TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Patientenorientierung in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

doctor rerum naturalium

(Dr. rer. nat.)

vorgelegt

der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der

Technischen Universität Chemnitz

von Diplom-Psychologe Frederik Haarig,

geboren am 19.03.1985 in Erlabrunn

eingereicht am: 14.06.2016
verteidigt am: 08.12.2016

Gutachter

1 Prof. Dr. Stephan Mühlig
2 Prof. Dr. Peter Sedlmeier
3 Prof. Dr. Georg Jahn

Für Oma. † 30.04.2009

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen stellt seit Jahrzehnten ein sowohl bedeutsames Versorgungssegment als auch Forschungsgebiet dar. Die im Gesundheitswesen in den letzten 20 Jahren aufkommende Haltung hin zu einer stärkeren Patientenorientierung rückt Patienten als Nutzer von Leistungen der Gesundheitsversorgung und „Experten in eigener Sache" in den Mittelpunkt des Geschehens (Coulter & Magee, 2003). Damit wird den expertenbasierten Therapieleitlinien ein wichtiger Akteur, der Betroffene selbst, gegenübergestellt. Die Entwicklung bisheriger Leitlinien fußt auf der Beurteilung der methodischen Studienqualität sowie relevanter Therapieoutcomes, die ausschließlich von Experten vorgenommen wird. Patienteneinschätzungen werden dabei bisweilen nicht integriert, obwohl gerade durch der Einbezug von Präferenzen, Vorstellungen und Wünschen der Patienten eine wesentliche Grundlage für optimale klinische Therapieentscheidungen darstellt (Haynes, Devereaux & Guyatt, 2002). Eine verstärkt patientenorientierte Haltung hätte damit Auswirkungen auf a) die klinische Versorgungspraxis und b) die Forschung. Der Weg einer gleichberechtigten Kommunikation und gemeinsamen Entscheidungsfindung von Behandler und Patient über Behandlungsstrategien und die Auswahl von Therapieoptionen verbessert potentiell Compliance, Selbstmanagement und Zufriedenheit der Patienten.

Fragestellungen: Die vorliegende kumulative Promotionsarbeit (drei peer-reviewed Publikationen) setzt den Kerngedanken der Patientenorientierung um, indem Methoden zur patientenorientierten Forschung erprobt, durchgeführt und hinsichtlich ihrer Nützlichkeit diskutiert sowie empirische Erkenntnisse zur Bedeutung von Patientenpräferenzen in der Gesundheitsversorgung beigesteuert werden. Drei Fragestellungen stehen dabei im Fokus: 1) Wie gut lassen sich Conjoint-Analysen zur patientenorientierten Forschung im Rahmen der Versorgung von psychischen Störungen einsetzen (Beitrag I)? 2) Welche Therapieziele sind bipolar Betroffenen in der Behandlung bipolarer Störungen besonders wichtig (Beitrag II)? 3) Kann mithilfe eines komprimierten achtsamkeitsorientierten Verfahrens ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung der Allgemeinbevölkerung sowie zur Überbrückung langer Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie geleistet werden (Beitrag III)?

Methode: Die methodische Umsetzung einer patientenorientierten Forschung wird anhand des Beispiels der Conjoint-Analyse zur Messung von Patientenpräferenzen für spezifische Therapieziele dargestellt. Die inhaltlichen Beiträge setzen sich aus zwei Studien zur Behandlung einer schweren chronischen psychischen Erkrankung (bipolare Störung) und einer Untersuchung zur Förderung der psychischen Gesundheit (Stressbewältigung, Depressivität, Lebensqualität) im Beratungssetting zusammen.

Ergebnisse: Die vorliegende Arbeit stellt zum einen mit der Conjoint-Analyse einen innovativen Ansatz zur Messung von Patientenpräferenzen zu Therapiezielen im Rahmen der Versorgung psychischer Störungen dar (patientenorientierte Forschung). Dazu werden bisherige conjoint-analytische Untersuchungen mittels formaler, methodischer und inhaltlicher Merkmale systematisiert und hinsichtlich Nützlichkeit sowie möglichen Grenzen diskutiert. Zum zweiten liefert die Arbeit Erkenntnisse hinsichtlich der von Patienten eingeschätzten Relevanz und Präferenz von Therapiezielen in der Behandlung bipolarer Störungen. Dabei wird ausgewiesen, worin Unterschiede in den Einschätzungen bestehen und diskutiert, welche Relevanz sich für die Versorgung von Menschen mit bipolaren Störungen ergibt. Zum dritten werden Effekte (Verbesserung der Stressbewältigung, Verringerung der Depressivität, Steigerung der Lebensqualität) eines im Rahmen der psychosozialen Beratungsstelle der TU Chemnitz angewandten achtsamkeitsorientierten Stresstrainings (AST) dargestellt. Die mit einer achtsameren Haltung von Trainingsteilnehmern einhergehenden verbesserten Werte bezüglich Stressverarbeitung, Depressivität und Lebensqualität (patientennaher Endpunkt) deuten auf das Potential von AST hin, als niedrigschwelliges Angebot der psychosozialen Beratung bestehende Versorgungsangebote (Überbrückung von Therapiewartezeit) zu ergänzen. AST stellt einen Ansatz zur patientenorientierteren Ausrichtung von Wartezeitüberbrückung dar, da objektiv sehr lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz bestehen und Patienten selbst darin Versorgungsbarrieren sehen. Eine Überbrückung würde Patienten entlasten und psychische Gesundheit bereits vor dem Beginn der Psychotherapie stabilisieren.

Diskussion: Patientenorientierte Forschung liefert Beiträge zur Ergänzung bisheriger Erkenntnisse in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen. Die Befunde zeigen, dass Vorstellungen und Wünsche von Betroffenen nicht immer deckungsgleich mit Expertensichtweisen sind und im Rahmen von Prozessen des Shared Decision Makings Beachtung finden sollten, um eine individuell ausgerichtete Behandlung zu erzielen. Die Conjoint-Analyse als methodischer Ansatz zur Messung von Patientenpräferenzen weist sowohl Nutzen (hohe interne Validität der Messungen) als auch Grenzen auf (geringe externe Validität). Um eine möglichst hohe Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, ist notwendig, die untersuchten Zieldimensionen a priori nach klinischer Praxistauglichkeit auszuwählen. Patientenorientierte Forschung ermöglicht eine gemeinschaftlichere Basis sowohl auf *Mikro*- (Arzt-Patient-Kommunikation) als auch auf *Mesoebene* (patientennähere Leitlinien).

Inhaltsverzeichnis

1 Überblick über die Dissertation ... 6

2 Patientenorientierung aus klinisch-psychologischer Sicht ... 8

2.1 Einführung in die Patientenorientierung ... 8
2.2 Ebenen von Patientenorientierung ... 10
2.3 Einführung in das BEPE-Projekt ... 14
2.4 Patientenorientierte Forschung ... 17
2.5 Versorgung in der Psychosozialen Beratungsstelle der TU Chemnitz ... 22
3 Überblick zur Methodik ... 28

4 Fragestellungen der Dissertation ... 31

4.1 Fragestellung 1: Wie gut lassen sich Conjoint-Analysen zur patientenorientierten Forschung im Rahmen der Versorgung von psychischen Störungen einsetzen? ... 31
Paper I: Nutzung von Conjoint-Analysen zur Messung von Therapiezielpräferenzen aus Patientenperspektive in der Behandlung psychischer Störungen: Eine systematische Literaturübersicht ... 31

4.2 Fragestellung 2: Bipolar Betroffene als „Experten in eigener Sache“ – welche Therapieziele in der Behandlung bipolarer Störungen sind aus Betroffenensicht besonders wichtig? 32
Paper II: Titel: Was ist Betroffenen wichtig? Bestimmung patientennaher Therapiezieldimensionen in der Behandlung von bipolaren Störungen ... 32

4.3 Fragestellung 3: Kann mithilfe eines komprimierten achtsamkeitsorientierten Verfahrens ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung der Allgemeinbevölkerung sowie zur Überbrückung langer Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie geleistet werden? ... 33
Paper III: Achtsamkeit zur Stressbewältigung – Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Pilotstudie zu einem Achtsamkeitsorientierten Stressbewältigungstraining (AST) ... 33

5 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick ... 34

5.1 Kernergebnisse und Implikationen ... 34
5.2 Hauptlimitationen ... 37
5.3 Ausblick ... 37
6 Referenzen ... 40

Literaturverzeichnis der Synopsis: ... 40

Eidesstattliche Erklärung ... 46

Synopsis

1 Überblick über die Dissertation

Das Verhältnis zwischen Behandler und Patienten veränderte sich in den letzten Jahrzehnten zunehmend hin zu einer die Autonomie und Beteiligung von Patienten fördernden Sichtweise (Coulter & Magee, 2003). Die Patientenrolle wandelte sich von einem behandelten zu einem aktiv ko-handelnden Partner des Behandlers (Coulter & Magee, 2003). Der Patient tritt in die Rolle des Konsumenten und Nutzers von Gesundheitsleistungen und entscheidet so selbstbestimmt, ob und welche Dienste er von Ärzten und Therapeuten in Anspruch nimmt oder ablehnt (Dierks & Schwartz, 2003). Entsprechend bestimmen Betroffene innerhalb dieser Rolle als „Verbraucher" zunehmend, welche Ziele in der Therapie, mit welchen Methoden verfolgt werden (Lecher, Satzinger, Trojan, & Koch, 2002; Dierks & Schwartz, 2003). Das Konzept des Shared Decision Makings (SMD) wird dieser veränderten Sichtweise auf Patienten gerecht, indem Wünsche und Präferenzen von Patienten in spezieller Form berücksichtigt und umgesetzt werden (Faller, 2012). Die vorliegende Promotionsarbeit beschäftigt sich sowohl methodisch als auch inhaltlich mit dem Thema „Patientenorientierung in der Versorgung psychischer Störungen" und fokussiert damit methodisch und theoretisch patientenorientierte Sichtweisen. Sie verfolgt zum einen das Ziel, die Umsetzung patientenorientierter Forschung näher zu beleuchten und zum anderen einen Beitrag zu dieser zu leisten. Dabei sollen Implikation zu den methodischen Zugängen einer patientenorientierten Forschung sowie für die Gesundheitsversorgung abgeleitet und ergründet werden.

Folgende zentrale Punkte sind Gegenstand der Arbeit:

1) Eine zur patientenorientierten Forschung eingesetzte Methode (Conjoint-Analyse) zur Messung von Patientenpräferenzen soll im Hinblick auf ihren bisherigen empirischen Einsatz und ihre Nützlichkeit für die klinische Praxis anhand systematisch recherchierter Studien verdeutlicht und diskutiert werden. Die hier gewonnenen Erkenntnisse dienen dem näheren Verständnis für diesen innovativen Ansatz zur Quantifizierung von Patientenpräferenzen und geben Aufschluss darüber, wie eine größtmögliche Generalisierbarkeit der Ergebnisse erzielt werden kann.

2) Am Beispiel von Betroffenen mit bipolaren Störungen wird dargestellt, welche Therapieziele in der Behandlung bipolarer Störungen als besonders wichtig, bzw. unwichtig beurteilt werden. Basierend darauf werden grundlegende Therapiezieldimensionen extrahiert und im Hinblick auf moderierende Einflüsse (bspw. Geschlecht, Alter, Therapiestatus) abgeleitet. Darauf aufbauend werden Schlussfolgerungen zur Optimierung von Prozessen des Shared Decision Makings auf Mikroebene (Arzt-Patient-Interaktion) gezogen.

3) Anhand eines an der Psychosozialen Beratungsstelle der Technischen Universität Chemnitz durchgeführten Trainings zur achtsamkeitsorientierten Stressreduktion (AST) soll ein Beitrag zur Verbesserung der aktuell bestehenden Versorgungslage von psychisch Betroffenen geleistet werden. Lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz bedingen die Auseinandersetzung mit niedrigschwelligen Angeboten (Beratungsstellen, Rehabilitationseinrichtungen), die eine Überbrückung dieser Wartezeit ermöglichen. Der Schwerpunkt der berichteten Untersuchung liegt dabei auf der Effektivität der Maßnahme im Hinblick auf Depressivität, Stressbewältigung und Lebensqualität anhand einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung mit maximal subklinisch ausgeprägter Symptomatik. Der Beitrag beinhaltet eine erste Überprüfung der Nützlichkeit des Verfahrens. Der Autor stellt unter dem Punkt 2.5 einen Zusammenhang des Einzelbeitrags III mit dem Gesamtthema der Dissertation her. Bisher existieren nur wenige Studien im Hinblick auf das Thema „Achtsamkeit und Patientenorientierung“, für den Bereich der Versorgung psychischer Störungen keine. Dennoch wird versucht, die bisherige empirische Basis im Hinblick auf die Relevanz von „Achtsamkeit und Patientenorientierung“ einzuordnen und patientenorientierte Ansatzpunkte des Trainings zu diskutieren.

Abschließend werden in der vorliegenden Arbeit die Ergebnisse der Veröffentlichungen zusammenfassend diskutiert, und ein Ausblick auf weitere Forschungs- und Anwendungsmöglichkeiten im Rahmen patientenorientierter Versorgung erfolgt.

Die Publikationen 1 und 2 sind im Rahmen eines BMBF-geförderten Forschungsprojekts, das in Kooperation u.a. mit dem BMBF-Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung, der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), der Österreichischen Gesellschaft für Bipolare Erkrankungen (OEGBE), der Selbsthilfevereinigung bipolaris Berlin-Brandenburg e.V. und dem bipolar-Forum

(Selbsthilfeforum der DGBS) an der Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Chemnitz (Projektleiter: Prof. Dr. Stephan Mühlig) im Zeitraum vom 01.11.2011 bis 31.10.2013 durchgeführt wurde, entstanden. Publikation 3 stellt eine aus Eigenmitteln der Professur durchgeführte Studie dar. Die Studiendurchführung erfolgte durch folgende MitarbeiterInnen: Master of Science (Psychologie) Marian Graubner, Master of Science (Psychologie) Linda Sipos, Dipl.-Psych. Denise Winkler. Gesamtverantwortlichkeit und Leitung lagen bei Prof. Dr. Stephan Mühlig.

2 Patientenorientierung aus klinisch-psychologischer Sicht

2.1 Einführung in die Patientenorientierung

Unter Patientenorientierung versteht Klemperer (2000) Prozesse, die strukturelle Voraussetzungen und Ergebnisse des Gesundheitsversorgungssystems auf die Erwartungen, Wünsche und Interessen von Patienten abstimmen. Dem Patienten wird dabei mit Respekt, Anerkennung und Empathie entgegengetreten. Seine Bedürfnisse werden wahrgenommen und im therapeutischen Setting berücksichtigt. Leistungen der Gesundheitsversorgung sind dabei auf die verbrieften Rechte und Pflichten des Patienten ausgelegt (Klemperer, 2000). Der aktive Einbezug des Patienten „in das Geschehen rund um seine Krankheit“ (Ose, 2011, S. 35) stellt dabei das wesentliche Ziel von Patientenorientierung dar. In diesem Verständnis kann Patientenorientierung auf drei Ebenen stattfinden. Diese werden als *Makro-, Meso-* und *Mikroebene* bezeichnet (Scheibler, Scheike & Dintsios, 2008; ursprünglich Bronfenbrenner, u.a. 1986; 1983; 1981). Nach Haynes et al. (2002) stellt der Idealfall evidenzbasierter Entscheidungen eine Kombination verschiedener Aspekte dar (Abb. 1).

Abbildung 1 Evidenzbasierte klinische Entscheidungen (Haynes et al., 2002)

Neben der wissenschaftlichen Evidenz, die beispielsweise in Form von systematischen Übersichtsarbeiten verfügbar oder in Therapieleitlinien aufbereitet ist, ist es ebenfalls relevant, den medizinischen Zustand des Patienten sowie äußere Faktoren zu berücksichtigen (Verfügbarkeit bestimmter Behandlungsmöglichkeiten). Klinische Expertise setzt jedoch zusätzlich auch am Patienten als Individuum an, indem Bedürfnisse, Präferenzen und Werte der Patienten in die therapeutischen Belange einbezogen werden (Haynes et al., 2002). An dieser Stelle stellt sich die Frage, inwiefern dieser Einbezug tatsächlich für die Wichtigkeit von Patientenorientierung im Rahmen der Gesundheitsversorgung spricht. Das medizinische Expertenwissen sowie eine valide Diagnostik stellen Grundvoraussetzungen für angemessene Therapien dar, allerdings sollte der Patient mit all seinen individuellen Vorstellungen und Erwartungen nicht übersehen werden. Damit ergeben sich zwei relevante Konsequenzen: Zum einen ist für eine tatsächlich angemessene Therapieentscheidung die Patientenbeteiligung vonnöten. Und zum zweiten ist wichtig, im besten Fall bereits auf Ebene von Therapieleitlinien die Patientenperspektive stärker zu integrieren. So wäre die Grundlage für einen angemessenen Transfer von Patientenorientierung in die Praxis der Gesundheitsversorgung gegeben. Gerade für den Bereich der psychischen Störungen, aufgrund der Chronizität des Verlaufes und Beeinträchtigung der Betroffenen sowie mangelnder Therapietreue (Wittchen et al., 2011) ist mehr Forschung auf dem Gebiet der Erfassung von Patientenpräferenzen auf der Mikroebene zu fordern. Dadurch kann die Qualität der Therapie und die Compliance der Personen erheblich gesteigert werden

(Loss, Thanner, & Nagel, 2010), was sich positiv auf Therapieverlauf und Funktionsniveau der Betroffenen auswirkt. Diese verschiedenen Ebenen (Makro-, Meso- und Mikroebene) einer wirksamen Patientenorientierung, bzw. einer nützlichen Integration von Betroffenen in den therapeutischen Prozess werden im Folgenden näher erläutert.

2.2 Ebenen von Patientenorientierung

Makroebene

Die Makroebene umfasst gesellschaftspolitische Entwicklungen und gesetzliche Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten (Dierks, Seidel, Schwartz & Horch, 2006). Zudem werden Rechte der Patienten darunter verstanden (Scheibler et al., 2008). Diese Ebene beinhaltet damit die Ausrichtung der gesundheitspolitischen Gesetzeslage zur Stärkung der Patientenrechte (Scheibler et al., 2008). In einer gleichberechtigten Beziehung zwischen Behandler und Patient soll der Hilfesuchende auf Augenhöhe mit dem Professionellen gemeinsam entscheiden und agieren (Faller, 2012). Mit der Aufklärung und Informierung von Patienten durch Experten (informed consent) sollen jene in den Entscheidungsprozess der Behandlung direkt und aktiv integriert werden. Durch Gesetzesverankerung zu den Patientenrechten werden Behandler gesetzlich verpflichtet, die Interessen, Bedürfnisse und Wünsche von Patienten zu berücksichtigen. Gleichzeitig wird dem Patienten damit ermöglicht, gegenüber dem Experten eigene Erwartungen und Interessen überhaupt anzusprechen (Scheibler et al., 2008). Patienten können sich diesbezüglich beispielsweise auf das 1949 verabschiedete Grundgesetz Artikel 2, Absatz 2 beziehen, das beinhaltet, jeder habe „das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ und verdeutlicht, dass „die Freiheit der Person unverletzlich [sei] und nur durch ein Gesetz [...] in dieses Recht eingegriffen werden [dürfe]“ (Bundeszentrale für politische Bildung, 1999, S. 13). In der Deklaration von Helsinki aus dem Jahre 1964 (überarbeitete Fassung von 2008) werden ethische Richtlinien für Forschung und Arbeit in der Medizin postuliert, die der Weltärztebund als grundlegende Handlungsrichtlinien ebenso ausweist. Im Jahre 2000 war im Zuge der Gesundheitsreform und der Wiedereinführung des § 20 des Sozialgesetzbuches V auf Bundesebene ein Umdenken der Politik im Sinne der Patientenorientierung zu verzeichnen. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (2004) brachte bedeutsame Änderungen im Rahmen des Sozialgesetzbuches. Unter anderem beinhaltet das Gesetz

einen eingesetzten Beauftragten der Bundesregierung für Belange der Patienten (Patientenvertreter) und ein kollektives Mitwirkungsrecht von Patientenvertretern im gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sowie dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG; Ose, 2011, S. 37; Etgeton, 2009; Scheibler et al., 2008). Die Patientenbeteiligungsverordnung (2004) regelt in diesem Punkt, welche Personen tatsächlich als Patientenvertreter in den G-BA entsendet werden dürfen (Schmidt, 2003). Dort können die Patientenvertreter durch Verfahrens- und Beratungsbeteiligung die Interessen und Bedürfnisse der Patienten vorbringen. Trotz des anfänglich attestierten Erfahrungsmangels ist zu fordern, dass bei langjähriger Beteiligung der Patientenvertreter in diesem Gremium, Entscheidungsbeteiligung und Stimmrecht tatsächlich auch in der Praxis umgesetzt werden (Etgeton, 2009; Scheibler et al., 2008). 2013 wurde das Patientenrechtegesetz zur Stärkung der Patientenrechte in Deutschland verabschiedet, unter anderem beinhaltet es das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht für Behandlungsfehler (Bundesministerium für Justiz und Bundesministerium für Gesundheit, 2012). Die Patientenrechte werden vom Gesetzgeber kontinuierlich gestärkt, und gerade in den letzten Jahrzehnten ist eine Tendenz hin zu einer stärkeren Patientenorientierung auf den höchsten Entscheidungsebenen zu verzeichnen. Infolge werden Behandler stärker in den eigentlichen Behandlungsprozess integriert, was zugleich Voraussetzungen schafft, die Gleichberechtigung von Patienten und Behandlern zu fördern.

Mesoebene

Die *Mesoebene* bezieht sich auf den Gesundheitsmarkt an sich (Scheibler et al., 2008). Sie schließt die Interaktion der Krankenkassen untereinander und mit den Patienten ein. Dabei erfordert Patientenorientierung Transparenz der Krankenkassen und die Abstimmung der gesundheitlichen Leistungen auf den individuellen Patienten (Lecher et al., 2002). Härter et al. (2011) unterscheiden verschiedene Ansatzpunkte für Patientenorientierung auf Mesoebene. So bereitet beispielsweise das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“ evidenzbasierte Informationen für Patienten und die Allgemeinheit auf. Weiterhin werden über das „Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin“ (www.patienteninformation.de) patientenverständliche Informationen zu Behandlungsleitlinien sowie Bewertungen von medizinischen Behandlungen durch Patienten und Experten zur Verfügung gestellt. Weiterhin stellen unabhängige Patientenberatungen (bspw. in Gesundheitsämtern von

Städten und Gemeinden) oder Patientenuniversitäten (bspw. Medizinische Hochschule Hannover) weitere Kontaktstellen für Patienten dar. Zudem fördert das Deutsche Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin explizit Shared Decision Making als Beispiel für ein patientenorientiertes Kommunikationskonzept zwischen Behandlern und Patienten (Härter et al., 2011). Ein weiteres Beispiel für Patientenorientierung auf Mesoebene kann in der Beteiligung der Betroffenen an der Erstellung von Behandlungsleit- und Richtlinien (S3-Leitlinien, Nationale Versorgungsleitlinien) gesehen werden. Eine stärkere Partizipation könnte Nutzen mit sich bringen, da derzeitig die Gestaltung der Leitlinien mehrheitlich ausschließlich anhand empirisch methodisch stringent erbrachter Befunde erfolgt und weniger an konkreten Patientenvorstellungen und -zielen. Bisher wird Patientenorientierung in diesen Leitlinien Rechnung getragen, indem Patientenvertreter dem Prozess der Leitlinienerstellung angehören (Davidsen, 2008). Danach werden insgesamt fünf Arbeitsschritte bei der Berücksichtigung von Patienteninteressen unterschieden (Davidsen, 2008): 1) Einzelmitteilungen werden durch Patientenorganisationen gesammelt, gebündelt und strukturiert; und anschließend 2) ausgewertet sowie analysiert (Ableitung von Ideen und Lösungsvorschlägen sowie Hinweisen auf Defizite); 3) Anschließend erfolgt die Benennung von Patientenvertretern durch die Patientenorganisation; ehe im Prozess der Leitlinienerstellung Patientenvertreter 4) Lösungsvorschläge und Erfahrungen einbringen sowie 5) final die Umsetzung der eingebrachten Inhalte und der Patientenbeteiligung selbst evaluieren. Die Mesoebene übernimmt damit eine wichtige Funktion. So wird Patientenorientierung zwar auf Mikroebene konkret umgesetzt, allerdings finden sich die Impulsgeber für eine patientenorientiertere Gestaltung dieser Mikro- eher auf Mesoebene (Scholl, Zill, Härter, & Dirmaier, 2011).

Mikroebene

Die *Mikroebene* bezieht sich konkret auf Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und damit auf die Beziehung von Patienten zu ihren Behandlern (Scheibler et al., 2008). Durch die eingangs beschriebene gesetzliche Stärkung und Verankerung der Rechte der Patienten gilt es daher, diese im Sinne der Patientenorientierung auf Mikroebene umzusetzen (Klemperer, 2000). Im speziellen bedeutet dies einen stärkeren Einbezug von Patienten in die Therapie durch ihre Behandler. Damit soll ermöglicht werden, die Behandlung so individualisiert wie möglich zu realisieren, indem Wünsche, Erwartungen und Interessen des Patienten Berücksichtigung finden. Beispiele für

Konzepte, die verdeutlichen wie Patientenorientierung auf Mikroebene umgesetzt werden kann, sind das Shared Decision Making (Scheibler et al., 2008; Hamann et al., 2005) oder evidenzbasierte Patienteninformationen (Scheibler et al, 2008). Eine Möglichkeit zur Umsetzung der Patientenbeteiligung im Rahmen therapeutischer Situationen stellt das Shared decision making (SDM) bzw. die „Partizipative Entscheidungsfindung" (PEF) dar. Dabei handelt es sich um einen Informationsaustausch, in dem sich mindestens zwei Personen (bspw. Behandler und Patient) aktiv und gleichberechtigt begegnen (Faller, 2012; Loh, Simon, Kriston, & Härter, 2007). Ziel ist es auf Basis von geteilten Informationen zur Erkrankung und zu Behandlungsmöglichkeiten eine gemeinschaftlich verantwortete Entscheidung abzuwägen und auszuhandeln (Faller, 2012; Loh et al., 2007). Mittels des SDM lassen sich Erwartungen, Vorstellungen und Wünsche von Patienten erfassen und für den therapeutischen Prozess beispielsweise bei der Bestimmung von Behandlungszielen nutzen (Faller, 2012; Faller & Lang, 2006). Shared Decision Making betont die gemeinschaftliche Bestimmung von Therapiezielentscheidungen durch Behandler und Patienten und stärkt dabei Eigenverantwortlichkeit, Kontrollerleben und Therapiemotivation von Patienten (Faller & Lang, 2006). Dass die Anwendung von SDM nützlich ist, belegen verschiedene Studien: Die Anwendung von Entscheidungshilfen als Form des SDMs führte beispielsweise zu weniger Therapieentscheidungskonflikten, realistischeren Patientenerwartungen zum Verlauf ihrer Erkrankung, größerem Behandlungswissen sowie zu höherer Therapiecompliance (Stacey et al., 2014). Weiterhin konnten Zusammenhänge zwischen SDM und einer aktiveren Partizipation der Patienten am Therapieprozess sowie verbesserten Kommunikation zwischen Behandlern und Patienten nachgewiesen werden (Loh et al., 2007). Erweiterende Informationen zu Patientenorientierung, zu Shared Decision Making sowie zum Nutzen einer patientenorientierteren Sichtweise auf Versorgung und Forschung werden in den Einzelbeiträgen I und II vermittelt.

Die Erkenntnisse der vorliegenden Dissertationsschrift setzen an *Meso*- und *Mikroebene* an. Befunde zur Patientenorientierung auf der *Mikroebene* können das Zusammenspiel von Patienten und Behandlern verbessern, da Studien zur Patientenorientierung Erkenntnisse zu Wünschen und Interessen liefern. Diese könnten in Abhängigkeit von verschiedenen soziodemografischen (u. a. Geschlecht, Alter, Familienstatus) und krankheitsbezogenen Merkmalen (u. a. aktuell vorliegende

Krankheitsphase, Schweregrad der Symptome) Basis für eine patientenorientiertere Gestaltung von Therapiesitatuionen sein. Infolge dessen ließen sich Therapien individualisierter bestimmen (z.B. geschlechts- und altersspezifische Therapieziele) und mögliche Konflikte zwischen Patienten und ihren Behandlern (u. a. zu den Therapieoptionen oder Therapieablauf) vorbeugen. Zudem ermöglicht eine empirisch erhobene Betroffenenperspektive deren Berücksichtigung bei der Beurteilung von Wirksamkeitsstudien zur Erstellung von Therapieleitlinien (*Mesoebene*). Befunde zu Patientenpräferenzen und –vorstellungen in der Therapie (bspw. hinsichtlich relevanter Therapieziele), die im Rahmen patientenorientierter Untersuchungen erzielt werden, könnten unter anderem die von Experten eingeschätzte Wichtigkeit von Therapieerfolgsmaßen (Outcome-Analyse) um die Perspektive der Betroffenen ergänzen. Somit würde die Erstellung von Therapieleitlinien sowohl expertendefiniert als auch patientenzentriert erfolgen.

2.3 Einführung in das BEPE-Projekt

Das BEPE-Projekt (Antragsteller und Projektleitung: Prof. Dr. Stephan Mühlig, Förderkennzeichen: 01GX1044) und in dessen Rahmen diese Promotionsarbeit liefert einen Beitrag (Publikationen I und II) zur Verbesserung der Therapie psychischer Störungen im Sinne der Patientenorientierung (methodischer Zugang zu patientenorientierter Forschung, Einblick in Zielvorstellungen von Patienten bipolarer Störungen). Das Projekt gehörte dabei dem Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung *„Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“* der Bundesministerien für Bildung und Forschung (BMBF), für Gesundheit (BMG) sowie für Arbeit und Soziales (BMAS) in Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung, Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. an. Ziel des Förderschwerpunktes ist es, Patientenorientierung stärker in medizinischer und rehabilitativer Versorgung chronisch kranker Menschen zu etablieren. Der Förderschwerpunkt existiert seit 2008, 77 Projekte wurden bis 2014 mit 21 Mio. Euro gefördert. Insgesamt existieren drei wesentliche Themenfelder (forschung-patientenorientierung.de, Stand: 23.03.2016):

- zielgruppenorientierte Vermittlung von Patienteninformationen,
- Erforschung und Optimierung von Schulungsprogrammen für chronisch somatisch und psychisch kranke Menschen,

- partizipative Gestaltung der Versorgung.

Das BEPE-Projekt verfolgt das Ziel, die Präferenzen der Patienten (speziell mit bipolaren Störungen) 1) zu ermitteln und 2) durch eine spezielle statistische Analysemethode in Gewichtungsfaktoren umzurechnen. Die Abkürzung „BEPE“ steht dabei für die Entwicklung eines empirisch gestützten Gewichtungsverfahrens zur **B**eurteilung medizinischer Interventionen unter systematischer **E**inbeziehung **p**atientenrelevanter **E**ndpunkte (u.a. Symptomatik, Lebensqualität) unter Berücksichtigung von Gender-Aspekten (Mühlig, 2012). Die Bewertung von Studienergebnissen zur Behandlung psychischer Störungen erfolgt aktuell mehrheitlich anhand expertendefinierter Variablen sowie anhand der methodischen Studienqualität. Bezüglich der relativen Beurteilung unterschiedlicher Therapieoutcomes (bspw. ob Lebensqualität im Vergleich zu Symptomreduktion aus Betroffenenperspektive wichtiger oder unwichtiger ist) existiert bisweilen keine statistische Vorgehensweise, mit der sich der Einbezug patientennaher Variablen in die Gesamtbeurteilung der Studien, bzw. der Studienergebnisse realisieren lässt. In Folge messen Studien zur Behandlungswirksamkeit bisweilen vornehmlich expertenbasierte und weniger tatsächlich patientenpräferierte Outcomes (Mühlig, 2012).

An dieser Stelle setzt das BEPE-Projekt an, indem ein für den Bereich der Versorgung psychischer Störungen bisher nur selten eingesetztes methodisches Verfahren (Haarig, Zeschke, & Mühlig, 2016) am Beispiel der bipolaren Störungen erprobt und angewandt wird. Mittels dieses multivariaten Analyseverfahrens (Conjoint-Analyse) werden Therapiezielpräferenzen von Patienten gemessen und in statistisch quantifizierbare Maße transformiert (Mühlig, 2012). Eine stärker patientenorientierte Sichtweise fände durch die Überführung von den ermittelten Patientenpräferenzen in Gewichtungsfaktoren sowohl in der klinischen Versorgungspraxis als auch der Durchführung klinischer Studien mehr Beachtung (Mühlig & Haarig, 2015). Das Nahziel des BEPE-Projektes stellt die Ermittlung von durch Patienten als wichtig empfundenen Therapiezielen innerhalb der Behandlung von bipolaren Störungen dar (Mühlig, 2012). Dabei sollen die Wünsche, Interessen und Bedürfnisse von bipolaren Patienten im Vordergrund stehen, damit im Sinne einer stärkeren Patientenorientierung, patientennahe Erfahrungen mehr Berücksichtigung in der Ausrichtung von Therapiemaßnahmen finden (*Mikroebene*). Fernziel des Projektes ist es, die relative Bedeutung von Behandlungszielen aus Betroffenensicht systematisch zu untersuchen

(Mühlig, 2012). Mittels Patienten-/Expertenbefragungen soll eine mehrstufige Priorisierung und relationale Bewertung der Bedeutsamkeit expertendefinierter und patientenrelevanter Therapieziele in der Therapie bipolarer Störungen vorgenommen werden (Mühlig, 2012). Erkenntnisse aus dem Projekt dienen der Erweiterung der bisherigen Sichtweisen von empirischer Evidenz um die Perspektive von direkt Betroffenen. Letztere ermöglicht eine angemessenere Evidenzbeurteilung (erweitert um die Patientenperspektive) in systematischen Übersichtsarbeiten und vereinfacht die Partizipation von Patienten bei Therapiezielentscheidungen in der Routineversorgung (*Mesoebene*) (Mühlig, 2012). Die in der vorliegenden Arbeit berücksichtigten zwei Einzelbeiträge, die im Rahmen des BEPE-Projekts entstanden, stellen Verwertungen von Zwischenschritten in dem insgesamt aus sechs Phasen bestehenden Projektplan dar (u.a. Mühlig, 2012; Mühlig & Haarig, 2015; https://www.tu-chemnitz.de/hsw/psychologie/professuren/klinpsy/BEPE/index.php): Phase 1 beinhaltete die Zusammenstellung eines Katalogs aus bedeutsamen Behandlungszielen (Basis: wissenschaftliche Studien zur Entwicklung der S3-Leitlinie „Bipolare Störungen“); in Phase 2 wurde der Katalog um Einschätzungen durch Experten (Klinische Behandler) erweitert; in Phase 3 erfolgte die Ermittlung patientenrelevanter Therapieziele mittels Betroffenenfokusgruppen; Phase 4 beinhaltete eine Online-Befragung zur Wichtigkeit der Therapieziele aus Betroffenensicht (Direktbefragung); in Phase 5 wurde die Conjoint-Analyse vorbereitet, indem verschiedene Therapie-Szenarien (bestehend aus unterschiedlichen Therapiezielkombinationen) erstellt wurden; ehe in Phase 6 Patientenpräferenzen mittels Conjoint-Analyse (Komparativbefragung) ermittelt wurden. Nach dem Projektabschluss 2015 folgte die Vorstellung der Abschlussergebnisse (Gewichtungsfaktoren, Vorstellung des Systems zur Beurteilung patientennaher Endpunkte in Wirksamkeitsstudien) auf Kongressen, bspw. aktuell im Jahr 2016 (u.a. Kongress für evidenzbasierte Medizin in Köln, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen in Chemnitz, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde in Berlin). Die Veröffentlichung der Abschlussergebnisse ist für 2016 vorgesehen. Bei allen Verwertungsschritten war und ist angedacht, die Ergebnisse nicht nur für das wissenschaftliche Publikum aufzubereiten, sondern ebenfalls in patientennaher Form Betroffenen zu vermitteln. So wurden bis dato Flyer, Präsentationen und eine patientennah formulierte Homepage erstellt, die in

verständlicher Art und Weise bipolar Betroffene darüber informiert, welche Erkenntnisse erzielt wurden, und welche Relevanz diese für „ihre“ Versorgung haben.

2.4 Patientenorientierte Forschung

Patientenorientierte Forschung versucht, eine „Brücke“ zwischen der Betroffenenerfahrung einerseits und der medizinischen Expertise, bzw. klinischen Forschung andererseits zu schaffen (Witte, DCCV e.V., 2013). Dabei ist der Anspruch, die Forschung pharma- und interessenunabhängig zu realisieren (Witte, DCCV e.V., 2013). Das Grundprinzip jeglicher (patientenorientierter) Forschung besteht darin, aus einer Grundpopulation eine passende Studienstichprobe zu ziehen, um anhand eines bestimmten methodischen Designs (z.B. Vergleich einer Treatment-Gruppe mit einer Treatment-as-usual-Kontrollgruppe) einen in der Studienpopulation eventuell beobachteten Nutzen auf die Grundpopulation zu verallgemeinern (Bertelsmann, Lerzynski, & Kunz, 2007). Im nächsten Schritt werden die beobachteten Nutzen aller Untersuchungen möglichst vollständig zur jeweiligen Fragestellung in systematischen Reviews und Metaanalysen zusammengefasst, Effekte aggregiert und für die Erstellung von Therapieleitlinien aufbereitet (Bertelsmann et al., 2007). Die Cochrane Collaboration liefert hier mehrere Tools für ein systematisches Vorgehen, um eine valide und reliable Bewertung der Evidenzlage (Higgins & Green, 2011: Quality of Evidence) und Überführung in Therapierichtlinien zu gewährleisten (siehe GRADE).

Anhand der Leitlinien werden im letzten Schritt konkrete Behandlungsempfehlungen für die Versorgung (Mikroebene) abgeleitet. Das besondere an einer patientenorientierten Forschung besteht nun im Grad der Beteiligung der Patienten am gesamten Forschungsprozess. Je nachdem wie stark Forscher und Betroffene in diesem Forschungsprozess miteinander interagieren, ergeben sich verschiedene Kooperationsstadien (Sweeney & Morgan, 2009):

- keine Beteiligung (rein wissenschaftliche Sichtweise),
- Beratung (Patienten sind eingeladen, den Forschungsprozess zu kommentieren; Einbezug ist jedoch nicht vorgesehen),
- Mitwirkung (Patienten leisten einen signifikanten und bedeutsamen Beitrag zur Forschung; Kontrolle und Entscheidungskraft liegen bei den traditionellen Forschern),

- Zusammenarbeit (geteilte Entscheidungskraft zwischen Forschern und Patienten; Entscheidungen werden gemeinsam getroffen),
- Steuerung (patientengeleitete Forschung; Patienten haben Kontrolle über den gesamten Forschungsprozess).

Damit kann Patientenorientierung in Abhängigkeit vom jeweiligen Partizipationsgrad unterschiedlich im Forschungsprozess umgesetzt werden. Das BEPE-Projekt nutzte beispielsweise an mehreren Stellen eine Zusammenarbeit mit Betroffenen. So erfolgte die Sammlung und Katalogisierung der relevanten Therapieziele in Fokusgruppen (*N*=95 bipolar Betroffene). Die Fokusgruppen wurden zum Bipolar-Selbsthilfe-Tag 2012 in der der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Humboldt Klinikum Vivantes Berlin (Leitung: Chefarzt Prof. Dr. med. Peter Bräunig) durchgeführt und verfolgten das Ziel, weitere relevante Therapieziele zu ergänzen sowie Formulierungen zur Erhebung der Zielwichtigkeiten auf Verständlichkeit hin zu prüfen und ggf. anzupassen. Zudem erfolgte die Verwertung der Ergebnisse ebenfalls in Zusammenarbeit mit den Betroffenen (trialogische Diskussion zum Kongress der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen). Gleichwohl welcher Grad der Beteiligung gegeben ist, versteht sich das Ziel patientenorientierter Forschung in der Ermittlung patientennaher Endpunkte sowie der Aufbereitung dieser für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung. Patientennahe Endpunkte können beispielsweise in weniger Beschwerden und Komplikationen, einer höheren gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Erleichterung der sozialen Teilhabe, weniger Aufwand, weniger Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems oder der Verbesserung des Selbstmanagements hinsichtlich der Erkrankung gesehen werden (Sänger, Quadder, & Brunsmann, 2007). Für den Bereich der operativen Behandlung von Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen existiert ein systematischer Review zur Verwendungshäufigkeit von patientenberichteten Endpunkten (wie Lebensqualität). Im Rahmen einer systematischen Recherche in der Cochrane Library und von aktuell laufenden Studien über ClinicalTrials.gov konnten sieben Meta-Analysen mit insgesamt 30 RCTs sowie neun aktuell laufende RCT-Studien identifiziert werden (Alakärppä & Alho, 2012). Sowohl in den 30 bereits publizierten RCTs als auch in den laufenden Untersuchungen wurden mehrheitlich expertendefinierte Outcomes untersucht (*N*=30: 54%; *N*=9: 45%). Lediglich in 10% (*N*=30) sowie in 33% (*N*=9) war Lebensqualität primärer Endpunkt. Für den Bereich der bipolaren Störungen wurde in unserer Arbeitsgruppe eine ähnliche Analyse durchgeführt, indem sämtliche der S3-Leitlinie zur

pharmakotherapeutischen Behandlung bipolarer Störungen zugrunde liegenden Wirksamkeitsstudien einer Outcome-Analyse unterzogen wurden (Fuchs, Mühlig, Thüner, Winkler, & Haarig, 2010). Die der Leitlinie zugrunde liegenden randomisiert-kontrollierten Studien (*N*=93) verwendeten sowohl hinsichtlich der Akut- (*n*=73) als auch der Maintenance-Therapie (*n*=20) mehrheitlich Outcomes der Morbidität (*Akut Manie:* Symptomschwere 100,0%, Drop-Out 91,8%; *Akut Depression:* Symptomschwere 91,7%, Drop-Out 91,7%; *Maintenance:* Drop-Out 95,0%, Rezidiv 80,0%, Zeit bis Rezidiv 65,0%) zur Wirksamkeitsschätzung pharmakologischer Behandlungen (Fuchs et al., 2010). Zwar wurden ebenso nicht-morbiditätsbezogene Endpunkte genutzt (u.a. *Akut Manie:* Nebenwirkungen 89,9%, Gesundheitszustand 45,9%; *Akut Depression:* Lebensqualität 20,4%; *Maintenance:* Nebenwirkungen 80,0%), allerdings in weniger Studien.

Leitlinien sind Kernelement für Wissenstransfer im Gesundheitswesen und daher in der Versorgungsrealität bedeutsam (Kunz, Lelgemann, Guyatt, Antes, Falck-Ytter, & Schünemann, 2007). Sie kondensieren und werten medizinisches bzw. psychotherapeutisches Wissen (Evidenz) zu speziellen Fragestellungen und geben Empfehlungen für das ärztliche bzw. psychotherapeutische Handeln (Thole, Thalau, Ollenschläger, Kopp, & Lelgemann, 2007). Zur Unterstützung der Erstellung von Leitlinien existiert in der Cochrane Collaboration die GRADE Working Group, eine unabhängige internationale Gruppe aus Leitlinienerstellern, Methodikern und Klinikern, deren Aufgabe darin besteht, die Methodiken zur Leitlinienerstellung stetig zu verbessern (Kunz et al., 2007; Thole et al., 2007). Anhand eines Systems, das explizite Kriterien für die Bewertung von Evidenz vorgibt, soll eine transparente Umsetzung der Studienevidenz in differenzierte Empfehlungen ermöglicht werden. Die Empfehlung erfolgt als ein Abwägen von Nutzen einer Maßnahme und ihren Nachteilen, d.h. möglichem Schaden, Belastungen, Kosten für den Patienten und seinen Angehörigen (Kunz et al., 2007; Thole et al., 2007). Dazu existiert ein Leitfaden, der darstellt, wie mithilfe des GRADE-Systems die Qualität der Evidenz (siehe Abbildung 3) bewertet und Empfehlungen daraus abgeleitet werden können. Die Leitliniengruppen sind angehalten zu dokumentieren, welche relative Bedeutung sie den einzelnen patientenrelevanten Endpunkten in der Leitlinie zuordnen. Je größer die Bedeutsamkeit für den Patienten, desto wichtiger werden die Endpunkte für die Formulierung der Empfehlung (Kunz et al., 2007).

Abbildung 2 Beurteilungsdimensionen der "Qualität der Evidenz" durch GRADE (Higgins & Green, 2011)

Patientenorientierte Forschung setzt an dem Punkt „von der Empfehlung in die Praxis“ an, indem patientennahe Endpunkte empirisch ermittelt und tatsächlich auch in Leitlinien überführt werden sollen. Würden Studien existieren, die valide und quantifizierbare patientennahe Endpunkte messen, könnten diese im Rahmen des GRADE-Systems Berücksichtigung finden. Die Schwierigkeit besteht lediglich darin, patientennahe Endpunkte tatsächlich valide zu messen. Bei der statistischen Erhebung bestehen verschiedene Möglichkeiten. Beispielsweise könnten Direktbefragungen (Wie wichtig ist dem Patienten das Therapieziel „Lebensqualität“?) oder vergleichende Verfahren wie Stated-Preference-Methods oder dem Analytic Hierarchy Process (Ist dem Patienten „Lebensqualität“ im Vergleich zu „Symptomreduktion“ wichtiger?) genutzt werden. Der Vorteil der vergleichenden Einschätzungen besteht darin, dass aus den Beurteilungen Gewichtungsfaktoren berechnet und Patientenpräferenzen quasi in ein numerisches Maß überführt werden können. Das zugrunde liegende BEPE-Projekt wählte aus den Stated-Preference-Methods die Conjoint-Analyse zur Messung von Patientenpräferenzen aus. In der abschließenden Verwertung des Projekts werden Gewichtungsfaktoren zu sämtlichen von den Betroffenen eingeschätzten Therapiezielen zur Verfügung gestellt. Je höher die Gewichtung, umso stärker präferieren die Betroffenen das jeweilige Ziel. Anschließend können diese beispielsweise in die Software GRADE überführt werden, indem Beurteilungen der Outcomes hinsichtlich der Patientenwichtigkeit nicht mehr durch die Experten, sondern mittels

Gewichtungsfaktoren erfolgen. Der Vorteil in diesem neuen Bewertungssystem läge darin, dass Erkenntnisse patientenorientierter Forschung direkt in die Outcome-Analyse übertragen werden könnten. Weiter gedacht könnten bereits bei der Beurteilung der Wirksamkeitsstudien, Studien *mit untersuchten patientennahen* Endpunkten höher gewichtet werden als Studien, die *ausschließlich expertendefinierte* Outcomes verwenden. Final wäre möglich, sowohl auf *Meso*- als auch *Mikroebene* die Patienten stärker in ihren Wünschen und Interessen zu berücksichtigen und Therapieverfahren patientenorientierter auszurichten.

Die vorliegende Dissertationsarbeit stellt essentielle Schritte des BEPE-Projekts in **Paper I und II** vor. Um die Conjoint-Analyse für den Bereich der bipolaren Störungen angemessen zu entwickeln, wurde in einem ersten Schritt eine systematische Literaturanalyse zu Studien, die mittels Conjoint-Analysen Patienten- und Betroffenenpräferenzen im Hinblick auf die Versorgung psychischer Störungen untersuchen, vorgenommen (**Paper I**).

Um einen ersten Einblick zu gewinnen, welche Therapieziele von bipolar Betroffenen als wesentlich in der Therapie erachtet werden, wurde zudem die Zwischenphase der Direktbefragungen (Einschätzung der Wichtigkeit aller relevanten, katalogisierten Therapieziele) als weiterer Einzelbeitrag fokussiert (**Paper II**). Abschlussergebnisse zu den Gewichtungsfaktoren können bei den Autoren erfragt werden.

Die Abschlussveröffentlichung des Projekts inklusive der ermittelten Gewichtungsfaktoren ist für 2017 vorgesehen. Im folgenden Abschnitt wird die Methode der Conjoint-Analyse näher vorgestellt.

Conjoint-Analyse zur Messung von Patientenpräferenzen

Patientenorientierte Forschung beschäftigt sich unter anderem mit der Erfassung von Patientenwünschen und -präferenzen. Damit eine erfolgreiche Implementierung dieser beispielsweise in die Gestaltung von Therapieleitlinien erfolgen kann, ist der Einsatz valider statistischer Methoden Voraussetzung. Als ein etabliertes Instrument zur Erfassung von Patientenpräferenzen hat sich die Conjoint-Analyse als Discrete-Choice-Experiment (DCE) bewährt (Bridges, Kinter, Schmeding, Rudolph, & Mühlbacher., 2011; Mühlbacher, Bethge, & Tockhorn, 2009). Das aus der Marktforschung stammende

Instrument dient der Beurteilung zweier gegenüberstehender Eigenschaften eines Produktes. Mittels der Entscheidung für oder gegen eine dieser Eigenschaften durch den Nutzer können Rückschlüsse gezogen werden, welche Eigenschaft das Produkt haben sollte, um vom Nutzer präferiert zu werden (Backhaus, Erichson,Plinke, & Weiber, 2000). Die Conjoint-Analyse wurde ebenfalls für die Erfassung von Patientenpräferenzen im Gesundheitswesen übernommen und angepasst (Mühlbacher et al., 2008). Der Patient soll in diesem Sinne Eigenschaften zu Zielen der Behandlung nach ihrer subjektiven Wichtigkeit beurteilen, so Mühlbacher, Lincke und Nübling (2008). Das Resultat sind valide und quantifizierbare Aussagen der Patienten über die für sie wichtigen Themen, die Patientenpräferenzen. Beispiele für das Discrete-Choice-Experiment im Gesundheitswesen sind die Studien für Ziele der Depressionsbehandlung bei einkommensschwachen lateinamerikanischen US-Bürgern von Dwight-Johnson et al. (2010) und für Patientenpräferenzerfassung bei Substanzstörungen (Flach & Diener, 2004; Mark & Swait, 2003). Im Rahmen der Conjoint-Analysen werden so Berechnungen vorgenommen, die den von Betroffenen eingeschätzten Gesamtnutzen einer aus bestimmten Therapiezielen zusammengesetzten Behandlung ermitteln. Spezifische Informationen zu den statistischen Grundlagen werden im Methodenteil (Abschnitt 3) vermittelt.

2.5 Versorgung in der Psychosozialen Beratungsstelle der TU Chemnitz

Der **dritte Einzelbeitrag** der vorliegenden Dissertationsschrift setzt sich mit der Versorgung der Allgemeinbevölkerung auseinander. Dabei wurde ein an der Psychosozialen Beratungsstelle der TU Chemnitz entwickeltes achtsamkeitsorientiertes Stressbewältigungstraining (AST) im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie im Hinblick auf seine Nützlichkeit untersucht. Da dieses Training im Katalog der Beratungsstelle enthalten ist, ist es für die Allgemeinbevölkerung zugänglich. Das diesbezügliche Ziel besteht darin, mittels solcher Verfahren die psychische Gesundheit von Menschen mit subklinischen Beschwerden, jedoch ohne eine behandlungsbedürftige Diagnose zu fördern, bzw. zu erhalten. Im Folgenden soll herausgearbeitet werden, welche Relevanz der Beitrag für das Gesamtthema „Patientenorientierung“ der Dissertation aufweist.

In einer Literaturrecherche zum Thema „Achtsamkeit“ und „Patientenpräferenzen oder Patientenorientierung“ konnten nur wenige Beiträge gefunden werden. Allerdings

weisen Faller et al. (2008) daraufhin, dass im Rahmen von Patientenschulungen neben Psychoedukation und der Stärkung des Selbstmanagements eine wesentliche Komponente in der Förderung der Stressbewältigung von Patienten (bspw. durch Entspannungsverfahren) liegt. Dies unterstützt eine Untersuchung von Patientenpräferenzen in der orthopädischen Rehabilitation (Bethge, 2009). Im Rahmen von Discrete-Choice-Experiments (*N*=223 Patienten; *N*=1796 Entscheidungssets) konnte festgestellt werden, dass Patienten unter anderem die Verbesserung ihrer Stresstoleranz präferieren. Durch den expliziten Bezug des untersuchten achtsamkeitsorientierten Verfahrens auf Stressreduktion ergibt sich eine Schnittmenge mit diesen patientenzentrierten Überlegungen. Eine Studie zur Erfassung von Patientenpräferenzen in der Rehabilitation von 271 Patientinnen mit Brustkrebs ergab zudem, dass 55% der Befragten achtsamkeitsbasierte Verfahren zur Rückfallprophylaxe bevorzugten (Carlson et al., 2014). Für den Bereich der Versorgung psychischer Störungen konnte keine Untersuchung identifiziert werden, die Achtsamkeit mit Patientenorientierung, Patientenpräferenzen oder Patientenpartizipation verknüpft. Daher werden im Folgenden patientenorientierte Ansatzpunkte der im Rahmen der Dissertationsschrift durchgeführten Studie zum Achtsamkeitsorientierten Stressbewältigungstraining (AST) theoretisch hergeleitet und vorgestellt.

Laut einer Studie der Bundespsychotherapeuten- und aller Landespsychotherapeutenkammern warten Personen mit psychischen Beeinträchtigungen rund 3 Monate (12,5 Wochen) auf ein Erstgespräch im Rahmen der ambulanten Psychotherapie (BPtK, 2011). Diese Wartezeit variiert zwischen den Bundesländern sowie zwischen Stadt (2–3 Monate) und Land (bis zu 4 Monate)(BPtK, 2011). Ein Erstgespräch ist dabei nicht gleichbedeutend mit dem tatsächlichen Beginn einer Psychotherapie. Je nachdem, wie akut die Beschwerden der Personen durch den Therapeuten eingeschätzt werden, verzögert sich der Therapiebeginn zusätzlich. Die Wartezeit bis zum Therapiebeginn nach Erstgespräch stellt sich dagegen folgendermaßen dar: 14,9% warten bis zu 3 Wochen, 19,3% 4–6 Wochen, 10,9% 7–9 Wochen, 16,6% 10–12 Wochen, 4,6% 13–15 Wochen und 33,7% über 15 Wochen. Damit wartet jeder 5. mehr als 3 Monate auf ein Erstgespräch, und gar jeder dritte auf den Beginn der Therapie (Peikert, Hoyer, Mrazek, Rosendahl, Hannich, & Jacobi, 2011). Lange Wartezeiten führen zu problematischen Versorgungsengpässen (u.a. Ehlert, Linden, Rief, & Voderholzer, 2013), die zu Symptomverschlimmerungen (Helbig,

Hähnel, Weigel, & Hoyer, 2004), psychosozialer Beeinträchtigung durch unbehandelte psychische Störungen (Helbig et al., 2004), verringerter Therapieinanspruchnahme (Helbig-Lang, 2009), einer Zunahme von Arbeitsunfähigkeitstagen (Jacobi & Wittchen, 2004) sowie höheren Kosten in der Gesundheitsversorgung (Helbig et al., 2004) führen. Patientenorientierung würde bedeuten, die Indikation von Behandlungen ausschließlich anhand des subjektiv empfundenen Leidensdrucks zu stellen, und nicht aufgrund von Kapazitätsgrenzen ambulanter und stationärer Therapieplätze. Patienten sehen jedoch gerade in dieser Ressourcenknappheit Versorgungsbarrieren (Kivelitz, Watzke, Schulz, Härter, & Melchior, 2015). Diese Barrieren in der psychotherapeutischen Behandlung widersprechen dem Anspruch einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung, da dem tatsächlichen Behandlungsbedarf von Patienten aufgrund begrenzter Ressourcen nicht unmittelbar entsprochen werden kann (Kivelitz et al., 2015). Gerade niedrigschwellige Angebote von Beratungseinrichtungen (kürzere Dauer, weniger Sitzungen) verfügen diesbezüglich über das Potential, Versorgungslücken aufgrund von Wartezeiten zu schließen (Bühring, 2012). Daher ist es nötig, nach alternativen Angeboten zu suchen, um die Versorgung subklinischer Beschwerden zu ermöglichen und Wartezeiten für „angehende“ Patienten mit bestehenden psychischen Störungen zu überbrücken. Neben verschiedenen Maßnahmen stellen Achtsamkeitstrainings hilfreiche Zusatzangebote in Beratung und Therapie sowie als supportive Maßnahmen zur Überbrückung der Wartezeit für Psychotherapien dar (Meibert, Michalak, & Heidenreich, 2009). Die im Einzelbeitrag III vorgestellte Studie zum Thema Achtsamkeit setzt an dieser Stelle an und überprüft ein niedrigschwelliges Angebot, das zur Wartezeitüberbrückung eingesetzt werden kann. Im ersten Schritt sollte dabei untersucht werden, ob ein solches Angebot wirksam ist. Eine Überprüfung, inwiefern dieses dann tatsächlich zur Wartezeitüberbrückung geeignet ist, müsste in einem nächsten Forschungsschritt zukünftig vorgenommen werden. Eine patientenorientierte Ausrichtung in der ambulanten Versorgung könnte gewährleistet werden, indem ein komprimiertes Verfahren anderen Beratungseinrichtungen zur Verfügung gestellt werden könnte. Im Rahmen der dargestellten Pilotstudie wurde überprüft, wie nützlich das Konzept im Hinblick auf die Verbesserung von Stresserleben, Depressivität sowie Lebensqualität, als wichtiges patientennahes Outcome (Sänger et al., 2007) ist. Das Training wurde für das Beratungssetting entwickelt und anhand einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung getestet. Um einen Einblick in diesen Versorgungsbereich zu gewähren, wird im Folgenden näher auf die Psychosoziale Beratungsstelle eingegangen.

Laut dem Tätigkeitsbericht von 2016 ist die Psychosoziale Beratungsstelle der TU Chemnitz (Leiter: Prof. Dr. Stephan Mühlig) eine Kontaktstelle für Ratsuchende mit „Arbeits- und Studienproblemen aller Art, Lebensproblemen unterhalb der Schwelle zu einer psychischen Störung oder für Hilfesuchende mit sehr drängenden Akutbelastungen und psychischen Krisen“ (Mühlig, 2016, S. 2). Die Beratungsstelle richtet sich in erster Linie an Studierende und Mitarbeiter der TU Chemnitz, allerdings ebenfalls an Menschen aus der Region. Die Beratungsstelle bietet keine Psychotherapie an und muss bei eventuell vorliegenden behandlungsbedürftigen Störungen und Problematiken eine Weiterleitung der betroffenen Personen gewährleisten (Mühlig, 2016). Das Beratungsangebot fokussiert sich im Wesentlichen auf vier Komponenten (Mühlig, 2016):

1) Informationsvermittlung (Psychoedukation, Vermittlung von Strategien zur Arbeitsstrukturierung, zum Lernen, Zeitmanagement, Aufklärung über Gesundheit, Lebensstilberatung);

2) Gesundheitsförderung (frühzeitige Erkennung sowie Vorbeugung von Krankheit, Minderung von gegebenen Risikofaktoren, Aufbau von Schutzfaktoren, Stressbewältigung, Vermittlung von Entspannungsverfahren, Trainings im Hinblick auf Bewegung);

3) Steigerung psychosozialer Kompetenzen (Training sozialer Kompetenzen, von Selbstsicherheit, Problemlösestrategien, Kommunikation, Krisenbewältigung, Förderung des Selbstmanagements);

4) Anbahnung der Weiterbehandlung (Weitervermittlung von passenden Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten, Weiterleitung in angemessene Institutionen).

Das Leistungsangebot (siehe Tabelle 1, Mühlig, 2016, S. 5-6) setzt sich aus Angeboten zur Intervention, Diagnostik, Ansätzen zur lösungsorientierten Beratung, speziellen thematischen Gruppen und Öffentlichkeitsarbeit zusammen.

Tabelle 1 Übersicht zum Leistungsangebot der Psychosozialen Beratungsstelle der TU Chemnitz (Mühlig, 2016)

Beratungsleistung	Inhalt
Krisenintervention	kurzfristige Gesprächstermine und Krisentelefon bei akuten Problemen, Maßnahmen zur Suizidprophylaxe

psychodiagnostische Abklärung bei Bedarf	systematische Psychodiagnostik mittels standardisierter klinischer Interviewverfahren (Basisdokumentationssystem; Testdiagnostik psychischer Gesundheit, Leistungs-, Eignungsdiagnostik etc.)
lösungsorientierte psychologische Beratung	bei speziellen Studien- und Arbeitsproblemen (Prokrastination , Leistungsblockaden, Arbeitshemmung, Prüfungsängstlichkeit, Zeitmanagement, Selbstüberforderung), aktuellen psychischen Belastungen, anhaltendem Stress oder Überforderungen (unterhalb der Schwelle einer psychischen Störung) und sozialen Konflikten, bei Schwierigkeiten der langfristigen Lebens-, Berufs- und Karriereplanung (Lebenszielanalyse und -planung)
thematische Gruppen	Entspannungsverfahren und Anti-Stress-Training: Progressive Muskelentspannung (PMR), Autogenes Training (AT), Intensiventspannung (Öst); Mindfulness Based, Stress Reduction (MBSR), Achtsamkeitsorientiertes Stresstraining (AST)
universitäre Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit	Informationsveranstaltungen zur Aufklärung und Prävention psychischer Probleme/Störungen, Stressbelastungen und gesundheitlicher Risiken sowie zu Gesundheitsförderung und Ressourcenmobilisierung: Sport und Bewegung, Umgang mit Suchtproblemen (Internet-, Handysucht, Alkohol, Drogen) etc.

Im Rahmen der thematischen Gruppen wurde das für den dritten Einzelbeitrag relevante Achtsamkeitsorientierte Stressbewältigungstraining (AST) durchgeführt. Als Element im Leistungskatalog der Beratungsstelle handelt es sich folglich um ein Programm, das von der Allgemeinbevölkerung (Studierende, Mitarbeiter, Menschen aus der Region) genutzt werden kann. Damit stellt dieser Beitrag (**Paper III**) eine Untersuchung zur Verbesserung der Versorgung von Menschen dar, die keine behandlungsbedürftige Diagnose aufweisen, jedoch subklinisch belastet sind. Es soll Fähigkeiten im Umgang mit Stress verbessern und allgemein die psychische Gesundheit fördern. Ein wirksames Stressverarbeitungstraining ließe sich gut im Hinblick auf Wartezeitüberbrückung einsetzen und ermöglicht damit auf niedrigschwelligem Anwendungsniveau den Einsatz eines ökonomisch durchführbaren Verfahrens zur Verbesserung der Lebenslage von subklinisch betroffenen Personen. Achtsamkeit versteht sich als kontinuierliche Bewusstseinshaltung, die gleichzeitig als Lebenseinstellung anzusehen ist (Grossmann, 2009). Achtsam sein heißt konkret, Eindrücke, Gefühle und vor allem Gedanken völlig wertungsfrei wahrzunehmen (Kabat-Zinn, 2010). Diese grundlegend akzeptierende Grundhaltung ermöglicht, sich von negativen Gedanken zu distanzieren und in Folge Stressempfindungen zu verringern

(Meibert et al., 2009, Bohus & Huppertz, 2006). Das Konstrukt stammt aus dem Buddhismus und stellt eine angeborene Fähigkeit dar, die es uns ermöglicht, Ereignisse, Dinge und Menschen wahrzunehmen, ohne sie verändern zu wollen (Bohus & Huppertz, 2006). In der westlichen Kultur findet das Prinzip zunehmend auch Anwendung in der Psychotherapie, wobei davon ausgegangen wird, dass es trainierbar ist. Innerhalb von klinischen Studien erwiesen sich Therapieverfahren mit Achtsamkeitsbasierung in der Reduktion von Stresssymptomen, Depressivität und Angstzuständen als nützlich (Khoury et al., 2013; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010).

3 Überblick zur Methodik

Die vorliegende Dissertationsschrift beinhaltet drei Einzelbeiträge, die sich aus zwei empirischen Studien und einer systematischen Literaturanalyse zusammensetzt. **Paper I** beinhaltet einen Überblick über sämtliche Studien, die mittels Conjoint-Analysen Patientenpräferenzen im Rahmen der Versorgung von Betroffenen psychischer Störungen untersuchen. Die zugrunde liegende Suchstrategie folgte den Vorgaben der Cochrane Collaboration, die Kriterien zur Erstellung eines passenden Suchschemas benennt und unterschiedliche Suchquellen empfiehlt (Datenbanken, Handsuche bezüglich fachspezifischen Journals, Homepage- und Referenzsuche, Autorenkontaktierung, Registersuche). Die Beschreibung der Studien (*N*=18) erfolgte mittels Systematisierungsvariablen, ebenfalls in Übereinstimmung mit den formalen, methodischen und inhaltlichen Vorgaben der Cochrane Collaboration. Die Studien wurden systematisiert und mittels deskriptiver Statistik ausgewertet und entsprechend dargestellt. Die besondere methodische Umsetzung zur Ermittlung von Patientenpräferenzen in Form der Conjoint-Analyse soll ergänzend im Folgenden in ihren statistischen Grundzügen vorgestellt werden.

Die Bestimmung des Gesamtnutzens von Alternativen basiert auf der *Random Utility Theory* (McFadden, 1974). Um Auswahlentscheidungen zu treffen, wird eine Nutzenfunktion definiert.

$$U_{in} = V(X_{jn}, \beta) + \varepsilon_{in}$$

Der Gesamtnutzen U_{in} einer Alternative i des n-ten Probanden setzt sich aus dem eingeschätzten Nutzen V des Probanden und einer zufälligen Komponente ε_{in} zusammen. Der Nutzen bezieht sich dabei auf die Bewertung aller Attributsausprägungen X_{jn}, die mithilfe der Teilnutzenwerte β für jede Ausprägung n des Attributs j verknüpft werden. Damit setzt sich der Gesamtnutzenwert einer Alternative aus den Teilnutzenwerten der Ausprägungen pro Attribut und einer Zufallskomponente (unbekannte Faktoren des Nutzens) zusammen. Beispielsweise könnte der Nutzen einer neuen Behandlung im Vergleich zu Bestehenden bestimmt werden. Die Behandlung lässt sich anhand von Attributen („Ausmaß reduzierter Primärsymptome“, „Ausmaß verbesserter Lebensqualität“, „Stabilität der Effekte“, „Kosten durch Zuzahlung“) und Ausprägungen hinsichtlich der Attribute („Reduktion

der Primärsymptomatik um 50%“, „verbesserte Lebensqualität“, „stabile Effekte bis sechs Monate nach Therapieende“, „500 € Zuzahlung“) näher beschreiben. Anhand einer Bewertung der Attributsausprägungen hinsichtlich der Bedeutsamkeit für Patienten werden je Ausprägung Teilnutzenwerte berechnet. Je größer der Teilnutzenwert, umso bedeutsamer ist die jeweilige Ausprägung für Patienten. Die Teilnutzenwerte der Attributsausprägungen „signifikant verbesserte Lebensqualität“ und „stabile Effekte bis sechs Monate nach Therapieende“ fallen dabei hoch, die „Reduktion der Primärsymptomatik um 50%“ mittel und „500 € Zuzahlung“ gering aus. Bei Verrechnung der Teilnutzenwerte je Attribut ergibt sich ein großer Gesamtnutzen für die Behandlung. Mögliche unbekannte Faktoren (Zufallskomponente) könnten nicht gewählte, aber für Patienten dennoch bedeutsame Attribute („Einbezug von Angehörigen in die Therapie“) oder Personenvariablen („Präferenz für Einzel- oder Gruppenformat“) darstellen, die den Nutzen über die erhobenen Attribute hinaus mitbestimmen. Bei der Beurteilung des Gesamtnutzens muss abgewogen werden, inwieweit diese zufälligen Einflüsse das Nutzen-Verhalten beeinflussen und die berechneten Nutzenwerte das tatsächliche Nutzen-Verhalten nicht repräsentativ abbilden. Können mögliche Einflüsse ausgeschlossen werden (z.B. finden zu Beginn der Therapie Angehörigengespräche statt und in der Therapie werden Einzel- und Gruppensitzungen kombiniert), lässt sich ableiten, dass der Gesamtnutzen mithilfe der gewählten Therapieattribute gut abgebildet und die Behandlung insgesamt als nützlich bewertet werden kann. Die Diskussion von Zufallskomponenten sollte sensibel geführt werden, da in aller Regel mögliche Einflussfaktoren (entgegen dem gewählten Beispiel) nicht bekannt sind und nur hypothetisch thematisiert werden können.

Paper II beinhaltete im ersten Schritt eine empirische Befragung von 333 bipolar Betroffenen zur Wichtigkeit unterschiedlicher Therapieziele in der Behandlung bipolarer Störungen. Dabei schätzten die Teilnehmer die Wichtigkeit der Ziele von 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig ein. Auf Basis dieser absoluten Einschätzungen wurden Top-Ten- und Flop-Ten-Ziele anhand deskriptiver Kennwerte erstellt. Im zweiten Schritt erfolgte eine faktorenanalytische Auswertung der Einschätzungen, um den beurteilten Therapiezielen zugrunde liegende Therapiezieldimensionen zu extrahieren. Zur Ergänzung dieser Hauptergebnisse wurden zusätzlich Subgruppen-Faktorenanalysen in Abhängigkeit von verschiedenen soziodemografischen Variablen durchgeführt. Informationen zur methodischen Umsetzung der Faktorenanalyse werden in Paper II

ausführlich berichtet und dargestellt (4.2), sodass an dieser Stelle davon abgesehen wird.

Paper III bezieht sich auf eine Wirksamkeitsstudie, die im Rahmen der Psychosozialen Beratungsstelle der TU Chemnitz durchgeführt wurde. Zwei Studiengruppen wurden miteinander verglichen, wobei eine Gruppe ein Treatment (*N*=14; Achtsamkeitsorientiertes Stresstraining) und die Vergleichsgruppe kein Treatment (*N*=14; Treatment as usual) erhielten. Die Analyse erfolgte mittels Signifikanztests (Varianzanalyse mit post-Hoc-Tests, t-Tests mit Alphafehlerdekumulierung, Effektgrößenberechnung). Die mit der Wirksamkeit des Achtsamkeitsorientierten Stresstrainings entsprechenden korrespondieren statistischen Kennwerte werden in Paper III ausführlich erklärt und dargestellt, sodass an dieser Stelle davon abgesehen wird (4.3).

4 Fragestellungen der Dissertation

4.1 Fragestellung 1: Wie gut lassen sich Conjoint-Analysen zur patientenorientierten Forschung im Rahmen der Versorgung von psychischen Störungen einsetzen?

Paper I: Nutzung von Conjoint-Analysen zur Messung von Therapiezielpräferenzen aus Patientenperspektive in der Behandlung psychischer Störungen: Eine systematische Literaturübersicht

Frederik Haarig & Stephan Mühlig

Institut für Psychologie, Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Chemnitz

Chemnitz, Deutschland

Zitation zur Veröffentlichung:

Haarig, F. & Mühlig, S. (2015). Nutzung von Conjoint-Analysen zur Messung von Therapiezielpräferenzen aus Patientenperspektive in der Behandlung psychischer Störungen - Eine systematische Literaturübersicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 44*(1), 1-16. doi: 10.1026/1616-3443/a000287

4.2 Fragestellung 2: Bipolar Betroffene als „Experten in eigener Sache“ – welche Therapieziele in der Behandlung bipolarer Störungen sind aus Betroffenensicht besonders wichtig?

Paper II: Titel: Was ist Betroffenen wichtig? Bestimmung patientennaher Therapiezieldimensionen in der Behandlung von bipolaren Störungen

Frederik Haarig[1], Christina Berndt[1], Michael Kühnert,[1] Stefanie Fuchs[1], Peter Bräunig[2] & Stephan Mühlig[1]

[1]Institut für Psychologie, Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Chemnitz Chemnitz, Deutschland

[2]Vivantes Klinikum Spandau, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Berlin

Zitation zur Veröffentlichung:

Haarig, F., Berndt, C., Kühnert, M., Fuchs, S., Bräunig P. & Mühlig, S. (2016). Was ist Betroffenen wichtig? Bestimmung patientennaher Therapiezieldimensionen in der Behandlung von bipolaren Störungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 64*(2), 111-120. doi: http://dx.doi.org/10.1024/1661-4747/a000269

4.3 Fragestellung 3: Kann mithilfe eines komprimierten achtsamkeitsorientierten Verfahrens ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung der Allgemeinbevölkerung sowie zur Überbrückung langer Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie geleistet werden?

Paper III: Achtsamkeit zur Stressbewältigung – Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Pilotstudie zu einem Achtsamkeitsorientierten Stressbewältigungstraining (AST)

Frederik Haarig, Denise Winkler, Marian Graubner, Linda Sipos & Stephan Mühlig

Institut für Psychologie, Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Chemnitz
Chemnitz, Deutschland

Zitation zur Veröffentlichung:

Haarig, F., Winkler, D., Graubner, M., Sipos, L. & Mühlig, S. (2016). Achtsamkeit zur Stressbewältigung – Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Pilotstudie zu einem Achtsamkeitsorientierten Stressbewältigungstraining (AST). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 64*(3), 187–197. doi: 10.1024/1661-4747/a000278.

5 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

5.1 Kernergebnisse und Implikationen

Die im Rahmen der Dissertationsschrift untersuchten Fragestellungen bezogen sich auf das Thema Patientenorientierung in der Versorgung psychischer Störungen. Übergeordnetes Ziel war es, einen Beitrag zu leisten, um einerseits die Nützlichkeit einer speziellen Methodik zur patientenorientierten Forschung herauszustellen und andererseits aktuelle Versorgungsangebote besser auf Betroffene und Patienten abzustimmen.

Einzelbeitrag I liefert eine Zusammenfassung der bisherig erfolgten Anwendung von Conjoint-Analysen zur Messung von Patientenpräferenzen in der Versorgung psychischer Störungen und arbeitet heraus, dass zwischen einer statistisch korrekten Umsetzung der conjoint-analytischen Voraussetzungen und größtmöglicher Repräsentativität der zu Grunde liegenden Wahlszenarien abzuwägen ist. Der Nutzen besteht dabei vor allem hinsichtlich der validen Messung von Patientenpräferenzen sowie in der Implementierung dieser Präferenzen in Form von Gewichtungsfaktoren in die Verfahren zur Erstellung von Therapieleitlinien (Mesoebene). Damit würde dem von Haynes et al. (2002) geforderten Trialog zur Schaffung größtmöglicher Expertise entsprochen. Allerdings muss bei der Erstellung von Choice Sets ein Kompromiss zwischen interner und externer Validität eingegangen werden. Intern hoch valide Conjoint-Analysen könnten wenig repräsentativ sein (bspw. weil die eingeschlossenen Therapieziele wenig realistisch sind und nicht direkt umgesetzt werden können), sodass Aussagen eingeschränkt generalisierbar wären. Es ist daher abzuwägen, welches Choice Set beide Bedingungen bestmöglich erfüllt. Im Zweifelsfall gilt es in Vorstudien zu überprüfen, welches Choice Set bei größtmöglicher Repräsentativität die nötigen statistischen Voraussetzungen zur Durchführung der Conjoint-Analyse erfüllt. An dieser Stelle gilt es zu überlegen, wie genau Experten- und Patientensichtweise vereinbart werden könnten. Patientenorientierung heißt nicht, jeglichen Wünschen von Patienten zu entsprechen, sodass von Patienten nicht präferierte Therapieziele (bspw. wenn Patienten mit Angststörungen Expositionstherapien als nicht wichtig anerkennen würden) nicht direkt ausgeschlossen werden sollten. Eine empirische Untersuchung der Patientenperspektive stärkt die Patientenposition, indem sie quantifiziert und damit der subjektiven Perspektive ein numerischer Wert zugeordnet wird. Durch eine statistische Gewichtung der Patientenpräferenzen lassen sich diese besser thematisieren und

diskutieren sowie konsensual bestimmen, welche Therapieziele (Kombination von expertenbasierten und patientennahen Endpunkten; bspw. Symptomreduktion und Lebensqualität) eine von Experten und Patienten getragene Behandlung ermöglichen kann. Dies setzt bei der Durchführung von Conjoint-Analysen voraus, dass ausgewählte Therapieziele auch realistisch umsetzbar sind. Ließe man Patienten frei entscheiden, würden sich zwar genaue Patientenpräferenzen bestimmen lassen, allerdings könnten diese mit der klinischen Realität nur wenig zu tun haben (bspw. kein Medikamenteneinsatz bei schweren chronischen psychischen Störungen). Bei der Auswahl relevanter Ziele ist daher notwendig, die praktische Umsetzbarkeit dieser zu überprüfen. Beispielsweise könnten im Rahmen von Fokusgruppen Vorerhebungen unternommen werden, wobei relevante Therapieziele sowohl von Patienten als auch Experten zusammengestellt würden. Nichtsdestotrotz sollte der Patient natürlich auch hinsichtlich bislang unberücksichtigter Therapieziele befragt werden. Das bedeutet, dass conjoint-analytische Erkenntnisse nur dann praxisrelevant sind, wenn die Erstellung der relevanten Sets extern valide erfolgt. Ohne die Prüfung der Therapieziele im Hinblick auf ihre praktische Umsetzbarkeit könnten Conjoint-Analysen zum Ergebnis kommen, dass Patienten Ziele präferieren, die allerdings nie tatsächlich von ihren Behandlern umgesetzt werden können, bzw. angestrebt werden würden. Ein konsensualer (Forschungs-)Diskurs zwischen Patienten und Experten ließe sich beispielsweise durch gemeinsame dialogische Fokusgruppen realisieren. Folglich könnten Entscheidungsprozesse unter anderem bei der Bestimmung der Forschungsfragestellung oder des Untersuchungsdesigns optimiert werden. Durch die Kombination beider Sichtweisen würde sich eine differenziertere Grundlage für (Versorgungs-)Forschung ergeben, wodurch der Erkenntnisgewinn steigt.

Einzelbeitrag II konnte feststellen, dass die von bipolar Betroffenen als besonders wichtig eingeschätzten Therapiezieldimensionen von den von Experten definierten Therapiezielen abweichen. Dies lässt im Hinblick auf die Zielstellungen zur Therapie durchaus Unterschiede zwischen beiden Perspektiven (Betroffene: Störungsbewältigung, Therapiepartizipation, Lebensqualität vs. Experten: Morbidität) erkennen. Eine stärkere Fokussierung auf das Shared Decision Making scheint sinnvoll und nützlich, da dadurch die jeweiligen Sichtweisen besser aufeinander abgestimmt werden können (realistische Zielerwartungen der Betroffenen, Vermeidung von Zielkonflikten). Eine weitere Erkenntnis besteht in der Abhängigkeit der Wichtigkeitseinschätzungen von verschiedenen soziodemografischen Merkmalen.

Daraus folgt, dass es für Behandler nötig ist, sich an der Individualität des Patienten zu orientieren. Hierbei ist vor allem interessant, dass es beispielsweise einen Unterschied macht, ob Patienten männlich oder weiblich, bzw. 25 oder 55 Jahre alt sind. Im Sinne der Patientenorientierung auf Mikroebene wäre hierbei bedeutsam, dass sich Behandler tatsächlich auch in praxi mit Wünschen und Interessen von Patienten beschäftigen, damit diese überhaupt zum Beginn der Therapie motiviert werden können. Ohne diese patientenorientierte Sichtweise ist es eventuell kaum möglich, Patienten wirklich dort „abzuholen, wo sie sich befinden", was häufig mit Complianceproblemen im folgenden Therapieverlauf einhergeht.

Einzelbeitrag III konnte im Rahmen einer Pilotstudie belegen, dass ein Achtsamkeitsorientiertes Stressbewältigungstraining positive Effekte im Hinblick auf eine angemessenere Stressverarbeitung, Depressivität und Lebensqualität aufweist. Das Besondere daran ist, dass die Durchführung des Trainings ökonomisch ist und das Programm als niedrigschwelliges Angebot einer Beratungsstelle beispielsweise zur Wartezeitüberbrückung eingesetzt werden könnte. Letzteres stellt den Bezug zum Thema Patientenorientierung her, da Patienten lange Wartezeiten als Barriere in der Gesundheitsversorgung ansehen (Kivelitz et al., 2015) und Wartezeiten mit negativen Konsequenzen (u.a. Symptomverschlimmerung, psychosoziale Beeinträchtigung, verringerte Therapieinanspruchnahme, Zunahme von Arbeitsunfähigkeitstagen, höheren Kosten in der Gesundheitsversorgung, Helbig et al., 2004; Helbig-Lang, 2009; Jacobi & Wittchen, 2004) einhergehen können. Bisher existieren keine Studien zum Thema „Achtsamkeit und Patientenorientierung" im Bereich der Versorgung psychischer Störungen, allerdings deuten Befunde aus der orthopädischen (Bethge, 2009) und onkologischen Rehabilitation (Carlson et al., 2014) darauf hin, dass Patientenpräferenzen in der Erhöhung der Stresskompetenz bestehen und Entspannungsverfahren (bspw. achtsamkeitsorientierte Maßnahmen) bevorzugt werden (Faller et al., 2008). Das Training ist angelehnt an bestehende achtsamkeitsbasierte Verfahren, weist allerdings trotz Reduktion der Inhalte ähnliche Effekte auf. Zukünftig können Versorgungs- und Leistungsangebote von Beratungsstellen im Bereich thematischer Gruppen um das AST erweitert werden.

5.2 Hauptlimitationen

Grundlage für die Literaturreche von **Beitrag I** waren englische Suchbegriffe. Damit ist einzuschränken, dass nur Veröffentlichungen gefunden werden konnten, die auf Englisch verfasst wurden. Da es sich bei den **Beiträgen II und III** um Befragungen und Erhebungen an Menschen handelte, gehen diese mit Selbstangaben einher, wodurch subjektive Verzerrungstendenzen (bspw. spezielle Antwortmuster, Placebo-Effekte, soziale Erwünschtheit) nicht ausgeschlossen sind. Gerade im Hinblick auf die Untersuchung in **Beitrag II** ist aufgrund der Online-Befragung von einer selektiven Stichprobe bipolar Betroffener auszugehen, deren externe Validität damit eingeschränkt ist. Die größte Limitation von **Beitrag III** besteht in der mit *N*=28 Teilnehmern kleinen Stichprobe. Weitere Studien sollten die erzielten Effekte an größeren Stichproben replizieren und im Rahmen von Subgruppenanalysen überprüfen, inwiefern eine Zielgruppenspezifizierung des Trainings (z.B. alters- und geschlechtsspezifische Anpassung der Inhalte) nötig ist

5.3 Ausblick

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die gewonnenen Erkenntnisse sowohl inhaltlicher als auch methodischer Art einen Mehrwert zum Verständnis patientenorientierter Perspektiven in der Gesundheitsversorgung liefern. Patientenorientierte Forschung kann je nach Beteiligungsgrad (Sweeney & Morgan, 2009) ganz unterschiedlich umgesetzt werden.

Patienten sollten im Rahmen empirischer Studien nicht ausschließlich als Informationsträger angesehen, sondern stärker am Forschungsprozess beteiligt werden: Mess- und Fragebögen könnten im Hinblick auf patientennahe Formulierungen vorab im Rahmen von Fokusgruppen von Patienten reflektiert werden. Weiterhin ist es ratsam, Patienten im Zusammenhang mit der Planung, der Untersuchung sowie hinsichtlich der Designgestaltung einzubeziehen. Gerade bei aufwändigeren Fragestellungen (u.a. Conjoint-Analysen) ließe sich so bereits vor der eigentlichen Erhebung der Grad der Komplexität des Forschungsdesigns minimieren. Diese stärkere Patientenbeteiligung bei der Gestaltung der Untersuchung beugt Verständnisschwierigkeiten vor und ermöglicht eine intern validere Umsetzung der jeweiligen Forschungsfragen. Die in der Promotionsarbeit (Einzelbeitrag I) dargestellten Erkenntnisse zur Conjoint-Analyse beziehen sich auf Patientenpräferenzen hinsichtlich von Zielen in der Pharmakotherapie sowie zu generellen Therapierahmenbedingungen. Psychotherapie wird bislang kaum

conjoint-analytisch untersucht. Gerade in diesem multifaktoriellen Bereich bestehen besondere Herausforderungen (Abhängigkeit der Therapieziele), wodurch die Durchführbarkeit und Anwendbarkeit der Conjoint-Analyse in weiteren Untersuchungen geprüft werden muss. Zudem werden Patienten kaum an der Verwertung der Ergebnisse beteiligt. In diesem letzten Schritt einer Untersuchung stellt die Veröffentlichung der Forschungsergebnisse den Schlusspunkt im Forschungsprozess dar. Patientenorientierte Forschung sollte den Anspruch haben, die an und zusammen mit Patienten gewonnenen Erkenntnisse letztendlich ebenso für die Patienten als „Experten in eigener Sache" aufzubereiten und zielgruppenspezifisch zu vermitteln. Damit ist nötig, die jeweiligen Veröffentlichungen nicht ausschließlich an das wissenschaftliche Fachpublikum, sondern ebenso an die Patienten und Betroffenen selbst zu richten. Im Rahmen meiner Dissertationsarbeit ist dies für mich persönlich die wichtigste Erkenntnis gewesen. Patientenorientierte Forschung liefert eine neue Perspektive, die es neben anderen Sichtweisen ergänzend zu fokussieren gilt. Validität von Forschungsdesigns und Qualität der Forschungsergebnisse steigen dabei mit dem Grad der Involviertheit von Betroffenen in den Forschungsprozess. Die Aussicht für bipolar Betroffene, dass wir von 2012 bis 2016 regelmäßig Forschungsideen, Zwischen- und Abschlussergebnisse auf der trialogischen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen berichteten sowie die Verwertung neben der Veröffentlichung in Fachzeitschriften ebenfalls patientennah erfolgte (u.a. patientennahe Homepagegestaltung zum BEPE-Projekt, Flyer- und Präsentationserstellung), weckte größeres Interesse und motivierte Netzwerke und Selbsthilfegruppen, unser Projekt zu unterstützen. Damit erzielten wir nicht nur patientenorientierte Forschungsergebnisse, sondern „lebten" Patientenorientierung auch direkt im Rahmen unseres Projektes. Gerade hier sehe ich einen Ansatz für zukünftige Forschungsanliegen: 1) eine stärkere Beteiligung von Patienten am Forschungsprozess sowie 2) eine stärkere Verzahnung von expertenbasierten und patientenorientierten Methoden.

Eine stärkere Beteiligung der Betroffenen am Forschungsprozess in Form von „Research - Shared Decision Making" (R-SDM) könnte nutzbringend sein, da Forschungsanliegen besser auf die speziellen Versorgungsbedürfnisse der Patienten zugeschnitten werden könnten. Zudem ließe sich so ein Konsens von Experten- und Betroffenensichtweise besser ermöglichen. Dies würde die Generalisierbarkeit von Ergebnissen erhöhen, da die klinische Realität von Patienten (bspw. Lebensqualität als patientennahes Therapieziel) und Behandlern (bspw. morbiditätsbezogene Therapieziele) gleichermaßen stärker in

Forschungsvorgängen abgebildet werden würde. Diese gleichberechtigte Beteiligung beider Sichtweisen ließe einen Austausch zwischen Patienten und Behandlern zu, wodurch eine Übereinstimmung in den Zielvorstellungen ermöglicht und Diskrepanzen verringert werden könnten. Mittels R-SDM Forschung könnten Untersuchungsdesigns angestrebt werden, die beide Sichtweisen zusammenführen (bspw. Kombination von Fokus- und Expertengruppen bei der Bestimmung einer relevanten Forschungsfrage). Sicher ist diese Vision (noch) nicht realistisch, allerdings zeigen gerade die im Förderschwerpunkt des BMBFs geförderten Projekte, dass eine tendenzielle Verzahnung und stärkere Patientenbeteiligung im Bereich chronischer Krankheiten möglich und nützlich ist. Darin sehe ich die größte Notwendigkeit, sich auch in Forschungsanliegen mit den speziellen Patientenwünschen und -vorstellungen zu beschäftigen und Patientenorientierung dementsprechend auch forschungsbezogen umzusetzen.

6 Referenzen

Literaturverzeichnis der Synopsis:

Alakärppä, A., & Alho, O. P. (2012). Patient-recorded outcomes and quality of life in evidence-based medicine databases on most common ear, throat and nose procedures: a systematic review. *Clinical Otolaryngology*, *37*(6), 436-445.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2000). *Multivariate Analysemethoden*. (9. Auflage). Berlin: Springer.

Bertelsmann, H., Lerzynski, G., & Kunz, R. (2007). Kritische Bewertung von Studien zu therapeutischen Interventionen. In: R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz, & N. Donner-Banzhoff (Hrsg.), *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (S. 133-148). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Bethge, M. (2009). Patient preferences and willingness to wait for a work-related orthopaedic rehabilitation: a discrete choice experiment]. *Gesundheitswesen (Bundesverband Der Ärzte Des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany), 71*(3), 152-160. doi:10.1055/s-0028-1124109.

Bohus, M., & Huppertz, M. (2006). Wirkmechanismen achtsamkeitsbasierter Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54*, 265-276.

BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (2011). http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf

Bridges, J., Kinter, E., Schmeding, A., Rudolph, I., & Mühlbacher, A. (2011). Can patients diagnosed with schizophrenia complete choice-based conjoint analysis tasks?. *The Patient*, *4*(4), 267-275.

Bronfenbrenner, U. (1986). *Recent Advances in Research on the Ecology of Human Development.* In: R.-K. Silbereisen, K. Eyferth, G. Rudinger: Development as Action in Context - Problem Behaviour and Normal Youth Development. Springer, Berlin 1986, S. 287–310.

Bronfenbrenner, U. & Crouter, A. (1983). *The evolution of environmental models in developmental research.* In: P.-H. Mussen: Handbook of Child Psychology, Volume I: History, Theory, and Methods. 4. Auflage, John Wiley & Sons, New York 1983, S. 357–414.

Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente.* Klett-Cotta, 1981, ISBN 3-12-930620-X.

Bühring, P. (2012). Psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung: Mehr niedrigschwellige Therapie nötig. *Dtsch Arztebl, 109*(4), A-130 / B-122 / C-122.

Bundesministerium für Justiz und Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Referentenentwurf Patientenrechtegesetz* [Online]. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/P/Patientenrechte/120524_Gesetzentwurf_BR_Patientenrechtegesetz_Zuleitungsexemplar_1707076.pdf [11.09.2012].

Bundeszentrale für politische Bildung. (1999). *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland.* Bonn: Clausen & Bosse.

Carlson, L. E., Tamagawa, R., Stephen, J., Doll, R., Faris, P., Dirkse, D., & Speca, M. (2014). Tailoring mind-body therapies to individual needs: patients' program preference and psychological traits as moderators of the effects of mindfulness-based cancer recovery and supportive-expressive therapy in distressed breast cancer survivors. *Journal Of The National Cancer Institute. Monographs*, 50, 308-314.

Coulter, A., & Magee, H. (2003). *The European patient of the future.* Berkshire: Open University Press.

Davidsen, F. (2008). Handbuch Patientenbeteiligung. *Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin Schriftenreihe, 33*.

Dierks, M., & Schwartz, F. (2003): Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In Schwartz, F., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., & Siegrist, J. (Hrsg.). *Das Public Health Buch* (S. 314-321). München: Urban & Fischer.

Dierks, M. L., Seidel, G., Schwartz, W., & Horch, K. (2006). Bürger-und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 32*. Robert-Koch-Institut.

Dwight-Johnson, M., Lagomasino, I. T., Hay, J., Zhang, L., Tang, L., Green, J. M., & Duan, N. (2010). Effectiveness of collaborative care in addressing depression treatment preferences among low-income Latinos. *Psychiatric Services, 61*(11), 1112-1118.

Ehlert, U., Linden, M., Rief, W., & Voderholzer, U. (2013). Brauchen wir mehr Spezialisierung in der Psychotherapie? Ein Interview mit Mathias Berger. Verhaltenstherapie, 23(2), 117-119.

Etgeton, S. (2009). Patientenbeteiligung in den Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 1*, 104-110.

Faller, H., Reusch, A., Ströbl, V., & Vogel, H. (2008). Patientenschulung als Element der Patientenorientierung in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation, 47*(2), 77-83.

Faller, H. & Lang, H. (2006). *Medizinische Psychologie und Soziologie* (2., vollständig neu bearbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.

Faller, H. (2012). Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55*, 1106-1112.

Flach, S. D., & Diener, A. (2004). Eliciting patients' preferences for cigarette and alcohol cessation: An application of conjoint analysis. *Addictive Behaviors*, *29*(4), 791-799.

Fuchs, S., Mühlig, S., Thüner, C., Winkler D., & Haarig, F. (2010). Outcome-Parameter in der Pharmakotherapie bipolarer Störungen – Wie wird die Effektivität der Pharmakotherapie in klinischen Studien bestimmt? *26. DGVT Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung, 05.-09.03.2010 in Berlin*.

GRADE Working Group (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal, 328*, 1-8.

Grossmann, P. (2009). Das Üben von Achtsamkeit: Eine einzigartige klinische Intervention für die Verhaltenswissenschaften. In: T. Heidenreich, & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch* (S. 69-102). Tübingen: dgvt-Verlag.

Haarig, F., Zeschke, M., & Mühlig, S. (2016). Beurteilung der Evidenzlage unter systematischer Einbeziehung gewichteter patientenrelevanter Endpunkte Abschlussergebnisse des BEPE-Projekts zur Patientenorientierung in der Evidenzbasierung. *Meeting-Abstract zur 17. Jahrestagung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin (EbM); 03.-05. März 2016* in Köln. doi: 10.3205/16ebm003.

Hall, J., Viney, R., Haas, M., & Louviere, J. (2004). Using stated preference discrete choice modeling to evaluate health care programs. *Journal of Business Research, 57*(9), 1026-1032.

Hamann, J., Loh, A., Kasper, J., Neuner, B., Spies, C., Kissling, W., Härter, M., & Heesen, C. (2005). Partizipative Entscheidungsfindung. Implikationen des Modells des „Shared Decision Making" für Psychiatrie und Neurologie. *Der Nervenarzt, 77*, 1071-1078.

Härter, M., Müller, H., Dirmaier, J., Donner-Banzhoff, N., Bieber, C., & Eich, W. (2011). Patient participation and shared decision making in Germany–history, agents and current transfer to practice. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 105*(4), 263-270.

Haynes, R. B., Devereaux, P. J., & Guyatt, G. H. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence based practice: Evidence does not make decisions, people do. *British Medical Journal*, *324*(7350), 1350-1351.

Helbig, S., Hähnel, A., Weigel, B., & Hoyer, J. (2004). Wartezeit für Psychotherapie- patienten – und wie sie zu nutzen ist. *Verhaltenstherapie, 14*(294), 294-302.

Helbig-Lang, S (2009). Veränderungsrelevante Prozesse jenseits psychotherapeutischer Sitzungen – Konzeption, Beschreibung und Ansätze für ein optimiertes therapeutisches Vorgehen. Dissertationsschrift zur Erlangung des akademischen Grades Doctor rerum naturalium, Technische Universität Dresden.

Higgins, J. P. T. & Green, S. (2011). *The Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.* Version 5.1.0. Cochrane Collaboration.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 169–183.

Jacobi, F., & Wittchen, H.-U. (2004). „Diagnoseträger" und Patienten: Zur Epidemiologie behandelter und unbehandelter psychischer Störungen in Deutschland. Psychotherapeutenforum, 3, 17–22.

Kabat-Zinn, J. (2010). *Im Alltag Ruhe finden: Meditationen für ein gelassenes Leben.*München: Droemer/Knaur.

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien P., Bouchard, V., & … , Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review 33*, 763–771.

Kivelitz, L., Watzke, B., Schulz, H., Härter, M., & Melchior, H. (2015). Versorgungsbarrieren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen – Eine qualitative Interviewstudie. *Psychiatrische Praxis, 42*(8), 424-429.

Klemperer, D. (2000). *Patientenorientierung im Gesundheitswesen*. Retrieved From: http//kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdatei/P/2000Patientenorientierung.pdf

Klesse, C., Berger, M., Bermejo, I., Bschor, T., Gensichen, J., Harfst, T., ... & Mundt, C. (2010). Evidenzbasierte Psychotherapie der Depression. *Psychotherapeut*, *55*(3), 247-263.

Kunz, R., Lelgemann, M., Guyatt, G., Antes, G. Falck-Ytter, Y., & Schünemann, H. (2007). Von der Evidenz zur Empfehlung. In: R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz, & N. Donner-Banzhoff (Hrsg.), *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (S. 231-247). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Lecher, S., Satzinger, W., Trojan, A., & Koch, U. (2002). Patientenorientierung durch Patientenbefragung als ein Qualitätsmerkmal der Krankheitsversorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 45,* 3-12.

Loh, A., Simon, D., Kriston, L. & Härter, M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen – Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Deutsches Ärzteblatt, 104*(21), 1483-1488.

Loss J., Thanner M., & Nagel E. (2010). Compliance bei chronischen Krankheiten - Zusammenhang zum Gesundheitssystem. *Public Health Forum*, *18*(66), 17-19.

Mark, T. L., & Swait, J. (2003). Using stated preference modeling to forecast the effect of medication attributes on prescriptions of alcoholism medications. *Value in Health*, *6*(4), 474-482.

McFadden, D. (1974). Conditional logit analysis of qualitative choice behaviour. In: P. Zarembka (Hrsg.): *Frontiers in Econometrics. Academic Press* (S. 105-142), New York.

Meibert, P., Michalak, J., & Heidenreich, T. (2009). Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion – Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn. In: T. Heidenreich, & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch* (S. 143-194). Tübingen: dgvt-Verlag.

Mühlbacher, A. C., Bethge, S., Ekert, S., Tockhorn, A., & Nübling, M. (2008). Der Wert von Innovationen im Gesundheitswesen: Spielen die Patientenpräferenzen eine Rolle?. *Recht und Politik im Gesundheitswesen, 14*(2), 53-62.

Mühlbacher, A. C., Bethge, S., & Tockhorn, A. (2009). Entscheidungen auf Basis von Effizienzgrenzen: Berücksichtigung von Patientenpräferenzen. *Public Health Forum, 17*(64), 25e1-25e3.

Mühlbacher, A. C., Lincke, H.-J. & Nübling, M. (2008). Evaluating patients‘ preferences for multiple myeloma therapy, a Discrete-Choice-Experiment. *GMS Psycho-Social-Medicine, 5*, 1-10.

Mühlbacher, A. C., & Nübling, M. (2010). Analysis of patients' preferences: Direct assessment and discrete-choice experiment in therapy of adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Patient*, *3*(4), 285-294.

Mühlig, S. (2016). *Tätigkeitsbericht der Psychosozialen Beratungsstelle der Technischen Universität Chemnitz*.

Mühlig, S. & Haarig, F. (2015). Entwicklung eines Verfahrens zur Beurteilung der Evidenzlage mittels systematischer Gewichtung patientenrelevanter Endpunkte – BEPE, Präsentation der Abschlussergebnisse. *Workshop „Versorgungsnahe Forschung - Chronische Krankheiten und Patientenorientierung", 05.-06.02.2015* in Berlin.

Mühlig, S. (2012). Patientenorientierung aus der Sicht des Forschers: Welches sind die Therapiepräferenzen von Betroffenen bipolarer Störungen und deren Angehörigen – Vorstellung einer BMBF-Studie. *Selbsthilfetag Bipolare Störungen, 03.02.2012 in Berlin*.

Kievelitz, L., Watzke, B., Härter, M., Schulz, H. & Melchior, H. (2015). Versorgungsbarrieren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen - Eine qualitative Interviewstudie. *Psychiatrische Praxis, 42*(8), 424-429.

Ollenschläger, G., Kopp, I., Lelgmann, M., Sänger, S., Klakow-Franck, R., Gibis, B, Gramsch, E. & Jonitz, G. (2007). Das Programm für für Nationale VersorgungsLeitlinien von BÄK, AWMF und KBV. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 50*, 369-376.

Ose, D. (2011). *Patientenorientierung im Krankenhaus. Welchen Beitrag kann ein Patienten-Informations-Zentrum leisten?*. Dissertation an der Universität Bielefeld. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.

Peikert, G., Hoyer, J., Mrazek, A., Rosendahl, W., Hannich, H.-J., & Jacobi, F. (2010). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. *Psychotherapeutenjournal, 1*, 44-50.

Sänger, S., Quadder, B., & Brunsmann, F. (2007). Welche Evidenz will der Patient?. In: R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz, & N. Donner-Banzhoff (Hrsg.), *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (S. 51-60). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Scheibler, F., Scheike, I. M., & Dintsios, C.-M. (2008). Patientenpartizipation bei Festlegung und Gewichtung von Behandlungszielen – Status quo und Entwicklungspotentiale. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 102*, 373-377.

Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness–a systematic review and concept analysis. *PloS one, 9*(9), 1-9.

Schmidt, U. (2003). Verordnung zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Patientenbeteiligungsverordnung - PatBeteiligungsV). *Bundesgesetzblatt, 65*(1), 2753-2754.

Stacey, D., Légaré, F., Col, N. F., Bennett, C. L., Barry, M. J., Eden, K.B., & ... , Wu, J. H. C. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews, 10*, 211.

Sweeney A. & Morgan L. (2009) Levels and Stages of Service User/Survivor Involvement in Research. In: J. Wallcraft, B. Schrank, & M. Amering (Hrsg.), *The Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research* (S. 25-36). Wiley: Blackwell.

Thole, H., Thalau, F. Ollenschläger, G., Kopp, I., & Lelgemann, M. (2007). Kritische Bewertung von Leitlinien. In: R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz, & N. Donner-Banzhoff (Hrsg.), *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (S. 177-189). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

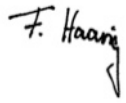
Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Fratiglioni, L. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*(9), 655-679.

Witte, C. (2013). Die Selbsthilfe – Partnerin und Initiatorin von Teilhabeforschung? *Vortrag, DCCV e.V.*

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.

Chemnitz, 14.06.2016



Frederik Haarig