

# Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung – Evaluation der deutschen Version des Patient Reactions Assessment Instruments (PRA-D)

## *Quality of the Physician-Patient Relationship – Evaluation of the German Version of the Patient Reactions Assessment (PRA-D)*

Katja Brenk-Franz<sup>1</sup>, Gabriela Hunold<sup>1</sup>, John P Galassi<sup>2</sup>, Fabian Tiesler<sup>1</sup>, Wolfram Herrmann<sup>1,3</sup>, Tobias Freund<sup>4</sup>, Claudia Steurer-Stey<sup>5</sup>, Sima Djalali<sup>5</sup>, Andreas Sönnichsen<sup>6</sup>, Nico Schneider<sup>1</sup>, Jochen Gensichen<sup>1</sup>

**Hintergrund:** Patient Reactions Assessment (PRA) ist ein im englischen Sprachraum etabliertes Befragungsinstrument zur differenzierten Erhebung der patientenseitig wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung. Ziel der Studie war es, den 15 Items umfassenden Fragebogen mit den Subskalen: Information, Affektivität und Kommunikation in den deutschen Sprachraum zu übertragen und an einer Stichprobe in der Primärversorgung zu evaluieren.

**Methoden:** Im Rahmen einer multizentrischen Querschnittsstudie wurden 506 hausärztlich versorgte Patienten in 19 Praxen an vier Studienzentren in Deutschland, Österreich und der Schweiz rekrutiert. Zur Auswertung wurden deskriptive Daten sowie Verteilungscharakteristiken der Items berechnet. Die interne Konsistenz wurde über Cronbach's  $\alpha$  für das gesamte Instrument und die Subskalen beschrieben und die Faktorenstruktur bestimmt.

**Ergebnisse:** In Anlehnung an das Originalinstrument ergaben sich auch beim PRA-D mittlere bis hohe interne Konsistenzwerte und es bestätigte sich eine Dreifaktorengrundstruktur.

**Schlussfolgerungen:** Mit dem PRA-D steht ein Instrument zur Verfügung, das die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung auf den Subskalen Information, Affektivität und Kommunikation erfassen kann.

*Schlüsselwörter:* Arzt-Patienten-Beziehung; PRA; Patient Reactions Assessment; Primärversorgung; deutsche Version

**Background:** Patient Reactions Assessment (PRA) is an established instrument in the English language to measure patient perceived quality of the physician-patient relationship. The aim of the study was to transfer the 15 item questionnaire with three subscales (information, communication and affectivity) to German and to evaluate it in a primary care setting.

**Methods:** In an international, multicenter cross-sectional study, 506 patients were recruited by family practitioners (FPs) in four study centers in Germany, Austria and Switzerland. Descriptive data and distribution characteristics of the items were calculated for evaluation. To assess the reliability of the internal consistency Cronbach's  $\alpha$  was used. Furthermore, the factor structure of the instrument was determined.

**Results:** Based on the original English instrument moderate to high internal consistency values and the 3-factor structure could be confirmed.

**Conclusions:** PRA-D is an economical and methodologically promising tool which can measure the quality of the physician-patient relationship on the subscales information, affectivity and communication.

*Keywords:* Physician-Patient-Relationship; PRA, Patient Reactions Assessment; Primary Care; German Version

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena

<sup>2</sup> School of Education, University of North Carolina at Chapel Hill

<sup>3</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

<sup>4</sup> Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

<sup>5</sup> Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich

<sup>6</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Universität Witten/Herdecke

Peer reviewed article eingereicht: 07.12.2015, akzeptiert: 05.01.2016

DOI 10.3238/zfa.2016.0103-0108

## Hintergrund

Die Arzt-Patienten-Beziehung hat einen Einfluss auf den Therapieverlauf [1], den langfristigen Gesundheitszustand und die Lebensqualität [2]. Zur Charakterisierung der Arzt-Patienten-Beziehung wird ein kognitiv orientierter Ansatz (cognitive care) im Gegensatz zu einem emotionalen Ansatz (emotional care) diskutiert [3]. Die wahrgenommene Qualität der Beziehung zwischen Arzt und Patient wird demnach bestimmt von der kommunikativen Fähigkeit, die Perspektive des Patienten aktiv zu hinterfragen, der Menge der vermittelten Informationen, aber auch von der affektiven Kompetenz, eine zufriedenstellende Atmosphäre herstellen zu können [4]. Im Hinblick auf eine Patientenorientierung ist es für einen Arzt wichtig, die Erwartungen seiner Patienten und die Beurteilung der gemeinsamen Beziehungsqualität kennenzulernen. Je besser ein Arzt die Bedürfnisse seines Patienten kennt, umso besser kann er diese berücksichtigen. Deshalb ist es erforderlich, die Erwartungen des Patienten kontinuierlich zu ermitteln, die Veränderungen zu erkennen und darauf entsprechend zu reagieren. Patientenorientierung heißt aber auch, durch einen kontinuierlichen Austauschprozess mit dem Patienten, Defizite aufzudecken und zu eliminieren. Ein Erhebungsinstrument kann dabei mit Sicherheit lediglich relevante Bereiche für die Bestimmung der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung aufzeigen, die Einfluss nehmen können, aber es zeigt uns eine Grundstruktur auf, um sich einzelnen Teilaspekten der Beurteilung der gemeinsamen Beziehungsqualität zu nähern. Mit dem Patient Reactions Assessment (PRA) liegt ein im englischen Sprachraum etabliertes Instrument vor, bei dem mit Hilfe von 15 Items die Bereiche Information, Affektivität und Kommunikation aus Patientensicht operationalisiert werden. Ziel der vorliegenden Studie war es, den Fragebogen in den deutschen Sprachraum zu übertragen und in einer Stichprobe der Primärversorgung zu evaluieren.

## Methoden

### Übersetzung und Adaptation

Die sprachliche Übersetzung und Anpassung des Instrumentes erfolgte in Anleh-

Variable	Kategorien	Anzahl	Prozent
<b>Alter in Jahren</b> (M = 54,64; SD = 16,54)	18–29	42	8,3
	30–45	102	20,2
	46–65	215	42,5
	> 65	142	28,3
	fehlende Werte	5	1,0
<b>Geschlecht</b>	weiblich	257	50,8
	männlich	248	49,0
	fehlende Werte	1	0,2
<b>Schulabschluss</b>	ohne Abschluss	17	3,4
	Hauptschulabschluss	117	23,1
	Realschulabschluss	156	30,8
	Fachhochschulreife	52	10,3
	Abitur	98	19,4
	anderer Abschluss	53	10,5
	fehlende Werte	13	2,6
<b>Familienstand</b>	verheiratet	294	58,1
	ledig	102	20,2
	geschieden	67	13,2
	vom Partner getrennt lebend	9	1,8
	verwitwet	31	6,1
	Lebenspartnerschaft	2	0,4
	fehlende Werte	1	0,2
<b>Partnerschaft</b>	Ja	326	64,4
	Nein	148	29,2
	fehlende Werte	32	6,3
<b>Anzahl der Jahre Hausarzt des Patienten</b> (M = 13,28; SD = 10,57)	< 1 Jahr	46	9,1
	1–5 Jahre	122	24,1
	5–10 Jahre	71	14,0
	10–20 Jahre	146	28,9
	> 20 Jahre	94	18,6
	fehlende Werte	27	5,3
<b>Studienzentrum</b>	Jena	134	26,5
	Heidelberg	113	22,3
	Salzburg	132	26,1
	Zürich	127	25,1

**Tabelle 1** Soziodemografische Charakteristika der Stichprobe (N = 506)

nung an die strukturierten Kriterien der WHO [5]. Der PRA wurde durch einen Mediziner aus dem Englischen übertragen und durch einen hausärztlichen und psychologischen Wissenschaftler modifiziert. Die Rückübersetzung erfolgte durch einen unabhängigen *native speaker*. Abschließend erfolgten *cross check* und Testung auf Verständlichkeit. Minimale Änderungen führten schließlich zur finalen Version PRA-Deutschland (PRA-D).

### Studiendesign und Rekrutierung

Die Evaluation des PRA-D erfolgte im Rahmen einer multizentrischen Querschnittsstudie in vier deutschsprachigen Studienzentren in Deutschland Österreich und der Schweiz. Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der „Declaration of Helsinki“ und den Regeln zur „Good Clinical Practice“ durchgeführt. Der Studienbeginn erfolgte erst nach Vorliegen eines Votums der zuständigen Ethikkommission (UKJ/Nr: 3219–0811).

Die teilnehmenden allgemeinmedizinischen Arztpraxen wurden im Umkreis der Studienzentren in Jena, Heidelberg, Salzburg und Zürich über die universitären Einrichtungen rekrutiert. Die Datenerhebung erfolgte zwischen September 2011 und April 2012 an zwei Stichtagen. Ein Mindestalter von 18 Jahren, ein Praxiskontakt und eine unterschriebene Teilnahmeerklärung waren Einschlusskriterien. Ausgeschlossen wurden Patienten mit hausärztlich festgestellter mittelgradiger bis schwerer Demenz, Blindheit und Taubheit sowie Patienten mit unüberwindbaren Sprachbarrieren, Notfall- und Vertretungspatienten oder Patienten mit einer Unfähigkeit zum *informed consent*.

## Instrumente

### PRA

Patient Reactions Assessment ist ein Selbstbeschreibungsinstrument zur Er-

	Items	M	SD	Missings (%)	Schiefe	Kurtosis	Boden Effekt in %	Decken Effekt in %
PRA01	Ich kenne die möglichen Nebenwirkungen der Behandlung.	5,39	1,33	2 (0,4 %)	-0,81	0,43	1,2	2,9
PRA02	Wenn mir mein Arzt etwas sagt, das sich von dem unterscheidet, was mir vorher gesagt wurde, fällt es mir schwer, genau nachzufragen, um die Situation zu klären.	4,78	2,05	2 (0,4 %)	-0,48	-1,12	8,7	29,5
PRA03	Mein Arzt ist mir gegenüber einfühlsam und fürsorglich.	6,2	1,11	2 (0,4 %)	-1,82	3,98	0,6	52,4
PRA04	Wenn mein Arzt etwas sagt, was ich nicht verstehe, dann fällt es mir schwer, nach mehr Informationen zu fragen.	5,33	2,01	2 (0,4 %)	-0,88	-0,69	5,1	45,9
PRA05	Mein Arzt teilt mir mit, was er sich durch die Behandlung für mich erhofft.	6,2	1,16	2 (0,4 %)	-1,9	4,16	0,8	53,5
PRA06	Mein Arzt sorgt dafür, dass ich mich auch wohl fühle, wenn es im Gespräch um persönliche und sensible Dinge geht.	6,19	1,11	2 (0,4 %)	-1,74	3,43	0,6	52
PRA07	Es fällt mir schwer, meinem Arzt neue Symptome zu berichten.	5,4	2,09	2 (0,4 %)	-0,99	-0,55	7,5	50,2
PTA08	Es fällt mir schwer, nach dem Fortschritt meiner Behandlung zu fragen.	5,46	2,1	2 (0,4 %)	-1,01	-0,33	9,1	52,2
PRA09	Mein Arzt respektiert mich wirklich.	6,39	1	2 (0,4 %)	-2,27	6,52	0,6	62
PRA10	Ich verstehe meinen medizinischen Behandlungsplan sehr gut.	6,06	1,15	2 (0,4 %)	-1,53	2,81	0,6	45,5
PRA11	Nach dem Gespräch mit dem Arzt habe ich eine gute Vorstellung von den Entwicklungen meiner Gesundheit in den nächsten Wochen und Monaten.	5,96	1,2	2 (0,4 %)	-1,36	1,79	0,4	41,1
PRA12	Wenn ich mit meinem Arzt spreche, fühle ich mich manchmal gekränkt.	6,36	1,39	2 (0,4 %)	-2,59	6,17	2,8	73,2
PRA13	Mir fällt es schwer, meinem Arzt Fragen zu stellen.	5,89	1,89	2 (0,4 %)	-1,63	1,18	6,3	63,2
PRA14	Der Ablauf der Behandlung wurde mir genau erklärt.	6,17	1,25	2 (0,4 %)	-2,1	4,79	1,6	53,3
PRA15	Mein Arzt scheint nicht an mir als Person interessiert zu sein.	5,97	1,78	2 (0,4 %)	-1,78	1,9	5,7	62,4

**Tabelle 2** Itemmerkmale des PRA-D

fassung der vom Patienten wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung [6]. Mit Hilfe von 15 Items werden die Subskalen Information, Kommunikation und Affektivität auf einer siebenstufigen Likertskala (1 = „Ich stimme überhaupt nicht zu“, 7 = „Ich stimme vollkommen zu“) operationalisiert. Die Summenwerte des Gesamtinstrumentes können dabei im Wertebereich von 15 bis 105 und für die Subskalen von 5 bis 35 liegen, wobei höhere Werte eine besser bewertete Arzt-Patienten-Beziehung anzeigen. Sieben Items sind negativ formuliert und erfordern ein inverses Zählen (Item 2, 4, 7, 8, 12, 13, 15). Die Subskala Information erfasst die subjektive Wahrnehmung des Patienten, den Arzt als Übermittler von Informationen zu betrachten, der Erklärungen zur Erkrankung und Behand-

lung gibt. Die Subskala Kommunikation erfasst die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Kommunikationsprozess. Und mithilfe der Subskala Affektivität wird vom Patienten eingeschätzt, inwieweit der Arzt Unterstützung, Verständnis und Empathie vermittelt. Die interne Konsistenz für den Gesamtsummenscore liegt bei einem Cronbach's  $\alpha$  von 0,91, für die Subskalen: Information  $\alpha = 0,87$ , Kommunikation  $\alpha = 0,91$  und Affektivität  $\alpha = 0,90$ .

#### Soziodemografische Variablen und Gesundheitszustand

Die soziodemografischen Daten wurden auf der Basis der Empfehlungen zur „Messung und Quantifizierung soziografischer Merkmale“ der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie [7] erhoben.

Der Gesundheitszustand in Form einer Selbsteinschätzung wurde in Anlehnung an die Visuelle Analogskala (EQ-5D [8]) allerdings auf einer Skala von 0–10 erstellt und mittels eines Items erfasst.

#### Statistik

Die primäre Datenbeschreibung erfolgte zunächst deskriptiv, wobei Bezug genommen wird zu den vorhandenen Werten des Originalinstrumentes. Die Bewertung der Reliabilität erfolgte über die Berechnung Cronbach's  $\alpha$  als Maß für die interne Konsistenz. Die Überprüfung der dreidimensionalen Struktur der korrelierten Merkmale erfolgte mittels exploratorischer Faktorenanalyse, der Hauptkomponentenanalyse mit obliquer Rotation (Promax). Die Interpretation und Bestimmung der Faktorenanzahl orien-

	Gesamt	Information	Kommunikation	Affektivität
<b>PRA-D</b>				
M	87,76	29,77	26,87	31,12
SD	12,79	4,77	7,79	4,40
<b>PRA</b>				
M	88,16	29,24	28,43	30,49
SD	12,85	4,54	6,32	4,95

**Tabelle 3** Mittelwerte und Standardabweichungen der Summescores von PRA-D und PRA

tierte sich sowohl am Scree-Test [9] als auch am Kaiser-Guttman-Kriterium [10]. Die Exploratorische Faktorenanalyse liefert Hinweise zur Konstruktvalidität des Instrumentes. Für alle Analysen wurde ein a priori Niveau des Alphafehlers von 5 % festgelegt. Die Analysen wurden mittels IBM SPSS 20 für Windows (Chicago, IL, USA) durchgeführt.

## Ergebnisse

Insgesamt wurden 506 Patienten von 18 bis 89 Jahren aus 19 Hausarztpraxen in die Studie eingeschlossen (vgl. Tab. 1). Der Altersdurchschnitt lag bei 54,6 (SD = 16,54) Jahren. Der selbst berichtete Gesundheitszustand der Patienten mittels Visueller Analogskala lag bei 6,4 (SD = 2,1).

Mittelwerte, Standardabweichungen, Schiefe und Kurtosis der Einzelitems sind in Tabelle 2 aufgeführt. Die Mittelwerte der einzelnen Items variierten von 4,78 bis 6,39 bei einer Rating-skala von 1 bis 7, wobei 1 für sehr starke Ablehnung und 7 sehr starke Zustimmung codiert ist. Die Mittelwerte der Summescores für den PRA-D und das Originalinstrument zeigt Tabelle 3.

### Reliabilität und erste Hinweise auf Validität des PRA-D

Cronbach's  $\alpha$  lag bei einem Wert von 0,83 für den Gesamtfragebogen, 0,84 für die Subskala Information und 0,83 für die Subskala Kommunikation. Lediglich die Subskala Affektivität erreichte den Wert von 0,70. Die Werte für Cronbach's  $\alpha$  in der Originalstichprobe lagen bei 0,87 bis 0,91 [6]. Um die angenommene dreifaktorielle Struktur des PRA-D zu überprüfen und erste Hinweise zur Konstruktvalidität zu identifizieren, wurde

in Anlehnung an Galassi eine explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) mit obliquer Rotation (Promax) verwandt, da korrelierte Faktoren angenommen und bestätigt wurden. Idealerweise sollten die Variablen innerhalb eines Faktors hoch korrelieren, während die Faktoren untereinander jedoch eine niedrigere Korrelation annehmen können. Sowohl der Screeplot als auch das Kaiser-Guttman-Kriterium legten eine eindeutige dreifaktorielle Lösung nahe, wobei die drei Faktoren einen Anteil von 61,18 % der Gesamtvarianz erklärten.

Die Ergebnisse der Rotation (Tab. 4) zeigen, dass die Einzelitems der Subskala Information alle sehr gute Ladungen über 0,7 aufweisen. Die Einzelitems der Subskala Kommunikation zeigen bis auf ein Item sogar sehr hohe Ladungen über 0,75. Bei den Items der Subskala Affektivität waren zwei geringe Ladungen vorhanden.

### Einfluss soziodemografischer Variablen und des Gesundheitszustandes

Mittels multivariaten regressionsanalytischen Berechnungen wurden die Einflüsse von soziodemografischen Variablen und dem Gesundheitszustand auf die Arzt-Patienten-Beziehung betrachtet. Es fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Alter, dem Geschlecht, dem Familienstand, dem Schulabschluss und dem Partnerschaftsstatus in Bezug auf die wahrgenommene Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung. Signifikante Zusammenhänge zeigten sich zwischen dem Gesundheitszustand und der Arzt-Patienten-Beziehung, wonach mit besserem Gesundheitszustand auch die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung positiver eingeschätzt wird

		1	2	3
Information	PRA 1	0,718		
	PRA 5	0,800		
	PRA 10	0,880		
	PRA11	0,824		
	PRA 14	0,769		
Kommunikation	PRA02		0,751	
	PRA04		0,796	
	PRA07		0,783	
	PRA08		0,796	
	PRA13		0,390	
Affektivität	PRA03			0,374
	PRA06			0,219
	PRA09			0,198
	PRA12			0,770
	PRA15			0,752

Rotationmatrix: oblique Promax mit Kaiser-Normalisierung; Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

**Tabelle 4** Ladungen der Einzelitems auf den Faktoren

( $F(1,506) = 17,00$ ;  $p < 0,001$ ). Bezüglich der Studienzentren zeigte sich darüber hinaus ein signifikanter Gruppenunterschied ( $F(3,506) = 3,40$ ;  $p < 0,05$ ).

## Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde erstmals die deutsche Version des Patient Relation Assessment (PRA-D) eingesetzt und an einer hausärztlichen Stichprobe im deutschen Sprachraum validiert. Im Vergleich zur EUROPEP-Studie aus dem Jahre 1998 waren mehr Patienten mit einem höheren Schulabschluss vertreten. Der Gesundheitszustand war vergleichbar mit den Angaben in der EUROPEP-Studie [11]. 47 % der Patienten gaben an, dass sie seit mehr als zehn Jahren in dieser hausärztlichen Betreuung seien. Dies deckt sich mit der Annahme der Kontinuität in der Arzt-Patienten-Beziehung, vor allem bei Patienten mit chronischen Erkrankungen [12]. Bei der Evaluation der Mittelwerte der einzelnen Subskalen des PRA-D zeigten sich höhere Werte der Subskala Affektivität ( $M = 6,22$ ) im Vergleich zum allgemeinen Durchschnittswert ( $M = 5,85$ ). Diese

**Dr. phil. Katja Brenk-Franz ...**

... ist Diplompsychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin und am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena. Interessenschwerpunkte: Bindungsforschung, Sexualforschung, Adherence und Selbstmanagement in der Primärversorgung, Therapieforschung

Hinweise auf Deckeneffekte zeigten sich auch bei den Verteilungseigenschaften. Gründe hierfür können in einer sozialen Erwünschtheit liegen, besonders im Hinblick auf die Beurteilung der affektiven Beziehung zu einer wichtigen Bindungsfigur wie dem Hausarzt als klassischem Gatekeeper [13]. Insgesamt deuten die Zahlen auf eine Übereinstimmung zwischen dem PRA und der übersetzten Version PRA-D hin. Die negative Formulierung eines Items in Bezug auf die emotionale Zuwendung des eigenen Hausarztes könnte zu Verzerrungen geführt haben. Faktorenanalytisch konnte ein Dreifaktorenmodell bestätigt werden.

Bei der Betrachtung der Einflüsse soziodemografischer Variablen auf die Einschätzung der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung zeigten sich widersprüchliche Studienergebnisse in der Literatur. Einerseits wurden Einflüsse durch das Geschlecht, das Bildungsniveau und das Alter identifiziert [14, 15], andererseits gab es Studien, welche die einzelnen Zusammenhänge nicht belegten [16, 17]. In unserer Studie konnten ebenfalls keine signifikanten Einflüsse von Geschlecht, Alter oder Bildung identifiziert werden. Allerdings zeigte sich in unserer Studie ein hochsignifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und

der subjektiv bewerteten Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung. Patienten mit einer besseren Bewertung der eigenen Gesundheit beteiligten sich aktiver an der Arzt-Patienten-Begegnung [18], nahmen insgesamt eine zufriedener Grundhaltung ein [19] und waren emotional ausgeglichener [20]. Somit ist nicht verwunderlich, dass sie auch die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung positiver beurteilten. Letztlich zeigte sich auch ein signifikanter Einfluss bezüglich der Studienzentren, der auf den geringen Wert der Jenaer Stichprobe im Vergleich zu den Zentren in Salzburg und Zürich zurückzuführen war. Einerseits könnten Unterschiede zwischen den Zentren auf kulturelle Unterschiede sowohl im Gesundheitssystem als auch auf unterschiedliche subjektive Bewertungen der Arzt-Patienten-Beziehung zurückzuführen sein. Im Rahmen einer großen europäischen Vergleichsstudie in sechs europäischen Ländern zeigten sich in Deutschland deutliche Unterschiede, hinsichtlich der subjektiven Beurteilung der Kommunikationsmerkmale durch den Patienten im Gegensatz zu einer unabhängigen externen Bewertung [21, 22]. Deutsche Patienten schätzten die ärztliche Kommunikation negativer ein als ein unabhängiger Beurteiler. Bei den Schweizer Ärzten wurde im Gegensatz zu den deutschen Ärzten

durch die externe Bewertung lediglich ein besserer ärztlicher Augenkontakt mit dem Patienten gemessen. Bei ihnen überwog aber der Anteil des Gesprächs zu psychosozialen Gesprächsinhalten im Vergleich zu medizinischen Fakten [22]. Letztlich sollte der Unterschied der Zentren nicht überinterpretiert werden, da sich die Werte des Heidelberger Zentrums als weiteres deutsches Studienzentrum weder vom Zentrum Jena noch von den Zentren in Österreich oder der Schweiz unterscheiden.

## Schlussfolgerungen

Eine verständliche Kommunikation mit dem Patienten, Informationen über die Erkrankung und den Behandlungsverlauf sowie die emotionale Unterstützung der Patienten sind wichtige Voraussetzungen für eine gute Beziehungsqualität zum Patienten, die sich nicht immer intuitiv für Ärzte erschließt. Erhebungsinstrumente, wie der PRA-D sind mögliche Hilfsmittel, um die Beziehungsqualität differenziert und methodisch gut erfassen zu können.

**Interessenkonflikte:** C-S-S hat Honorare für Beratung und Vorträge von AstraZeneca, Novartis und GSK erhalten. Die anderen Autoren haben keine Interessenkonflikte angegeben.

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Jochen Gensichen  
Institut für Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum Jena  
Bachstraße 18  
07743 Jena  
Tel.: 03641 9395800  
jochen.gensichen@med.uni-jena.de

## Literatur

- Inui TS, Carter WB. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Med Care* 1985; 23: 521–38
- Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 25–38
- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; 357: 757–62
- Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 657–75
- www.who.int/substance\_abuse/research\_tools/translation/ (letzter Zugriff am 10.01.2013)
- Galassi JP, Schanberg R, Ware WB. The Patient Reactions Assessment: a brief measure of the quality of the patient-provider medical relationship. *Psychol Assess* 1992; 4: 346–51
- Jöckel KH, Babitsch B, Bellach BM, et al. Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“ der DAE, GMDs und DGSM zur Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In: Ahrens W, Bellach BM, Jöckel KH (Hrsg.). *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie*. München: MMV-Verlag, 1998: 7–38

8. Graf von den Schulenburg J-M, Claes C, Greiner W, Uber A. Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. *Z f Gesundheitswiss* 1998; 6: 3–20
9. Cattell RB. The scree test for the number of factors. *Multiva Behav Res* 1966; 1: 245–76
10. Bühl A. SPSS 20: Einführung in die moderne Datenanalyse, 14. Auflage. München: Pearson Studium, 2012
11. Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 882–7
12. Pandhi N, Saultz JW. Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. *J Am Board Fam Med* 2006; 19: 390–7
13. Coyne JC, Thompson R, Klinkman MS, Nease DE, Jr. Emotional disorders in primary care. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 798–809
14. Callahan EJ, Bertakis KD, Azari R, Robbins JA, Helms LJ, Chang DW. The influence of patient age on primary care resident physician-patient interaction. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 30–5
15. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 531–5
16. Hearnshaw H, Wensing M, Mainz J, et al. The effects of interactions between patient characteristics on patients' opinion of general practice care in eight European countries. *Prim Health Care Res Develop* 2002; 3: 231–7
17. Schmittiel J, Grumbach K, Selby JV, Quesenberry CP, Jr. Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practices. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 761–9
18. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JA-MA* 1999; 282: 583–9
19. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990; 30: 811–8
20. Roberts RE, Pascoe GC, Attkisson CC. Relationship of service satisfaction to life satisfaction and perceived well-being. *Eval Program Plann* 1983; 6: 373–83
21. van den Brink-Muinen A, Verhaak PE, Bensing JM, et al. Doctor-patient communication in different European health care systems: relevance and performance from the patients' perspective. *Patient Educ Couns* 2000; 39: 115–27
22. van den Brink-Muinen A, Verhaak PE, Bensing JM, et al. Communication in general practice: differences between European countries. *Fam Pract* 2003; 20: 478–85



## DEGAM-NEWSLETTER

### Immer gut informiert

Seit einigen Jahren verschickt die DEGAM-Bundesgeschäftsstelle exklusiv an die Mitglieder den E-Mail-Newsletter DEGAM aktuell. Dieser Informationsdienst beinhaltet sowohl Neuigkeiten aus dem Präsidium, den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften sowie der Leitlinien-Geschäftsstelle und der JADE als auch aktuelle Mitteilungen zu den Rubriken Personalien, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen. Die bisher versandten Ausgaben können im passwortgeschützten internen Bereich unter

**[www.degam.de](http://www.degam.de)**

eingesehen werden. Sind auch Sie an den in der DEGAM aktuell diskutierten Themen und Entwicklungen interessiert? Schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff „DEGAM aktuell“ an:

**[geschaeftsstelle@degam.de](mailto:geschaeftsstelle@degam.de)**