n/%
1. Ich bin durch meinen einweisenden Arzt auf die stationäre Psychotherapie gut vorbereitet worden.	3	3,27	1,3	33,6	17,3	48,6	0,7	305	(99,3)
2. Ich habe die für mich richtige therapeutische Betreuung erhalten.	2	1,8	0,9	84,1	8,8	6,5	0,7	305	(99,3)
3. Bereits bei der Aufnahme hatte ich einen positiven Eindruck von der Klinik und das Gefühl, hier gut aufgehoben zu sein.	2	2,02	0,92	73,6	17,6	7,5	1,3	303	(98,7)
4. In der Therapie wurden genau die Problembereiche bearbeitet, die mir wichtig waren.	2	1,78	0,88	84	10,4	5,2	0,3	306	(99,7)
5. Der Therapeut und ich haben gemeinsam das Behandlungsziel erreicht.	2	2,14	1	71,7	17,3	10,1	1	304	(99,0)
6. Der Therapeut war einfühlsam und verständnisvoll.	1	1,44	0,77	89,9	5,9	3,6	0,7	305	(99,3)
7. Der Therapeut war freundlich.	1	1,23	0,48	97,1	2,6	0	0,3	306	(99,7)
8. Ich glaube, dass der Therapeut und ich meine Probleme ähnlich gesehen und beurteilt haben.	2	1,77	0,89	86	6,8	6,2	1	304	(99,0)
9. Es gibt Probleme, die ich dem Therapeuten verschweigen habe.	1	1,8	1,06	9,5	8,8	81,1	0,7	305	(99,3)
10. Kritik am Therapeuten habe ich für mich behalten.	2	2,35	1,22	21,8	4,9	8,5	64,8	108	(35,2)
11. Der Therapeut hat mich manchmal kritisiert und abweisend reagiert.	1	1,68	0,87	2,9	16,9	79,5	0,7	305	(99,3)
12. Der Therapeut war manchmal unzufrieden mit mir und hat die Schuld nur bei mir gesucht.	1	1,47	0,76	1,9	9,1	87,9	1	304	(99,0)
13. Ich habe mich meistens an die Therapieabsprachen gehalten.	2	1,59	0,62	93,8	5,2	0,7	0,3	306	(99,7)
14. Der Therapeut hat mir alles, was mit meinen Beschwerden und Problemen zusammenhängt, erklärt.	2	1,67	0,79	87,7	7,5	4,2	0,7	305	(99,3)
15. Therapeutische Aktivitäten fanden zu selten statt, so dass ich zu viel freie Zeit hatte.	2	2,64	1,25	27,7	19,9	51,2	1,3	303	(98,7)
16. Eigentlich fällt es mir schwer zu glauben, dass für meine körperlichen Beschwerden psychische Ursachen verantwortlich sein sollen.	2	1,91	1,08	10,1	14	72,6	3,3	297	(96,7)

Variablenbeschreibung	Median	M	SD	voll/ über- wie- gend in %	un- ent- schie- den in %	eher /gar nicht in %	keine Angabe in %	N n/%
17. Ich konnte mich hier gut erholen, ohne mich selber anstrengen zu müssen.	3	2,85	1,25	44	21,8	33,2	1	304 (99,0)
18. Ich habe genügend Einfluss auf die Behandlung gehabt.	2	2,16	0,92	69	20,8	9,1	1	304 (99,0)
19. Meine Symptome haben sich zwar gebessert, aber meine Probleme sind immer noch da.	3	3,3	1,09	47,9	25,7	23,8	2,6	299 (97,4)
20. Die Psychopharmaka (z. B. Beruhigungsmittel, Antidepressiva), die ich nehmen sollte, habe ich eigentlich abgelehnt.	1	1,82	1	4,9	7,8	41,1	46,3	165 (53,7)
21. Ich habe die Psychopharmaka wegen der Nebenwirkungen, die mich beeinträchtigt haben, abgesetzt.	5	4,42	1,2	5,2	3,9	43,7	47,2	162 (52,8)
22. Die Psychopharmaka, die ich nehmen sollte, waren wichtig für mich.	2	2,1	1,18	37,4	9,4	6,2	46,9	163 (53,1)
23. Das Therapieprogramm war wie ein Arbeitstag für mich.	2	2,68	1,24	30,2	17,3	41,1	1,3	303 (98,7)
24. Ich habe das Gefühl, dass mir zuviel Eigenaktivität abverlangt wurde.	2	1,9	0,92	7,5	14	77,5	1	304 (99,0)
25. Der Therapeut ist zu wenig auf die zugrunde liegenden Probleme eingegangen.	1	1,86	1,12	11,4	10,7	76,9	1	304 (99,0)
26. Der Therapeut hat zu sehr Konflikte in mir aufgewühlt.	2	2,09	1,12	13,4	16,3	69,1	1,3	303 (98,7)
27. Der Therapeut hat zu wenig Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt.	2	2,01	1,12	11,7	15,6	71,7	1	304 (99,0)
28. Ich hätte mir lieber einen anderen Therapeuten gewünscht.	1	1,49	0,96	5,2	9,1	85,1	0,7	305 (99,3)
29. Falls Sie einen weiblichen Therapeuten hatten, hätten Sie lieber einen männlichen Therapeuten gehabt?	1	1,55	0,96	2,6	12,4	60,9	24,1	233 (75,9)
30. Falls Sie einen männlichen Therapeuten hatten, hätten Sie lieber einen weiblichen Therapeuten gehabt?	2	2,2	1,34	9,7	17,3	39,1	33,9	203 (66,1)
31. Dadurch, dass ich den Therapeuten gewechselt habe, habe ich mich besser gefühlt.	4	3,44	1,63	3,9	1,6	6,2	88,3	36 (11,7)
32. Die therapeutischen Gruppensitzungen waren hilfreich für mich.	2	2,27	1,21	60,3	16,3	14,9	8,5	281 (91,5)
33. Die therapeutischen Gruppensitzungen waren für mich hilfreicher als die Einzelgespräche.	4	3,84	1,01	7,9	25,4	57,7	9,1	279 (90,9)
34. Die Gestaltungstherapie war hilfreich.	2	2,14	1,19	28	4,6	6,2	61,2	119 (38,8)
35. Die physikalische Therapie war hilfreich.	2	1,86	0,83	42,3	8,1	1,9	47,6	161 (52,4)
36. Die Soziotherapie war hilfreich.	2	2,2	1,06	24,7	7,2	4,6	63,5	112 (36,5)

Variablenbeschreibung	Median	M	SD	voll/ über- wie- gend in %	un- ent- schie- den in %	eher /gar nicht in %	keine Angabe in %	N n/%
37. Die Co-Therapie war hilfreich.	1	1,66	0,95	33,2	3,3	2,3	61,2	119 (38,8)
38. Meine Angehörigen sind zu wenig in die Therapie einbezogen worden.	2	2,26	1,18	5,5	13,7	26,3	54,4	140 (45,6)
39. Die Gespräche und Aktivitäten mit den Mitpatienten haben eine wichtige Rolle für mein Wohlbefinden gespielt.	2	2,07	1,07	71,4	16,3	10,4	2	301 (98,0)
40. Die Entfernung von zu Hause war wichtig für mich.	2	2,07	1,29	72	10,4	16,6	1	304 (99,0)
41. Ich habe in der Therapie mehr Selbstvertrauen gewonnen.	2	2,32	1,01	57,7	32,6	8,8	1	304 (99,0)
42. Ich konnte in der Therapie einen Zusammenhang zwischen meinen seelischen Problemen und meinen körperlichen Beschwerden entdecken.	2	2,16	1,15	66,8	18,6	11,1	3,3	297 (96,7)
43. Ich konnte in der Therapie Einsicht in die Zusammenhänge in meinem Leben gewinnen.	2	1,87	0,85	80,8	13,4	4,2	1,6	302 (98,4)
44. Ich habe in der Therapie eine Hilfestellung erhalten, um in meinem Leben etwas Grundsätzliches zu verändern, das ich bisher nicht ändern konnte.	2	2,06	0,98	73,6	16,6	8,1	1,6	302 (98,4)
45. Ich habe in der Therapie gelernt, positiver zu denken.	2	2,34	0,91	72,3	25,4	11	1	304 (99,0)
46. Ich habe in der Therapie gelernt, mit anderen Menschen besser zurechtzukommen.	2	2,52	0,88	52,1	35,8	11	1	304 (99,0)
47. Ich habe im Laufe der Therapie Freude an Freizeitaktivitäten und einem positiven Körperbewusstsein entwickelt.	2	2,46	1,07	54,4	28	15,9	1,6	302 (98,4)
48. Ich weiß jetzt, welche Ziele mir wichtig sind und wie ich sie erreichen kann.	2	2,22	0,89	68,1	22,5	8,2	1,3	303 (98,7)
49. In der Therapie sind meine Möglichkeiten, klarer sehen und Probleme besser lösen zu können, erkannt und ausgeschöpft worden.	2	2,21	0,9	67,1	24,1	7,8	1	304 (99,0)
50. Ich glaube, dass ich die hier eingeübten Problemlösungen auch im wirklichen Leben eigenständig umsetzen kann.	2	2,34	0,81	61,3	31,6	6,5	0,7	305 (99,3)
51. Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gestiegen.	2	2,04	0,99	71,1	18,2	8,5	2,3	300 (97,7)
52. Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gesunken.	1	1,77	1,03	7,8	14,7	74,3	3,3	297 (96,7)
53. Ich bin rechtzeitig vor Beendigung des Klinikaufenthaltes auf weiterführende Behandlungen aufmerksam gemacht worden.	2	2,17	1,21	67,7	15,3	15,6	1,3	303 (98,7)

Variablenbeschreibung	Median	M	SD	voll/ über- wie- gend in %	un- ent- schie- den in %	eher /gar nicht in %	keine Angabe in %	N n/%
54. Ich habe Angst, jetzt wieder in meinen gewohnten Alltag zu kommen.	3	3,26	1,24	47,3	23,5	28,7	0,7	304 (99,3)
55. Eigentlich hätte ich mir mehr von diesem Klinikaufenthalt versprochen.	2	2,47	1,29	24,1	19,9	55	1	304 (99,0)
56. Insgesamt war das Klinikpersonal freundlich.	1	1,46	0,61	95,4	2,9	1	0,7	305 (99,3)
57. Die Qualität des Essens könnte verbessert werden.	2	2,22	1,1	13,7	21,2	63,5	1,6	302 (98,4)
58. Insgesamt fand ich mein Zimmer angenehm und komfortabel.	2	1,97	1,03	77,5	11,4	10,1	1	304 (99,0)
59. Die Ausstattung der Klinik könnte verbessert werden.	3	2,82	1,02	23,5	38,8	35,8	2	301 (98,0)
60. Der Verwaltungsaufwand war mir zu kompliziert.	2	2,03	0,93	79,4	22,1	5,9	1,6	302 (98,4)
61. Insgesamt bin ich mit der Art der Therapie, die ich hier erhalten habe, zufrieden.	2	1,79	0,93	85	7,8	6,2	1	304 (99,0)
62. Insgesamt bin ich mit dem Therapieergebnis zufrieden.	2	2,13	1,05	72,7	14,7	11,4	1,3	303 (98,7)
63. Sollte ich nochmals erkranken, würde ich mich gerne wieder in dieser Klinik behandeln lassen.	1	1,55	0,92	84,6	9,8	4,3	1,3	303 (98,7)

Anhang F

Endgültige Fassung des Fragebogens

Münchener Fragebogen zur Behandlungsbewertung von Patienten
in der stationären Psychotherapie/Psychosomatik (MFBP-18)

(Decker, Möller-Leimkühler, Zaudig 2010)

**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,**

**in diesem Fragebogen geht es um Ihre persönlichen Erfahrungen
mit der stationären Behandlung in unserer Klinik.
Wir würden gerne wissen, wie Sie Ihre Behandlung erlebt
haben und Kritikpunkte zum Anlass für Verbesserungen
nehmen.**

**Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.
Wie Sie Ihren stationären Aufenthalt erlebt haben, können nur
Sie selber beurteilen.
Bitte kreuzen Sie daher im Folgenden jeweils die Antwort-
möglichkeit an, der Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen
am ehesten zustimmen können.**

Wir bedanken uns für Ihre Mühe und wünschen Ihnen alles Gute!

Ihr Klinikteam

Wir haben in diesem Fragebogen aus Gründen der Vereinfachung nur die männliche Form von „Therapeut“ verwendet. Damit sind selbstverständlich auch die Therapeutinnen eingeschlossen!

Bitte geben Sie an, wie Sie den folgenden Aussagen zustimmen:

		voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
1	Sollte ich nochmals erkranken, würde ich mich gerne wieder in dieser Klinik behandeln lassen.	<input type="radio"/>				
2	Ich habe in der Therapie gelernt, mit anderen Menschen besser zurechtzukommen.	<input type="radio"/>				
3	Insgesamt bin ich mit der Art der Therapie, die ich hier erhalten habe, zufrieden.	<input type="radio"/>				
4	Ich habe in der Therapie mehr Selbstvertrauen gewonnen.	<input type="radio"/>				
5	Eigentlich hätte ich mir mehr von diesem Klinikaufenthalt versprochen.	<input type="radio"/>				
6	Ich weiß jetzt, welche Ziele mir wichtig sind.	<input type="radio"/>				
7	Ich habe die für mich richtige therapeutische Betreuung erhalten.	<input type="radio"/>				
8	Ich glaube, dass ich die hier eingeübten Problemlösungen auch im wirklichen Leben eigenständig einsetzen kann.	<input type="radio"/>				
9	Insgesamt bin ich mit dem Therapieergebnis zufrieden.	<input type="radio"/>				
10	Ich habe im Laufe der Therapie Freude an Freizeitaktivitäten und einem positiven Körperbewusstsein entwickelt.	<input type="radio"/>				
11	Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gesunken.	<input type="radio"/>				
12	Ich habe in der Therapie gelernt, positiver zu denken.	<input type="radio"/>				
13	Ich habe genügend Einfluss auf die Behandlung gehabt.	<input type="radio"/>				
14	Ich habe in der Therapie eine Hilfestellung erhalten, um in meinem Leben etwas Grundsätzliches zu verändern, das ich bisher nicht ändern konnte.	<input type="radio"/>				
15	In der Therapie wurden genau die Problembereiche bearbeitet, die mir wichtig waren.	<input type="radio"/>				
16	In der Therapie sind alle meine Möglichkeiten, klarer sehen und Probleme besser lösen zu können, erkannt und ausgeschöpft worden.	<input type="radio"/>				
17	Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gestiegen.	<input type="radio"/>				
18	Ich weiß jetzt, wie ich meine Ziele erreichen kann.	<input type="radio"/>				

Womit waren Sie besonders zufrieden?

Womit waren Sie besonders unzufrieden?

Was kann aus Ihrer Sicht verbessert werden?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang G

Ergebnisse der Reliabilitätsstatistiken

Skala 1: Gesamtzufriedenheit mit der Therapie

Zusammenfassung der Fallverarbeitung

	Anzahl	%
Fälle Gültig	286	93,2
Ausgeschlossen ^a	21	6,8
Insgesamt	307	100

^a Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,931	9

Itemstatistiken

Items	Mittelwert	Standardabweichung	N
Insgesamt bin ich mit der Art der Therapie, die ich hier erhalten habe, zufrieden.	1,7902	,92036	286
Sollte ich nochmals erkranken, würde ich mich gerne wieder in dieser Klinik behandeln lassen.	1,5524	,92663	286
Eigentlich hätte ich mir mehr von diesem Klinikaufenthalt versprochen.	2,4580	1,27733	286
Ich habe die für mich richtige therapeutische Betreuung erhalten.	1,8042	,90036	286

Items	Mittelwert	Standard- abweichung	N
Insgesamt bin ich mit dem Therapieergebnis zufrieden.	2,1364	1,01890	286
Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gesunken.	1,7483	1,01890	286
Ich habe genügend Einfluss auf die Behandlung gehabt.	2,1643	,87742	286
In der Therapie wurden genau die Problembereiche bearbeitet, die mir wichtig waren.	1,7902	,87742	286
Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gestiegen.	2,0385	,98867	286

Auswertung der Itemstatistiken

	Mittelwerte	Minimum	Maximum	Bereich	Maximum/ Minimum	Varianz	Anzahl der Items
Item- Mittelwerte	1,943	1,552	2,458	,906	1,583	,077	9
Item- Varianzen	,987	,770	1,632	,862	2,119	,069	9

Item-Skala-Statistiken

Items	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Insgesamt bin ich mit der Art der Therapie, die ich hier erhalten habe, zufrieden.	15,6923	40,691	,840	,748	,917

Items	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Sollte ich nochmals erkranken, würde ich mich gerne wieder in dieser Klinik behandeln lassen.	15,9301	41,651	,743	,634	,923
Eigentlich hätte ich mir mehr von diesem Klinikaufenthalt versprochen.	15,0245	38,059	,743	,576	,925
Ich habe die für mich richtige therapeutische Betreuung erhalten.	15,6783	41,258	,807	,708	,919
Insgesamt bin ich mit dem Therapieergebnis zufrieden.	15,3462	39,876	,796	,671	,919
Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gesunken.	15,7343	40,771	,737	,675	,923
Ich habe genügend Einfluss auf die Behandlung gehabt.	15,3182	43,165	,602	,390	,931
In der Therapie wurden genau die Problembereiche bearbeitet, die mir wichtig waren.	15,6923	42,207	,739	,617	,923
Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gestiegen.	15,4441	41,013	,743	,676	,923

Skala-Statistiken

Mittelwert	Varianz	Std.- Abweichung	Anzahl der Items
17,48	51,401	7,169	9

Skala 2: Persönlicher Nutzen

Zusammenfassung der Fallverarbeitung

		Anzahl	%
Fälle	Gültig	298	97,1
	Ausgeschlossen ^a	9	2,9
	Insgesamt	307	100,0

^a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,907	8

Itemstatistiken

Items	Mittelwert	Standard- abweichung	N
Ich habe in der Therapie gelernt, mit anderen Menschen besser zurechtzukommen.	2,5235	,88826	298
Ich habe in der Therapie mehr Selbstvertrauen gewonnen.	2,3221	1,01017	298
Ich weiß jetzt, welche Ziele mir wichtig sind und wie ich sie erreichen kann.	2,2282	1,2773	298

Items	Mittelwert	Standard- abweichung	N
Ich glaube, dass ich die hier eingeübten Problemlösungen auch im wirklichen Leben eigenständig einsetzen kann.	2,3423	,81461	298
Ich habe im Laufe der Therapie Freude an Freizeitaktivitäten und einem positiven Körperbewusstsein entwickelt.	2,4597	1,06997	298
Ich habe in der Therapie gelernt, positiver zu denken.	2,3389	,91521	298
Ich habe in der Therapie eine Hilfestellung erhalten, um in meinem Leben etwas Grundsätzliches zu verändern, das ich bisher nicht ändern konnte.	2,0638	,98094	298
In der Therapie sind alle meine Möglichkeiten, klarer sehen und Probleme besser lösen zu können, erkannt und ausgeschöpft worden.	2,2081	,90472	298

Auswertung der Itemstatistiken

	Mittel- werte	Minimum	Maximum	Bereich	Maximum/ Minimum	Varianz	Anzahl der Items
Item- Mittelwerte	2,311	2,064	2,523	,460	1,223	,021	8
Item- Varianzen	,555	,425	,715	,289	1,680	,006	8

Item-Skala-Statistiken

Items	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte Multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Ich habe in der Therapie gelernt, mit anderen Menschen besser zurechtzukommen.	15,9631	27,645	,613	,422	,903
Ich habe in der Therapie mehr Selbstvertrauen gewonnen.	16,1644	26,077	,685	,522	,897
Ich weiß jetzt, welche Ziele mir wichtig sind und wie ich sie erreichen kann.	16,2584	26,549	,734	,601	,893
Ich glaube, dass ich die hier eingeübten Problemlösungen auch im wirklichen Leben eigenständig einsetzen kann.	16,1443	27,457	,708	,564	,895
Ich habe im Laufe der Therapie Freude an Freizeitaktivitäten und einem positiven Körperbewusstsein entwickelt.	16,0268	25,972	,646	,439	,902
Ich habe in der Therapie gelernt, positiver zu denken.	16,1477	26,019	,783	,624	,888
Ich habe in der Therapie eine Hilfestellung erhalten, um in meinem Leben etwas Grundsätzliches zu verändern, das ich bisher nicht ändern konnte.	16,4228	25,821	,740	,563	,892

Items	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte Multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
In der Therapie sind alle meine Möglichkeiten, klarer sehen und Probleme besser lösen zu können, erkannt und ausgeschöpft worden.	16,2785	26,484	,737	,636	,892

Skala-Statistiken

Mittelwert	Varianz	Std.-Abweichung	Anzahl der Items
18,4866	34,163	5,84492	8