



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

Fragebogenkonstruktion zur Erhebung der partizipativen Entscheidungsfindung in einer Osteopathiepraxis

BACHELOR-THESIS

Juni 2024

Autor
Valsinni, Davide

Betreuungsperson
Prof. Dr. Claudia Meier Magistretti

Praxispartnerin
Osteopathie Bern
Sitaras, Johanna

Abstract

In dieser Bachelor-Thesis steht die partizipative Entscheidungsfindung, also der Prozess, bei dem die therapierende und die behandlungserfragende Person gemeinsame Entscheidungen in Bezug auf die Behandlung treffen, im Fokus. Auf Englisch übersetzt wird diese Entscheidungsfindung Shared Decision Making (SDM) genannt. SDM wird durch die behandlungserfragende Person in Form von der objektiv gemachten Erfahrung während einer Behandlung berichtet. Es soll folgende Fragestellung beantwortet werden: *Wie muss ein Fragebogen zur Erhebung von SDM im iterativen Prozess aufgebaut sein?* Der Fragebogen wurde in einem iterativen Verfahren mit der Praxispartnerin und einem Experten auf dem Gebiet der Qualitätsförderung erarbeitet. Neben dem Erkenntnisgewinn, der aus diesem Verfahren gewonnen werden konnte, haben zwei weitere Erhebungen zur Generierung von weiterem Wissen beigetragen. Die erste Datenerhebung mit sechs Testpersonen ergab in den kognitiven Pretests, dass die Befragten einen klaren Behandlungsplan sowie eine Abwägung der Vor- und Nachteile der diversen Behandlungsmethoden in den Vordergrund stellen. Die zweite Datenerhebung mit 20 Testpersonen zeigte mit einem Pretest-Fragebogen jedoch auf, dass in der Praxis diese zwei Punkte nicht vollständig umgesetzt werden. Für weiterführende Forschungsarbeiten empfiehlt der Autor, die Teildimension Vertrauen als neuer Aspekt in das Konstrukt SDM einzuführen.

Keywords: *Shared Decision-Making, Patient-Experience, Patient-reported Measures, Aktionsforschung, Fragebogen, Osteopathie*

Anzahl Zeichen inkl. Leerzeichen (ohne Anhang): 124'914

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage und Handlungsbedarf	1
1.2	Ziele und Fragestellungen	3
1.3	Vorhandene Fragebogen für die Erfassung der Versorgungserfahrung	6
1.4	Aufbau der Bachelor-Thesis.....	8
1.5	Abgrenzung von anderen Themen.....	8
2	Theoretischer Rahmen: Patienten- und Patientinnenzentriertheit	9
2.1	Patient-centered Care	9
2.2	Patient-Experience	10
2.3	Shared Decision-Making	10
2.4	PROMs und PREMs	10
3	Forschungsdesign der Fragebogenkonstruktion	12
3.1	Zusammenfassung des Ablaufs der Fragebogenkonstruktion.....	12
3.2	Methoden der Fragebogenkonstruktion	13
3.3	Begründung der Experten- und Expertinnenwahl im iterativen Prozess	15
3.4	Stichprobenbeschreibung	16
3.5	Gütekriterien dieser Bachelor-Thesis	16
4	Ablauf und Resultate der Fragebogenkonstruktion	18
4.1	Konstrukt-konzeptualisierung	20
4.2	Konstruktoperationalisierung.....	27
4.3	Erste Datenerhebung: kognitive Pretests	36
4.4	Zweite Datenerhebung inkl. Datenauswertung und Ergebnisbericht	55
5	Diskussion	59
6	Fazit	63
7	Literaturverzeichnis	64
8	Abbildungsverzeichnis	69
9	Tabellenverzeichnis	70
10	Anhang	71

1 Einleitung

Mit der Einbindung von Patientinnen und Patienten in die Entscheidungsvorgänge einer Behandlung kann ein bedeutsamer Beitrag zur Erhöhung der Versorgungsqualität erzielt werden (Kiss & Scheffel, 2019, S. 5). Solche Entscheidungsvorgänge stehen im Fokus dieser Bachelor-Thesis und sollen mittels eines Fragebogens erfasst werden. Die Erstellung dieses Fragebogens ist – neben der bereits erwähnten Steigerung der Qualität im Versorgungsprozess – deshalb relevant, weil in der Osteopathie keine standardisierten Instrumente existieren, welche die Erfassung der partizipativen Entscheidungsfindung erlauben (Sitaras, 2024).

Das Ziel dieser Bachelor-Thesis ist die Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der partizipativen Entscheidungsfindung zwischen der therapierenden und der behandlererfragenden Person. Dieser Prozess wird auch *Shared Decision-Making* (SDM) genannt. Daraus leitet sich die Fragestellung *Wie muss ein Fragebogen zur Erhebung von SDM im iterativen Prozess aufgebaut sein?* Um den Fragebogen zu erstellen, wurden im iterativen Verfahren sowohl die Praxispartnerin (Osteopathin) als auch ein Fachexperte (Geschäftsleiter einer Stiftung für Qualitätsförderung in der ambulanten Medizin) zur Beurteilung der Schritte hinzugezogen. Hierbei stellte der Autor dieser Bachelor-Thesis den involvierten Personen nach jedem Arbeitsschritt das jeweilige Lieferobjekt, z. B. einen neuen Satz an Items, zur Verfügung. Weshalb wurde ein iterativer Prozess mit den involvierten Personen gewählt und aus welchem Grund hat sich der Autor nicht dafür entschieden, im Alleingang einen Fragebogen zu konstruieren? Es war von Anfang an das Ziel, den Fragebogen mithilfe derjenigen Personen zu konstruieren, die sich im jeweiligen Fachgebiet auskennen.

1.1 Ausgangslage und Handlungsbedarf

In den Kapiteln 1.1.1–1.1.3 wird die Ausgangslage erläutert, die relevant für das Verständnis der Fragebogenkonstruktion ist. Mit den hier verfügbaren Informationen soll den Lesenden die Notwendigkeit dieses Fragebogens deutlich werden.

1.1.1 Definition der Osteopathie

Das Wort *Osteopathie* leitet sich aus der altgriechischen Sprache und setzt sich aus den Begriffen Knochen (*ostéon*) sowie Leiden (*páthos*) zusammen (eigenes Wissen). „Die Osteopathie ist eine manuelle und ganzheitliche Therapieform. Sie kommt häufig bei chronischen Schmerzen oder unklaren (funktionellen) Beschwerden zur Anwendung und hat bei Patient*innen eine gesundheitsfördernde und präventive Wirkung“ (Schweizerischer Osteopathieverband, 2024). Mit manueller Therapieform ist gemeint, dass die therapierenden Fachpersonen mit der eigenen Körperkraft auf die verschiedenen

Körperregionen der behandlungserfragenden Personen einwirken. In der Osteopathie wird ein personenzentrierter Ansatz verfolgt, was bedeutet, dass sich therapeutierende Fachpersonen in ihrer Rolle als Erstversorgende bei der Behandlung auf die persönlichen, beruflichen, sozialen und psychischen Lebensumstände konzentrieren.

Das Fachgebiet der Osteopathie wird in drei Teilgebiete untergliedert: die kraniale Osteopathie, die viszerale Osteopathie sowie die parietale Osteopathie (Institut für angewandte Osteopathie, 2024). Im kranialen Teilbereich wird das Ziel verfolgt, den Durchgang der Flüssigkeitssysteme vom Kreuzbein bis hin zum Schädel funktionsfähig zu halten. Im viszeralen Teilgebiet werden die inneren Organe auf Bewegungseinschränkungen untersucht und behandelt. In der parietalen Osteopathie stehen die Gelenke, Sehnen, Bänder und Muskeln im Fokus. Auch hier erfolgen eine Untersuchung sowie – wenn nötig – eine Behandlung.

1.1.2 Vorstellung der Praxispartnerin

Johanna Sitaras ist die Inhaberin von Osteopathie Bern. Sie praktiziert seit 2022 selbstständig. Seit dem Jahr 2023 arbeitet sie mit einem weiteren Osteopathen in denselben Räumlichkeiten. Ihr Masterstudium der Osteopathie hat sie an der European School of Osteopathy in Maidstone, Vereinigtes Königreich, absolviert. Ihre Praxis befindet sich in der Nähe der Aare im Quartier Kirchenfeld. Entsprechend der Praxisphilosophie wird grosser Wert auf die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen der Osteopathin sowie der behandlungserfragenden Person und auf ein vertrauensvolles Verhältnis gelegt.

1.1.3 Gründe für den Handlungsbedarf

Damit der Handlungsbedarf aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet werden kann, wird nachfolgend ein breiter Überblick gegeben. Die damit verbundenen Fragestellungen dieser Bachelor-Thesis werden in Kapitel 1.2 präsentiert.

Was sagt die Praxispartnerin? Die Praxispartnerin hat in einem Erstgespräch das Fehlen von quantitativen Erhebungsmethoden in der osteopathischen Praxis hervorgehoben. In ihren Augen bedeutet dies, dass die statistischen Grundlagen wie Fragebogen sowie Erhebungs- und Auswertungstools für quantitative Befragungen in ihrem Tätigkeitsfeld unzureichend sind, um Daten zum Versorgungsprozess zu gewinnen. Dadurch seien systematische Optimierungsmassnahmen nicht möglich.

Was kann aus den Aussagen von Dozierenden abgeleitet werden? Eine Co-Studiengangleiterin der Osteopathie wurde nach Literaturempfehlungen gefragt, die mit dem Thema der Bachelor-Thesis stehen. Sie erwähnte Quellen zu sogenannten Patient-reported Outcome-Measures (PROMs), was übersetzt «von Patienten und Patientinnen berichtete Behandlungsergebnisse» bedeutet. Mit PROMs können Therapieeffekte erfasst werden (Boywitt & Bungard, 2017, S. 61). Im Fokus dieser Bachelor-Thesis stehen jedoch

nicht die Behandlungsergebnisse gemäss PROM, sondern die Erfahrungen der versorgungserfragenden Personen, die während einer Behandlung gemacht werden. Die vorgeschlagene Literatur hat zudem einen geringen Bezug zur Osteopathie und beinhaltet eine kleine Auswahl an Quellen. Eine Aussage, die im Jahr 2021 durch die erwähnte Studiengangsleiterin auf LinkedIn getätigt wurde, erhärtet die Annahme, dass es bisher unzureichende Literatur zum Thema dieser Bachelor-Thesis gibt: „Schön zu sehen, dass PROMs in der Schweiz ankommen!“ (Macdonald, 2021). Konkrete Studien zum Fokus dieser Bachelor-Thesis – den Patient-reported Experience-Measures (PREMs) – wurden trotz des spezifischen Nachfragens nicht genannt.

Was kann aus den vorhandenen Studien abgeleitet werden? Ein Bezug zwischen der Notwendigkeit dieser Bachelor-Thesis und den vorhandenen Studien kann im Bericht von Vaucher, Macdonald und Carnes (2018) hergestellt werden. In dieser wurden bisher lediglich retrospektive Beschreibungen von Personenakten durch Osteopathinnen und Osteopathen, nicht aber die erlebten Versorgungserfahrungen erfragt. Auf der Webseite der Swiss Osteopathy Science Foundation (2018) wird – gekoppelt an ebendiese Studie von Vaucher et al. (2018) – eine weitere direkte Befragung direkt bei den Patientinnen und Patienten angekündigt. Bei der Recherche durch den Autor dieser Bachelor-Thesis blieb diese Untersuchung jedoch unauffindbar. Im Zuge der Kontaktaufnahme mit einer Autorin der Studie von Vaucher et al. (2018) wurde bestätigt, dass diese Befragung nie initiiert wurde.

Wie gestaltet sich die gesetzliche Ausgangslage? Im Juni 2016 verabschiedete das schweizerische Parlament das Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (Bundesamt für Gesundheit, 2020), mit welchem die Osteopathie als Beruf der Erstversorgung im Gesundheitswesen anerkannt wurde. Die zukünftigen therapierenden Personen sollen an staatlich finanzierten Hochschulen für angewandte Wissenschaften ausgebildet werden, um einen Master-of-Science-Abschluss in Osteopathie zu erlangen. Jedoch bestand zum Zeitpunkt der Verabschiedung begrenztes Wissen darüber, welche Rolle dieser neue Beruf im Schweizer Gesundheitssystem spielen könnte und wie umfassend die osteopathischen Leistungen sind (Vaucher et al., 2018, S. 7). Der Autor dieser Bachelor-Thesis leitet daraus ab, dass sich Instrumente zur Qualitätsmessung in diesem Bereich aufgrund der erst kürzlich stattgefundenen Anerkennung noch nicht etablieren konnten.

1.2 Ziele und Fragestellungen

Im Folgenden werden die Ziele sowie die Fragestellungen aufgeführt. Bei der Formulierung wurde darauf geachtet, sich auf den Aufbau respektive das Inhaltsverzeichnis dieser Bachelor-Thesis zu stützen. So wurde sichergestellt, dass den Lesenden ein fortlaufendes und klares Bild verschafft wird.

1.2.1 Ziele

Das Hauptziel der Bachelor-Thesis lautet: Es soll herausgefunden werden, wie ein Fragebogen zur Erfassung der partizipativen Entscheidungsfindung aufgebaut sein muss. Für die Erstellung des Fragebogens wurden vier Unterziele formuliert:

1. Für den Fragebogen soll ein Konstrukt definiert werden, auf welches das gemeinsame Verständnis zwischen der Praxispartnerin und dem Fachexperten aufgebaut werden kann.
 - 1.1 Es soll zuerst das SDM-Konstrukt in einer Literaturrecherche konzeptualisiert werden.
 - 1.2 Die Praxispartnerin und der Fachexperte sollen das SDM-Konstrukt verstehen und beurteilen können.
 - 1.3 Das SDM-Konstrukt soll gemäss den Rückmeldungen der beiden Personen überarbeitet werden.
2. Das SDM-Konstrukt soll messbar gemacht werden.
 - 2.1 Dafür soll zuerst eine Operationalisierung erfolgen.
 - 2.2 Danach sollen die Items neu formuliert werden.
 - 2.3 Die Praxispartnerin und der Fachexperte sollen die neu formulierten Items beurteilen können.
 - 2.4 Die Items sollen gemäss den Rückmeldungen der beiden Personen überarbeitet werden.
3. Es soll geklärt werden, wie potenzielle Nutzende die formulierten Items interpretieren.
 - 3.1 Hierfür sollen sechs kognitive Pretests durchgeführt werden.
 - 3.2 Die Items sollen im Nachgang gemäss den Inputs der Testpersonen ergänzt werden.
 - 3.3 Die Praxispartnerin und der Fachexperte sollen die überarbeiteten Items beurteilen können.
 - 3.4 Die Items sollen gemäss den Rückmeldungen der beiden Personen überarbeitet werden.
4. Es soll untersucht werden, inwiefern die Praxispartnerin die Bestandteile aus dem SDM-Konstrukt im Alltag umsetzt.
 - 4.1 Um dies zu erreichen, sollen 20 Pretests mit dem ersten Online-Fragebogen durchgeführt werden.
 - 4.2 Die relevanten statistischen Ergebnisse sollen präsentiert werden.
 - 4.3 Im letzten Schritt soll der gesamte Fragebogen durch die Praxispartnerin und den Fachexperten in Bezug auf den praktischen Nutzen beurteilt werden.

1.2.2 Fragestellungen

Die Hauptfragestellung der Bachelor-Thesis lautet: Wie muss ein Fragebogen zur Erhebung von SDM im iterativen Prozess aufgebaut sein? Hierfür werden sieben Unterfragen formuliert:

1. Welche Items eignen sich für das gewählte Konstrukt?
2. Wie interpretieren Testpersonen die erstellten Items?
3. Wie beurteilen die Testpersonen im Pretest-Fragebogen die Umsetzbarkeit?
4. In welchem Ausmass setzt die Praxispartnerin die Grundzüge von SDM in ihrem Alltag um?
5. Wie kann für SDM das gemeinsame Verständnis zwischen der Praxispartnerin und dem Fachexperten sichergestellt werden?
6. Welche Verbesserungsvorschläge der Praxispartnerin und des Fachexperten können in den einzelnen iterativen Stufen implementiert werden?
7. Wie beurteilen die Praxispartnerin und der Fachexperte den praktischen Nutzen des Fragebogens im Alltag einer osteopathischen Fachperson?

1.3 Vorhandene Fragebogen für die Erfassung der Versorgungserfahrung

Um einen Überblick der existierenden Anbieter und Tools zu geben, werden im Folgenden diverse Fragebogen präsentiert. Die Begriffe «Fragebogen» und «Befragungskonzept» werden im weiteren Verlauf synonym verwendet.

Fragebogen können sich hinsichtlich der empirischen Herleitung, des geografischen Gebiets sowie des medizinischen Einsatzbereichs unterscheiden. Mit der empirischen Herleitung sind die Theorien und Daten gemeint, auf die sich die Ersteller:innen stützen. Hieraus ergeben sich je nach Fragebogen unterschiedliche Konstrukte. Das Einsatzgebiet bezieht sich darauf, in welchen Ländern der Fragebogen verwendet wird. Mit dem Einsatzbereich sind die medizinischen Fachgebiete, z. B. die Chirurgie (The UK Kidney Association, 2023) und die Pädiatrie (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2021), gemeint.

Die oben beschriebene Unterschiedlichkeit der beispielhaften Fragebogen – spezifisch im Bereich der Konstrukte – soll an dieser Stelle anhand diverser Befragungskonzepte genauer betrachtet werden. Dieser Schritt ist bedeutsam, weil der Autor daraus das für die Konstruktion des Fragebogens relevante Konstrukt ableiten wird. Die vier zu betrachtenden Befragungskonzepte wurden im Zuge der Literaturrecherche identifiziert und werden im Folgenden aufgelistet und verglichen.

1. *PREM for urgent and emergency care* (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2021)
2. *Acute care patient experiences survey* (Canadian Institute for Health, 2022)
3. *Patient-Reported Indicator Surveys* (PaRis, OECD, 2019)
4. *European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care* (EUROPEP, aQua-Institut GmbH, 2024)

In Tabelle 1 wird ersichtlich, aus welchen Konstrukten sich die Befragungskonzepte zusammensetzen. Damit auf Anhieb die Übereinstimmungen zwischen den verschiedenen Befragungskonzepten ersichtlich werden, wurden gleiche oder ähnliche erscheinende Konstrukte in dieselben Zeilen positioniert.

Tabelle 1

Vergleich der Konstrukte innerhalb unterschiedlicher Befragungskonzepte (eigene Darstellung)

Herausgeber:in/ Anbieter:in	Royal College of Paediatrics and Child Health	Canadian Institute for Health	OECD	EUROPEP
Empirischer Bezug	Picker (gestützt auf unterschiedlichen Case Studys pro Bereich)	Hadibhai, S., Lacroix, J. & Leeb, K. (2018).	unbekannt	(Grol et al., 2000)
Land	Grossbritannien	Kanada	Europa	Europa
Einsatzbereich	Pädiatrie	Akute Spitalpflege	Chronische Krankheiten	Ambulante Medizin
Fragebogenname	Patient Reported Experience Measure (PREM) for urgent and emergency care	Acute care patient experiences survey	PARIS	EUROPEP
Bereich/Konstrukte	Einbeziehung der Familie und Freunde	Overall experience of care	Overall experience	
		Communication	Communication	Beziehung und Kommunikation
	Effektive Behandlung von vertrauenswürdigen Fachpersonal			Medizinische Behandlung
	Klare, verständliche Informationen und Unterstützung für die Selbstversorgung			Information und Unterstützung
	Kontinuität der Behandlung und geregelte Überleitsysteme		Continuity and coordination	Kontinuität und Kooperation
	Schneller Zugang zu zuverlässiger Gesundheitsversorgung		Accessibility	Zugänglichkeit
	Emotionale Unterstützung, Empathie und Respekt			
	Physisches Wohlbefinden und eine saubere wie sichere Umgebung			
	Beteiligung an Entscheidungen und Respekt für Präferenzen	Involvement in Decision-Making and Treatment Options	Shared decision making	Beziehung und Kommunikation
		Discharge process		

Aus Tabelle 1 wird ersichtlich, dass die unterschiedlichen Befragungskonzepte insbesondere bei den Konstrukten *Beteiligung an Entscheidungen und Respekt für Präferenzen*, *Involvement in Decision-Making and Treatment-Options*, *Shared Decision-Making* sowie *Beziehung und Kommunikation* Gemeinsamkeiten aufweisen. Diese sind in der Darstellung fett markiert.

Für diese Bachelor-Thesis wurde entschieden, nur das SDM-Konstrukt heranzuziehen. Aus Sicht des Autors eignet es sich am besten, da

- a) in Tabelle 1 die grösste augenscheinliche Gemeinsamkeit der Fragebogen in Bezug auf dieses Konstrukt besteht, woraus sich nach eigener Interpretation eine gewisse Relevanz ableiten lässt,
- b) die Fachliteratur das Konstrukt gut belegt,
- c) sich das PREM-Prinzip nach eigener Interpretation auf das Konstrukt übertragen lässt und
- d) es im iterativen Prozess zwischen der Praxispartnerin und dem Fachexperten unkomplizierter erscheint, Verständnis für lediglich ein Konstrukt zu schaffen.

1.4 Aufbau der Bachelor-Thesis

Der Aufbau der Bachelor-Thesis ist hauptsächlich an den Etappen des iterativen Prozesses ausgerichtet, welche die Zusammenarbeit mit den involvierten Personen geprägt haben. Um dieser iterativen Zusammenarbeit eine qualitative Komponente zu verleihen, finden sich Bestandteile aus der Aktionsforschung nach Kemmis (2011), Posch (2000) und Lewin (1946) in den Arbeitsschritten wieder (siehe Kapitel 3.2.1). Diese Schritte verschmelzen mit den klassischen Bestandteilen einer Fragebogenkonstruktion wie der Konstrukt-Konzeptualisierung (Weiber & Mühlhaus, 2014, S. 96) und der Itemformulierung (Mayer, 2013, S. 91).

Der theoretische Rahmen in Kapitel 2 bietet einen Überblick über die Fachbegriffe und ermöglicht es, die wesentlichen Inhalte von Shared Decision Making mit dem zu konstruierenden Fragebogen in Verbindung zu bringen. In Kapitel 3 werden die gewählten Methoden und das Vorgehen beschrieben. In Kapitel 4 wird die Umsetzung detailliert vorgestellt und die daraus resultierenden Endergebnisse pro Stufe werden festgehalten. In der Diskussion in Kapitel 5 wird die Bachelor-Thesis reflektiert. Zudem werden Empfehlungen für zukünftige Forschungsarbeiten gegeben. Mit der Kombination aus den erwähnten Bestandteilen der Iteration, der Aktionsforschung sowie der Fragebogenentwicklung soll herausgefunden werden, wie ein Fragebogen zur Erfassung der partizipativen Entscheidungsfindung in einer Osteopathiepraxis aufgebaut sein muss.

1.5 Abgrenzung von anderen Themen

Wie bereits in Kapitel 1 angedeutet wurde, wird in dieser Bachelor-Thesis ausschliesslich das Konstrukt SDM betrachtet. Dieses Konstrukt ist in einen grösseren Kontext eingebettet, und zwar in den Bereich der Patienten- und Patientinnenzentriertheit, welcher wiederum der nächsthöheren Ebene der Versorgungsqualität zuzuordnen ist (Busse, Klazinga, Panteli & Quentin, 2019, S. 20). Unter diesen fallen auch die Effektivität und Sicherheit, welche keine Relevanz in diesem Bericht haben.

2 Theoretischer Rahmen: Patienten- und Patientinnenzentriertheit

In dieser Bachelor-Thesis wird ein Fragebogen konstruiert, mit dem es möglich sein wird, SDM in der Praxis der Praxispartnerin zu erheben. Die Übersicht, wo SDM verortet werden kann, wird in Abbildung 1 geboten. Die erste Ebene ‹Patient centered Care› wird in Kapitel 2.1 vorgestellt (NEJM Catalyst, 2017). Die zweite Ebene ‹Patient-Experience›, wird in Kapitel 2.2 erläutert (Agency for Healthcare Research and Quality, 2023). Ein Aspekt aus ‹Patient-Experience› bildet eben SDM, welcher in Kapitel 2.3 umschrieben wird (Gerber, Kraft & Bosshard, 2014, S. 1883). SDM wird für alle folgenden Kapitel ‹Konstrukt› genannt und bildet die Basis aller Inhalte dieser Bachelor-Thesis. Um das Konstrukt messbar zu machen, werden ‹PREMs› eingesetzt (Boywitt & Bungard, 2017, S. 61–62). Was diese PREMs sind und welche Rolle sie spielen, wird in Kapitel 2.4 beschrieben. Abbildung 1 zeigt die soeben beschriebenen Ebenen in derselben Reihenfolge auf, wie sie im darauffolgenden Fliesstext vorzufinden sind.

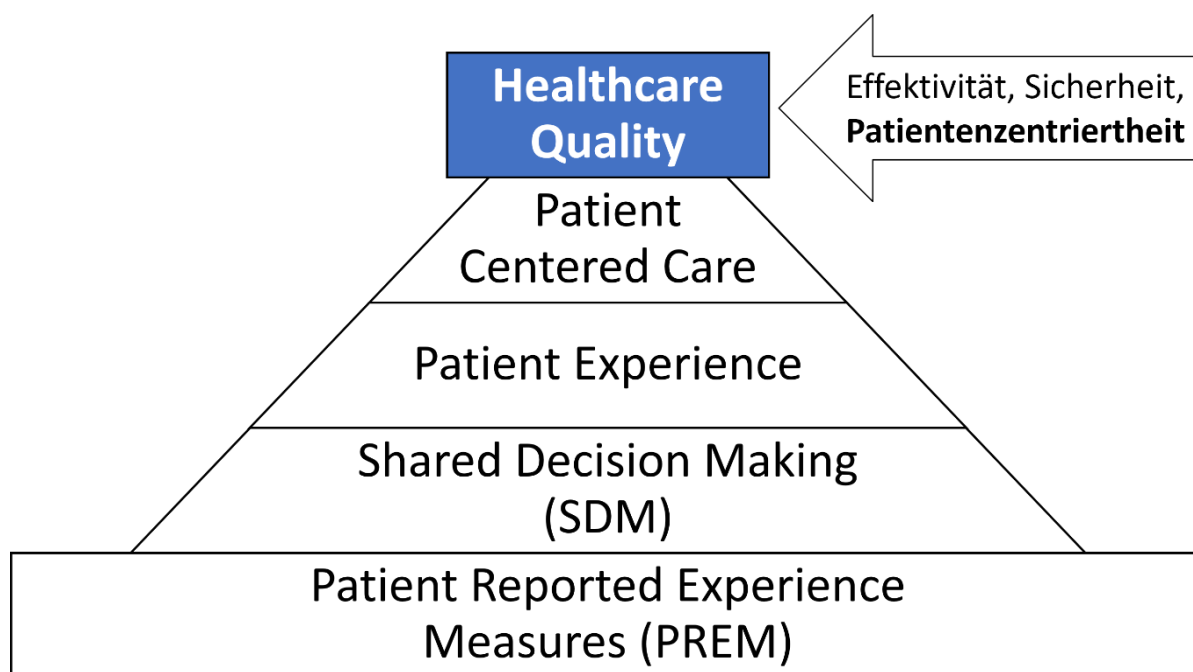


Abbildung 1. Einbettung des SDM-Konstruktes innerhalb des übergeordneten Healthcare-Quality-Bereichs (eigene Darstellung, in Anlehnung an Busse et al., 2019, S. 20)

2.1 Patient-centered Care

Bei der patienten- und patientinnenzentrierten Pflege sind die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse der behandlungserfragenden Personen sowie die angestrebten Gesundheitsergebnisse die treibende Kraft hinter allen Entscheidungen und Qualitätsmessungen im Gesundheitswesen. Die behandlungserfragenden Personen sind

Partner:innen der therapierenden Fachperson und umgekehrt. Die therapierende Fachperson behandelt nicht nur aus klinischer, sondern auch aus emotionaler, geistiger, spiritueller, sozialer und finanzieller Sicht (NEJM Catalyst, 2017). Die Partnerschaft zwischen der therapierenden Fachperson und den behandelungserfragenden Personen ist entscheidend für die Patientinnen- und Patientenerfahrung.

2.2 Patient-Experience

Aus Patient centered Care wird die Betrachtung verschiedener Aspekte der Patientinnen- und Patientenerfahrung möglich und es lässt sich beurteilen, inwieweit die behandelungserfragenden Personen eine Versorgung erhalten, bei der ihre individuellen Präferenzen, Bedürfnisse und Werte respektiert werden. Die Bewertung dieses Faktors zusammen mit anderen Komponenten wie Wirksamkeit und Sicherheit ist für ein vollständiges Bild der Qualität der Gesundheitsversorgung unerlässlich (Agency for Healthcare Research and Quality, 2023). Das Verständnis der Patient-Experience ist ein bedeutsamer Schritt auf dem Weg zur partizipativen Entscheidungsfindung.

2.3 Shared Decision-Making

Das SDM-Konstrukt wird als Bestandteil von Patient-centered Care angesehen und bezieht sich auf den partizipativen Entscheidungsfindungsprozess, der zwischen der behandelungserfragenden Person und therapierenden Person vorhanden ist (Gerber, Kraft & Bosshard, 2014, S. 1883). Es stellt den zentralen Untersuchungsgegenstand dieser Bachelor-Thesis dar. Eine detaillierte Beschreibung von SDM wird nicht in diesem Absatz beschrieben und findet sich aufgrund der limitierten Zeichenzahl dieser Bachelor-Thesis erst in Kapitel 4.1.4. Inwiefern SDM in einer Praxis ausgeübt wird, kann beispielsweise mittels PREMs erhoben werden.

2.4 PROMs und PREMs

In medizinischen Patientinnen- und Patientenbefragungen werden zur Erhebung von Behandlungsergebnissen Patient-reported Outcome-Measures (PROMs) und zur Erhebung der Versorgungserfahrung Patient-reported Experience-Measures (PREMs) eingesetzt (BQS, 2022). Bezüglich des Behandlungsergebnisses wird beispielsweise die Verbesserung oder Verschlechterung in der Bewegungsfähigkeit eines Gelenkes vor und nach der Behandlung betrachtet. Hinsichtlich der Versorgungserfahrung sind Aspekte wie die Einfachheit einer Terminbuchung massgeblich. Demnach haben PROMs einen spezifischeren Bezug zur medizinischen Fachwelt, während PREMs relativ unabhängig vom Fachgebiet sind.

In der Definition von Boywitt und Bungard (2017) wird die Unterscheidung zwischen PROMs und PREMs wie folgt dargelegt: „PROM werden als Oberbegriff für verschiedene

Ansätze zur Erfassung von Therapieeffekten verwendet, die von Patientinnen und Patienten berichtet werden [...]“ (S.62).

„Als PREM werden Befragungskonzepte bezeichnet, die die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit dem Versorgungsprozess erfassen. Der Fokus von PREM liegt auf patientenrelevanten Aspekten der Behandlung und den diesbezüglichen Erfahrungsberichten der Patientinnen und Patienten“ (S. 61–62). Diese Aussage kann auch mit der Haltung von Petermann gestützt werden (1997, S. 155), bei der die behandelungserfragenden Personen sich an den objektiv beobachtbaren Verhaltensweisen der therapierenden Person richteten.

Beide Befragungstypen erlauben eine quantitative Datenerhebung, mit der es möglich ist, durch eine statistische Auswertung personenzentrierte Massnahmen umzusetzen. Für den Fragebogen, den es in dieser Bachelor-Thesis zu erstellen gilt, werden nur PREMs berücksichtigt, da hierbei nach eigener Interpretation kein medizinisches Vorwissen des Autors vorausgesetzt wird.

3 Forschungsdesign der Fragebogenkonstruktion

Für das Forschungsdesign dieser Bachelor-Thesis wurde vorgesehen, eine vierstufige Fragebogenkonstruktion durchzuführen. Jede Stufe wurde im iterativen Verfahren mit der Praxispartnerin und einem Fachexperten überprüft. Hierbei erhielten die genannten Personen nach jedem Entwurf und nach jeder Änderung die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge anzubringen. Dies erfolgte in einem Cloud-basierten Word-Dokument. In Abbildung 1 wird das Forschungsdesign dargestellt und nach Etappen, Inhalten sowie Zielsetzungen pro Stufe unterteilt.

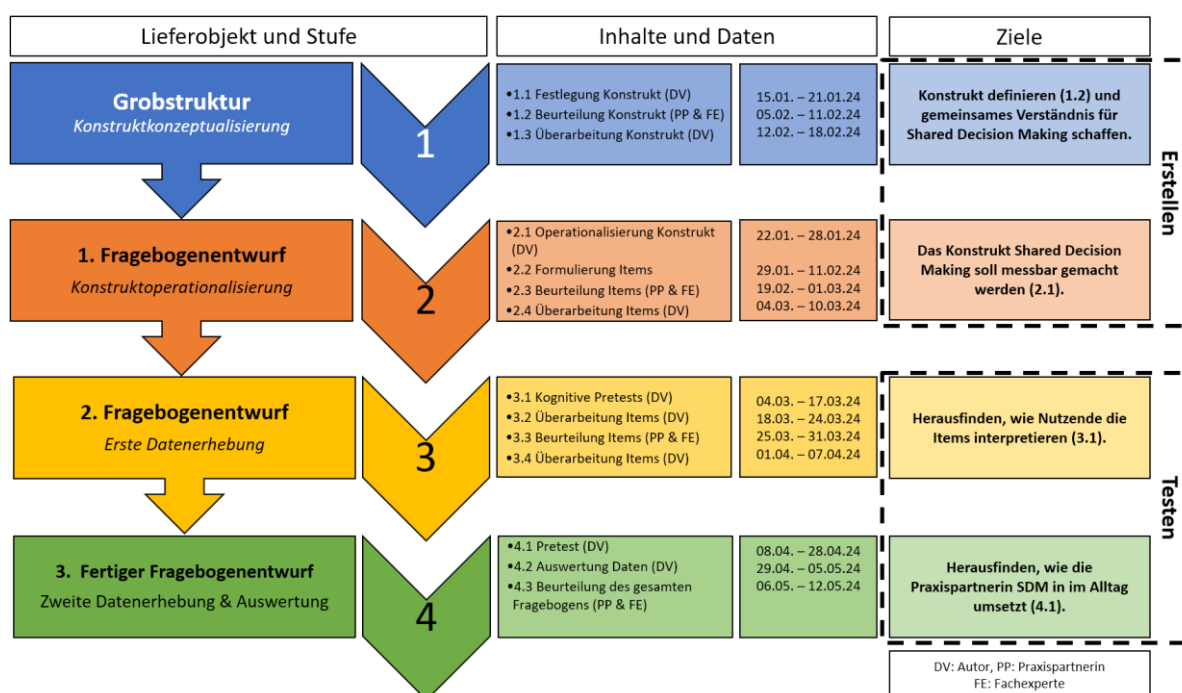


Abbildung 2. Forschungsdesign mit Stufen, Inhalten, Daten und Beschreibungen (eigene Darstellung)

3.1 Zusammenfassung des Ablaufs der Fragebogenkonstruktion

Die Praxispartnerin begann immer mit der Beurteilung des jeweiligen Entwurfes gemäss den in Abbildung 2 aufgeführten Schritten 1.2, 2.3 und 3.3. Erst wenn diese fertig war, konnte der Fachexperte in der zugeteilten Version mit der eigenen Bewertung beginnen. Seine Version baute somit immer auf die Verbesserungsvorschläge auf, welche die Praxispartnerin zuvor angebracht hatte und welche durch den Autor – so weit wie möglich – berücksichtigt wurden. Beide Parteien hatten zu jedem Zeitpunkt und in jeder iterativen Stufe die Möglichkeit, die Änderungen mitsamt Begründungen im Dokument *Änderungsprotokoll* nachzuvollziehen (siehe Anhang A). Im Falle dieser Bachelor-Thesis wurden zwei Datenerhebungen durchgeführt: zuerst eine mündliche und anschliessend

eine webbasierte mittels des Fragebogens. Beide Untersuchungen sind stets als Pretests zu verstehen.

3.2 Methoden der Fragebogenkonstruktion

Die handlungsleitenden Methoden dieser Bachelor-Thesis setzen sich aus Ansätzen der Aktionsforschung sowie aus den Kernelementen der Fragebogenkonstruktion zusammen. Die Aktionsforschung nach Kemmis (2011), Lewin (1946) und Posch (2000) wurde gewählt, da der Autor mit zwei Parteien – der Praxispartnerin und dem Fachexperten – im Rahmen einer wissenschaftlich und qualitativ fundierten Herangehensweise zusammenarbeiten wollte. Die Kernelemente, die es bei der Fragebogenkonstruktion zu beachten galt, werden in den Kapiteln 4.1–4.4 beschrieben und wurden im vorgestellten Forschungsdesign eingesetzt, weil diese das Hauptthema der Bachelor-Thesis darstellen. Im Folgenden werden die beiden methodischen Ansätze erklärt und begründet.

3.2.1 Aktionsforschung

Unter Aktionsforschung wird die Veränderung oder Erweiterung der Rolle der Forschenden verstanden. Sie hinterfragt die Auffassung, dass nur akademisch anerkannte Wissenschaftler:innen Forschung betreiben können. In den Modellen der Aktionsforschung wird die Forschung hauptsächlich von denjenigen durchgeführt, die direkt im untersuchten Feld tätig sind, wie z.B. therapierende Personen oder Patientinnen und Patienten (Zürcher Hochschule der Künste, 2023).

In der nachfolgende Auflistung werden die Grundzüge der Aktionsforschung nach Kemmis (2011), Posch (2000) und Lewin (1946) zuerst beschrieben und dann mit dem Vorgehen der Bachelor-Thesis in Verbindung gebracht. Aktionsforschung bedeutet konkret, dass

1. die Forschung durch diejenigen mitgestaltet wird, die von der sozialen Situation betroffen sind.
 - Die Praxispartnerin, die den Fragebogen einsetzen wird, strebt partizipative Entscheidungen an (siehe 1.1.2) und konnte den Entstehungsprozess des Fragebogens im iterativen Verfahren mitgestalten (Posch, 2009, S. 5).
2. die Fragestellungen an der Praxis des betroffenen Bereichs ausgerichtet sind.
 - Dem Wunsch der Praxispartnerin nach Möglichkeiten, die Behandlungserfahrung der Patientinnen und Patienten zu erheben, wurde mit dem beschriebenen Forschungsdesign gemäss Abbildung 2 Rechnung getragen (Posch, 2009, S. 6).

3. ein Iterationsprozess zwischen Aktion und Reflexion stattfindet.
 - Der iterative Prozess gemäss Forschungsdesign in Abbildung 2 erlaubte ein stufenweiser Aufbau und ermöglichte den involvierten Parteien, alle Entscheidungen nachzuvollziehen und zu hinterfragen (Posch, 2009, S. 6).
4. der Iterationsprozess anhand von Zwischenanalysen zur Weiterentwicklung des Untersuchungsgegenstands führen soll.
 - Mit dem stufenweisen Aufbau im Forschungsdesign wird eine klare Richtung verfolgt. Zudem besteht dadurch die Möglichkeit, den Fragebogen mit jeder Etappe weiterzuentwickeln (Posch, 2009, S. 6).
5. eine Konfrontation verschiedener Perspektiven stattfinden soll.
 - Verbesserungsvorschläge der Praxispartnerin flossen in die Version des Fragebogens ein, die der Fachexperte beurteilen musste. Jede Person konnte im Änderungsprotokoll alle Anpassungen nachverfolgen. Dadurch war es möglich, die Perspektiven aller Beteiligten miteinander zu konfrontieren (Posch, 2009, S. 6).

Die beschriebenen Bestandteile der Aktionsforschung sind bedeutsam, da die Schritte im Forschungsdesign gemäss Abbildung 2 darauf aufbauen. Die Konstruktion des Fragebogens spielt in dieser Bachelor-Thesis jedoch die zentrale Rolle. Sie wird deshalb in Kapitel 3.2.2 eingehender beschrieben und ab Kapitel 4 im Vordergrund stehen.

3.2.2 Fragebogenentwicklung

In diesem Abschnitt werden die zentralen Inhalte aus der Fragebogenentwicklung gemäss Flandorfer (2023), Weiber und Mühlhaus (2014) sowie Mayer (2013) näher beschrieben. Diese Inhalte sind massgeblich für den Aufbau sowie die Erläuterungen in den Kapiteln 4.1–4.4. Aus den erwähnten Quellen wurden jeweils diejenigen Vorgehensweisen zusammengestellt und angewendet, die für diese Bachelor-Thesis von Nutzen waren. Im Anschluss erfolgt eine Zusammenfassung dieser handlungsleitenden Methodik.

1. Konstrukt-konzeptualisierung (Grobstruktur)
 - In der Konzeptualisierung wird eine greifbare Beschreibung des SDM-Begriffs angestrebt (Weiber & Mühlhaus, 2014, S. 96). Diese Definition wurde unter anderem verwendet, um im Kick-off-Meeting mit den

involvierten Parteien das gemeinsame Verständnis aufzubauen. Wie dieser Schritt umgesetzt wurde und welches Resultat erzielt werden konnte, wird in Kapitel 4.1 beschrieben.

2. Konstruktoperationalisierung (erster Fragebogenentwurf)
 - Durch die Operationalisierung wird der SDM-Begriff messbar gemacht (Flandorfer, 2023). Hierbei wurden sogenannte Indikatoren bestimmt, welche auch «manifeste Variablen» genannt werden. Aus diesen Indikatoren wurden bestehende und neue Items abgeleitet und in den finalen Fragebogen überführt (Mayer, 2013, S. 79). Als Basis hierfür wurden Vorschläge verwendet, die die involvierten Parteien in Stufe 1 unterbreitet hatten. Diese Vorschläge wurden mit dem operationalisierten Konstrukt abgeglichen, ergänzt und zu neuen Items umformuliert. Wie diese Etappen umgesetzt wurden und welches Resultat erreicht werden konnte, wird in Kapitel 4.2 erläutert.
3. Erste Datenerhebung (zweiter Fragebogenentwurf)
 - Im zweiten Fragebogenentwurf wurden sechs kognitive Pretests durchgeführt. In dieser Stufe sollte herausgefunden werden, wie potenzielle Nutzende die Items interpretieren. Erst durch diese Erhebungen wurde es möglich, passende und weniger passende Items ausfindig zu machen. Die Umsetzung dieses Schritts sowie das erzielte Resultat sind in Kapitel 4.3 dargestellt.
4. Zweite Datenerhebung und Ergebnisbericht (dritter Fragebogen)
 - In diesem Schritt erfolgt die eigentliche Durchführung der Befragung gemäss Mayer (2013, S. 99). Im vorliegenden Fall wurde der finale Fragebogen an 20 Patientinnen und Patienten der Praxispartnerin versendet. Zur Auswertung der gewonnenen Daten wurde das Statistikprogramm SPSS eingesetzt. Folgende Schritte wurden in Anlehnung an Mayer (2013, S. 106) umgesetzt: Codierung, Dateneingabe und Fehlerkontrolle sowie statistische Analyse. Diese Vorgehensweise sowie die Ergebnisse werden in Kapitel 4.4 beschrieben.

3.3 Begründung der Experten- und Expertinnenwahl im iterativen Prozess

Für diese Bachelor-Thesis wurden die Praxispartnerin (Osteopathin) sowie der Fachexperte (Geschäftsleiter einer Stiftung für Qualitätsförderung in der ambulanten Medizin) aufgrund ihrer unmittelbaren Nähe zu den Domänen der Osteopathie und der

Qualitätssicherung gewählt. Hierbei wurde die konstruktivistische Sichtweise nach Kruse (2015, S. 173) eingenommen. Dies bedeutet, dass beide Parteien aufgrund des Forschungsinteresses ausgewählt wurden. Umgemünzt auf die Praxispartnerin bedeutet dies, dass sie gewählt wurde, weil sie eine Osteopathiepraxis betreibt, in der es möglich sein wird, den konstruierten Fragebogen zu testen. Andererseits ist die Fragebogenkonstruktion die Domäne, in der sich der Fachexperte bestens auskennt und in der er wertvolle Tipps zum Vorgehen einfließen lassen kann.

Die Zusammenarbeit mit beiden Personen wurde bereits in Kapitel 3.1 anhand des Forschungsdesigns dieser Bachelor-Thesis umschrieben. Durch die Betrachtung dieses Forschungsdesigns wird klar, dass das Wissen der erwähnten Personen nicht in einem einzelnen, abgegrenzten Bereich innerhalb dieser Bachelor-Thesis eingeflossen ist, sondern, dass ihre Sichtweisen in mehreren Kapiteln in den Fliesstext eingebaut wurden.

3.4 Stichprobenbeschreibung

Die vorliegende Fragebogenkonstruktion wurde mit zwei verschiedenen Stichproben geplant. Sechs Testpersonen wurden herangezogen, um kognitive Pretests durchzuführen. Hier wurde überprüft, wie eine ausgewählte Personengruppe die Items interpretiert. Im Nachgang erhielten 20 Testpersonen den Online-Fragebogen via E-Mail. Dabei wurde eine statistische Interpretation angestrebt. Die Gruppen werden in den Unterkapiteln 4.3.1 und 4.4.1 beschrieben.

3.5 Gütekriterien dieser Bachelor-Thesis

In diesem Bericht wird auf die Gütekriterien der Objektivität und der Validität eingegangen, welche später auch mit dem Diskussionsteil verknüpft werden. Wie bereits in der Einleitung angedeutet wurde, ist dieser Fragebogen in einem explorativen Verfahren aufgebaut worden, was zur Folge hatte, dass nicht alle Bedingungen erfüllt werden konnten, um auch Reliabilitätskriterien zu erheben.

Objektivität. Objektivität besteht, wenn andere Personen bei der Wiederholung der Befragung respektive der Fragebogenkonstruktion zu den gleichen Ergebnissen gelangen (eigenes Wissen). Dank der in dieser Bachelor-Thesis detailliert beschriebenen Vorgehensweise sind die Lesenden in der Lage, den Ablauf, die Auswertung sowie die Interpretation des Fragebogens nachzuvollziehen.

Validität. Validität ist dann gegeben, wenn SDM mit dem gewählten Forschungsdesign gemessen werden kann (Genau, 2023). Von sogenannter Augenscheinvalidität ist dann die Rede, wenn auch Laien erkennen, welche Merkmale der Fragebogen erfassen soll (eigenes Wissen). Trotz des stark theoriegeleiteten Ansatzes wurde mit einem gewichtigen Anteil an Augenscheinvalidität vorgegangen. Diese wurde unter anderem dank der pragmatischen und von Erfahrung geprägten Herangehensweise

des Fachexperten über alle iterativen Stufen hinweg erreicht. Dieser betonte während der Zusammenarbeit immer wieder, dass die Augenscheinlichkeit bei der Fragebogenkonstruktion eine zentrale Rolle spielt und Empirie allein nicht ausreicht.

Ein weiterer Aspekt von Validität stellt die Konstruktvalidität dar. Diese ist dann gegeben, wenn das zu messende theoretische Konzept im Vornherein präzise definiert wurde (Mummendey & Grau, 2014, S. 107). Zum einen stützt sich der Autor stark auf die theoriegeleitete Definition von SDM. Zum anderen wurde diese durch die involvierten Parteien in der ersten iterativen Stufe gemäss Kapitel 4.1 überprüft. Durch die alleinige Fokussierung auf SDM wurden ähnliche oder fremde Konstrukte von der Itemformulierung abgegrenzt. Diese Art von Validität wurde in erster Linie in der Konstruktooperationalisierung (siehe 4.1) sichergestellt und wird zu einem grossen Teil in Kapitel 4.1 umgesetzt.

Umsetzbarkeit und praktischer Nutzen. Das Kriterium der Umsetzbarkeit sagt aus, inwiefern die befragten Personen den Fragebogen akzeptieren (eigene Interpretation). Hierzu wird am Schluss des Pretest-Fragebogens die Frage «Wie fanden Sie diesen Fragebogen?» gestellt. Der praktische Nutzen hingegen wird in einer abschliessenden Umfrage erhoben, in welcher sowohl die Praxispartnerin als auch der Fachexperte auf die Frage «Wie bewertest du den praktischen Nutzen des erstellten Fragebogens?» antworten.

4 Ablauf und Resultate der Fragebogenkonstruktion

In diesem Kapitel wird der Fragebogen in vier Schritten konstruiert. Angefangen wird mit der Konstruktkonzeptualisierung, welche sich mit der Definition des zu untersuchenden Gegenstandes beschäftigt. Weiter geht es mit der Konstruktoperationalisierung, bei der das zuvor konzeptualisierte Konstrukt messbar gemacht wird. Nachdem das Konstrukt greifbare Attribute erhalten hat, werden mit sechs Testpersonen Items in der ersten Datenerhebung geprüft. Nach dieser Prüfung wird in der zweiten Datenerhebung der Fragebogen erstmals einer Gruppe von 20 Testpersonen zur Beantwortung unterbreitet. Dieser Ablauf stützt sich auf die Ziele, die in Abbildung 2 dargestellt und in Kapitel 3.1 aufgelistet wurden. Die Beschreibungen sowie die Resultate in den erwähnten Abschnitten werden immer nacheinander und im selben Kapitel aufgeführt. Pro Kapitel werden zudem Beispiele und Auszüge aus den Vorgehensweisen und Resultaten vorgestellt, mit denen das Verständnis der Lesenden gestärkt werden soll.

Für eine effiziente und effektive Durchführung der Fragebogenkonstruktion in Zusammenarbeit mit der Praxispartnerin und dem Fachexperten war es nach Ansicht des Autors zentral, ein gemeinsames und einheitliches Verständnis des iterativen Prozesses sowie des SDM-Konstruktes aufzubauen. Um dies sicherzustellen, wurde vor dem Kick-off-Gespräch eine Zusammenfassung zum geplanten Ablauf der Bachelor-Thesis via E-Mail an beide Parteien geschickt (siehe Anhang B). Diese Zusammenfassung beinhaltete das Forschungsdesign, die Planung sowie den geschätzten Aufwand für die Arbeitsschritte. Damit erhielten beide Parteien die Möglichkeit, sich ein Bild über den Ablauf der Bachelor-Thesis zu machen. Im Nachgang wurden die in Anhang B enthaltenen Informationen in zwei separaten Meetings eingehend besprochen. Hier wurde sowohl der Ablauf als auch die Intention, die mit SDM verfolgt werden sollte, besprochen. In diesen Meetings wurde das SDM-Konstrukt vorerst auf einer übergeordneten, also groben Ebene, besprochen. Die genaue Beschreibung zu SDM sollte erst mit dem Start des iterativen Prozesses zur Verfügung gestellt werden (siehe Kapitel 4.1.2). Des Weiteren wurde überprüft, ob der Zeitplan sowie der geschätzte Aufwand für beide Parteien in Ordnung waren. Zu jedem Schritt, in dem die Parteien eine Aufgabe durchführen mussten, wurde eine spezifische Anleitung mit Erklärvideo erstellt und online zur Verfügung gestellt. Die Links zu diesen Videos sind ebenfalls in Anhang B zugänglich und können nach wie vor geöffnet werden.

Im Folgenden wird erklärt, wie der Autor in den einzelnen Schritten vorgegangen ist, welche Erkenntnisse aus diesen Schritten gezogen werden konnten und wie das Endresultat aussieht. Die Anzahl der Items, die pro Kapitel formuliert werden, findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2

Itembildung und Itemreduktion pro iterative Stufe

Stufe	Anzahl der Items zu Beginn der Stufe	Anzahl der Items am Ende der Stufe
Konstrukt-konzeptualisierung (Grobstruktur)	-	31
Konstruktoperationalisierung (erster Fragebogenentwurf)	53 (31)	21
Datenerhebung (zweiter Fragebogenentwurf)	21	9
zweite Datenerhebung und Auswertung (dritter Fragebogenentwurf)	9	

4.1 Konstruktkonzeptualisierung

Mit der Grobstruktur wurde das Fundament für die Erarbeitung des Fragebogens gelegt. Nach Weiber und Mühlhaus (2014, S. 104) findet in diesem Schritt die Konstruktkonzeptualisierung statt. Zuerst wurde in Kapitel 4.1.1 das Konstrukt, das es im Fragebogen zu untersuchen gilt, ermittelt und definiert. Danach wird in Kapitel 4.1.2 gezeigt, wie seine Beurteilung erfolgte. Das Endresultat – also die finale Definition des Konstruktes – wird in Kapitel 4.1.4 präsentiert. Die Festlegung der Konstrukt-Dimensionen wird in Kapitel 4.1.5 ersichtlich.

Um eine möglichst eindeutige und personenunabhängig nachprüfbar Definition des Konstruktes zu erreichen, ist es notwendig, die Subjekt-, Objekt- und Attributebene festzulegen, die im Fragebogen berücksichtigt werden sollen (Weiber & Mühlhaus, 2014, S. 98). Diese Ebenen werden im Folgenden beschrieben.

1. Subjektebene

- Wer soll die Beurteilung des Konstruktes vornehmen (Zielpersonen)?
 - Patientinnen und Patienten der Osteopathiepraxis

2. Objektebene

- Was soll beurteilt werden (Träger der Beurteilungen)?
 - Umsetzung der partizipativen Entscheidungspraktiken aus sich der Patientinnen und Patienten gemäss der Definition von SDM in Kapitel 4.1.4

3. Attributebene

- Welche Eigenschaften des Objektes sollen beurteilt werden?
 - Beurteilung der erhaltenen Informationen und berücksichtigten Präferenzen gemäss SDM-Konstrukt

In dieser Konstrukt-Konzeptualisierungs-Stufe ist der Definitionstext zum Konstrukt SDM entstanden. Der Autor hat sich bei dieser Stufe auf das bereits vorgestellte Ziel «Für den Fragebogen soll ein Konstrukt definiert werden, auf welches das gemeinsame Verständnis zwischen der Praxispartnerin und dem Fachexperten aufgebaut werden kann» gestützt.

4.1.1 Definition des Konstruktes (Schritt 1.1)

Das SDM-Konstrukt wurde durch den Autor untersucht und definiert. Der Definitionstext, der als Basis für diese Bachelor-Thesis herangezogen wird, gilt als Resultat dieser Stufe und wurde den involvierten Personen in Schritt 1.2 zur Durchsicht vorgelegt.

Mit einer ausgeweiteten Literaturrecherche war es möglich, ein tiefgreifendes Verständnis für das Konstrukt aufzubauen. In einem weiteren Schritt wurde mithilfe von ChatGPT einerseits überprüft, ob die zuvor recherchierten Inhalte sich mit dem Wissen der künstlichen Intelligenz decken. Andererseits wurde der Abschnitt, der sich auf die Teildimension *Informationsteilung* gemäss Kapitel 4.1.4 bezieht, teilweise von ChatGPT übernommen und punktuell mit weiterer Literatur ergänzt. Bei diesem Vorgehen wurde darauf geachtet, dass die in der Literatur verwendeten Begriffe so eindeutig wie möglich beschrieben werden. Nur dadurch kann deutlich gemacht werden, was mit dem Fragebogen gemessen werden soll (Weiber & Mühlhaus, 2014, S. 104).

4.1.2 Beurteilung des Konstruktes (Schritt 1.2)

Die Beurteilung des Konstruktes erfolgte durch die Praxispartnerin und den Fachexperten. Im Beurteilungsbogen (siehe Anhang C), der beiden Parteien für die Bewertung präsentiert wurde, wurden die in Tabelle 3 angeführten Fragen gestellt. Nachfolgend werden ausgewählte Beispiele aus den gesammelten Antworten präsentiert. Die Antworten der involvierten Personen wurden eins zu eins übernommen und sind somit ungefiltert.

Tabelle 3

Fragen aus dem Beurteilungsbogen an die Praxispartnerin und den Fachexperten in der iterativen Stufe 1 mit ausgewählten Antworten

Frage	Antwort der Praxispartnerin	Antwort des Fachexperten
a) Was für Fragen stellen Sie sich beim Konstrukt Shared Decision Making intuitiv vor?	<i>Werden die Vorlieben von Behandlungstechniken (was sich gut anfühlt) berücksichtigt?</i>	<i>Ist es Ihnen ein Anliegen, sich an Entscheiden über ihre [osteopathische] Behandlung zu beteiligen?</i>
b) Inwiefern ist das aufgeführte Konstrukt sinnvoll für einen Gesundheitsberuf der Erstversorgung im Sinne von GesBG?	<i>Durch eine Optimierung der Faktoren, die bei einer osteopathischen Sitzung eine Rolle spielen, können unter Umständen kürzere oder weniger Behandlungen in Anspruch genommen werden, was die Krankenversicherungen wiederum entlasten würde.</i>	<i>Ich glaube, dass die oben gelieferten Definitionen sinnvoll sind für alle möglichen Gesundheitsberufe, unabhängig vom Gesetzestext.</i>
c) Inwiefern ist das aufgeführte Konstrukt sinnvoll für eine osteopathische Praxis?	<i>Der Therapeut kann sich besser auf sein Gegenüber einstellen und somit effizienter arbeiten</i>	<i>Die Definition scheint mir allgemein genug, dass sie für verschiedenste Arten der Behandlung anwendbar ist; es würde mich interessieren, ob ich mich täusche und die Osteopathin dies anders sieht.</i>
e) Konstrukt wie formuliert belassen und mit der Operationalisierung weitermachen.	Ja	Ja

Im selben Beurteilungsbogen konnten, wie bereits mit Frage a) exemplarisch dargelegt wurde, Items festgehalten werden, die der Praxispartnerin und dem Fachexperten spontan in den Sinn kamen, nachdem sie den Definitionstext gemäss Kapitel 4.1.4 durchgelesen hatten. Die Anzahl festgehaltener Items beläuft sich nach dieser Stufe auf insgesamt 31 Items. Diese Items werden im weiteren Verlauf als «augenscheinliche Items» betitelt und wurden in den Kapiteln 4.2, 4.3 und 4.4 weiterverwendet, um konkrete Items für den Fragebogen zu formulieren. Der Begriff «augenscheinlich» bedeutet, dass diese Items frei und ohne einschränkende Vorgaben des Autors formuliert werden durften.

4.1.3 Überarbeitung des Konstruktes (Schritt 1.3)

Die Beurteilung des Konstruktes gemäss Schritt 1.2 ergab keine Veränderungen, weshalb keine Anpassungen vorgenommen werden mussten.

4.1.4 Resultat der Konstruktkonzeptualisierung (Definitionstext)

Mit diesem Kapitel wird die zweite Fragestellung (‹Wie kann für das Konstrukt Shared Decision Making das gemeinsame Verständnis zwischen der Praxispartnerin und dem Fachexperten sichergestellt werden?›) beantwortet. Das Resultat aus dem Aufbau der Grobstruktur gemäss Stufe 1 ist eine verschriftlichte Definition des SDM-Konstruktes. Diese bot dem Autor das Fundament, um mit dem ersten Fragebogenentwurf gemäss Stufe 2 weiterzumachen, und wird im folgenden Abschnitt präsentiert.

Bei SDM handelt es sich um einen Bestandteil von Patient-centered Care. Es bezieht sich auf den Entscheidungsfindungsprozess, der durch die behandlungserfragende und die therapierende Person gemeinsam erfolgt. Hierbei zeichnet sich SDM dadurch aus, dass die therapierende die behandlungserfragende Person im Gespräch in die Entscheidungen einbindet. Dies soll unter Einbeziehung medizinischer, vorzugsweise evidenzbasierter Informationen, der Erfahrung und des Wissens der behandelnden Person sowie der Erfahrungen, Wünsche und Werte der behandlungserfragenden Person stattfinden (Brownlee et al., 2011, S 47; Elwyn, Edwards, Kinnersley & Grol, 2000, S. 896; Gerber et al., 2014, S 1883; Waldron et al., 2020, S 2).

Eine in der Literaturrecherche festgestellte Grundhaltung von SDM stellt die ethische Einstellung der therapierenden Personen dar. Die ethisch adäquate Haltung in der Medizinalpraktik, welche therapierende Personen in ihrem Alltag vorleben sollten, impliziert, dass sich diese dazu verpflichtet fühlen müssen, die behandlungserfragende Person zu ermutigen und zu unterstützen, aktiv am Entscheidungsprozess teilzunehmen, sowie gemeinsam die bestmögliche Behandlung zu wählen (Brownlee et al., 2011, S 2; Gerber et al., 2014, S 1883). Weiter wird mit SDM darauf abgezielt, die Autonomie der behandlungserfragenden Person zu stärken und sicherzustellen, dass die getroffenen Entscheidungen mit ihren individuellen Bedürfnissen und Präferenzen in Einklang stehen (Gerber et al., 2014, S. 1883). Es fördert somit eine partnerschaftliche Beziehung zwischen der therapierenden und der behandlungserfragenden Person, die auf Respekt, Verständnis und geteilter Verantwortung für die Gesundheitsversorgung basiert (Gerber et al., 2014, S. 1883). Die Umsetzung der Entscheidung in Bezug auf die Diagnose oder Behandlung wird demnach gemeinsam vorgenommen und kann von der ursprünglich geplanten Vorgehensweise der therapierenden Person abweichen. Zudem setzt SDM die Einigkeit beider Parteien darüber voraus, dass eine Einschätzung der Situation sowohl möglich als auch erforderlich ist und die Behandlungsoptionen partnerschaftlich entwickelt werden sollen (Charles, Gafni & Whelan, 1997, S. 682). Gemäss Waldron et al. (2020, S.2) sind bei

der partizipativen Entscheidungsfindung zwei Komponenten zentral: Vorlieben und Werte sowie der Wissensaustausch.

Die erste Teildimension von SDM bezieht sich auf die Vorlieben und Werte und beschreibt die persönlichen Präferenzen und ethischen Überzeugungen einer behandlingserfragenden Person im Zusammenhang mit ihrer Gesundheitsversorgung. Unter einer Präferenz wird die Bevorzugung einer oder mehrerer Optionen bei gleichzeitiger Vernachlässigung anderer Möglichkeiten verstanden. Um sie verbal oder nonverbal zeigen zu können, ist die Fähigkeit der behandlingserfragenden Person entscheidend, zwischen den vorhandenen Optionen zu unterscheiden. Hierfür ist es massgeblich, die verschiedenen Informationen zu verstehen (Spektrum der Wissenschaft, 2000). Im SDM-Prozess ist es essenziell, dass die therapierende Person die individuellen Vorlieben und Werte der behandlingserfragenden Person kennt. Dies ermöglicht es, Behandlungsoptionen anzubieten, die besser zu den persönlichen Überzeugungen passen. Beispielsweise können behandlingserfragende Personen eine Gesprächstherapie einer manuellen Therapie vorziehen.

Weiter geht es mit der zweiten Teildimension innerhalb des SDM-Konstruktes; der Informationsteilung. Die Informationsteilung im Kontext von SDM bezieht sich darauf, dass die therapierende Person der behandlingserfragenden Person verständliche und umfassende Informationen über ihren Gesundheitszustand und die verfügbaren Behandlungsoptionen bereitstellt. Eine offene und ehrliche Kommunikation ermöglicht es der behandlingserfragenden Person, informierte Entscheidungen zu treffen. Dies beinhaltet die Erklärung von Diagnosen, Risiken, Nutzen und Alternativen. Die Informationsteilung schafft eine gemeinsame Wissensgrundlage, auf der die behandlingserfragende und die behandelnde Person zusammenarbeiten können. Neben dem Erfordernis, genügend Zeit für eine Entscheidung zur Verfügung zu stellen, gilt es, die kommunikativen Kompetenzen der therapierenden Person zu sicherzustellen (Klemperer & Rosenwirth, 2005, S. 4).

4.1.5 Festlegung der Teildimensionen

Die Festlegung der Teildimensionen der Information und der Präferenzen sowie die Zuordnung der dazugehörigen Indikatoren wird in Abbildung 3 visuell ansprechend zusammengefasst.

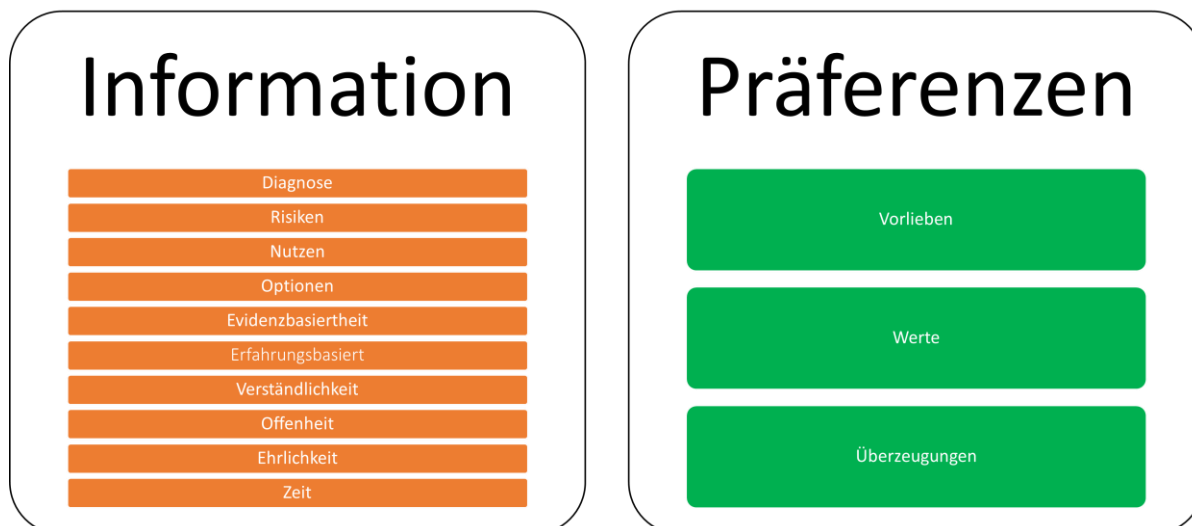


Abbildung 3. Unterteilung des SDM-Konstruktes in die Teildimensionen der Information und der Präferenzen mit den dazugehörigen Indikatoren (eigene Darstellung)

Im linken Bereich findet sich die Teildimension Information mit den entsprechenden orangenen Indikatoren. Im rechten Bereich hingegen wird die Teildimension Präferenzen mit den grünen Indikatoren aufgeführt.

Die Aufteilung in die zwei Teildimensionen *Informationen* und *Präferenzen* ergibt sich einerseits aus dem sachlogischen und offenkundigen Grundverständnis, welches beim Durchlesen des Definitionstextes aufgebaut werden kann (siehe Kapitel 4.1.4). Andererseits sagt Brownlee (2011) hierzu Folgendes: According to the AMA statement, decision aids have three core elements: clinical information, “values clarification,” and guidance to help patients make and communicate their treatment decisions“ (S. 47). In dieser Definition wird nach Weiber und Mühlhaus (2014, S. 99) von einem mehrdimensionalen Konstrukt ausgegangen. In der vorliegenden Bachelor-Thesis wurden nur zwei der drei Dimensionen übernommen, da der Autor einerseits den Umfang des Fragebogens einschränken wollte und andererseits die Bereiche der Information und der Präferenzen diejenigen Teildimensionen waren, die aus Sicht des Autors unkomplizierter operationalisiert werden können. Um die Unterteilung innerhalb dieser Teildimensionen gemäss Abbildung 3 durchführen zu können, wurden alle Wörter innerhalb des Definitionstextes (siehe Kapitel 4.1.4) dahingehend überprüft, inwiefern sie eine tragende Rolle im Konstrukt haben. Es wurde also gezählt, welche Wörter in diesem Text als Schlüsselwörter für SDM in Frage kommen konnten. Dies geschah einerseits mit dem bestehenden Wissen des Autors, das aus der Literaturrecherche gewonnen werden konnte. Darüber hinaus wurden mit ChatGPT

die Häufigkeit der Nennungen aller Wörter im Text ermittelt. Die Abfrage wurde mit dem folgenden Auftrag vorgenommen: *„Kannst du mir aus dem folgenden Text die Wörter zählen, die am häufigsten vorkommen?“*. Diejenigen Wörter, die gemäss ChatGPT am häufigsten gezählt wurden, wurden mit denjenigen verglichen, die aus der Literaturrecherche durch den Autor als relevant eingestuft wurden. Aus dieser Analyse ergab sich ein erstes Bild der Schlüsselwörter innerhalb des SDM-Konstruktes. Diese werden im Folgenden *«Indikatoren»* genannt. Sie wurden, wie im nächsten Kapitel 4.2.1 ersichtlich wird, für die Wortstammanalyse und die Bildung der Items verwendet.

4.2 Konstruktoperationalisierung

In diesem Fragebogenentwurf wurde der erste Satz an Items um- respektive neuformuliert. Als Basis hierfür wurden die augenscheinlichen Items eingesetzt, die in Stufe 1 durch die Praxispartnerin und den Fachexperten erstellt wurden. Zunächst wurde die Konstruktoperationalisierung durchgeführt. Erst danach konnten die augenscheinlichen Items um- und neuformuliert werden, welche im Anschluss der Praxispartnerin sowie dem Fachexperten zur Beurteilung präsentiert wurden. Am Ende dieser Beurteilung fand eine Überarbeitung der Items auf Basis der Inputs der involvierten Personen statt.

In dieser Stufe wurde mit 31 Items gestartet. Dabei steigerte sich diese Zahl bis auf 53 Items, die dann aber aufgrund des iterativen Prozesses auf 21 Items reduziert wurde. Der Autor hat sich in diesem Kapitel auf das bereits vorgestellte Ziel ‹Das SDM-Konstrukt soll messbar gemacht werden› gestützt.

4.2.1 Operationalisierung (Schritt 2.1)

Mit einer Operationalisierung wird ein theoretischer Begriff messbar gemacht (Flandorfer, 2023; Mayer, 2013, S. 72). Dies bedeutet, dass Items mit geeigneten Skalen kreiert werden müssen, mit deren Hilfe die partizipative Entscheidungsfindung erfasst werden kann (siehe Kapitel 4.3.5 für die Skalenbildung). Die Messbarkeit wurde einerseits ermöglicht, indem für die in Abbildung 3 vorgestellten Teildimensionen der Information und der Präferenzen passende Indikatoren definiert wurden. Weiter wurde eine Wortstammanalyse durchgeführt, mit der die zuvor erstellten Indikatoren verglichen werden konnten. Dieses eigens für diese Bachelor-Thesis erstellte Vorgehen war notwendig, weil in der einschlägigen Fachliteratur keine etablierten Messinstrumente zum Konstrukt gefunden werden konnten, mit denen eine standardisierte Operationalisierung möglich gewesen wäre. Weiber und Mühlhaus (2014, S. 105) empfehlen eine eigene Operationalisierung tatsächlich auch nur dann, wenn keine geeigneten Skalen und Messinstrumente vorliegen. Die vorgenommenen Schritte werden in den nachfolgenden Kapiteln detailliert erläutert und begründet.

1. Durchführung der Wortstammanalyse
 - ermöglicht mit ChatGPT und Duden; für die Bestimmung der Indikatorenausprägungen notwendig
2. Bestimmung der Indikatorenausprägungen
 - entstanden aus der Wortstammanalyse; für die Beurteilung der augenscheinlichen sowie die Bildung neuer Items notwendig

3. Übernahme augenscheinlicher Items sowie Bildung neuer Items

- o ermöglicht durch die zuvor definierten Indikatorenausprägungen; für die Aufnahme respektive den Ausschluss der augenscheinlichen Items sowie die Formulierung neuer Items im ersten Fragebogenentwurf notwendig

4.2.1.1 Durchführung der Wortstammanalyse

Damit die sachlogische Verbindung zwischen den augenscheinlichen Items und den Indikatoren überprüft werden konnte, musste zuerst eine Wortstammanalyse erfolgen. Durch diese wurde es möglich, den Indikatoren zahlreiche Bedeutungsfacetten zu verleihen. So wurden für den Indikator *Vorlieben* verschiedenartige Ausprägungen und sinngleiche Wörter wie *Neigung*, *Interessen* oder *Bevorzugung* bestimmt. Auf diese Weise konnte den einzelnen augenscheinlichen Items eine breite Palette von Nomen, Verben und Synonymen gegenübergestellt werden. Die Durchführung der Wortstammanalyse war deshalb notwendig, weil

1. der Autor überprüfen wollte, ob sich die Indikatoren aus dem Definitionstext in den augenscheinlichen Items widerspiegeln, und
2. dadurch eine objektivierbare Methode zur Beurteilung der augenscheinlichen Items erstellt wurde.

Um das Verständnis der Lesenden zu fördern, werden in den Abbildung 4 und Abbildung 5 zwei beispielhafte Ausschnitte aufgezeigt: ein Abschnitt, der sich auf die Teildimension der Präferenzen bezieht, und ein anderer, der die Teildimension der Informationen betrifft. Hierbei wurden die Indikatoren *Vorlieben* respektive *Diagnose* herausgesucht.

Teildimension: Präferenzen					
Indikator	Wortstammanalyse		Sinnvolle Wortvariationen => Differenzierung der Indikatoren		
Begriff	ChatGPT	Duden	Überführung in Nomen	Überführung in Verben	Ergänzungen aus Itemvorschläge oder Synonyme
Vorlieben	Zusammen bedeutet "Vorliebe" also eine Neigung oder Präferenz für etwas, das bereits im Voraus besteht. Es bezieht sich auf eine positive oder bevorzugte Einstellung gegenüber einer Sache, einer Aktivität oder einer Person. Eine Vorliebe drückt eine persönliche Präferenz aus, die auf individuellen Interessen , Geschmack oder Erfahrungen basiert.	besonderes Interesse; ausgeprägte Neigung	Vorliebe der Patienten, Neigung der Patienten, Interessen der Patienten, Präferenzen der Patienten, Bevorzugung des Patienten	Patienten bevorzugen Patienten neigen zu Patienten präferieren	-

Abbildung 4. Beispiel der Wortstammanalyse und Ableitung des Indikators Vorlieben innerhalb der Teildimension Präferenzen

Teildimension: Information					
Indikator	Wortstammanalyse		Sinnvolle Wortvariationen => Differenzierung der Indikatoren		
Begriff	ChatGPT	Duden	Überführung in Nomen	Überführung in Verben	Ergänzungen aus Itemvorschläge oder Synonyme
Diagnose	Der Wortstamm "Diagnose" stammt aus dem Griechischen und setzt sich aus den Wörtern "dia" (durch) und "gnosis" (Erkenntnis) zusammen. Zusammen bedeutet "Diagnose" also wörtlich "durch Erkenntnis". In medizinischem Kontext bezieht sich die Diagnose auf die Identifizierung einer Krankheit oder eines Gesundheitszustands anhand von Symptomen, Tests und anderen Untersuchungsmethoden. Es ist ein wichtiger Schritt, um angemessene Behandlungspläne zu entwickeln und die Gesundheit des Patienten zu verbessern.	Feststellung Bestimmung einer körperlichen oder psychischen Krankheit (durch den Arzt)	Diagnose erstellen, Feststellung einer Beschwerde, Bestimmung eines Leidens, Identifizierung der Schwachstelle	diagnostizieren der Problems, feststellen eines Leidens, bestimmen der Ursache, Schwachstelle identifizieren	Untersuchung(sbefund) , Krankheit(sbefund) , Beschwerdebild

Abbildung 5. Beispiel der Wortstammanalyse und Ableitung des Indikators Diagnose innerhalb der Teildimension Information

In der ersten Spalte der Abbildung 4 und Abbildung 5 ist der Indikator aufgeführt. In der zweiten und dritten Spalte sind die Texte abgebildet, die aus den Abfragen im Duden und auf ChatGPT herausgegeben wurden. Auf der Duden-Webseite wurden die Indikatoren gemäss Abbildung 3 gesucht. Die Inhalte aus der Rubrik *Bedeutungen* wurden anschliessend in die entsprechende Spalte übertragen. Auf ChatGPT wurden auch die Indikatoren gemäss Abbildung 3 gesucht, diesmal mit der beispielhaften Abfrage <Wortstamm Vorlieben/Diagnose>. Diese Abfragen wurden für jeden Indikator getätigt. Daraus wurden Nomen, Verben und Adjektive abgeleitet, die entweder einen sinngemässen oder einen direkten Bezug zu den Indikatoren haben.

4.2.1.2 Differenzierung der Indikatoren

In der vierten, fünften und sechsten Spalte der Abbildung 4 und Abbildung 5 sind die aus der Wortstammanalyse abgeleiteten Nomen, Verben und Adjektive enthalten, die für den weiteren Verlauf als Ausprägungen der Indikatoren zu verstehen sind. Diese feinen Differenzierungen leiten sich aus der Wortstammanalyse ab, welche sich wiederum auf den Definitionstext stützt. Dies bedeutet, dass sich die Indikatoren stark auf das SDM-Konstrukt stützen. Die Bestimmung der Indikatorenausprägungen war für die Beurteilung der augenscheinlichen Items bedeutsam und wird in Kapitel 4.2.1.3 vertieft.

4.2.1.3 Übernahme der augenscheinlichen Items in den ersten Entwurf

Es wurde erklärt, wie die Wortstammanalysen durchgeführt und wie die Indikatoren respektive die Indikatorenausprägungen bestimmt wurden. Nachfolgend sollen die Indikatorenausprägungen aus dieser Analyse den augenscheinlichen Items gegenübergestellt werden. Items, die keine Ausprägungen oder keinen Bezug zum Definitionstext haben, wurden nicht weiter berücksichtigt. Ein Beispiel in Abbildung 6 aus der Teildimension *Präferenzen* ermöglicht es, den Ablauf umfassender zu verstehen.

Teildimension Präferenzen			
Item-Nr.	Augenscheinliches Item	Verbindung Indikator-Ausprägung	Übernahme
PP2	Werden die Vorlieben von Behandlungstechniken (was sich gut anfühlt) berücksichtigt? (Skala?)	Vorlieben	x
PP3	Werden die eigenen Ängste (vom Patienten/von der Patientin) (genug) berücksichtigt während einer Behandlung (zB keine schnellen ruckartigen Techniken anzuwenden)? (Skala 1-10?)		

Abbildung 6. Beispiele für die Übernahme der augenscheinlichen Items anhand der Teildimension *Präferenzen*

In der Abbildung 6 wird ersichtlich, wie die augenscheinlichen Items mit den Indikatoren-Ausprägungen verglichen wurden. Beispielsweise ist zu sehen, dass im Item *PP2*, welches von der Praxispartnerin formuliert wurde, mindestens eine Ausprägung, nämlich *Vorlieben*, vorkommt. Beim Item *PP3* zeigt sich hingegen, dass weder eine Ausprägung vorliegt noch ein Bezug zum Definitionstext gemäss Kapitel 4.1.4 hergestellt wird. Nach diesem Verfahren wurde mit jedem augenscheinlichen Item vorgegangen, bis von den ursprünglich 31 Items nur noch 16 übrig waren. Folgende Kriterien wurden eingesetzt, um den Vergleich durchzuführen:

- Vorhandensein eines Bezugs zu den Indikatoren/einer Indikatoren-Ausprägung (Aufnahme in den nächsten Fragebogenentwurf: ja)
- Vorhandensein von Antonymen der Indikatoren/einer Indikatoren-Ausprägung (Aufnahme in den nächsten Fragebogenentwurf: ja)
- Vorhandensein von übergeordneten/anderen Dimensionen (Aufnahme in den nächsten Fragebogenentwurf: nein)
- fehlender Bezug zu den Teildimensionen/fehlende Indikatoren (Aufnahme in den nächsten Fragebogenentwurf: nein)

4.2.2 Itemrevision (Schritt 2.2)

Nach der Durchführung der Wortstammanalyse sowie der Bestimmung der Indikatoren konnten die augenscheinlichen Items in der vorliegenden Form noch nicht in den ersten Fragebogenentwurf übernommen werden, da sie zuerst mit bestimmten Kriterien in Einklang gebracht werden mussten. Diese wurden durch den Autor im Rahmen seiner Forschung definiert. Die Umformulierung fand entsprechend den nachfolgend aufgeführten Beurteilungskriterien statt.

1. Die Formulierung des Items muss immer gleich beginnen.
I.d.R. wurde die Formulierung der Items ab diesem Fragebogenentwurf immer mit den Wörtern *Meine Osteopathin und ich...* begonnen.
Begründung: Anlehnung an bestehende Fragebogen gemäss Kapitel 1.3.
2. Die Items müssen in derselben Zeitform formuliert sein.
Begründet wird dies mit der einfacheren Lesbarkeit (eigene Interpretation). Alle Items wurden im Perfekt formuliert.
3. Die Items müssen als Feststellungen und nicht als Fragen formuliert sein.

In den PREM-Fragebogen wird nicht erfragt, was sich die behandlungserfragenden Personen wünschen. Stattdessen werden Erfahrungen erhoben (Boywitt & Bungard, 2017, S. 61). Mit Erfahrung ist gemeint, inwiefern ein Behandlungsaspekt wie z.B. dem Erfragen der persönlichen Präferenzen der behandlungserfragenden Person durch die therapierende Person eingehalten wurde.

4. Die Items müssen Ich-bezogen formuliert sein.

Begründet wird dies ebenfalls mit der einfacheren Lesbarkeit (eigene Interpretation).

Um das Verständnis der Lesenden zu fördern, wird eine beispielhafte Formulierung eines augenscheinlichen Items aufgezeigt. Hierbei wird deutlich, dass alle vier Beurteilungskriterien nicht erfüllt wurden.

- Formulierung der Praxispartnerin:
 - o „Werden die Vorlieben von Behandlungstechniken (was sich gut anfühlt) berücksichtigt? (Skala?)“ (Sitaras,2024).
- Umformulierung des Autors:
 - o *Meine Osteopathin und ich haben meine Vorlieben bezüglich Behandlungstechniken gemeinsam vorgängig festgelegt.*
 - o Mit diesem Wortlaut floss das Item in den ersten Fragebogenentwurf ein.

Nach diesem Verfahren wurde bei allen 16 augenscheinlichen Items vorgegangen. Der Autor hat zusätzlich 37 Items erstellt, mit denen weitere Dimensionen berücksichtigt oder andere Facetten eines bestehenden Items beleuchtet werden sollten. Die Datei, in der alle 53 Items enthalten sind, ist in Anhang D beigefügt. Diese Items wurden für die Beurteilung durch die Praxispartnerin und den Fachexperten eingesetzt. Die Erkenntnisse daraus sind in Kapitel 4.2.3 enthalten.

4.2.3 Beurteilung der Items (Schritt 2.3)

Die Beurteilung der Items erfolgte durch die Praxispartnerin und den Fachexperten. Der Beurteilungsbogen (siehe Anhang D), der beiden Parteien innerhalb des ersten Fragebogenentwurfes zugesendet wurde, enthielt die in Tabelle 4 enthaltenen Fragen. Dabei ist zu beachten, dass diese Beurteilungen nacheinander erfolgt sind. Das bedeutet, dass die Bewertung zuerst durch die Praxispartnerin und anschliessend durch den Fachexperten abgegeben wurde. Falls eine Änderung durch die Praxispartnerin vorgenommen und durch den Autor übernommen wurde, so erhielt der Fachexperte die umformulierte Version des Items. Des Weiteren muss betont werden, dass nicht jedes Item

nach allen in Tabelle 4 gestellten Fragen beurteilt werden musste, da der Beurteilungsbogen sonst für die Beteiligten zu lang und nicht mehr zumutbar geworden wäre. Mit dem Beispiel zu Item 2.5 in Tabelle 4 wird deutlich, wie diese iterative Stufe durchgeführt wurde.

Tabelle 4

Fragen aus dem Beurteilungsbogen, die der Praxispartnerin und dem Fachexperten in der iterativen Stufe 2 gestellt wurden, mit ausgewählten Antworten.

Frage	Antwort der Praxispartnerin	Antwort des Fachexperten
<i>Item 2.5: Meine Osteopathin und ich haben meine Vorlieben bezüglich Behandlungstechniken gemeinsam vorgängig festgelegt.</i>		
a) Wie schätzen Sie die Zumutbarkeit der Items aus Sicht der Praxispartnerin ein, wenn man bedenkt, dass die Erhebung eine neue Situation für sie darstellt?		<i>für dieses Item nicht erfragt</i>
b) Erfragen die Items das Erleben im Versorgungsprozess ab?	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
c) Erfragen die Items die zentralen Aspekte gemäss der Definition zum Konstrukt Shared Decision Making ab?	<i>Ja, auf jeden Fall!</i>	<i>Ja</i>
d) Item beibehalten?	<i>Ja</i>	<i>Ja</i> Achtung: Die Formulierung stimmt so nicht. Vorlieben werden nicht gemeinsam festgelegt, sondern gemeinsam diskutiert und festgehalten.

4.2.4 Itemrevision (Schritt 2.4)

Die Überarbeitung aller Items erfolgte nach den Rückmeldungen der involvierten Personen gemäss den untenstehenden Kriterien.

1. Meinung der Praxispartnerin

Wenn die Praxispartnerin in ihrer Beurteilung *Super Item* (oder ähnliche positive Anmerkungen machte, wurde das Item in der Auswahl belassen, auch wenn der Fachexperte anderer Meinung war.

2. Bezug zum Wortstamm

Blieb bei einem Gegenvorschlag ein Indikator aus der Wortstammanalyse enthalten, so wurde der Vorschlag übernommen.

3. doppelte Items

Wenn zwei verschiedene Items, welche ähnliche Indikatorausprägungen enthielten, durch die Praxispartnerin in beiden Fällen als positiv taxiert wurden, wurde es nach einem negativen Input des Fachexperten trotzdem gestrichen. Einerseits ergab sich diese Dezimierung aus dem iterativen Prozess, andererseits sollte dadurch bei den Testpersonen eine Überforderung vermieden werden, da sie sich ggf. nicht entscheiden können, wenn ein Item ähnlich klingt (Eigene Interpretation).

4. Bezug zu SDM

Bei bestimmten Items wurde erfragt, ob sie einen Aspekt von SDM betreffen. Wenn die Praxispartnerin und der Fachexperte beide angaben, dass dies nicht der Fall ist, so wurde das Item gelöscht.

5. offensichtliche Fehler

Wurden offensichtliche Fehler in den Items erkannt, so wurden die erhaltenen Vorschläge übernommen.

Im untenstehenden Beispiel wird erneut das Item aufgegriffen, das bereits in Tabelle 4 präsentiert und aufgrund des Inputs des Fachexperten umformuliert wurde. Dabei hatte bei der Beurteilung durch den Autor das Kriterium 5 (*Offensichtliche Fehler*) die offenkundigste Berechtigung:

- *Item 2.5 (ursprünglich): Meine Osteopathin und ich haben meine Vorlieben bezüglich der Behandlungstechniken gemeinsam vorgängig festgelegt.*
- *Item 2.5 (neu): Meine Osteopathin und ich haben meine Vorlieben bezüglich der Behandlungstechniken gemeinsam vorgängig **besprochen**.*

Im oberen Beispiel wird ersichtlich, dass Vorlieben nicht festgelegt, sondern vielmehr besprochen werden. Nach diesem Verfahren wurde bei allen 21 Items vorgegangen. Eine Übersicht aller Anpassungen und Rückmeldungen kann aus Anhang A entnommen werden.

4.2.5 Resultat der Konstruktoperationalisierung

In diesem Kapitel wird die erste Fragestellung (‹Welche Items eignen sich für das gewählte Konstrukt?›) beantwortet. Dabei stellt sich das Resultat aus dem ersten Fragebogenentwurf gemäss Stufe 2 aus 21 Items zusammen, welche verwendet wurden, um mit dem zweiten Fragebogenentwurf gemäss Stufe 3 weiterzumachen (siehe Kapitel 4.3). Bei jedem Item wird in Klammern zudem der jeweilige Indikator angegeben.

1. Wie möchten Sie Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung treffen?
2. Meine Osteopathin und ich haben meine Vorlieben rund um die Behandlung gemeinsam besprochen. (Vorlieben)
3. Meine Grundanliegen wurden bei der Behandlung berücksichtigt. (Überzeugungen)
4. Meine Osteopathin und ich haben meine Vorlieben bezüglich Behandlungstechniken gemeinsam vorgängig besprochen. (Vorlieben)
5. Meine Osteopathin und ich haben vorgängig abgesprochen, ob ich bei der Behandlung mehr Gewicht auf das Gespräch oder auf die Untersuchung legen möchte. (Vorlieben)
6. Meine Osteopathin und ich haben vorgängig abgesprochen, ob ich mir eine manuelle Behandlung wünsche (gezielte Handgriffe auf meinen Körper). (Vorlieben)
7. Meine Osteopathin und ich haben die Behandlungsdauer der einzelnen Sitzungen gemeinsam vorgängig besprochen. (Zeit)
8. Meine Osteopathin und ich haben meine bevorzugte Behandlungsposition (z. B. sitzend, liegend) gemeinsam vorgängig besprochen. (Vorlieben)
9. Meine Osteopathin und ich haben meine Schmerzempfindlichkeit vorgängig gemeinsam festgelegt. (Vorlieben)
10. Meine Osteopathin und ich haben einen gemeinsamen Behandlungsplan erstellt. (Vorlieben)
11. Meine Osteopathin und ich haben uns darauf geeinigt, die Behandlung einzustellen, sobald die Beschwerden weg sind. (Vorlieben)
12. Meine Osteopathin und ich konnten die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen gemeinsam besprechen. (Optionen)
13. Meine Osteopathin hat ihre Informationen mit Befunden aus aktuellen Studien untermalt. (Evidenzbasiertheit)
14. Ich habe die Informationen meiner Osteopathin verstanden. (Verständlichkeit)
15. Meine Osteopathin ist mir mit Offenheit begegnet. (Offenheit)
16. Meine Osteopathin war aufrichtig. (Ehrlichkeit)
17. Meine Osteopathin hat sich genügend Zeit für mich genommen. (Zeit)

18. Meine Osteopathin ist auf meine Probleme eingegangen. (Diagnose)
19. Meine Osteopathin hat mir zugehört. (Zeit)
20. Meine Osteopathin hat den Behandlungsvorgang verständlich erklärt.
(Verständlichkeit)
21. Meine Osteopathin hat mich über allfällige Schmerzen nach der Osteopathiebehandlung informiert. (Schmerzen)

Lediglich das erste Item (‹Wie möchten Sie Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung treffen?›) wurde als Frage formuliert. Dies erfolgte auf Empfehlung des Fachexperten, da es aus seiner Sicht aufschlussreich ist, zu sehen, inwiefern die Patientinnen und Patienten der Osteopathiepraxis eine gemeinsame Entscheidungsfindung in Betracht ziehen.

4.3 Erste Datenerhebung: kognitive Pretests

In diesem Fragebogenentwurf wurden die zuvor erstellten Items einer ersten, qualitativen Datenerhebung unterzogen. Hierfür wurden mit sechs Testpersonen kognitive Pretests durchgeführt. Als Basis für diese Datenerhebung wurden diejenigen Items eingesetzt, welche in der Stufe 2 der Konstruktooperationalisierung durch den Autor überarbeitet wurden. Zuerst wird in Kapitel 4.3.1 die Stichprobe beschrieben. Danach erfolgt in Kapitel 4.3.2 die Erklärung des Ablaufs der kognitiven Pretests. Anschliessend werden in Kapitel 4.3.7 die Erkenntnisse präsentiert.

In dieser Stufe wurde mit 21 Items gestartet. Dabei sank diese Zahl aufgrund der kognitiven Pretests auf 9 Items. Der Autor hat sich in diesem Kapitel auf das bereits vorgestellte Ziel «Es soll geklärt werden, wie potenzielle Nutzende die formulierten Items interpretieren.» gestützt.

4.3.1 Stichprobe für die kognitiven Pretests

Nach Lenzner, Neuert und Otto (2015, S. 2) ist für die Durchführung von kognitiven Pretests eine Stichprobengrösse zwischen fünf und 30 Testpersonen anzuraten. An dieser Empfehlung hat sich der Autor beim Arbeitsschritt 4.3.2 orientiert. Entsprechend wurden sechs Testpersonen rekrutiert. Die Stichprobe umfasste vier Personen aus dem Umfeld des Autors und zwei Personen aus der Praxis der Praxispartnerin. Kontaktiert wurden sie in beiden Fällen mittels einer standardisierten E-Mail, in der vorgegebene Daten und Zeitfenster ausgewählt werden konnten. Auf Empfehlung des Fachexperten wurde die Hälfte der Stichprobe aus Personen zusammengestellt, die bereits mindestens drei Sitzungen in einer osteopathischen Praxis absolviert hatten. Infolgedessen wurde den restlichen drei Personen das Attribut *therapiefremde Testpersonen* zugeteilt. Durch dieses Vorgehen ergab sich eine Klumpenauswahl, indem die Grundgesamtheit in Teilgruppen aufgeteilt wurde (Mayer, 2013, S. 63). In Tabelle 5 ist die Zusammensetzung der Stichprobe mit den Werten zum Alter und Geschlecht dargestellt.

Tabelle 5

Stichprobenbeschreibung für die Durchführung der sechs kognitiven Pretests.

Testperson	Alter	Geschlecht	Erfahrung mit Osteopathie	Teilnahme
1	34	m	ja*	online
2	60	m	nein	vor Ort
3	37	w	ja	vor Ort
4	26	w	nein	online
5	33	w	nein	vor Ort
6	37	m	ja*	vor Ort

Die Testpersonen 1 und 6 sind Patienten der Praxispartnerin. Wie im weiteren Verlauf der Bachelor-Thesis ersichtlich wird, spielen demografische Daten im Fragebogen anschliessend keine Rolle mehr. Dies wurde bewusst so entschieden, um die absolute Anonymität der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

4.3.2 Kognitive Pretests (Schritt 3.1)

Mit einem kognitiven Pretest soll beurteilt werden, welche Gedanken die Testpersonen beim Lesen und Interpretieren der Items haben (Scholl, 2018, S. 205). Ziel ist es, missverständliche Formulierungen in den Items zu erkennen. Zunächst wird ein Überblick der verfügbaren Methoden geschaffen, die für die Durchführung eines kognitiven Pretests herangezogen werden können. Danach wird begründet, welche dieser Ansätze gewählt und wie sie eingesetzt wurden.

Gängige kognitive Pretest-Methoden sind nach Lenzner, Neuert und Otto (2015) sowie Scholl (2018) die folgenden:

- lautes Denken (Thinking aloud)
- Paraphrasierung (Paraphrasing)
- Verlässlichkeitseinschätzung (Confidence-Rating)
- Nachhaken (Probing)
- Sortierverfahren (Sorting)

Lautes Denken. Mit der Thinking-aloud-Methode ist es möglich, einen qualitativen Zugang zu den Denk- und Problemlösevorgängen der Testpersonen während oder nach der Beantwortung von bestimmten Fragen zu erschliessen (Nielsen, 1993, S. 195; Someren, Barnard & Sandberg, 1994, S. 26). Die Teilnehmenden geben dabei ihre Gedanken in mündlicher Form wieder. Durch diese Methode werden Rückschlüsse zu den Items im Fragebogen und nicht zur kognitiven Fähigkeit der Testperson getätigt (Someren et al., 1994, S. 26).

Paraphrasierung. Bei der Methode der Paraphrasierung wird die Testperson gebeten, das dargebotene Item in eigenen Worten wiederzugeben. Dadurch soll herausgefunden werden, ob die Person das Item verstanden hat. Diese Methode eignet sich nicht für kurz formulierte Items, da ansonsten die Gefahr eingegangen wird, eine Wiedergabe des Items aufgrund der Erinnerungsleistung und nicht zwingend aufgrund des Itemverständnisses zu erheben (Lenzner et al., 2015; Scholl, 2018, S. 4).

Verlässlichkeitseinschätzung. Bei der Verlässlichkeitseinschätzung beurteilt die Testperson die Antworten, die sie bei den gestellten Fragen angewählt hat. Sollte sie im Nachgang unsicher über die eigene Antwort sein, so gilt es, durch gezielte Fragen herauszufinden, weshalb dies so ist (Lenzner et al., 2015, S. 4).

Nachhaken. Beim Nachhaken stellt die Testleitung Verständnisfragen zu den gegebenen Antworten, den Fragen oder den einzelnen Textbausteinen. Das Ziel ist es, zusätzliche Informationen aus der Sicht der Testperson zu gewinnen. Diese Methode kann in die nachfolgenden Kategorien eingeteilt werden (Lenzner et al., 2015, S. 3).

- Comprehension-Probing: Hier wird gefragt, was die Testperson bei den gelesenen Fragen verstehen.
- Category-Selection-Probing: Es wird gefragt, weshalb eine bestimmte Skala zur Beantwortung verwendet wurde.
- Information-Retrieval-Probing: Hier soll herausgefunden werden, wie sich die Testperson an die Informationen zurückerinnert hat, die notwendig waren, um die Frage zu beantworten.
- General/Elaborative Probing: Die Testperson wird gebeten, ihre Antwort zu erläutern.

Sortierverfahren. Beim Sortierverfahren werden Testpersonen gebeten, die vorgelegten Fragen zu übergeordneten Kategorien zusammenzuführen. Diese werden entweder von der Testleitung vorgegeben oder von der Testperson gebildet (Someren et al., 1994, S. 4).

Um die kognitiven Tests dieser Bachelor-Thesis durchzuführen, wurden die Methoden des Nachhakens und des Sortierverfahrens herangezogen. Da es bei ersterem Ansatz das Hauptziel ist, mehr über die Verständlichkeit der Items zu erfahren, wurden ausschliesslich Fragen gestellt, mit denen das Verständnis der Testperson ermittelt werden sollte (Comprehension-Probing). Im Folgenden wird beschrieben, wie die gewählten Methoden umgesetzt wurden.

4.3.2.1 Durchführung der kognitiven Pretests

Für die Durchführung der kognitiven Pretests, wurden folgende Hilfsmittel verwendet:

- Einverständniserklärung (Dokument 1, für Testperson, siehe Anhang F)
- Interviewleitfaden (Dokument 2, für Autor, siehe Anhang G)
- PowerPoint-Präsentation (Dokument 3, für Testperson)
- Laptop mit 14-Zoll-Bildschirmdiagonale und Touchscreen (für Autor)
- Zusatzbildschirm mit 14-Zoll-Bildschirmdiagonale ohne Touchscreen (für Testperson*)
- zwei Mäuse (für beide*)
- ein Tisch (für beide*)
- zwei Stühle (für beide*)

Die Durchführung der kognitiven Pretests fand in zwei verschiedenen Settings statt (siehe Kapitel 4.3.1). Vier Testpersonen absolvierten den Test in eigens eingerichteten Räumlichkeiten. Die dafür vorgesehenen Hilfsmittel sind mit einem Stern gekennzeichnet. Die restlichen zwei Testpersonen nahmen online am kognitiven Pretest teil. Das Setting für die Vor-Ort-Pretests wird in Abbildung 7 illustriert.

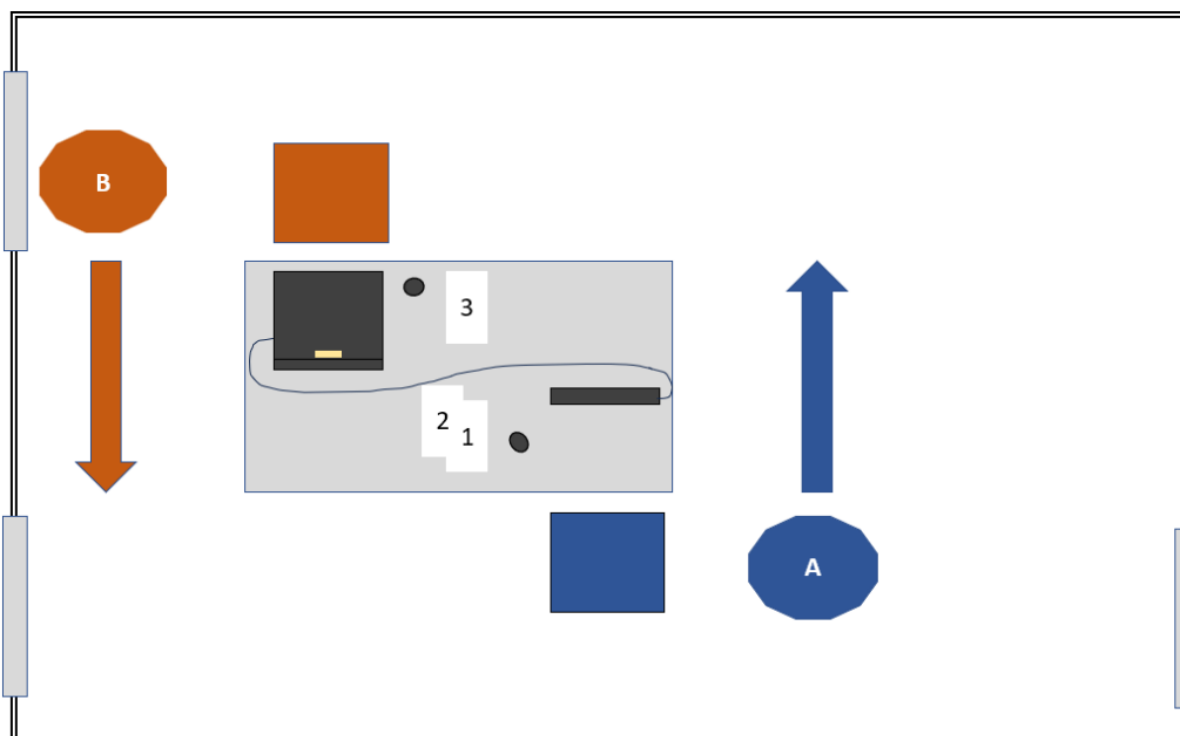


Abbildung 7. Skizze des Settings während der Vor-Ort-Pretests (eigene Darstellung)

Um einen direkten Blickkontakt mit der Testperson zu vermeiden, wurde eine versetzte Sitzanordnung angestrebt. Dadurch konnte der Austausch zwar aus einer

angenehmen Distanz gehalten werden, ein direkter Augenkontakt während der Durchführung der Aufgaben wurde jedoch weitestgehend vermieden. An Arbeitsplatz A (Testperson, blau) befanden sich ein Bildschirm sowie eine Maus. Dieser Bildschirm war mit dem Laptop am Arbeitsplatz B (Autor, orange) verbunden. Dadurch war der Autor stets in der Lage, das Geschehen auf dem Laptop zu verfolgen, ohne sich dabei in unmittelbarer Nähe zur Testperson befinden zu müssen. Die Dokumente 2 (PowerPoint-Präsentation) und 3 (Interviewleitfaden) sind nur zur Illustration in Abbildung 7 aufgeführt. Sie wurden ausschliesslich in digitaler Form verwendet und werden in den Kapiteln 4.3.2.2 und 4.3.2.3 detailliert beschrieben.

4.3.2.2 Leitfadeninterview

Der Interviewleitfaden wurde erstellt, um die kognitiven Pretests in strukturierter Weise durchführen zu können. Dadurch konnte gewährleistet werden, dass die gestellten Fragen bei allen Testpersonen gleich ausfielen. Dies hatte wiederum zum Ziel, die Vergleichbarkeit zwischen den Antworten zu erhöhen (Kruse, 2015, S. 224). Die im Leitfaden enthaltenen Fragen dienten sowohl der Erfassung inhaltlicher Aspekte, beispielsweise der subjektiven Definition der Teildimension *Präferenzen* mit der Frage «Was verstehst du unter Präferenzen im Kontext einer Behandlung?», als auch dem konkreten Nachfragen mit der Frage «Weshalb hast du das Item x als positiv bewertet?» (Kruse, 2015, S. 215). Sowohl nach dem Sortierverfahren als auch nach dem Nachhaken wurden geschlossene und offene Fragen gestellt. Wie diese Verfahren umgesetzt wurden, wird in Kapitel 4.3.2.3 aufgezeigt. Damit die Testpersonen die Fragen in Ruhe durchlesen konnten, wurde der Leitfaden auf dem Bildschirm der Teilnehmenden eingeblendet. Der gesamte Leitfaden kann Anhang G entnommen werden.

4.3.2.3 Resultate aus den kognitiven Pretests

In diesem Kapitel wird die dritte Fragestellung («Wie interpretieren Testpersonen die erstellten Items?») beantwortet. Die kognitiven Pretests wurden mithilfe von PowerPoint durchgeführt. Dies erlaubte die Strukturierung, die Erklärungen sowie die Durchführung der kognitiven Pretests mit demselben Tool. Der Autor hat sich für dieses Programm entschieden, da es kostenlos und unkompliziert in der Anwendung ist. Zudem ermöglichte es eine einfache sowie interaktive Gestaltung der Pretests – auch für die Testpersonen, die online daran teilnahmen. Die kognitiven Pretests beinhalteten die Schritte des Zuordnungsspiels bzw. des Sortings, der Interpretation bzw. des Probings und der Nomination. Diese werden im vorliegenden Kapitel detailliert vorgestellt. Vor jeder spielerischen Darbietung wurde eine kurze mündliche Erklärung gegeben. Nachdem die Testperson mit dem jeweiligen Spiel fertig war, wurden die Fragen gemäss dem Interviewleitfaden gestellt.

Inhalt des Zuordnungsspiels. Im Zuordnungsspiel gemäss Abbildung 8 mussten die Testpersonen 14 der 20 Items den Kategorien *Informationen*, *Präferenzen* und *Weiss nicht* zuordnen.

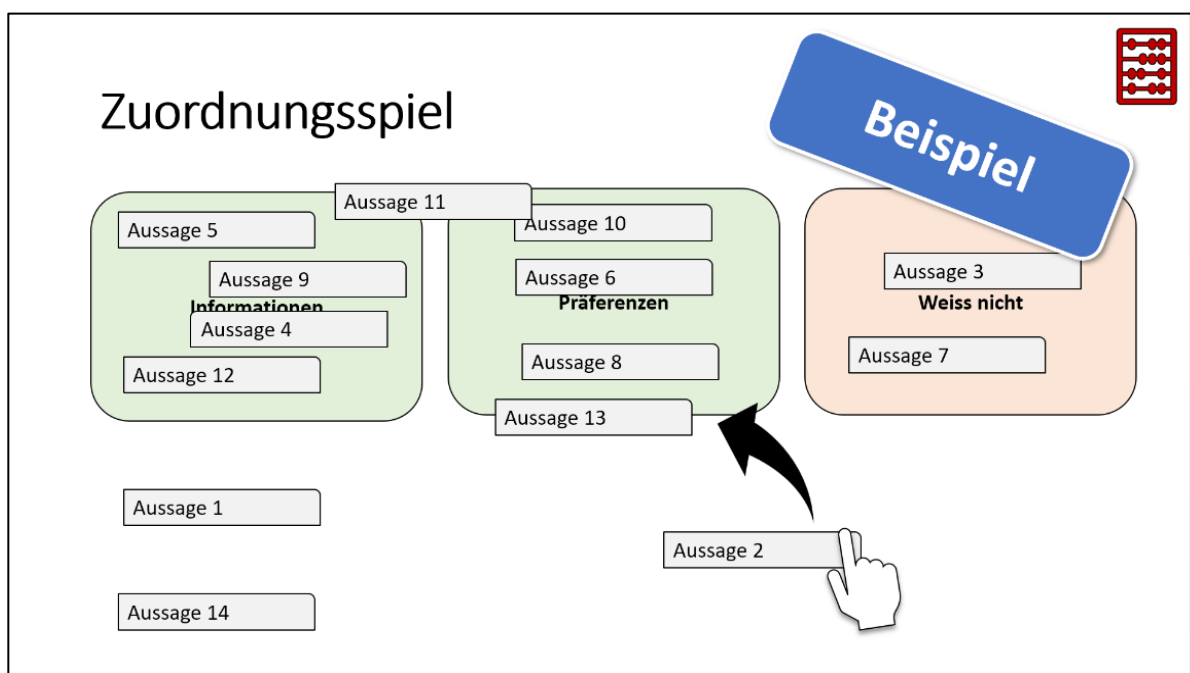


Abbildung 8. PowerPoint-Folie zur Illustration des Zuordnungsspiels

Das Ziel dieses Zuordnungsspiels war es, zu überprüfen, ob die Items durch die Testpersonen den vom Autor intendierten Teildimensionen zugeordnet wurden (Lenzner et al., 2015, S. 4). Das Item *Wie möchten Sie Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung treffen?* wurde absichtlich nicht getestet, da es aus Sicht des Autors zu abstrakt für Personen ohne Erfahrung in einer osteopathischen Behandlung gewesen wäre. Da sich bei der Vorbereitung des kognitiven Pretests herausstellte, dass 20 Items pro Testperson zu viel waren, wurde entschieden, nur 14 Items pro Test zu präsentieren. Vorteilhaft dabei war jedoch, dass nicht jede Testperson den gleichen Itemsatz erhielt. Das bedeutet, dass alle 20 Items mindestens einmal präsentiert wurden, wobei acht Items allen Testpersonen gezeigt wurden. Die Teilnehmenden konnten die Items mittels Drag-and-drop den vordefinierten Gruppen *Information*, *Präferenzen* und *Weiss nicht* zuordnen.

Erkenntnisse aus dem Zuordnungsspiel. Anhand von Abbildung 9 soll ein klares Bild der Zuordnungen gegeben werden. In dieser Aufgabe haben mehrere Testpersonen die Items deutlich anders als vom Autor vorgesehen kategorisiert.

In den Spalten in Abbildung 9 sind die Testpersonen aufgeführt. In den Zeilen sind die Items ersichtlich. Die fett markierte Umrandung zeigt auf, welche Items allen Testpersonen präsentiert wurden. In den Zellen innerhalb der Spalten *TP01* bis *TP06* wurde ein *P* eingesetzt, wenn die Person das Item der Gruppe *Präferenzen* zugeordnet hat.

Hingegen wurde ein *I* eingefügt, wenn dieselbe Person das Item in die Kategorie *Information* eingeordnet hat.

Nr. Item	Item	TP1	TP2	TP3	TP4	TP5	TP6
1	Wie möchten Sie Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung treffen?						
2	Meine Osteopathin und ich haben meine Vorlieben rund um die Behandlung gemeinsam besprochen.	P					
3	Meine Grundanliegen wurden bei der Behandlung berücksichtigt.	P					
4	Meine Osteopathin und ich haben meine Vorlieben bezüglich Behandlungstechniken gemeinsam vorgängig besprochen.	P	I				
5	Meine Osteopathin und ich haben vorgängig abgesprochen, ob ich bei der Behandlung mehr Gewicht auf das Gespräch oder auf die Untersuchung legen möchte.	P	I	I			
6	Meine Osteopathin und ich haben vorgängig abgesprochen, ob ich mit einer manuellen Behandlung wünsche (gezielte Handgriffe auf meinen Körper).	P	I	K			P
7	Meine Osteopathin und ich haben die Behandlungsdauer der einzelnen Sitzungen gemeinsam vorgängig besprochen.	I	I	I	I	I	I
8	Meine Osteopathin und ich haben meine bevorzugte Behandlungsposition (z.B. sitzend, liegend) gemeinsam vorgängig besprochen.	P	I	I	P	I	P
9	Meine Osteopathin und ich haben meine Schmerzempfindlichkeit vorgängig gemeinsam festgelegt.	P	I	K	P	I	I
10	Meine Osteopathin und ich haben einen gemeinsamen Behandlungsplan erstellt.	I	P	K	P	I	P
11	Meine Osteopathin und ich haben uns darauf geeinigt, die Behandlung einzustellen, sobald die Beschwerden weg sind.	I	P	K	P	I	I
12	Meine Osteopathin und ich konnten die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen gemeinsam besprechen.	I	I	I	I	P	P
13	Meine Osteopathin hat ihre Informationen mit Befunden aus aktuellen Studien untermauert.	I	K	I	I	P	I
14	Ich habe die Informationen meiner Osteopathin verstanden.	I	P	P	I	P	P
15	Meine Osteopathin ist mir mit Offenheit begegnet.	P	P	P	P	P	P
16	Meine Osteopathin war aufrechtig.		P	P	P	P	P
17	Meine Osteopathin hat sich genügend Zeit für mich genommen.		P	P	P	P	P
18	Meine Osteopathin ist auf meine Probleme eingegangen.			P	P	I	P
19	Meine Osteopathin hat mir zugehört.				P	I	I
20	Meine Osteopathin hat den Behandlungsvorgang verständlich erklärt.					I	P
21	Meine Osteopathin hat mich über alltägliche Schmerzen nach der Osteopathiebehandlung informiert.						I

Abbildung 9. Resultate aus dem Zuordnungsspiel mit Vergleich der zugewordneten und vorgesehenen Konstrukte

War eine Zuordnung nicht mit dem Gedanken des Autors vereinbar, so wurde die Zelle rot markiert. Wie mit den abweichenden Angaben umgegangen werden sollte und welche Konsequenzen diese auf die Unterteilung des Konstruktes haben kann, wird in der Diskussion dieser Bachelor-Thesis aufgegriffen.

Die nach der Durchführung des Zuordnungsspiels gestellten Fragen gemäss dem Interviewleitfaden konnten aufschlussreiche Erkenntnisse liefern und werden nachfolgend synthetisiert. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Testpersonen auf die Fragen «Was versteht du unter dem Begriff Informationen im Kontext einer Osteopathiepraxis?» und «Was versteht du unter dem Begriff Präferenzen im Kontext einer Osteopathiepraxis?» sinngemäss sehr ähnliche Antworten gaben.

- Unter dem Begriff *Informationen* werden generell die Fakten verstanden, die die therapierenden Personen den behandelungserfragenden Personen mitteilen. Eine Testperson umschrieb ihre Interpretation wie folgt: „Das sind die Sachen, die die Therapeutin gibt. Auskünfte die fix sind. Sachen die ich erhalte. Sie erfragt von mir Sachen, die nicht veränderbar sind“ (TP01). Eine andere Person gab Folgendes an: „Unter Infos verstehe ich alles was faktisch ist“ (TP04).
- Unter dem Begriff *Präferenzen* hingegen wird allgemein das verstanden, was mit den eigenen Bedürfnissen zu tun hat. Eine Testperson umschrieb ihre Interpretation

wie folgt: „[...]“, dass sie mit mir den Ablauf klärt. Sie geht auf mich ein bei der Behandlung“ (TP06).

Inhalt des Interpretationsspiels. Im Interpretationsspiel gemäss Abbildung 10 wurde den Testpersonen die Möglichkeit geboten, aus den 14 vorgestellten Items sechs auszuwählen. Aus diesen konnten die Teilnehmenden nach beliebigen Kriterien drei, die ihnen zusagten, und drei, die ihnen weniger zusagten, bestimmen. Die Festlegung der Kriterien für diese Zuordnung wurde den Testpersonen bewusst selbst überlassen. Diese freie Kriterienwahl wurde mündlich kommuniziert. Das Ziel dieses Schrittes war es, eine erste Auswahl an präferierten Items direkt von den Testpersonen bestimmen zu lassen.

Interpretation

Beispiel

Aussagen 1	Aussage 4	Aussagen 7	Aussage 10
Aussage 2	Aussage 5	Aussage 8	Aussage 11
Aussage 3	Aussage 6	Aussage 9	Aussage 12
Aussage 13	Aussage 14		

Abbildung 10. PowerPoint-Folie zur Illustration des Interpretationsspiels

Erkenntnisse des Interpretationsspiels (siehe Seite 45). Anhand von Abbildung 12 kann ein Gesamtbild der getroffenen Entscheidungen gewonnen werden. In den Spalten von Abbildung 12 sind die Testpersonen aufgeführt. In den Zeilen sind die Items ersichtlich. Die fett markierte Umrandung zeigt auf, welche Items allen Testpersonen präsentiert wurden. Die Zellen der Spalten TP01 bis TP06 wurden im Interpretationsspiel bei den drei Items gelb markiert, welche die Testpersonen als wenig relevant für ein Therapiesetting betrachten. In grüner Farbe wurden hingegen diejenigen drei Items gekennzeichnet, welche von den Teilnehmenden als massgeblich beurteilt wurden. Das X in den grünen Zellen steht für die zwei Items, die im Nominationsspiel als Top-2-Favoriten definiert wurden (siehe Seite 44).

Inhalt des Nominationsspiels. Im Nominationsspiel gemäss Abbildung 11 mussten die Testpersonen bei den zuvor als positiv beurteilten drei Items nochmals eine Bewertung vornehmen, in der sie ihre Top-2-Favoriten auswählen sollten. Die Bestimmung der Kriterien für diese Zuordnung wurde den Testpersonen bewusst selbst überlassen. Dies wurde mündlich kommuniziert. Das Ziel dieses Schrittes war es, zwei konkrete Items in den Fragebogen zu übernehmen.

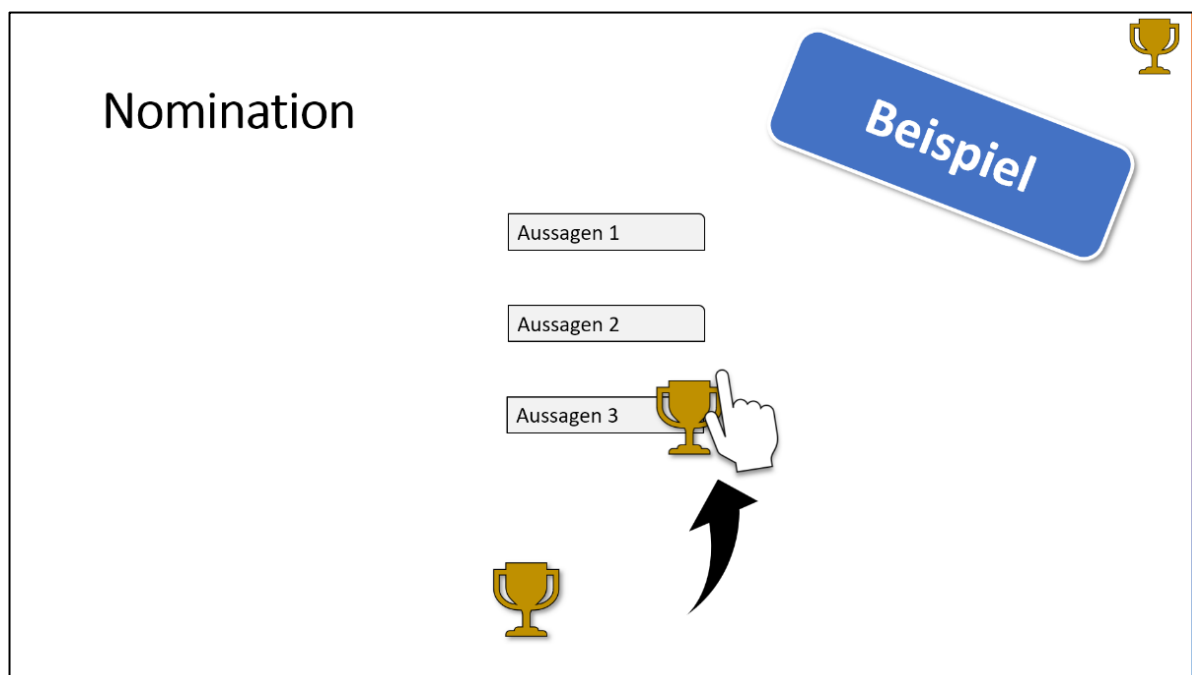


Abbildung 11. PowerPoint-Folie zur Illustration des Nominationsspiels

Erkenntnisse aus dem Nominationsspiel. Die nach der Durchführung des Nominationsspiels gestellten Fragen gemäss dem Interviewleitfaden konnten aufschlussreiche Erkenntnisse liefern. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die meisten Testpersonen ihre bevorzugten Items danach auswählten, inwiefern diese eine persönliche Relevanz für sie hatten. Eine Person gab die eigene Relevanz wie folgt an: „Ich habe mir überlegt, welche Erwartungen ich an die Osteo stellen würde. Die, die ich als wichtig erachte“ (TP05). Weitere Erkenntnisse werden nachfolgend punktuell erläutert. Hierbei wird hauptsächlich auf diejenigen Items Bezug genommen, die im nächsten Schritt der Praxispartnerin sowie dem Fachexperten zur Bewertung präsentiert werden sollten. Die mit einem X gekennzeichneten Items wurden durch die Testpersonen nominiert und können aus der bereits vorgestellten Abbildung 12 entnommen werden. Diese mit einem X gekennzeichneten Items wurden in den nächsten Entwurf aufgenommen, wenn mindestens eine Testperson sie als Favorit angegeben hatte. Eine Ausnahme bildet hier das Item 16 (Meine Osteopathin war aufrichtig.). Obwohl eine Testperson diese Aussage als relevant empfunden hatte, entschied der Autor, sie nicht für die engere Auswahl zu

berücksichtigen, da der Fachexperte in der Stufe 2 des iterativen Prozesses die Aussagekraft des Items bereits bemängelt hatte und keine anderen Testpersonen sich positiv dazu geäußert hatten (siehe Anhang A). Die Items werden mit Aussagen der Testpersonen sowie ersten Interpretationen des Autors ergänzt.

Nr. neu	Item	TP1	TP2	TP3	TP4	TP5	TP6
1	Wie möchten Sie Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung treffen?						
2	Meine Osteopathin und ich haben meine Vorlieben rund um die Behandlung gemeinsam besprochen.						
3	Meine Grundanliegen wurden bei der Behandlung berücksichtigt.						
4	Meine Osteopathin und ich haben meine Vorlieben bezüglich Behandlungstechniken gemeinsam vorgängig besprochen.						
5	Meine Osteopathin und ich haben vorgängig abgesprochen, ob ich bei der Behandlung mehr Gewicht auf das Gespräch oder auf die Untersuchung legen möchte.						
6	Meine Osteopathin und ich haben vorgängig abgesprochen, ob ich mir eine manuelle Behandlung wünsche (gezielte Handgriffe auf meinen Körper).						
7	Meine Osteopathin und ich haben die Behandlungsdauer der einzelnen Sitzungen gemeinsam vorgängig besprochen.				x		
8	Meine Osteopathin und ich haben meine bevorzugte Behandlungsposition (z. B. sitzend, liegend) gemeinsam vorgängig besprochen.						
9	Meine Osteopathin und ich haben meine Schmerzempfindlichkeit vorgängig gemeinsam festgelegt.						
10	Meine Osteopathin und ich haben einen gemeinsamen Behandlungsplan erstellt.	x	x		x		x
11	Meine Osteopathin und ich haben uns darauf geeinigt, die Behandlung einzustellen, sobald die Beschwerden weg sind.		x				
12	Meine Osteopathin und ich konnten die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen gemeinsam besprechen.	x				x	
13	Meine Osteopathin hat ihre Informationen mit Befunden aus aktuellen Studien unterteilt.						
14	Ich habe die Informationen meiner Osteopathin verstanden.						
15	Meine Osteopathin ist mir mal Offenheit begegnet.						
16	Meine Osteopathin war aufrichtig.			x			
17	Meine Osteopathin hat sich genügend Zeit für mich genommen.						x
18	Meine Osteopathin ist auf meine Probleme eingegangen.			x		x	
19	Meine Osteopathin hat mir zugehört.						
20	Meine Osteopathin hat den Behandlungsvorgang verständlich erklärt.						
21	Meine Osteopathin hat mich über alltägliche Schmerzen nach der Osteopathiebehandlung informiert.						

Abbildung 12. Resultate aus dem Interpretationsspiel (grün: relevante Items, gelb: nicht relevante Items) und dem Nominationsspiel mit den markierten Top-2-Favoriten (X)

- Item 7: *Meine Osteopathin und ich haben die Behandlungsdauer der einzelnen Sitzungen gemeinsam vorgängig besprochen.*
 - o Aussage: „Bei 1 und 2 werden sich beide Personen einig sein, dass es überhaupt geschehen ist“ (TP04). Für beide Parteien – die Osteopathin und die behandelte Person – so gibt die Testperson sinngemäss wieder, gäbe es bei der Beantwortung dieses Items keinen Interpretationsspielraum, entweder es wurde besprochen oder nicht.
 - o Interpretation: Die Aussage dieser Testperson spiegelt den Gedanken hinter dem zu erstellenden PREM-Fragebogen wider. Wie im Theorieteil erwähnt wurde, sollen PREMs erfassen, was im therapeutischen Setting tatsächlich geschehen ist, und nicht die Wünsche der Patientinnen und Patienten.

-
- Item 10: *Meine Osteopathin und ich haben einen gemeinsamen Behandlungsplan erstellt.*
 - Aussage: „Ich finde es wichtig, dass man eine Roadmap hat. Nicht einfach los behandeln, weil man sich sonst nicht abgeholt fühlt“ (TP01).
 - Interpretation: Auch die Testpersonen 2, 4 und 6 haben dieses Item als einen der beiden Favoriten ausgewählt. Allem Anschein nach nimmt die Planung der Behandlungen bei den Teilnehmenden einen hohen Stellenwert ein, weil dadurch die Kompetenz der therapierenden Person stärker zum Vorschein kommt, was wiederum zu einem grösseren wahrgenommenen Vertrauen in der Beziehung zwischen den beiden Personen führen kann.

 - Item 11: *Meine Osteopathin und ich haben uns darauf geeinigt, die Behandlung einzustellen, sobald die Beschwerden weg sind.*
 - Aussagen: „Es gibt einen Zeitpunkt, an dem man entscheidet, wie es weiter geht“ (TP02). „Das hat mit Ehrlichkeit zu tun. Man soll sagen können, wenn es gut ist. Man soll nicht weiter melken“ (TP1).
 - Interpretation: Hier ist vor allem anhand der Aussage der Testperson 1 zu erkennen, dass eine ausreichende Vorabplanung zu mehr Vertrauen führen kann.

 - Item 12: *Meine Osteopathin und ich konnten die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen gemeinsam besprechen.*
 - „Ich habe keine Ahnung in dem Gebiet. Ich bin auf ihre Infos angewiesen“ (TP3). „Wenn man Dienstleistungen verkauft, geht man immer von Vorteilen aus, dass hier auch Nachteile erwähnt werden, wirkt vertrauenserweckend“ (TP5).
 - Interpretation: Auch hier lässt sich vor allem anhand der Aussage der Testperson 5 erkennen, dass eine umfängliche Kommunikation zu mehr Vertrauen führen kann.

 - Item 3: *Meine Grundanliegen wurden bei der Behandlung berücksichtigt.* und Item 14: *Ich habe die Informationen meiner Osteopathin verstanden.*
 - Diese Items hat der Autor ohne Favorisierung einer Testperson in den dritten Fragebogenentwurf aufgenommen, da ansonsten zu wenige Items vorhanden gewesen wären.

- Item 17: *Meine Osteopathin hat sich genügend Zeit für mich genommen.*
 - o „Zeit heilt die Wunden. Ich musste feststellen, dass in der Arbeitswelt, wenn man etwas halbherzig macht, dass man automatisch das Resultat verpfuscht“ (TP6). „Das ist das, was ich erwarte von einem behandelnden Arzt [...], wenn sie sich keine Zeit nehmen, ist das für mich negativ. Das ist der allererste wichtigste Punkt“ (TP2).
 - o Interpretation: Der Zeitfaktor scheint bei einigen Testpersonen auf indirektem Weg wieder positiv auf das Vertrauen einzuwirken.

- Item 18: *Meine Osteopathin ist auf meine Probleme eingegangen.*
 - o „Ich gehe zu ihr mit einem Problem. Ich erwarte, dass sie das Problem ernst nimmt und gezielt dazu Fragen gestellt werden. Nur so kann sie sich ein Bild machen“ (TP3). „Ich erwarte nicht, dass man mir die Lösung gibt, sondern dass man mich ernst nimmt“ (TP5).
 - o Interpretation: Auf die Probleme der versorgungserfragenden Personen einzugehen, führt dazu, dass sich diese ernst genommen fühlen. Hierfür ist unter anderem eine umfassende Diagnose notwendig, die gemäss dem Definitionstext zu SDM (siehe Kapitel 4.1.4) ein zentraler Bestandteil der Interaktion mit den behandelnden Personen ist. Das Gefühl, ernst genommen zu werden, könnte sich wiederum positiv auf das Vertrauensverhältnis auswirken.

Die präsentierten acht Items wurden der Praxispartnerin und dem Fachexperten zur Durchsicht vorgelegt. Zur Wahl der spielerischen Methode kann festgehalten werden, dass die interaktiven Spielelemente innerhalb der PowerPoint-Präsentation allesamt als positiv bewertet wurden. Des Weiteren wurde festgestellt, dass die Items, die in diesen Pretests analysiert wurden, von den Testpersonen allesamt verstanden wurden. Hiermit ist gemeint, dass keine der Teilnehmenden die Items von der Intention des Autors abweichend interpretiert haben.

Zu den Erkenntnissen der Itemanalyse kann gesagt werden, dass aus Sicht der Testpersonen die Items 11, 12, 17 und 18 das Vertrauensverhältnis zur behandelnden Person positiv beeinflussen können. Nach Petermann (1997) sind „[...] die vermutete Kompetenz und Vertrauenswürdigkeit des Arztes ein zentrales Merkmal, das über die Gestaltung des Erstkontaktes entscheidet“ (S. 155). Welche Änderungen an den Items aufgrund der hier vorgestellten Erkenntnisse vorgenommen wurden, wird in Kapitel 4.3.3 erläutert.

4.3.3 Itemrevision (Schritt 3.2)

Im Zuge der Überarbeitung nach den kognitiven Pretests wurden keine wesentlichen Änderungen an den soeben vorgestellten Items vorgenommen. Der Autor hat sich bei Item 3 (Meine Grundanliegen wurden bei der Behandlung berücksichtigt.) entschieden, die folgende Umformulierung vorzunehmen: *Meine Bedürfnisse wurden bei der Behandlung berücksichtigt*. Der Itemsatz aus Kapitel 4.3.2 wurde im nächsten Schritt der Praxispartnerin und dem Fachexperten zur Beurteilung übergeben.

4.3.4 Beurteilung der Items (Schritt 3.3)

Die Beurteilung der Items ist durch die Praxispartnerin und den Fachexperten erfolgt. Im Beurteilungsbogen (siehe Anhang E), der beiden Parteien zur Beurteilung der Items innerhalb des zweiten Fragebogenentwurfes mitgegeben wurde, wurden Fragen gestellt, die auf die korrekte Formulierung von Items nach Mayer (2013, S. 91) sowie Mummendey und Grau (2014, S. 67) abzielten. Es ist weiterhin zu beachten, dass diese Bewertungen nacheinander erfolgt sind. Das bedeutet, dass die Beurteilung zuerst durch die Praxispartnerin und danach durch den Fachexperten abgegeben wurde. Falls somit eine Änderung durch die Praxispartnerin vorgeschlagen und durch den Autor übernommen wurde, so erhielt der Fachexperte die umformulierte Version des Items.

Mit dem Beispiel zu Item 1 in Tabelle 6 wird deutlich, wie diese iterative Stufe durchgeführt wurde. Die Praxispartnerin hat keine Änderungsvorschläge angebracht.

Tabelle 6

Fragen aus dem Beurteilungsbogen zu einem spezifischen Item, die der Praxispartnerin und dem Fachexperten in der iterativen Stufe 3 gestellt wurden, mit ausgewählten Antworten (Mayer, 2013, S. 91; Mummendey & Grau, 2014, S. 67)

Frage	Antwort Fachexperte
<i>Item 1: Wie möchten Sie Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung treffen?</i>	
a) Sind die aufgeführten Items einfach formuliert?	Ja
b) Sind die Items kurz formuliert?	Nein
c) Sind die Items konkret?	Nein
d) Wurden Suggestivformulierungen weggelassen?	Ja
e) Enthalten die Items negativ behaftete Ausdrücke?	Nein
f) Wurden hypothetische Items vermieden?	Ja
g) Wurde pro Item immer nur ein Sachverhalt formuliert?	Ja
h) Enthalten die Items doppelte Verneinungen?	Nein
i) Werden die befragten Personen mit den Items überfordert?	Ja <i>„Die verschiedenen Antwortoptionen sind m.E. zu lang und komplex – ich musste es mehrmals durchlesen und durchdenken.“</i>
j) Bietet die Skala ein geeignetes Spektrum an Antworten an?	Nein <i>„[...] , kommt hinzu, dass es m.E. unwahrscheinlich ist, dass ein Patient eine der beiden extrem-Optionen wählt so wie sie jetzt formuliert sind.“</i>

Der Praxispartnerin und dem Fachexperten wurde die Möglichkeit, geboten, ein Item zurückzuholen, das in einem vorangehenden Fragebogenentwurf gelöscht wurde. Nur der Fachexperte machte davon Gebrauch. Im Kapitel 4.3.6 wird dies sowie andere Änderungen vorgestellt.

4.3.5 Begründung und Beschreibung Skalierung

Wie in Abbildung 13 ersichtlich wird, wurde in diesem Fragebogenentwurf für jedes Item auch erstmals eine Rating-Skala hinzugefügt. Alle Items, die später der Praxispartnerin und dem Fachexperte präsentiert werden sollten, enthielten ein und dieselbe Skala inkl. der Antwortoption <Weiss nicht> (in Abbildung 13 nicht ersichtlich).

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft vollständig zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 13. Beispiel einer Rating-Skala vor der Beurteilung durch die Praxispartnerin und den Fachexperten

In einem ersten Schritt wurde eine Skala mit sechs Antwortvorgaben gewählt, um die Gefahr der zentrale Antworttendenz zu vermeiden (Mayer, 2013, S. 83). Diese Gefahr tritt vor allem dann auf, wenn eine ungerade Anzahl an Antwortoptionen verwendet wird. Mit diesem ersten Skalenentwurf wurde ein ordinales Skalenniveau erreicht, bei dem immer nur einzelne Antwortoptionen anwählbar waren. Bei der Formulierung der einzelnen Antwortoptionen hat sich der Autor an bestehende Fragebogen gestützt, wie z.B. dem PEF-FB-9 von Scholl, Kriston und Härter (2011). Mit diesem Fragebogen wird auch nur ein einzelnes Konstrukt im Bereich der Patient centered Care gemessen. In einem zweiten Schritt, dargestellt in Kapitel 4.3.6, wurden einige Skalen nach der Beurteilung durch die involvierten Personen in ihren Antwortmöglichkeiten angepasst.

4.3.6 Itemrevision (Schritt 3.4)

Wie bereits angedeutet, wurden in diesem Schritt sowohl die Items als auch die dazugehörigen Skalen überarbeitet. Zunächst wird an einem Item beispielhaft gezeigt, welche Änderungen weshalb vorgenommen wurden. Danach wird erklärt, wie die Skalen überarbeitet wurden. Die Anpassung aller Items erfolgte nach den Rückmeldungen der involvierten Personen gemäss den untenstehenden Kriterien.

- Bezug zur Intention des Items
 - o Blieb die Variable erhalten, auf die mit dem Item abgezielt wurde, so wurden Vorschläge übernommen, auch wenn Zeitformen, Satzstellungen oder präzise Wörter geändert wurden.
- Vorschläge zu den Skalen
 - o Wurden vom Fachexperten Skalen vorgeschlagen, die Begriffe wie <immer> oder <meistens> enthielten, so wurden sie durch den Autor entweder umformuliert oder gänzlich neu geschrieben. Wörter mit solch vagen oder absoluten Bedeutungen sollten gemäss Mayer (2013, S. 91) in der Itemformulierung grundsätzlich vermieden werden. Das hat der Autor auch auf die Um- oder Neuformulierung der Antwortoptionen übertragen.

Im untenstehenden Beispiel wird erneut das Item aufgegriffen, das in Tabelle 6 präsentiert und aufgrund des Inputs des Fachexperten umformuliert wurde.

Dabei wurde bei der Beurteilung durch den Autor an beide Kriterien angeknüpft, die in diesem Kapitel beschrieben wurden.

Vorschläge zu den Skalen. Die vom Fachexperten vorgeschlagene Skala mit den Antwortoptionen *Ich möchte immer den Entscheidungen der Osteopathin folgen.*, *Ich möchte bei wichtigen Entscheidungen mit einbezogen werden.*, *Ich möchte grundsätzlich immer einbezogen werden, wenn es Optionen gibt.*, *Ich möchte die meisten Entscheidungen selbst treffen.* und *Ich möchte immer das letzte Wort haben.* konnte aufgrund der teilweise absoluten Formulierungen nicht berücksichtigt werden. Stattdessen wurden folgende Antwortoptionen gewählt:

- *Meine Osteopathin kann selbstständig entscheiden.*
- *Meine Osteopathin kann selbstständig entscheiden und mich informieren, was sie machen wird.*
- *Die Entscheidungen sollen gemeinsam getroffen werden.*
- *Ich hole den Rat der Osteopathin ein, will aber selbstständig entscheiden.*
- *Ich will selbstständig entscheiden.*

Hier ist zwar eine zentrale Antworttendenz möglich, jedoch bietet diese Skala eine geringere Überforderung der Testpersonen, da die Optionen präzise und mit geeigneten Abstufungen formuliert wurden (eigene Interpretation).

Bezug zur Intention des Items. Wie am folgenden Beispiel ersichtlich wird, wurde im Vorschlag des Fachexperten der Grundgedanke des Items nicht verändert, weshalb er übernommen werden konnte.

- Item 1 (ursprünglich): *Wie möchten Sie Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung treffen?*
- Item 1 (neu, Vorschlag des Fachexperten): *Wie möchten Sie sich **an** Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung **beteiligen**?*

Nach diesem Verfahren wurde mit allen Items vorgegangen. Eine Übersicht aller Anpassungen und Rückmeldungen kann in Anhang A entnommen werden. Der Fachexperte hat zudem von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, ein Item zurückzuholen, welches in einer früheren Stufe der Fragebogenkonstruktion gelöscht worden war. Dieses wird im nachfolgenden Kapitel 4.3.7 und 4.4 mit einer hochgestellten 1 gekennzeichnet und ersetzt Item 3 (*Meine Bedürfnisse wurden bei der Behandlung berücksichtigt.*). In Kapitel 4.3.7 werden die Items aus der vierten iterativen Stufe aufgelistet.

4.3.7 Resultat aus der ersten Datenerhebung

Der zweite Fragebogenentwurf gemäss Stufe 3 setzt sich aus neun Items zusammen. Diese wurden verwendet, um den Pretest mit den 20 Testpersonen im dritten Fragebogenentwurf gemäss Stufe 4 fortzusetzen (siehe Kapitel 4.4). Von den ursprünglich formulierten Skalen wurden drei verändert. Die Items 1–8 beinhalten zudem die Antwortoption ‹Weiss nicht›, welche auf den nachfolgenden Seiten 55-56 absichtlich nicht aufgeführt ist.

1. Wie möchten Sie sich an Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung beteiligen?

Mein Osteopathin kann selbstständig entscheiden	Mein Osteopathin kann selbstständig entscheiden und mich informieren, was sie machen wird.	Die Entscheidungen sollen gemeinsam getroffen werden.	Ich hole den Rat der Osteopathin ein, will aber selbstständig entscheiden.	Ich will selbstständig entscheiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Meine Osteopathin hat mich über die Behandlungsdauer der einzelnen Sitzungen vorgängig informiert.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft vollständig zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Meine Osteopathin und ich haben einen Behandlungsplan erstellt.

Es wurde kein Behandlungsplan erstellt	Der Behandlungsplan wurde durch die Osteopathin erstellt	Der Behandlungsplan wurde gemeinsam erstellt	Ich habe der Osteopathin einen Behandlungsplan vorgelegt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4 Zweite Datenerhebung inkl. Datenauswertung und Ergebnisbericht

In diesem finalen Schritt wurden die in Kapitel 4.3.7 vorgestellten Items in Form eines digitalen Pretest-Fragebogens einer Stichprobe von 20 Personen präsentiert. Zunächst wird die Stichprobe beschrieben. Danach erfolgen die Erklärungen zur Datenauswertung.

In dieser Stufe wurde nach dem Pretest-Fragebogen die Anzahl Items bei 9 belassen. Der Autor hat sich in diesem Kapitel auf das bereits vorgestellte Ziel «Es soll untersucht werden, inwiefern die Praxispartnerin die Bestandteile aus dem Konstrukt SDM im Alltag umsetzt.» gestützt.

4.4.1 Stichprobe der Pretests

Nach Lenzner et al. (2015, S. 2) wird für die Durchführung von Pretests eine Stichprobengröße zwischen 10 und 200 empfohlen. Der Autor hat sich im Arbeitsschritt 4.4.2 daran orientiert und die Praxispartnerin gebeten, zwischen Januar und Februar 2024 insgesamt 20 Personen zu akquirieren, die entweder aktuell bei ihr in Behandlung sind oder in Behandlung waren. Um die eigenen Patientinnen und Patienten anzusprechen, wurde ihr eine Vorlage bereitgestellt (siehe Anhang H), mit der sie eine standardisierte Kommunikation mit allen relevanten Informationen durchführen konnte. Durch dieses Vorgehen ergab sich eine reine Zufallsauswahl, bei der die Teilnehmenden der Grundgesamtheit (in diesem Fall die Patientinnen und Patienten der Praxispartnerin) allesamt die gleiche Chance hatten, in die Untersuchung aufgenommen zu werden (Mayer, 2013, S. 61). Da bei der Durchführung dieses Pretests eine vollumfängliche Anonymität gewährleistet wurde, wurden keine demografischen Angaben zu dieser Stichprobe erhoben.

4.4.2 Ablauf des Pretests

Ziel dieses Pretests war es, den Fragebogen bei den Patientinnen und Patienten der Praxispartnerin auf dessen Akzeptanz zu testen. Des Weiteren wurden die Resultate genutzt, um der Praxispartnerin erste Empfehlungen zum Thema SDM zu unterbreiten, indem die eingegangenen Antworten statistisch ausgewertet wurden. Der Pretest wurde mithilfe des Umfragetools *Tivian* durchgeführt. Die Testpersonen erhielten von der Praxispartnerin eine Einladung via E-Mail mit der Bitte, den Fragebogen bis Ende April 2024 auszufüllen. Nach einer Woche wurden die Testpersonen mit einer E-Mail oder einer SMS-Nachricht nochmals an den Fragebogen erinnert. Bis zum Schluss des Befragungszeitraumes sind 18 von ursprünglich 20 geplanten Antworten eingegangen.

4.4.3 Auswertung der Pretest-Daten

Die Daten, die aus dem Pretest gewonnen werden konnten, wurden mittels einer SAV-Datei in das Statistikprogramm SPSS übertragen. Die durchgeführten Schritte betreffen die Datenaufbereitung, die deskriptive Statistik sowie die Interpretation der Resultate mit den dazugehörigen Empfehlungen. Mit den gewonnenen Daten werden im Interpretationskapitel 4.4.3.3 Verbindungen zum SDM-Konstrukt hergestellt. An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass aufgrund der niedrigen Stichprobenzahl die Daten und Aussagen lediglich eine erste Richtung aufzeigen.

4.4.3.1 Datenaufbereitung

Mit der Datenaufbereitung wurde die Basis für die geplante Auswertung gelegt. Sie bestand aus den folgenden Teilschritten:

- Umpolung der Items
 - o Die Umpolung musste nur beim Item *Wie fanden Sie diesen Fragebogen?* durchgeführt werden. In der SAV-Datei wurde die positivste Antwortoption mit der Nummer 1 und die negativste mit der Nummer 5 aufgeführt. Dadurch wurde die Logik den restlichen, ordinal skalierten Items angeglichen.
- Fehlende Werte
 - o In den Items 1–8 wurde die Antwortoption *Weiss nicht* bereitgestellt. Die Werte dieser Option wurden entsprechend mit der Zahl 99 gekennzeichnet.
- Fragebogenkennzeichnung
 - o Um eine Verwechslung zwischen den Antworten der verschiedenen Testpersonen zu vermeiden, wurde jeder Datensatz mit einer eindeutigen Kennzeichnung (z. B. *Testperson 1*) markiert.

4.4.3.2 Deskriptive Statistik

In diesem Kapitel wird die Fragestellung «In welchem Ausmass setzt die Praxispartnerin die Grundzüge von SDM in ihrem Alltag um?» beantwortet. Um ein Gesamtbild der Ergebnisse zu erhalten, wurde in SPSS eine Auswertung zu den Lage- sowie den Streuungsparametern erstellt. Ziel hierbei war es, die erhobenen Daten dahingehend zu überprüfen, inwiefern sich die von den Patientinnen und Patienten gemachten Erfahrungen mit den Grundanforderungen von SDM decken. Es werden nur Items erwähnt, die besonders hohe oder niedrige Ausprägungen aufweisen. Die restlichen Angaben finden sich im Anhang I.

Die Auswertung zeigt insgesamt fünf fehlende Werte bei den Items 3, 4, 5 und 6. Hier haben die Testpersonen die Antwortoption *Weiss nicht* angewählt. Bei Item 1 (*Wie möchten Sie sich an Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung beteiligen?*)

ergibt sich ein differenziertes Bild: Die Hälfte der Teilnehmenden ($n = 9$) möchte zwar über das Vorgehen informiert werden, die Entscheidung soll jedoch bei der Osteopathin liegen. Etwas weniger Personen ($n = 7$) präferieren hingegen eine gemeinsame Entscheidungsfindung – ganz im Sinne des Grundgedankens von SDM. Jeweils nur eine Person hat einen Extremwert ausgewählt. Es kann hervorgehoben werden, dass die Items 5, 7, 8 und 9 mit einer hohen Übereinstimmung beantwortet wurden (trifft vollständig zu). Entsprechend fällt die Standardabweichung hier niedrig aus. Bemerkenswert ist ausserdem, dass das Item 7 (*Meine Osteopathin hat sich genügend Zeit für mich genommen.*; $SD_7 = .00$, $M_7 = 6.00$) und das Item 9 (*Meine Osteopathin ist auf meine Bedürfnisse eingegangen.*; $SD_9 = .00$, $M_9 = 6.00$) von allen 18 Teilnehmenden mit *Trifft vollständig zu* beantwortet wurden, was sich in einer nicht vorhandenen Standardabweichung widerspiegelt. Hier kann festgehalten werden, dass die Praxispartnerin die spezifischen Aspekte *Zeit* und *Bedürfnisse* gemäss den Items 7 und 9 bereits vollständig umzusetzen scheint.

Eine besonders hohe Streuung wurde hingegen bei den Items 4 (*Meine Osteopathin und ich haben uns darauf geeinigt, die Behandlung einzustellen, sobald die Beschwerden weg sind.*; $SD_4 = 1.85$, $M_4 = 3.94$) und 6 (*Meine Osteopathin und ich haben die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen gemeinsam besprochen.*; $SD_6 = 1.31$, $M_6 = 3.63$) festgestellt. Auch die Items 2 (*Meine Osteopathin hat mich über die Behandlungsdauer der einzelnen Sitzungen vorgängig informiert.*) und 3 (*Meine Osteopathin und ich haben einen Behandlungsplan erstellt.*) fallen – wenn auch nicht im gleichen Ausmass – eher negativ auf ($SD_2 = .98$, $M_2 = 5.61$ respektive $SD_3 = .92$, $M_3 = 2.00$). Um die Vergleichbarkeit zwischen den Resultaten zu relativieren, muss der Vollständigkeit halber ergänzt werden, dass die Antwortoptionen bei den Items 2 und 4 nicht die gleichen sind wie bei den Items 3 und 6 (vergleiche hierzu die Auflistung aller Items gemäss Kapitel 4.3.7).

4.4.3.3 Interpretation und Empfehlungen

Mit der Interpretation der Daten sollen die Erkenntnisse aus der deskriptiven Statistik mit dem Ziel des Fragebogens – der Erfassung von SDM – in Verbindung gebracht werden. Dieser Schritt ist bedeutsam, da der Praxispartnerin dadurch gespiegelt werden kann, inwiefern sie den Kriterien von SDM gemäss dem Definitionstext aus Kapitel 4.1.4 gerecht wird.

Interpretation und Empfehlung 1. In der Auswertung von Item 1 wurde bereits beschrieben, dass die Hälfte der Personen den Entscheidungsprozess tendenziell der Praxispartnerin überlassen möchte. Umgekehrt bedeutet das, dass sich nicht alle Personen eine vollständig gemeinsam getroffene Entscheidung wünschen.

Da keine klare Tendenz erkennbar ist, lautet die Empfehlung daher, die behandlungserfragende Personen vor der Therapiesitzung zu fragen, welchen Beteiligungsgrad sie sich wünschen.

Interpretation und Empfehlung 2. Da in der Interpretation 1 nicht deutlich wird, wie der Partizipationsgrad ausfallen soll, ist es nach einer erfolgten Klarstellung mit der behandlungserfragenden Person ratsam, die Behandlung dem gewünschten Beteiligungsgrad anzugleichen. Es wäre nicht sinnvoll, eine Person vollständig in den Behandlungsprozess zu involvieren, wenn sie dies nicht wünscht.

Interpretation und Empfehlung 3. Die hohe Streuung in den Items 2, 3, 4 und 6 deutet auf eine starke Unterschiedlichkeit im Behandlungsprozess zwischen den Patientinnen und Patienten hin. Ob dies bewusst oder unbewusst so gehandhabt wurde, kann nicht beurteilt werden. Sofern Ersteres der Fall ist, wird der Praxispartnerin geraten, die zentralen Punkte gemäss dem Fragebogen (Items 2–9) bei jeder Sitzung gleich zu gestalten.

Interpretation und Empfehlung 4. Die hohe Streuung bei den Items 3 und 6 ist deshalb kritisch, weil diesen in den Resultaten der kognitiven Pretests ein besonderer Stellenwert beigemessen wurde (siehe Kapitel 4.3.2). Hier wurde festgehalten, dass die Items 3 (*Meine Osteopathin und ich haben einen Behandlungsplan erstellt.*) sowie 6 (*Meine Osteopathin und ich haben die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen gemeinsam besprochen.*) von den Testpersonen als besonders bedeutsam für den Vertrauensaufbau in einer therapierenden Beziehung empfunden wurden.

5 Diskussion

In dieser Bachelor-Thesis wurde ein Fragebogen zur Erfassung der partizipativen Entscheidungsfindung in der Osteopathiepraxis der Praxispartnerin erstellt. Da diese zu Beginn der Zusammenarbeit angedeutet hatte, dass wenig bis keine quantitativen Messmethoden für die Qualitätssicherung in diesem Bereich existieren (Sitaras, 2024), hat sich der Autor für die Konstruktion eines PREM-Fragebogens entschieden. Das zentrale Forschungsinteresse liegt hierbei auf der folgenden Fragestellung: ‹Wie muss ein Fragebogen zur Erhebung von Shared Decision Making aufgebaut sein?› Der Fragebogen ist aus der iterativen Zusammenarbeit mit der Praxispartnerin und dem Fachexperten sowie kognitiven Pretests und Pretest-Fragebogen entstanden. Aus diesem Prozess haben sich neun Items zur Erfassung der partizipativen Entscheidungsfindung ergeben. In diesem Abschnitt werden zunächst die Ergebnisse interpretiert. Danach werden Überlegungen zur Einhaltung der Gütekriterien formuliert, die Beschränkungen erläutert sowie Empfehlungen für künftige Forschungen dargelegt.

Die Ergebnisse aus den kognitiven Pretests und dem Pretest-Fragebogen lieferten die zentralen Erkenntnisse, die es hinsichtlich ihrer Zweckerfüllung zu hinterfragen gilt. Der Zweck der kognitiven Pretests war es, die Items auf ihre Verständlichkeit zu prüfen. Auf dieser Basis konnte erkannt werden, dass sowohl die gemeinsame Behandlungsplanung als auch das Absprechen der Vor- und Nachteile der verschiedenen Behandlungsoptionen einen hohen Stellenwert bei den Testpersonen einnehmen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Erkenntnis des Autors, wonach insbesondere diese zwei Items mit dem Thema des Vertrauens in Verbindung gebracht können. Dies ist insofern relevant, als sich in der Teildimension *Information* (siehe Abbildung 3) die Indikatoren *Ehrlichkeit* und *Offenheit* wiederfinden. Obwohl diese beiden Aspekte nicht wörtlich in den Items genannt wurden, zeigte sich, dass sie bedeutsam für das SDM-Konstrukt sind. Aus diesem Grund sollte nach Interpretation des Autors *Vertrauen* als neue Teildimension herangezogen werden. Innerhalb dieser Kategorie sollten neue Indikatoren bestimmt werden. Zudem sollten bestehende Indikatoren wie *Ehrlichkeit* und *Offenheit* in diese neue Teildimension überführt werden. Dies wurde auch durch das Zuordnungsspiel bekräftigt, bei dem die Testpersonen die vorhandenen Items den vordefinierten Kategorien *Information* und *Präferenzen* zuteilen mussten. Hier wurde deutlich, dass die Zuordnungen häufig nicht mit dem intendierten Konstrukt übereinsprachen. An dieser Stelle kann zudem betont werden, dass in der vorhandenen Literatur – beispielsweise bei Gerber et al. (2014) und Brownlee (2011), die im Theorieteil dieser Bachelor-Thesis zitiert wurden und wesentlich für die Definition des SDM-Konstruktes waren – aus Sicht des Autors nicht ausreichend detailliert auf die Facetten von SDM eingegangen und wenig bis kein Bezug zum Vertrauen

hergestellt wird. Auch die Übersicht über die etablierten Befragungskonzepte in Tabelle 1 zeigte, dass keine Konstrukte mit einem dedizierten Bezug zu diesem Thema vorliegen. Wäre diese Verbindung vorhanden gewesen, so wäre eine differenziertere und noch präzisere Konstruktkonzeptualisierung möglich gewesen.

Als erstes soll die Objektivität betrachtet werden. Die Resultate in diesem Bericht sind insofern objektiv, als der Weg zu diesen Ergebnissen präzise beschrieben und mit entsprechenden Anhängen untermauert wurde (eigene Interpretation). Die Lesenden können zu jedem Zeitpunkt nachvollziehen, wie die Schritte aufeinander aufbauen und wie die Erkenntnisse zustande gekommen sind. Aufgrund des iterativen Prozesses konnte das Objektivitätsniveau hochgehalten werden, da die Praxispartnerin und der Fachexperte involviert waren. Das bedeutet, dass mehrere Sichtweisen in den Prozess eingeflossen sind, mit denen das gesamte Konzept der Bachelor-Thesis noch klarer und nachvollziehbarer gestaltet wurde. Als zweites wird die Augenscheinvalidität beurteilt, die Dank der Unterstützung des Fachexperten zu einem hohen Grad eingehalten werden konnte. Deren Berücksichtigung kann mit einer Aussage des Experten bei der Beurteilung des ersten Itemsatzes in Stufe 2 illustriert werden:

Ich rate Dir, nicht zu sehr von Theorie "geblendet" zu werden und so viel Gewicht auf theoriegeleitete Item-Konstruktion zu legen, dass der praktische Zweck der Fragen verfehlt wird. Du magst dich vielleicht erinnern, dass ich ganz zu Beginn einmal von "Face validity" gesprochen habe. Davon spreche ich. (Lehmann, 2024)

Dieses Zitat zeigt eindrücklich, dass ein positives Spannungsfeld zwischen der stark theoriegeleiteten Arbeitsweise des Autors und der pragmatischen Herangehensweise des Fachexperten entstanden ist, was wiederum dazu beigetragen hat, die Validität der gesamten Bachelor-Thesis zu erhöhen. Als drittes soll die Konstruktvalidität beurteilt werden. Diese ist zum Teil gegeben, da die Konstruktkonzeptualisierung (Weiber & Mühlhaus, 2014, S. 96) sowie die Konstruktoperationalisierung (Weiber & Mühlhaus, 2014, S. 104) präzise und tiefgreifend durchgeführt wurden. Da zum jetzigen Zeitpunkt Studien fehlen bzw. in den vorhandenen Untersuchungen keine objektivierbare Vorgehensweise offengelegt wird, können keine Vergleiche – z.B. zu Korrelationen – zwischen den eigenen Resultaten mit denen fremder Studien formuliert werden. Um die Umsetzbarkeit des Fragebogens zu bewerten, wurde am Ende des Pretest-Fragebogens die Frage «Wie fanden Sie diesen Fragebogen?» gestellt. Aufgrund des Resultats, der mit dieser Frage erzielt werden konnte, geht der Autor von einer hohen Akzeptanz aufseiten der Patientinnen

und Patienten der Praxispartnerin aus. Auf der zur Verfügung gestellten Skala konnten folgende Werte eruiert werden: *sehr gut*, $n = 4$; *gut*, $n = 12$; *mittelmässig*, $n = 2$, *schlecht*, keine Werte; *sehr schlecht*, keine Werte ($SD = .58$, $M = 4.11$). Der praktische Nutzen wurde mithilfe der Praxispartnerin und des Fachexperten erhoben. Diese konnten im Abschlussbericht (siehe Anhang J) unter anderem die Frage ‹Wie bewertest du den praktischen Nutzen des erstellten Fragebogens?› beantworten. Auf einer Skala von 1 (*tief*) bis 10 (*hoch*) wurde er von der Praxispartnerin mit 10 und vom Fachexperten mit 8 beurteilt. Hier kann festgehalten werden, dass der iterative Prozess einen hohen praktischen Nutzen in der Erstellung des Fragebogens gewährleisten konnte. Jedoch muss hervorgehoben werden, dass das schrittweise Vorgehen des iterativen Prozesses die Formulierung von multiplen Items, die dieselbe Variable erheben sollten, bereits im Vorhinein obsolet gemacht hat. Diese Doppelitems wurden bereits im iterativen Prozess aus dem jeweiligen Fragebogenentwurf eliminiert. Aus diesem Grund waren die Bedingungen für eine Reliabilitätsanalyse nicht gegeben, weshalb beispielweise kein Cronbachs Alpha bestimmt werden konnte.

Mit dem Pretest-Fragebogen wurden ebenfalls relevante Resultate erzielt, die Potenzial für eine weiterführende Arbeit mit der Praxispartnerin bergen. Aus diesen Ergebnissen wurden in Kapitel 4.3.7 vier Empfehlungen abgeleitet. Die erste betrifft das Erfragen des gewünschten Partizipationsgrades. Die zweite Empfehlung stützt sich auf die erste. Demnach muss die Behandlung an den gewünschten Partizipationsgrad angepasst werden. In den Empfehlungen 1 und 2 konnten keine eindeutigen Quellen gefunden werden, welche diese Empfehlungen ebenfalls stützen würden. Einzig der Fragebogen von Scholl et al. (2011) interpretiert in einer kurzen Zusammenfassung, dass ein hoher Beteiligungsgrad nur dann als positiv zu bewerten sei, wenn dies auch den Beteiligungspräferenzen der behandelungserfragenden Personen entspräche. Weiter wird in der dritten Empfehlung geraten, die Behandlung bei allen Patientinnen und Patienten gleich durchzuführen. Dieser Punkt ist bedeutsam, weil er dazu beiträgt, dem allgemeinen Aspekt der Qualität – nämlich der Kontinuität – gerecht zu werden (Gerber et al., 2014, S. 1888). Aus der vierten Empfehlung kann abgeleitet werden, dass unter anderem die in den kognitiven Pretests eruierten Items der Behandlungsplanung (Item 3) sowie der Vor- und Nachteile (Item 6) nicht durchgehend besprochen werden. Dies hat entsprechend zu einer hohen Streuung der Ergebnisse geführt. Bei den Empfehlungen 3 und 4 kann auf die Aussage von Gerber et al. (2014, S. 1888) verwiesen werden, bei der postuliert wird, dass mit der systematischen Einhaltung der zentralen Punkte von SMD die medizinische Qualität erhöht werden könne. Wie bereits betont wurde, sind besonders die in den Items 3 und 6 erfragten Inhalte wesentlich für den Vertrauensaufbau zwischen der therapierenden und der

behandlungserfragenden Person. Auch Petermann (1997, S. 156) postuliert diesbezüglich, dass die wahrgenommene Kompetenz der therapierenden Person den Verlauf der Sitzung massgeblich beeinflussen kann. Daher soll nochmals die Aussage einer Testperson angeführt werden, welche in den Pretests getätigt wurde: „Wenn man Dienstleistungen verkauft, geht man immer von Vorteilen aus, dass hier auch Nachteile erwähnt werden, wirkt vertrauenserweckend“ (TP5).

Für nachfolgende Studien empfiehlt der Autor, einen Fragebogen zum Thema des Vertrauens innerhalb des SDM-Konstruktes aufzubauen. So könnte eine weitere bedeutsame Teildimension erhoben und mit den hier präsentierten Items aggregiert werden. Zudem könnten in weiteren Forschungen ergänzende Items zum vorliegenden Fragebogen formuliert werden, mit denen es möglich ist, Reliabilitätsprüfungen wie Split-Half- oder Retest-Prüfungen durchzuführen.

Weiter wurde betont, dass die Praxispartnerin beispielsweise durchgehend auf die Bedürfnisse der behandlungserfragenden Personen (Item 9) eingeht und sie über die Sitzungsdauer vorinformiert (Item 2). Aus Sicht des Autors fehlt es ihr jedoch an konkreten Umsetzungshilfen, um auch die restlichen zentralen Aspekte von SDM effizient implementieren zu können. Für die Praxispartnerin stellt eine konsequente Einhaltung der Kriterien, die für SDM massgeblich sind, eine neue Arbeitssituation dar, die es einzuüben und zu unterstützen gilt. Eine hierauf ausgerichtete Schulung sowie plakative Kommunikationsmittel in der Praxis sind erste Massnahmen, um eine durchgehende Umsetzung aller Aspekte gemäss SDM erzielen zu können.

6 Fazit

In der vorliegenden Bachelor-Thesis wurde der folgenden Frage nachgegangen: *Wie muss ein Fragebogen zur Erhebung von SDM aufgebaut sein?* Für ihre Beantwortung wurde zusammen mit der Praxispartnerin und dem Fachexperten in einer iterativen Vorgehensweise gearbeitet. Zudem wurden zwei Erhebungen durchgeführt. Anhand des iterativen Prozesses wurde erkennbar, dass ein gemeinsames Verständnis des Vorgehens sowie des Inhalts von zentraler Bedeutung ist. Dies wurde mit einer klaren Definition des SDM-Konstruktes sowie einem detaillierten Änderungsprotokoll erreicht. In diesem wurde zudem mit Begründungen ersichtlich, welche Vorschläge umgesetzt werden konnten. In der durchgeführten Erhebung wurde die Relevanz der Items *Behandlungsplanung* und *Besprechung der Vor- und Nachteile* sowie der konsequenten Einhaltung der zentralen Bestandteile von SDM deutlich. Der Nutzen des Fragebogens wurde von der Praxispartnerin und dem Fachexperten als hoch eingestuft. Ebenfalls hoch war die Zufriedenheit der Testpersonen mit dem Pretest-Fragebogen. Weil in beiden Erhebungen keine multiplen Items getestet wurden, können keine Aussagen zur Reliabilität des Fragebogens gemacht werden. Es wird für die Replikation der Studie daher empfohlen, solch multiplen Items auch dann beizubehalten, wenn sich die involvierten Personengruppen für die Streichung dieser doppelten stark machen. Gerne wird der Autor die Praxispartnerin auch nach dieser Bachelor-Thesis bei der Umsetzung weiterer Massnahmen wie z.B. der Erarbeitung einer eigenen Datenerfassungs- und -auswertungsplattform oder der Erstellung von Kommunikationskampagnen (on- und offline) zu Seite stehen. Die Weiterführung dieses Fragebogens im Alltag der Praxispartnerin birgt einen grossen Nutzen, wenn es z.B. darum geht, die Erreichung künftiger, kantonal vorgegebener Qualitätsstandards anzustreben.

7 Literaturverzeichnis

Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). What Is Patient Experience?.

Verfügbar unter: <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>

aQua-Institut GmbH. (2024). Wie sehen Ihre Patienten Ihre Praxis?. Verfügbar unter:

<https://patientenbefragungen.aqua-institut.de>

Boywitt, D. & Bungard, S. (2017). *Methodische Grundlagen V 1.0*. Berlin: Institut für

Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Verfügbar unter:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/methodische-grundlagen/>

BQS. (2022). Patient-Reported Experience Measures (PREMs). Verfügbar unter:

<https://www.bqs.de/leistungen/picker-befragungen/patient-reported-experience-measures-prems.php>

Brownlee, S., Wennberg, J. E., Barry, M. J., Fischer, E. S., Bynum, J. P. W. & Goodman,

D. C. (2011). *Improving patient decision-making in health care: A 2011 Dartmouth Atlas report highlighting Minnesota*. Lebanon: The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice.

Bundesamt für Gesundheit. (2020). *Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe*.

Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. & Quentin, W. (Hrsg.). (2019). *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies* (Health policy series). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Canadian Institute for Health. (2022). *Canadian Patient Experiences Survey — Inpatient*

Care: Patient-Reported Experience Measures. Ottawa. Verfügbar unter:

<https://www.cihi.ca/en/patient-experience/about-the-canadian-patient-experiences-survey-inpatient-care>

Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical

encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681–692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)

- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P. & Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract.*, 50(460), 892–899. <https://doi.org/PMID: 11141876> PMID: PMC1313854
- Flandorfer, P. (2023). Operationalisierung einfach erklärt mit Beispiel. Verfügbar unter: <https://www.scribbr.ch/aufbau-und-gliederung-ch/operationalisierung/>
- Genau, L. (2023). Die 5 Arten von Validität mit Formulierungshilfen mit Beispielen. Verfügbar unter: <https://www.scribbr.ch/methodik-ch/validitaet>
- Gerber, M., Kraft, E. & Bosshard, C. (2014). Shared Decision Making – Patienten und Ärzte entscheiden gemeinsam. *Schweizerische Ärztezeitung*, 95(50), 1883–1889. <https://doi.org/10.4414/saez.2014.03222>
- Institut für angewandte Osteopathie. (2024). Was ist Osteopathie? Verfügbar unter: <https://www.ifaop.com/osteopathie/was-ist-osteopathie>
- Kemmis, S. (2011). A self-reflective practitioner and a new definition of critical participatory action research. In N. Mockler & J. Sachs (Hrsg.), *Rethinking educational practice through reflexive inquiry* (S. 11–29). Dordrecht: Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0805-1_2
- Kiss, N. & Scheffel, S. (2019). *Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen durch die Erhebung der PatientInnenansicht*. Nr. (BERICHT – PREMS UND PROMS IN ÖSTERREICH IM NIEDERGELASSENEN BEREICH Nr. HVB/2019). Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Klemperer, D. & Rosenwirth, M. (2005). *Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen*. Gütersloh: Bertelsmann.
- Kruse, J. & Schmieder, C. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2., überarbeitete und ergänzte Auflage.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Lehmann, J. (2024). Bachelorarbeit Davide Valsinni, Rückmeldung Fachexperte aus Stufe 2.

- Lenzner, T., Neuert, C. & Otto, W. (2015). *Kognitives Pretesting*. Nr. (GESIS Survey Guidelines Nr. 1.1). Leibniz: Institute for the Social Sciences.
https://doi.org/10.15465/GESIS-SG_010
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34–46. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x>
- Macdonald, M. (2021). Schön zu sehen, das PROMs in der Schweiz ankommen! Verfügbar unter: <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:6892726967805059072>
- Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6., überarbeitete Auflage.). München: Oldenbourg.
- Mummendey, H. D. & Grau, I. (2014). *Die Fragebogen-Methode: Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung* (6. korrigierte Auflage.). Göttingen/Bern/Wien: Hogrefe.
- NEJM Catalyst. (2017). What Is Patient-Centered Care? *Catalyst Carryover*, 3(1).
- Nielsen, J. (1993). *Usability engineering*. Boston: Academic Press.
- OECD. (2019). Measuring what matters: The Patient Reported Indicator Surveys. Verfügbar unter: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Measuring-what-matters-the-Patient-Reported-Indicator-Surveys.pdf>
- Petermann, F. (1997). Interpersonales Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung. In M. Schweer (Hrsg.), *Interpersonales Vertrauen* (S. 155–164). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-90301-3_9
- Posch, P. (2009). Aktionsforschung und Kompetenzentwicklung. Gehalten auf der Tagung des Nordverbunds Schulbegleitforschung, Oldenburg.
- Royal College of Paediatrics and Child Health. (2021). Patient Reported Experience Measure (PREM) for urgent and emergency care. Verfügbar unter: <https://www.rcpch.ac.uk/resources/patient-reported-experience-measure-prem-urgent-emergency-care>

- Scholl, A. (2018). *Die Befragung* (4. bearbeitete Auflage.). Stuttgart: UVK Verlagsgesellschaft. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.36198/9783838549989>
- Scholl, I., Kriston, L. & Härter, M. (2011). PEF-FB-9 - Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item Fassung). *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4, 46–49.
- Schweizerischer Osteopathieverband. (2024). Das kann Osteopathie. Verfügbar unter: <https://www.fso-svo.ch/de/das-kann-osteopathie>
- Sitaras, J. (2024). Startgespräch iterativer Prozess mit der Praxispartnerin.
- Someren, M. W. van, Barnard, Y. F. & Sandberg, J. A. (1994). *The think aloud method: A practical guide to modelling cognitive processes* (Knowledge based systems). London: Academic Press.
- Spektrum der Wissenschaft. (2000). Präferenz. Verfügbar unter: <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/praeferenz/11751>
- Swiss Osteopathy Science Foundation. (2018). Osteosurvey. Verfügbar unter: <https://www.osteopathyfoundation.ch/de/forschung/veroeffentlicht/osteosurvey-86>
- UK Kidney Association. (2023). The Kidney PREM. Verfügbar unter: <https://ukkidney.org/audit-research/data-permissions/data/ukrr-ckd-patient-measures-dataset/kidney-prem-data>
- Vaucher, P., Macdonald, M. & Carnes, D. (2018). *Osteopathy in Switzerland: Practice and Contribution to Healthcare 2016 – 2017*. Nr. 1.2.1. Fribourg: Swiss Osteopathy Science Foundation. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.6397715>
- Waldron, T., Carr, T., McMullen, L., Westhorp, G., Duncan, V., Neufeld, S.-M. et al. (2020). Development of a program theory for shared decision-making: A realist synthesis. *BMC Health Services Research*, 20(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4649-1>
- Weiber, R. & Mühlhaus, D. (2014). *Strukturgleichungsmodellierung*. Berlin/Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-35012-2_5

Zürcher Hochschule der Künste. (2023). Aktionsforschung. Verfügbar unter:

<https://www.zhdk.ch/forschung/ehemalige-forschungsinstitute-7626/iae/glossar-972/aktionsforschung-3810>

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einbettung des SDM-Konstruktes innerhalb des übergeordneten Healthcare-Quality-Bereichs (eigene Darstellung, in Anlehnung an Busse et al., 2019, S. 20)	9
Abbildung 2: Forschungsdesign mit Stufen, Inhalten, Daten und Beschreibungen (eigene Darstellung)	12
Abbildung 3: Unterteilung des SDM-Konstruktes in die Teildimensionen der Information und der Präferenzen mit den dazugehörigen Indikatoren (eigene Darstellung)	25
Abbildung 4: Beispiel der Wortstammanalyse und Ableitung des Indikators Vorlieben innerhalb der Teildimension Präferenzen.....	28
Abbildung 5: Beispiel der Wortstammanalyse und Ableitung des Indikators Diagnose innerhalb der Teildimension Information	29
Abbildung 6: Beispiele für die Übernahme der augenscheinlichen Items anhand der Teildimension Präferenzen	30
Abbildung 7: Skizze des Settings während der Vor-Ort-Pretests (eigene Darstellung).....	39
Abbildung 8: PowerPoint-Folie zur Illustrierung des Zuordnungsspiels	41
Abbildung 9: Resultate aus dem Zuordnungsspiel mit Vergleich der zugordneten und vorgesehenen Konstrukte.....	42
Abbildung 10: PowerPoint-Folie zur Illustrierung des Interpretationsspiels	43
Abbildung 11: PowerPoint-Folie zur Illustrierung des Nominationsspiels	44
Abbildung 12: Resultate aus dem Interpretationsspiel (grün: relevante Items, gelb: nicht relevante Items) und dem Nominationsspiel mit den markierten Top-2-Favoriten (X)	45
Abbildung 13: Beispiel einer Rating-Skala vor der Beurteilung durch die Praxispartnerin und den Fachexperten.....	50

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Vergleich der Konstrukte innerhalb unterschiedlicher Befragungskonzepte (eigene Darstellung)</i>	7
Tabelle 2: Itembildung und Itemreduktion pro iterative Stufe.....	19
Tabelle 3: Fragen aus dem Beurteilungsbogen an die Praxispartnerin und den Fachexperten in der iterativen Stufe 1 mit ausgewählten Antworten.....	22
Tabelle 4: Fragen aus dem Beurteilungsbogen, die der Praxispartnerin und dem Fachexperten in der iterativen Stufe 2 gestellt wurden, mit ausgewählten Antworten.	32
Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung für die Durchführung der sechs kognitiven Pretests..	37
Tabelle 6: Fragen aus dem Beurteilungsbogen zu einem spezifischen Item, die der Praxispartnerin und dem Fachexperten in der iterativen Stufe 3 gestellt wurden, mit ausgewählten Antworten (Mayer, 2013, S. 91; Mummendey & Grau, 2014, S. 67).....	49

10 Anhang

Anhang A	72
Anhang B	92
Anhang C	104
Anhang D	108
Anhang E	113
Anhang F.....	125
Anhang G	131
Anhang H	134
Anhang I.....	135
Anhang J	136

Anhang A

Tabelle A1

Änderungsprotokoll aller Schritte innerhalb der iterativen Fragebogenkonstruktion.

Stufe 2 (Praxispartnerin)		
Input	Anpassung	Begründung
<p><i>Möchten Sie Ihre Präferenzen rund um die Behandlung gemeinsam mit Ihrer Osteopathin besprechen?</i></p> <p>Frage müsste spezifischer sein. Spezifikation zu „was ist mit Entscheidungen gemeint.“ Beispielitems einbauen in einer Skala.</p>	<p>1.1 Möchten Sie mit Ihrer Osteopathin Entscheidungen rund um Ihre Behandlung GEMEINSAM treffen?</p>	<p>Der Input der PP ist valide, jedoch ist eine Skala in dieser Frage nicht implementierbar. Aus diesem Grund wurde die Satzstellung der ursprünglichen Frage geändert. Dadurch kommt aus Sicht des Autors besser hervor, was mit dem Item bezweckt werden soll.</p>
<p><i>Meine Werthaltung wurde mit in die Behandlung einbezogen.</i></p> <p>Was ist mit Werthaltung gemeint?</p>	<p>2.3 gelöscht</p>	<p>Frage gelöscht, weil nicht eindeutig</p>
<p><i>Meine Überzeugungen wurden für die Behandlung berücksichtigt.</i></p>	<p>2.4 Meine Prinzipien wurden für die Behandlung berücksichtigt.</p>	<p>Die PP hat zwar angegeben, das Item beizubehalten, obschon sie dieses als uneindeutig taxierte. Der Vorschlag, das Wort Überzeugung durch Erwartung zu ersetzen, konnte nicht übernommen werden, da gemäss der Wortstammanalyse</p>

Was ist mit Überzeugungen gemeint?	diese Wörter nicht dieselbe Bedeutung aufweisen. Das Item wurde daher angepasst, indem ein Synonym verwendet wurde.
<p><i>Die Behandlungsart wurde gemeinsam vorgängig festgelegt.</i></p> <p>Frage zu unspezifisch da nicht klar ist, was mit Behandlungsart gemeint ist. In Klammer Spezifikationen nehmen.</p>	<p>Frage gelöscht, weil nicht eindeutig. Der Input der PP, wonach man nach dem Wunsch der Patienten fragen sollte, konnte nicht berücksichtigt werden. In PREM-Fragebogen wird nicht danach gefragt, was sich Personen wünschen würden. Es wird gefragt, was sie tatsächlich erlebt haben. Etwas in Klammern zu erklären, macht das Item zudem unverständlicher und länger.</p>
<p><i>Es wurde vorgängig abgemacht, ob ich mir eine gesprächszentrierte Behandlung wünsche.</i></p> <p><i>Es wurde vorgängig abgemacht, ob ich mir eine untersuchungszentrierte Behandlung wünsche.</i></p> <p><i>Es wurde vorgängig abgemacht, ob ich mir eine manuelle Behandlung wünsche.</i></p>	<p>Die Fragen wurden so belassen. Der Input der PP, wonach man nach dem Wunsch der Patienten fragen sollte, konnte nicht berücksichtigt werden. In PREM-Fragebogen wird nicht danach gefragt, was sich Personen wünschen würden. Es wird gefragt, was sie tatsächlich erlebt haben. Die PP wurde über diesen Unterschied gesondert informiert.</p>

Bei Item Item 2.6.1,2.6.2 und 2.6.3 fragen, ob sich die Patienten das wünschen.		
<i>Möchten Sie gemeinsam mit ihrer Osteopathin Informationen rund um Ihre Behandlung teilen?</i>	3.1 gelöscht	Frage gelöscht , weil nicht eindeutig. Obschon diese eigentlich eine Facette des Konstrukts erfragt, bedeutet das noch nicht, dass man die Frage offenkundig stellen kann.
Die Frage könnte abschreckend wirken.		
<i>Der Nutzen der besprochenen Behandlung wurde gemeinsam besprochen.</i>	3.4 gelöscht	Frage gelöscht
Ist eine etwas missverständliche Frage, da der Nutzen ja meistens für die meisten ist, schmerzfreier zu sein, es ist quasi fast selbsterklärend...		
<i>Die erhaltenen Informationen wurden mit Fachartikeln untermalt.</i>	3.6 <i>Die erhaltenen Informationen wurden mit Befunden aus aktuellen Studien untermalt.</i>	Mit Fachartikel war ursprünglich gemeint, dass die Osteopathin das, was sie sagt, auch mit evidenzbasiertem Material wie Studien oder eben Fachartikeln bestärkt. Vermutlich bringt das Wort Fachartikel nicht genau das, was intendiert wurde, zum Ausdruck. Fachsprache wird jedoch als
„Fachartikel“ mit „Fachsprache“ ersetzen		

		geeignet befunden, weil dadurch nur die Formulierung des Gesagten hervorgehoben würde, und nicht die Untermauerung durch wissenschaftliche Evidenz. Aus diesem Grund wurde das Item unformuliert.
<i>Die erhaltenen Informationen basieren auch auf den Erfahrungsschatz meiner Osteopathin.</i>	3.7 gelöscht	Frage gelöscht , weil nicht eindeutig. Obschon diese eigentlich eine Facette des Konstrukts erfragt, bedeutet das noch nicht, dass man die Frage offenkundig stellen kann.
Ich denke, die meisten würden sich bei dieser Frage wundern und möglicherweise denken- „woher soll ich das wissen.“		
<i>Meine Osteopathin ist auf meine Beschwerden eingegangen.</i>	3.14 gelöscht	Gelöscht , weil genau gleich wie das Item 3.13.
Klingt fast genau gleich wie das vorherige Item „Meine Osteopathin ist auf meine Problematik eingegangen“- ich würde nur eines dieser Items nutzen		

Item 3.15.1,3.15.2 und 3.15.3 zu einem einzigen Item zusammenfassen.	3.15.1 so belassen 3.15.2 gelöscht 3.15.3 Die Erklärungen zum Behandlungsvorgang waren nachvollziehbar.	Das Erfragen von mehreren Facetten innerhalb eines Items ist nicht zulässig. Bei der Beantwortung könnte man sich nicht entscheiden, welche Facette man genau bewerten müsste, da ja nur eine einzige Skala vorhanden wäre. Aus diesem Grund wurde eine Anpassung der Items vorgenommen.
Item 3.16.1,3.16.2 und 3.16.3 zu einem einzigen Item zusammenfassen.	3.16.1 so belassen 3.16.2 gelöscht 3.16.3 Die Erklärungen zum Vorgehen der Osteopathiesitzung waren nachvollziehbar.	Das Erfragen von mehreren Facetten innerhalb eines Items ist nicht zulässig. Bei der Beantwortung könnte man sich nicht entscheiden, welche Facette man genau bewerten müsste, da ja nur eine einzige Skala vorhanden wäre. Aus diesem Grund wurde eine Anpassung der Items vorgenommen. Das Item 3.16.3 wurde zudem so umformuliert, dass er eine ähnliche Logik wie 3.15.3 verfolgt.
Item 3.17.1,3.17.2 und 3.17.3 zu einem einzigen Item zusammenfassen.	3.17.1 so belassen 3.17.2 gelöscht 3.17.3 so belassen	Das Erfragen von mehreren Facetten innerhalb eines Items ist nicht zulässig. Bei der Beantwortung könnte man sich nicht entscheiden, welche Facette man genau bewerten müsste, da ja nur eine einzige Skala vorhanden wäre. Aus diesem Grund wurde eine Anpassung der Items vorgenommen.
<i>Es wurden alternative Behandlungsmethoden angeboten. Es wurde empfohlen, einen Chiropraktiker aufzusuchen.</i>	3.18.1 <i>Es wurde empfohlen, eine ärztliche Meinung einzuholen.</i> 3.18.2 gelöscht 3.18.3 gelöscht	Es fand eine Umformulierung des Items 3.18.1 statt. Diese Neuformulierung fasst nun der Grundgedanke der Items 3.18.2 und 3.18.3 in einer generischen Formulierung zusammen, weshalb letztere gelöscht wurden.

*Es wurde empfohlen, einen
Physiotherapeuten
aufzusuchen.*

*Es wurde empfohlen, einen
anderen Therapeuten
aufzusuchen.*

Diese Fragen sollen
umgewandelt werden.

Stufe 2 (Fachexperte)		
Input	Anpassung	Begründung
<p><i>Möchten Sie mit Ihrer Osteopathin Entscheidungen rund um Ihre Behandlung GEMEINSAM treffen?</i></p> <p>Als JA/NEIN-Frage nicht zumutbar</p>	<p>1.1 <i>Wie möchten Sie Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung treffen?</i></p>	<p>Die JA/NEIN Formulierung liefert in der Tat wenig Erkenntnisse. Mit der Änderung ist es möglich, ein Kontinuum aufzubauen, auf dem man sehen kann, in welchem Mass ein/e Patient/in die Entscheidungen zusammen treffen möchte? Da es sich um eine übergeordnete Frage handelt, ist es ok, dass man eine andere Skala verwendet.</p> <p>Der Input der PP stimmt mit der Bemerkung des FE überein.</p>
<p><i>Meine Vorlieben rund um die Behandlung wurden gemeinsam festgelegt. Vorlieben werden nicht gemeinsam festgelegt, sondern gemeinsam diskutiert und festgehalten.</i></p>	<p>2.2 <i>Meine Vorlieben rund um die Behandlung wurden gemeinsam besprochen.</i></p> <p>2.2 <i>Meine Osteopathin und ich haben meine Vorlieben rund um die Behandlung gemeinsam besprochen.</i></p>	<p>FE: Vorlieben werden nicht festgelegt, sondern besprochen!</p>
<p><i>Meine Prinzipien wurden für die Behandlung berücksichtigt.</i></p> <p>Auch hier würde ich umformulieren: „Was mir wichtig ist“ oder „meine Grundanliegen“ wäre besser als ‚meine Prinzipien‘.</p>	<p>2.4 <i>Meine Grundanliegen wurden bei der Behandlung berücksichtigt.</i></p>	<p>A: Keine nähere Erklärung notwendig.</p> <p>Der Input der PP stimmt annähernd mit der Bemerkung des FE überein.</p>

<p><i>Es wurde vorgängig abgemacht, ob ich mir eine gesprächsorientierte Behandlung wünsche.</i></p> <p>Dieses Items mit dem nächsten Item kombinieren, und weniger technische Worte verwenden.</p>	<p>2.6.1 <i>Es wurde vorgängig abgesprochen, ob ich bei der Behandlung mehr Gewicht auf das Gespräch oder auf die Untersuchung legen möchte.</i></p> <p>2.6.1 <i>Meine Osteopathin und ich haben vorgängig abgesprochen, ob ich bei der Behandlung mehr Gewicht auf das Gespräch oder auf die Untersuchung legen möchte.</i></p>	<p>A: Der Vorschlag des Fachexperte ist zwar gut, jedoch sind zwei Elemente „Gespräch“ und „Untersuchung“ im selben Item enthalten. Dies könnte zu Beurteilungsschwierigkeiten bei den Testpersonen führen. Zudem fehlt das Wort „wünschen“, was keine Verbindung mehr zur Wortstammanalyse ermöglicht. Alles in allem ist das Item aber gut, deshalb wird es für die kognitiven Pretests übernommen.</p>
<p><i>Es wurde vorgängig abgemacht, ob ich mir eine manuelle Behandlung wünsche.</i></p> <p>Eine weniger technische Ausdrucksweise verwenden</p>	<p>2.6.3 <i>Es wurde vorgängig abgesprochen, ob ich mir eine manuelle Behandlung wünsche (gezielte Handgriffe auf meinen Körper).</i></p> <p>2.6.3 <i>Meine Osteopathin und ich haben vorgängig abgesprochen, ob ich mir eine manuelle Behandlung wünsche (gezielte Handgriffe auf meinen Körper).</i></p>	<p>- Angleichung an die Formulierungen von 2.6.1 + Übernahme des Satzes in Klammern gemäss Input FE.</p>
<p><i>Die Behandlungsdauer wurde gemeinsam vorgängig festgelegt.</i></p>	<p>2.6.4 <i>Die Behandlungsdauer der einzelnen Sitzungen wurde gemeinsam vorgängig besprochen.</i></p>	<p>- A: Präzisierung hinzugefügt, was mit „Dauer“ gemeint ist und Festlegung herausgenommen, weil es keinen Sinn ergibt, diese zusammen festzulegen.</p>

<p>Es müsste noch klar sein, ob es sich um die Dauer der einzelnen Sitzung oder um die Gesamtdauer (Anzahl Sitzungen) handelt. Zudem nicht fragen, ob die Dauer festgelegt wurde, sondern ob diese konsultiert wurde.</p>	<p><i>2.6.4 Meine Osteopathin und ich haben die Behandlungsdauer der einzelnen Sitzungen gemeinsam vorgängig besprochen.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vielmehr sollte erfragt werden, ob der/die Patient/in darüber informiert wurde.
<p><i>Meine bevorzugte Behandlungsposition wurde gemeinsam vorgängig besprochen.</i></p> <p>Konkreter Fragen.</p>	<p><i>2.7 Meine bevorzugte Behandlungsposition (z.B. sitzend, liegend) wurde gemeinsam vorgängig besprochen.</i></p> <p><i>2.7 Meine Osteopathin und ich haben meine bevorzugte Behandlungsposition (z.B. sitzend, liegend) gemeinsam vorgängig besprochen.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Der Vorschlag des FE wurde nicht übernommen, weil dadurch das Wort „bevorzugt“ aus dem Satz gestrichen würde. - Dieses Wort wurde in der Wortstammanalyse definiert und sollte drinbleiben. Übernahme des Satzes in Klammern gemäss Input FE.
<p><i>Meine Schmerzempfindlichkeit wurde vorgängig gemeinsam festgelegt.</i></p> <p><i>Unbedingt umformulieren!</i></p> <p>Zum Beispiel: „Meine Schmerzempfindlichkeit wurde</p>	<p>2.8 so belassen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Da die Osteopathin keine Testungen zur Schmerzempfindlichkeit durchführt, kann „getestet“ nicht in die Frage reingenommen werden. - Zudem hat die Praxispartnerin das Item als „super Item“ taxiert.

getestet und in die Behandlung einbezogen“	<i>2.8 Meine Osteopathin und ich haben meine Schmerzempfindlichkeit vorgängig gemeinsam festgelegt.</i>	
<i>Es wurde vorgängig eine gemeinsame Behandlungsplanung durchgeführt.</i>	<i>2.9 Die Osteopathin und ich haben einen gemeinsamen Behandlungsplan erstellt.</i> <i>2.9 Meine Osteopathin und ich haben einen gemeinsamen Behandlungsplan erstellt.</i>	- Sehr guter Vorschlag.
Wir haben uns darauf geeinigt, die Behandlung einzustellen, sobald die Beschwerden weg sind.	<i>2.9.2 Meine Osteopathin und ich haben uns darauf geeinigt, die Behandlung einzustellen, sobald die Beschwerden weg sind.</i>	- Abgleich mit dem Satz „Meine Osteopathin und ich“, damit jedes Item gleich beginnt.
<i>Ich wurde über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten informiert.</i> Umformulieren in: Wir konnten die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen gemeinsam besprechen.	<i>3.5 Meine Osteopathin und ich konnten die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen gemeinsam besprechen.</i>	- Der Input des FE konnte grösstenteils angenommen werden.

<p><i>Die erhaltenen Informationen wurden mit Befunden aus aktuellen Studien unterteilt.</i></p>	<p>3.6 so belassen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Praxispartnerin hat das Item als „super Item“ taxiert. Deshalb wird es – entgegen der Meinung des FE – beibehalten.
<p>Dies ist nicht ein Thema, dass mit den Patienten auf diese Weise explizit angesprochen werden muss und soll.</p>	<p>3.6 Meine Osteopathin hat ihre Informationen mit Befunden aus aktuellen Studien unterteilt.</p>	
<p><i>Die erhaltenen Informationen waren verständlich.</i></p>	<p>3.8 <i>Ich habe die Informationen der Osteopathin verstanden.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Wörter „alle“ und „problemlos“ in einem Item zu verpacken finde ich schwierig, da gemäss Literatur absolute Formulierungen vermieden werden sollten. Deshalb wurde diese Wörter aus dem Vorschlag entfernt.
<p>Direkter formulieren: Aktiver und direkter formulieren. „Ich habe alle Informationen der Osteopathin problemlos verstanden</p>		
<p><i>Die Osteopathin ist mir mit Offenheit begegnet.</i></p>	<p>3.9 so belassen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Der Gegenvorschlag des FE wird als komplexer formuliert angesehen. - Aus diesem Grund wird das Item so belassen.
<p><i>Das Verhalten der Osteopathin war aufrichtig.</i></p>	<p>3.10 so belassen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Da die Osteopathin die Frage für gut taxiert hat, wird diese so belassen. - Der Kommentar des FE „Kaum jemand wird seiner Therapeutin Unaufrichtigkeit vorwerfen.“ kann somit nicht Rechnung getragen werden.

		- Zudem steht in der Definition von SDM, dass Aufrichtigkeit ein klarer Indikator für SDM ist.
<i>Die Osteopathin hat sich Zeit für mich genommen.</i> Ich würde „genügend Zeit“ sagen.	<i>3.11 Die Osteopathin hat sich genügend Zeit für mich genommen.</i>	- Guter Input mit der Ergänzung zu „genügend“
<i>Meine Osteopathin ist auf meine Problematik eingegangen.</i> Probleme statt Problematik	<i>3.13 Meine Osteopathin ist auf meine Probleme eingegangen.</i>	- Guter Input mit der Ergänzung
<i>Meine Osteopathin hat mir zugehört.</i>	3.13.1 so belassen	-
<i>Meine Osteopathin hat den Behandlungsvorgang verständlich erklärt.</i>	3.15.1 so belassen	-
<i>Meine Osteopathin hat mich über die Nebeneffekte der Osteopathiebehandlung informiert.</i> Nebeneffekte sollte ersetzt werden, da es mit Medikamenten in Verbindung gebracht werden könnte.	<i>3.19 Meine Osteopathin hat mich über allfällige Schmerzen nach der Osteopathiebehandlung informiert.</i>	- Guter Input

Zu löschende Items:

2.1	Es wird kaum jemand geben, der hier mit <i>Nein</i> beantworten wird. Deshalb bringt die Frage keinen Mehrwert.
2.6.2	Zusammengeführt mit 2.6.1
2.8.1	Dies ist bereits mit 2.8 abgedeckt.
2.8.2	Dies ist bereits mit 2.8 abgedeckt.
2.9.1	Der FE findet diese Frage unlogisch. Weil keine Umformulierung möglich ist, die die Frage nicht verkomplizieren würde, wurde das Item gelöscht.
3.2	Weil PP und FE angegeben haben, das Item erfrage kein Aspekt von SDM ab, wurde das Item gelöscht.
3.3	Gelöscht, weil durch 3.5 abgedeckt wird.
3.12	Wird durch das Item 3.11 abgedeckt.
3.13.2	Wird durch 3.11 abgedeckt
3.15	Wird durch 3.15.1 abgedeckt.
3.15.3	Wird durch 3.15.1 abgedeckt.
3.16	Wird durch 3.15.1 abgedeckt.
3.16.1	Wird durch 3.15.1 abgedeckt.
3.16.3	Wird durch 3.15.1 abgedeckt.
3.17	Zu kompliziert
3.17.1	Zu kompliziert
3.17.3	Zu kompliziert
3.18	Wird durch 3.5 abgedeckt

3.18.1	Wird durch 3.5 abgedeckt
3.20	Wird durch 3.5 abgedeckt
3.21	Wird durch 3.5 abgedeckt

Stufe 3 (Autor)

Input	Anpassung	Begründung
Meine Grundanliegen wurden bei der Behandlung berücksichtigt.	<i>2.4 Meine Bedürfnisse wurden bei der Behandlung berücksichtigt.</i>	

Stufe 3 (Praxispartnerin)

Input	Anpassung	Begründung
		Keine Anpassungen

Stufe 3 (Fachexperte)

Input	Anpassung	Begründung
<i>1 Wie möchten Sie Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung treffen? - Meine Osteopathin soll alle Entscheidungen treffen.</i>	<i>1 Wie möchten Sie sich an Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung beteiligen?</i>	Die Umformulierung der Frage macht im Nachhinein völlig Sinn. Mit dem Wort „beteiligen“ wird nun wirklich klar, dass es um einen gemeinsamen Prozess geht (oder eben gerade nicht). Die Vorschläge zur neuen Skala können jedoch nicht

-
- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - <i>Meine Osteopathin soll die Entscheidungen treffen und mich punktuell hinzuziehen.</i> - <i>Ich will alle Entscheidungen gemeinsam mit meiner Osteopathin treffen.</i> - <i>Ich will die Entscheidungen treffen und mich punktuell auf den Rat der Osteopathin stützen.</i> - <i>Ich will alle Entscheidungen treffen.</i> | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Mein Osteopathin kann selbstständig entscheiden</i> - <i>Mein Osteopathin kann selbstständig entscheiden und mich informieren, was sie machen wird.</i> - <i>Die Entscheidungen sollen gemeinsam getroffen werden.</i> - <i>Ich hole den Rat der Osteopathin ein, will aber selbstständig entscheiden.</i> - <i>Ich will selbstständig entscheiden</i> | <p>berücksichtigt werden, da dort Ausdrücke wie <i>Optionen, meisten</i> oder <i>immer</i> enthalten sind</p> |
|---|---|---|

Die verschiedenen Antwortoptionen sind m.E. zu lang und komplex – ich musste es mehrmals durchlesen und durchdenken. Der Unterschied zwischen der mittleren Option und den beiden daran angrenzenden ist unklar – alle drei Optionen sind eine Art der «gemeinsamen Entscheidung». Kommt hinzu, dass es m.E. unwahrscheinlich ist, dass ein Patient eine der beiden extrem-

Optionen wählt so wie sie jetzt formuliert sind.

Wie möchten Sie sich an Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung beteiligen?

Ich möchte immer den Entscheiden der Osteopathin folgen.

Ich möchte bei wichtigen Entscheidungen mit einbezogen werden.

Ich möchte grundsätzlich immer einbezogen werden, wenn es Optionen gibt.

Ich möchte die meisten Entscheidungen selbst treffen.

Ich möchte immer das letzte Wort haben.

2 Meine Osteopathin und ich haben die Behandlungsdauer der einzelnen Sitzungen gemeinsam vorgängig besprochen.

Was mir als Teilnehmer hier nicht klar wäre, ist ob eine Information durch die Osteopathin als «besprochen» gilbt. Ich finde es müsste genauer definiert sein, was damit gemeint ist, z.B. «Die

2 Meine Osteopathin hat mich über die Behandlungsdauer der einzelnen Sitzungen vorgängig informiert.

Obschon kein direkter Input aus den kognitiven Tests erfolgt ist, das die beschriebene Problematik aufgreift, wurde die Formulierung angepasst. Der einzige Einwand von TP war, dass eine Zeitdauer vorgängig zu besprechen derart absolut sei, dass sie sich eher bedrängt fühlen würde, wenn die fix abgemacht werden müsste. Deshalb wurde jetzt anstelle von *besprochen* das Wort *informiert* eingesetzt. Der Vorschlag, die Skalen anzupassen,

<p><i>Osteopathin hat mir verschiedene Behandlungsdauern für einzelne Sitzungen zur Auswahl gegeben». Dann wäre nämlich auch ein geeigneteres Spektrum an Antwortmöglichkeiten möglich: Ja, Nein, Weiss nicht.</i></p>	<p>kann nicht umgesetzt werden. Grund: Die Skalenoptionen, die standardmässig drin sind <i>Trifft überhaupt nicht zu, Trifft weitgehend nicht zu, Trifft eher nicht zu, Trifft weitgehend zu und Trifft vollständig zu</i> sind insofern geeignet, weil es mehrere Sitzungen betrifft.</p>	
<p><i>3 Meine Osteopathin und ich haben einen gemeinsamen Behandlungsplan erstellt. Ich finde die Skala eher ungeeignet. Entweder man hat es gemacht, oder man hat es nicht gemacht. Was möglicherweise überfordern ist – was macht einen Behandlungsplan «gemeinsam»? Vielleicht wären Antwortoptionen, welche diesen Sachverhalt differenzieren besser, so im Sinne von:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Kein Behandlungsplan</i> 	<p><i>3 Meine Osteopathin und ich haben einen Behandlungsplan erstellt.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Es wurde kein Behandlungsplan erstellt</i> - <i>Der Behandlungsplan wurde durch die Osteopathin erstellt</i> - <i>Der Behandlungsplan wurde gemeinsam erstellt</i> - <i>Ich habe der Osteopathin einen Behandlungsplan vorgelegt</i> 	<p>Das Wort <i>gemeinsam</i> wurde gestrichen, denn es wirkt überflüssig. <i>Meine Osteopathin und ich</i> ist per sé bereits gemeinsam. Die Skalen wurden sinngemäss übernommen.</p>

- Ein Behandlungsplan welcher durch die Osteopathin bestimmt wurde
- Einen Behandlungsplan welcher gemeinsam entwickelt wurde
- Ich habe selbst einen Behandlungsplan gemacht und diesen der Osteopathin vorgelegt

4, 5

Keine Anpassungen

6 Meine Osteopathin und ich konnten die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen gemeinsam besprechen.

Statt «konnten Besprechen» würde ich «haben besprochen» wählen, und dann die Optionen konkreter, z.B. «Gar nicht besprochen» - «Einmal besprochen» - «Mehrere Male besprochen»

6 Meine Osteopathin und ich **haben** die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen gemeinsam **besprochen**.

- **Überhaupt nicht besprochen**
- **Beiläufig erwähnt**
- **teilweise besprochen**
- **Weitgehend besprochen**
- **Vollständig besprochen**

Zeitform wurde verändert, weil es dadurch präziser und angegrenzter klingt. Die Skalenoptionen wurden in Bezug auf das Item angepasst, jedoch nicht so, wie es der Fachexperte vorgeschlagen hat. Mit der Häufigkeitsangaben in den vorgeschlagenen Antworten wird auch eine Häufigkeit im Item impliziert, die jedoch gar nicht vorhanden ist.

7

Keine Anpassungen

<i>8 Meine Bedürfnisse wurden bei der Behandlung berücksichtigt.</i>	<i>Meine Osteopathin hat mich über allfällige Schmerzen nach der Osteopathiebehandlung informiert.</i>	Der Fachexperte hat dieses Item aus dem gelöschten Itemkatalog zurückgeholt. Das neu hinzugefügte Item ist somit nicht im kognitiven Pretest behandelt worden. Der Einwand ist berechtigt und lässt sich dadurch bestärken, weil das ursprüngliche Item <i>Meine Bedürfnisse wurden bei der Behandlung berücksichtigt</i> eigentlich nur von einer einzigen Testperson als gut empfunden wurde.
<i>Meine Osteopathin ist auf meine Probleme eingegangen. Die Person wird eigentlich nicht überfordert, aber ich finde Frage 8 und 9 überschneiden sich zu stark und das ist verwirrend. Wenn die Osteopathin nicht auf meine Probleme eingegangen ist, dann wurden auch nicht auf meine Bedürfnisse nicht bei der Behandlung eingegangen. Wenn beide Fragen beibehalten werden sollen, dann sollte m.E. inhaltlich klarer sein, was der Unterschied ist.</i>	<i>Meine Osteopathin ist auf meine Bedürfnisse eingegangen.</i>	Das Wort Bedürfnisse aus dem Item 8 wurde hier anstelle des Wortes Probleme übertragen. Somit bleibt die Abfrage zu den Bedürfnissen erhalten. Der Einwand des Fachexperten wird stattgegeben; im Nachhinein ähneln sich beide Items zu stark.

Stufe 4

Keine Anpassungen

Anhang B

Dokument B1

*Zusammenfassung und Ablauf für Praxispartnerin und Fachexperte***Fragebogenkonstruktion zur Erhebung der Versorgungserfahrung der
Patientinnen und Patienten einer Osteopathiepraxis****Zusammenfassung und Ablauf
für Praxispartnerin und Fachexperte**

Bachelorarbeit an der Fachhochschule für Angewandte Psychologie
FHNW Olten

Inhalt

Einführung.....	93
Ablauf.....	96
1 Iterative Stufe 1 (Grobstruktur)	96
2 Iterative Stufe 2 (1. Fragebogenentwurf)	97
3 Iterative Stufe 3 (2.Fragebogenentwurf)	98
4 Iterative Stufe 4 (3.Fragebogenentwurf)	99
Beurteilungskriterien.....	100

Autor

Davide Valsinni

davide.valsinni@students.fhnw.ch

Einführung

Zusammenfassung: Mit dieser Bachelorarbeit möchte der Autor die Versorgungserfahrung einer Osteopathie-Praxis aus Sicht der Patientinnen und Patienten erheben. In der Fachliteratur wird das Patient Reported Experience Measures (PREM) genannt. Zur Erhebung dieses Erlebens wird ein selbsterstellter Online-Fragebogen in mehreren Stufen konstruiert und durch die Praxispartnerin sowie durch einen Experten beurteilt. Der Fragebogen wird für die Anwendung in der Praxis aufbereitet.

Mit Erfahrung sind Eindrücke der behandlungserfragenden Personen zur z.B. Art und Weise, wie ein Termin vereinbart werden konnte oder aber ob eine gemeinsame Entscheidungsfindung stattgefunden hat. Es werden objektive Meinungen erfragt, also, ob konkrete Erfahrungen mit der Praxis gemacht wurden, und nicht, wie zufrieden die behandlungserfragenden Personen waren. (Boywitt & Bungard, 2017). Der Fragebogen erfragt zudem keine krankheitsspezifischen Zustände und Verläufe.

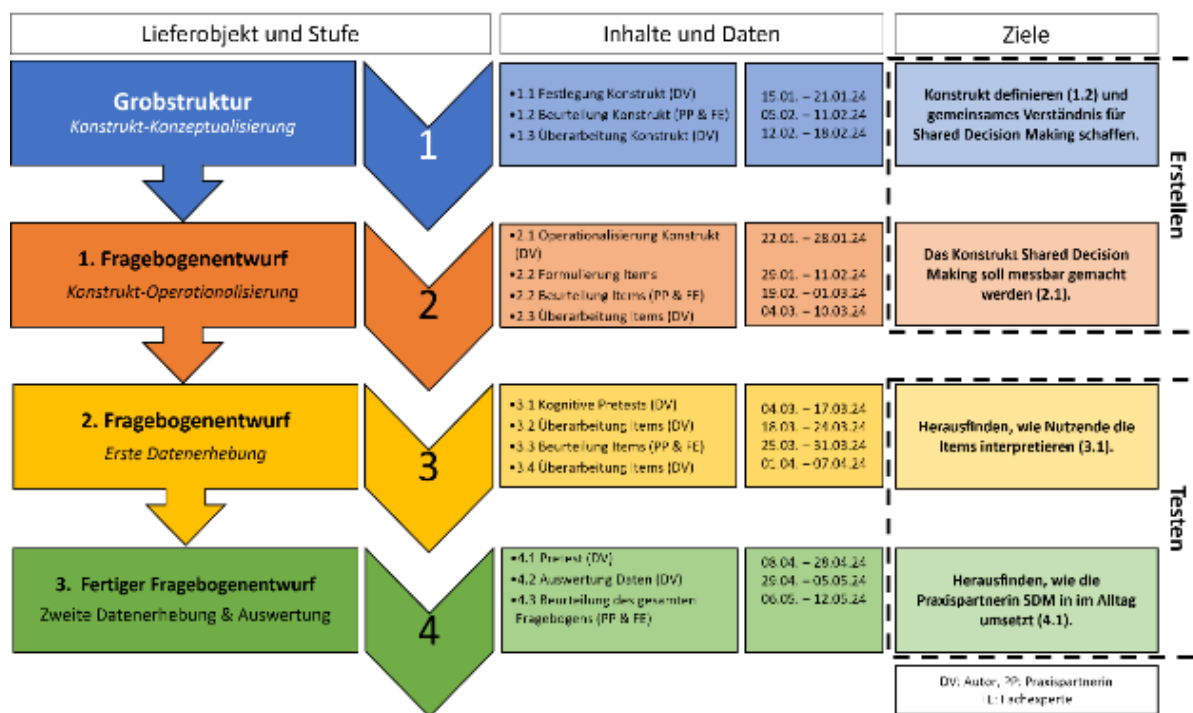
Keywords: *Patient Centered Care, Shared Decision Making, Patient Experience, PREM, Osteopathie*

Aufgabe Iterationsgruppe: Die Rolle der Praxispartnerin und des Fachexperten liegt darin, in einem vierstufigen Ablauf die jeweiligen Fragebogen-Entwürfe zu sichten. Der Autor wird der Praxispartnerin wie auch dem Fachexperten jeweils ein Entwurf pro Stufe zur Verfügung stellen mit der Bitte, die darin enthaltenen Bestandteile kritisch zu hinterfragen (Verbesserungsvorschläge). **Der Arbeitsaufwand wird gesamthaft auf ca. vier Stunden pro Interessensgruppe in einem Zeitraum von 10 Wochen geschätzt.**

Zusammenfassung Ablauf: Um den Ablauf zu diskutieren, trifft sich der Autor vor Beginn des iterativen Prozesses mit den genannten Personen. Das Forschungsdesign dieser Arbeit sieht vor, eine vierstufige Fragebogenkonstruktion durchzuführen. Jede Stufe in diesem Forschungsdesign wird im iterativen Verfahren mit der Praxispartnerin und einem Fachexperten gesichtet. Iterativ bedeutet, dass die eben genannten Personen nach jedem Entwurf und nach jeder Änderung die Möglichkeit erhalten, Verbesserungsvorschläge anzubringen. Die Verbesserungsvorschläge erfolgen pro Stufe in einem Cloud-basierten Word-Dokument. Die Praxispartnerin beginnt immer mit der Beurteilung. Erst wenn diese fertig ist, kann der Fachexperte in der zugeteilten Version mit der Beurteilung beginnen. Die Version des Fachexperten baut immer auf die Verbesserungsvorschläge auf, welche die Praxispartnerin zuvor angebracht hat und welche durch den Autor – so weit wie möglich – berücksichtigt wurden. Beide Personen haben, je nach Stufe, jeweils drei resp. fünf Tage

Zeit, um die Verbesserungsvorschläge anzubringen. Der Start- wie auch der Endzeitpunkt wird pro Stufe und pro Person via E-Mail durch den Autor bekanntgegeben.

Die nachfolgende Abbildung 1 fasst das Geschriebene zusammen und zeigt zudem die Fristen der Phasen auf.



Damit man sich ein Bild über die bevorstehenden Fragen machen kann, werden in Kapitel 3 für die genannten Stufen 1 bis 4 grobe Beurteilungskriterien aufgelistet.

Diese Kriterien sind in den jeweiligen Entwürfen detaillierter formuliert und müssen nicht jetzt in diesem Dokument beantwortet werden.

Die Beurteilungskriterien sollen sowohl Praxispartnerin wie auch Fachexperte dabei helfen, strukturierte Verbesserungsvorschläge zu formulieren. Zusätzliche Inputs aus dem eigenen Erfahrungsschatz als Praxispartnerin oder Fachexperte sind sehr willkommen und können in einem dafür vorgesehenen Feld pro Entwurf ausformuliert werden. Merke: Zur vollständigen Nachvollziehbarkeit steht beiden Personen jederzeit ein [Änderungsprotokoll](#) zur Verfügung, mit dem es möglich sein wird, die Veränderungen in den jeweiligen Stufen nachvollziehen zu können.

Herleitung für die dargelegte Vorgehensweise: Die nachfolgenden Quellen wurden herangezogen, um die Schritte und Inhalte dieses Dokumentes zu begründen.

- Empirisch für den Bezug zu den PREM-Konstrukten: Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H. P., Ferreira, P., Hearnshaw, H. et al. (2000). Patients in Europe evaluate

general practice care: an international comparison. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 50(460), 882–887.

- Methodisch für die Konstruktion des Fragebogens: Mayer, H. O. (2013). Interview und schriftliche Befragung : Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. Interview und schriftliche Befragung Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung (6., überarbeitete Auflage.). München: Oldenbourg.
- Methodisch für den iterativen Prozess: Lewin, K. (1946). Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34–46.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x>
- Fachlich für die Herstellung eines Bezuges zum Osteopathie-Studium: Fernfachhochschule Schweiz. (2024). BSc Osteopathie. FFHS Fernfachhochschule Schweiz. Verfügbar unter: <https://www.ffhs.ch/de/bachelor/bsc-in-osteopathie>

Ablauf

Iterative Stufe 1 (Grobstruktur)

Schritt 1: Festlegung KonstruktSchritt 2: Verständnis KonstruktSchritt 3: Überarbeitung Konstrukt

Aufgabe Autor, Festlegung Konstrukt

Im ersten Schritt ist eine Literaturrecherche erfolgt mit dem Ziel, ein einzelnes Konstrukt zu bestimmen. Um die Konstruktion dieses Fragebogens klar abzugrenzen, wird in dieser Bachelorarbeit nur das Konstrukt Shared Decision Making (partizipative Entscheidungsfindung, Definition folgt weiter unten in diesem Dokument) herangezogen.

Aus Sicht des Autors dieser Arbeit eignet sich dieses Konstrukt am besten, weil

- a) die Fachliteratur das Konstrukt sehr gut belegt.
- b) weil im iterativen Prozess zwischen der Praxispartnerin und dem Fachexperten es einfacher ist, das Verständnis für nur ein Konstrukt herzustellen.

Aufgabe Praxispartnerin und Fachexperte, Verständnis Konstrukt

Verständnis zum Konstrukt Shared Decision Making aufbauen mit anschliessender Beurteilung des Konstruktes. Hier werden offene Fragen gestellt.

Zeitaufwand: ca. 75 Minuten

Person	Erhalt Entwurf	Bearbeitungszeit	Link Entwurf
Erklärvideo Stufe 1 (Link)			
1. Praxispartnerin	05.02.2024	Bis 07.02.2024	Hier klicken
2. Fachexperte	09.02.2024	Bis 11.02.2024	Hier klicken

Aufgabe Autor, Überarbeitung Konstrukt

Aus den Erkenntnissen erfolgt eine Anpassung der Items.

Iterative Stufe 2 (1. Fragebogenentwurf)

Schritt 1: Operationalisierung Konstrukt

Schritt 2: Formulierung von Items

Schritt 3: Beurteilung der Items

Schritt 4: Überarbeitung der Items

Aufgabe Autor, Operationalisierung Konstrukt

Im ersten Schritt findet anhand einer Literaturrecherche die Operationalisierung des Konstruktes Shared Decision Making statt (das Konstrukt wird messbar gemacht = Fragen werden erstellt).

Aufgabe Autor, Formulierung von Items

Aus der Operationalisierung des Konstruktes werden passende Items formuliert. Diese werden entweder völlig neu geschrieben oder in Anlehnung an bestehenden Fragebogen übernommen und umformuliert.

Aufgabe Praxispartnerin und Fachexperte, Beurteilung der Items

Beurteilung der Items. Es werden Ja/Nein sowie offene Fragen gestellt.

Zeitaufwand: ca. 75 Minuten

Person	Erhalt Entwurf	Bearbeitungszeit	Link Entwurf
Erklärvideo Stufe 2 (Link)			
1. Praxispartnerin	19.02.2024	23.02.2024	Hier klicken
2. Fachexperte	26.02.2024	01.03.2024	Hier klicken

Aufgabe Autor, Überarbeitung der Items

Aus den Erkenntnissen erfolgt nach jeder Person eine Anpassung der Items.

Merke: Ein Konstrukt ist eine Vorstellung der Wirklichkeit, und nicht die Wirklichkeit als solche. Konstrukte sind somit theoretische Begriffe, die durch die sogenannte Operationalisierung messbar gemacht werden sollen.

Iterative Stufe 3 (2.Fragebogenentwurf)

Schritt 1: Herausfinden, wie Nutzende die Fragen interpretieren (kognitive Pretests)

Schritt 2: Überarbeitung der Items

Schritt 3: Beurteilung der Items

Schritt 4: Überarbeitung der Items

Aufgabe Autor, Kognitive Pretests durchführen

Kognitive Pretests mit fach- und therapiefremden Testpersonen (N=6). Diese Pretests werden gemeinsam und synchron (live) mit den Testpersonen durchgeführt.

Aufgabe Autor, Überarbeitung der Items

Aus den Erkenntnissen erfolgt eine Anpassung der Items.

Aufgabe Praxispartnerin und Fachexperte, Beurteilung der Items

Beurteilung der Items. Es werden Ja/Nein sowie offene Fragen gestellt.

Zeitaufwand: ca. 60 Minuten.

Person	Erhalt Entwurf	Bearbeitungszeit bis	Link Entwurf
Erklärvideo Stufe 3 (Link)			
1. Praxispartnerin	25.03.2024	27.03.2024	Hier klicken
2. Fachexperte	29.03.2024	31.03.2024	Hier klicken

Aufgabe Autor, Überarbeitung der Items

Aus den Erkenntnissen erfolgt nach jeder Person eine Anpassung der Items.

Iterative Stufe 4 (3.Fragebogenentwurf)

Schritt 1: Technische und statistische Auswertung des Fragebogens (Pretest)

Schritt 2: Überarbeitung der Items

Schritt 3: Beurteilung des gesamten Fragebogens

Aufgabe Autor, Pretest

Testung des Online-Fragebogens durch Testpersonen (N=20) aus der Praxis der Praxispartnerin. Die Daten werden auf Lage- und Streuungsparameter. Wenn nötig, werden Fragen aussortiert. Die Praxispartnerin unterbreitet die Umfrage via E-Mail den dafür vorgesehenen Testpersonen, ohne dabei zu sagen, dass es sich dabei um einen Test handelt.

Schritt 2, Aufgabe Autor

Aus der Auswertung erfolgen Interpretationen und Empfehlungen für die Praxispartnerin.

Aufgabe Praxispartnerin und Fachexperte, Abschlussbeurteilung Fragebogenkonstruktion.

Zeitaufwand: ca. 40 Minuten.

⇒ <https://forms.office.com/e/Kgq0dsERHe>

Beurteilungskriterien

Iterative Stufe 1 (Grobstruktur)

Betrifft: Beurteilung und Verständnisaufbau zum Konstrukt Shared Decision Making. Die Definition des Konstruktes ist im Entwurf enthalten.

Beurteilungsfragen

- a) Was für Fragen stellen Sie sich beim Konstrukt Shared Decision Making intuitiv vor?

- b) Inwiefern ist das aufgeführte Konstrukt sinnvoll für einen Gesundheitsberuf der Erstversorgung im Sinne von GesBG?

- c) Inwiefern ist das aufgeführte Konstrukt sinnvoll für eine osteopathische Praxis?

- d) Welche Bezüge weist das Konstrukt zu Modulen aus dem Studiengang BSc- und MAs auf?

Iterative Stufe 2 (1.Fragebogenentwurf)

Betrifft: Beurteilung der Items aus Sicht des Konstrukts.

Beurteilungsfragen

~~Inwiefern stellen die Items einen geeigneten Bezug zu den Themen Patient Centered Care und Patient Experience her?~~

~~Wird mit den Items ein sinnvoller Bezug zur medizinischen Praxis hergestellt?~~

~~Wie schätzen Sie die Zumutbarkeit der Items aus Sicht der Patientinnen und Patienten ein, wenn man bedenkt, dass die Erhebung eine neue Situation für diese darstellt?~~

b) Wie schätzen Sie die Zumutbarkeit der Items aus Sicht der Praxispartnerin ein, wenn man bedenkt, dass die Erhebung mittels Fragebogen eine neue Situation für sie darstellt?

c) Erfragen die Items das Erleben im Versorgungsprozess ab?

d) Erfragen die Items die zentralen Aspekte gemäss der Definition zum Konstrukt Shared Decision Making ab?

e) Item beibehalten?

Iterative Stufe 3 (2. Fragebogenentwurf)

Betrifft: Beurteilung der Items aus einer methodischen Perspektive.

Beurteilungsfragen

- a) Sind die aufgeführten Items einfach formuliert?
- b) Sind die Items kurz formuliert?
- c) Sind die Items konkret?
- d) Wurden Suggestivformulierungen weggelassen?
- e) Enthalten die Items negativ behaftete Ausdrücke?
- f) Wurden hypothetische Items vermieden?
- g) Wurde pro Item immer nur ein Sachverhalt formuliert?
- h) Enthalten die Items doppelte Verneinungen?
- i) Werden die befragten Personen mit den Items überfordert?
- j) Bietet die Skala ein geeignetes Spektrum an Antworten an?

Iterative Stufe 4 (3.Fragebogenentwurf)

Betrifft: Beurteilung der Zusammenarbeit mit Davide Valsinni.

⇒ <https://forms.office.com/e/Kgq0dsERHe>

Anhang C

Dokument C1

*Beurteilungsbogen für PP und FE Stufe 1, Konstrukt-Konzeptualisierung (Grobstruktur), 1.2
blanko Version*

Iterative Stufe 1 (Konstrukt-Konzeptualisierung, Grobstruktur)

Schritt a)

Die beurteilende Person verschafft sich einen Überblick zum Konstrukt Shared Decision Making. Hierfür nimmt sie die untenstehende Beschreibung (Kapitel 2) zur Hilfe.

Schritt b)

Die beurteilende Person beurteilt das Konstrukt Shared Decision Making. Hierfür nimmt sie die untenstehenden Beurteilungsfragen (Kapitel 3) zur Hilfe. Beantworten Sie die Fragen ausführlich und in ganzen Sätzen.

Schritt c)

Falls erwünscht, können die Änderungen gemäss [Änderungsprotokoll](#) nach der eigenen Beurteilung hinzugezogen und nachverfolgt werden. In der ersten Stufe kann die Praxispartnerin noch keine Veränderungen nachverfolgen, weil sie die erste Version lesen wird.

Zeitaufwand: ca. 45 Minuten

Merke: Auf Basis der nachfolgenden Beschreibung werden Fragen formuliert werden. Dies geschieht in der Stufe 2. Aus diesem Grund ist es wichtig, das gemeinsame Verständnis für das Konstrukt Shared Decision Making aufzubauen.

Beschreibung Konstrukt

Bei SDM handelt es sich um einen Bestandteil von Patient-centered Care. Es bezieht sich auf den Entscheidungsfindungsprozess, der durch die behandlungserfragende und die therapierende Person gemeinsam erfolgt. Hierbei zeichnet sich SDM dadurch aus, dass die therapierende die behandlungserfragende Person im Gespräch in die Entscheidungen einbindet. Dies soll unter Einbeziehung medizinischer, vorzugsweise evidenzbasierter Informationen, der Erfahrung und des Wissens der behandelnden Person sowie der Erfahrungen, Wünsche und Werte der behandlungserfragenden Person stattfinden (Brownlee et al., 2011; Elwyn et al., 2000; Gerber et al., 2014; Waldron et al., 2020).

Eine in der Literaturrecherche festgestellte Grundhaltung von SDM stellt die ethische Einstellung der therapierenden Personen dar. Die ethisch adäquate Haltung in der Medizinalpraktik, welche therapierende Personen in ihrem Alltag vorleben sollten, impliziert, dass sich diese dazu verpflichtet fühlen müssen, die behandlungserfragende Person zu ermutigen und zu unterstützen, aktiv am Entscheidungsprozess teilzunehmen, sowie gemeinsam die bestmögliche Behandlung zu wählen (Brownlee, 2011, S. 2; Gerber et al., 2014, S. 1883). Weiter wird mit SDM darauf abgezielt, die Autonomie der behandlungserfragenden Person zu stärken und sicherzustellen, dass die getroffenen Entscheidungen mit ihren individuellen Bedürfnissen und Präferenzen in Einklang stehen (Gerber et al., 2014, S. 1883). Es fördert somit eine partnerschaftliche Beziehung zwischen der therapierenden und der behandlungserfragenden Person, die auf Respekt, Verständnis und geteilter Verantwortung für die Gesundheitsversorgung basiert (Gerber et al., 2014, S. 1883). Die Umsetzung der Entscheidung in Bezug auf die Diagnose oder Behandlung wird demnach gemeinsam vorgenommen und kann von der ursprünglich geplanten Vorgehensweise der therapierenden Person abweichen. Zudem setzt SDM die Einigkeit beider Parteien darüber voraus, dass eine Einschätzung der Situation sowohl möglich als auch erforderlich ist und die Behandlungsoptionen partnerschaftlich entwickelt werden sollen (Charles, Gafni & Whelan, 1997, S. 682). Gemäss sind bei der partizipativen Entscheidungsfindung zwei Komponenten zentral: Vorlieben und Werte sowie der Wissensaustausch.

Die erste Teildimension von SDM bezieht sich auf die Vorlieben und Werte und beschreibt die persönlichen Präferenzen und ethischen Überzeugungen einer behandlungserfragenden Person im Zusammenhang mit ihrer Gesundheitsversorgung. Unter einer Präferenz wird die Bevorzugung einer oder mehrerer Optionen bei gleichzeitiger Vernachlässigung anderer Möglichkeiten verstanden. Um sie verbal oder nonverbal zeigen zu können, ist die Fähigkeit der behandlungserfragenden Person entscheidend, zwischen

den vorhandenen Optionen zu unterscheiden. Hierfür ist es massgeblich, die verschiedenen Informationen zu verstehen (Spektrum der Wissenschaft, 2000). Im SDM-Prozess ist es essenziell, dass die therapierende Person die individuellen Vorlieben und Werte der behandlungserfragenden Person kennt. Dies ermöglicht es, Behandlungsoptionen anzubieten, die besser zu den persönlichen Überzeugungen passen. Beispielsweise können behandlungserfragende Personen eine Gesprächstherapie einer manuellen Therapie vorziehen.

Weiter geht es mit der zweiten Teildimension innerhalb des SDM-Konstruktes; der Informationsteilung. Die Informationsteilung im Kontext von SDM bezieht sich darauf, dass die therapierende Person der behandlungserfragenden Person verständliche und umfassende Informationen über ihren Gesundheitszustand und die verfügbaren Behandlungsoptionen bereitstellt. Eine offene und ehrliche Kommunikation ermöglicht es der behandlungserfragenden Person, informierte Entscheidungen zu treffen. Dies beinhaltet die Erklärung von Diagnosen, Risiken, Nutzen und Alternativen. Die Informationsteilung schafft eine gemeinsame Wissensgrundlage, auf der die behandlungserfragende und die behandelnde Person zusammenarbeiten können. Neben dem Erfordernis, genügend Zeit für eine Entscheidung zur Verfügung zu stellen, gilt es, die kommunikativen Kompetenzen der therapierenden Person zu sicherzustellen (Klemperer & Rosenwirth, 2005, S. 4).

Beurteilung Konstrukt

Shared Decision Making

Was für Fragen stellen Sie sich beim Konstrukt Shared Decision Making intuitiv vor?

Hier können Sie mehrere Beispiel-Fragen auführen. Bitte formulieren Sie diese in ganzen Sätzen.

Inwiefern ist das aufgeführte Konstrukt sinnvoll für einen Gesundheitsberuf der
Erstversorgung im Sinne von GesBG?

Bei der Beantwortung dieser Frage kommen entweder persönliche Meinungen oder aber auch Überlegungen zum Tragen, die auf Fakten fundieren, die den Bezug zum Gesundheitsberuf entweder bestätigen oder verneinen. Bitte formulieren Sie Ihre Antworten in ganzen Sätzen.

Inwiefern ist das aufgeführte Konstrukt sinnvoll für eine osteopathische Praxis?

Bei der Beantwortung dieser Frage sind vor allem die Kenntnisse der Praxispartnerin gefragt. Der Fachexperte kann – soweit möglich – die eigenen Ansichten ebenfalls niederschreiben. Bitte formulieren Sie Ihre Antworten in ganzen Sätzen.

Welche Bezüge weist das Konstrukt zu Modulen aus dem Studiengang BSc- und MAS
auf?

*Bei der Beantwortung dieser Frage sind vor allem die Kenntnisse der Praxispartnerin gefragt. Der Fachexperte kann – soweit möglich – die eigenen Ansichten ebenfalls niederschreiben.
Ob sich der Bezug zu einem Schweizerischen oder zu einem ausländischen Studiengang herstellen lässt, ist hier nicht von Bedeutung. Bitte formulieren Sie Ihre Antworten in ganzen Sätzen.*

Fazit

- Konstrukt wie formuliert belassen und mit der Operationalisierung weitermachen
- Konstrukt anpassen gemäss den Inputs.

Weitere Inputs zum Konstrukt

Welche Anmerkungen möchten Sie hier deponieren?

Anhang D

Dokument D1

Beurteilungsbogen für PP und FE Stufe 2, Konstrukt-Operationalisierung, (Erster Fragebogenentwurf), 2.1 erste Fassung für Praxispartnerin (die Fassung, die dem Fachexperten vorgelegt wurde, kann anhand des Änderungsprotokolls eruiert werden)

Iterative Stufe 2 (Erster Fragebogenentwurf)

Schritt a)

Die beurteilende Person liest die Beurteilungskriterien durch (Kapitel 2).

Schritt b)

Die beurteilende Person beurteilt die formulierten Items anhand der vorgegebenen Beurteilungskriterien (Kapitel 3).

Schritt c)

Falls erwünscht, können die Änderungen gemäss [Änderungsprotokoll](#) nach der eigenen Beurteilung hinzugezogen und nachverfolgt werden. In der dieser Stufe kann die Praxispartnerin noch keine Veränderungen nachverfolgen, weil sie die erste Version beurteilen wird.

Zeitaufwand: ca. 75 Minuten

Zur Erinnerung: Die Fragen im vorliegenden Entwurf wurden mithilfe Ihrer Vorschläge formuliert (Frage aus der Stufe 1 „*Was für Fragen stellen Sie sich beim Konstrukt Shared Decision Making intuitiv vor?*“). Der Autor hat auch eigene Fragen einfließen lassen.

Merke:

- Die Items wurden in den Teilbereichen *Präferenzen (3.2)* und *Information (3.3)* eingeteilt (gemäss der Definition zum Konstrukt [Shared Decision Making](#)). Auch wurde eine Ebene (Meta-Ebene, 3.1) hinzugefügt, bei dem Fragen zur partizipativen Entscheidungsfindung im Sinne einer übergeordneten Ebene ersichtlich sind.
- Übergeordnete Items sind als Frage formuliert. Diese können im finalen Fragebogen durch die Patientinnen und Patienten mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Spezifische Items hingegen werden als Feststellung formuliert, die dann auf einer Skala von 1 bis 5 beurteilt werden können.

- **Die Items müssen noch nicht hinsichtlich ihrer psychometrischen Gütekriterien beurteilt werden** (das erfolgt erst in der nächsten Stufe 3).

Nicht erschrecken: Der Autor hat viele Items formuliert. Diese werden nicht alle in den definitiven Fragebogen gelangen. U.A. genau deshalb beurteilen Sie diesen Entwurf.

Beurteilungskriterien

-
- a. Wie schätzen Sie die Zumutbarkeit der Items aus Sicht der Praxispartnerin ein, wenn man bedenkt, dass die Erhebung eine neue Situation für sie darstellt?
-
- b. Erfragen die Items das Erleben im Versorgungsprozess ab?
-
- c. Erfragen die Items die zentralen Aspekte gemäss der Definition zum Konstrukt Shared Decision Making ab?
-
- d. Item beibehalten?
-

Merke: Es werden nicht alle Beurteilungskriterien zur Beurteilung der verschiedenen Items verwendet.

Beurteilung des ersten Fragebogenentwurfs

1 Partizipative Entscheidungsfindung

1.1 Möchten Sie mit Ihrer Osteopathin gemeinsame Entscheidungen rund um Ihre Behandlung treffen?

2 Präferenzen

2.1 *Möchten Sie Ihre Präferenzen rund um die Behandlung gemeinsam mit Ihrer Osteopathin besprechen?*

2.2 *Meine Vorlieben rund um Ihre Behandlung wurden gemeinsam festgelegt.*

2.3 *Meine Werthaltung wurde mit in die Behandlung einbezogen.*

2.4 *Meine Überzeugungen wurden für die Behandlung berücksichtigt.*

2.5 *Meine Vorlieben bezüglich Behandlungstechniken wurden gemeinsam vorgängig besprochen.*

2.6 Die Behandlungsart wurde gemeinsam vorgängig festgelegt.

2.6.1 Es wurde vorgängig abgemacht, ob ich mir eine gesprächsorientierte Behandlung wünsche.

2.6.2 Es wurde vorgängig abgemacht, ob ich mir eine untersuchungsorientierte Behandlung wünsche.

2.6.3 Es wurde vorgängig abgemacht, ob ich mir eine manuelle Behandlung wünsche.

2.6.4 Die Behandlungsdauer wurde gemeinsam vorgängig festgelegt.

2.7 Meine bevorzugte Behandlungsposition wurde gemeinsam vorgängig besprochen.

2.8 Meine Schmerzempfindlichkeit wurde vorgängig gemeinsam festgelegt.

2.8.1 Ich wurde gefragt, ob ich schmerzfreie Behandlungstechniken bevorzugen würde.

2.8.2 Ich wurde gefragt, ob ich auch schmerzerzeugende Behandlungstechniken bevorzugen würde.

2.9 Es wurde vorgängig eine gemeinsame Behandlungsplanung durchgeführt.

2.9.1 Wir haben uns auf reguläre Behandlungstermine geeinigt, unabhängig davon, ob meine Beschwerden noch vorhanden sein werden.

2.9.2 Wir haben uns darauf geeinigt, die Behandlung einzustellen, sobald die Beschwerden weg sind.

3. Information

3.1 Möchten Sie gemeinsam mit ihrer Osteopathin Informationen rund um Ihre Behandlung teilen?

3.2 Es wurde eine Diagnose erstellt.

3.3 Wir konnten die Vor- und Nachteile einer Behandlung zusammen besprechen.

3.4 Der Nutzen der besprochenen Behandlung wurde gemeinsam besprochen.

3.5 Ich wurde über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten informiert.

3.6 Die erhaltenen Informationen wurden mit Fachartikeln untermauert.

3.7 Die erhaltenen Informationen basieren auch auf den Erfahrungsschatz meiner Osteopathin.

3.8 Die erhaltenen Informationen waren verständlich.

3.9 Die Osteopathin ist mir mit Offenheit begegnet.

3.10 Das Verhalten der Osteopathin war aufrichtig.

3.11 Die Osteopathin hat sich Zeit für mich genommen.

3.12 Ich hatte genügend Zeit, um meine Beschwerden zu erklären.

3.13 Meine Osteopathin ist auf meine Problematik eingegangen.

3.13.1 Meine Osteopathin hat mir zugehört.

3.13.2 Meine Osteopathin hat sich Zeit für die Untersuchung genommen.

3.14 Meine Osteopathin ist auf meine Beschwerden eingegangen.

3.15 Der Behandlungsvorgang wurde erklärt.

3.15.1 Der Behandlungsvorgang wurde verständlich erklärt.

3.15.2 Der Behandlungsvorgang wurde ausführlich erklärt.

3.15.3 Der Behandlungsvorgang war nachvollziehbar.

3.16 Das Vorgehen der Osteopathiesitzung wurde erklärt.

3.16.1 Das Vorgehen der Osteopathiesitzung wurde verständlich erklärt.

3.16.2 Das Vorgehen der Osteopathiesitzung wurde ausführlich erklärt.

3.16.3 Das Vorgehen der Osteopathiesitzung war nachvollziehbar.

3.17. Es wurden Erklärungen zum Beschwerdebild gegeben.

3.17.1 Die Erklärungen zum Beschwerdebild wurden verständlich dargelegt.

3.17.2 Die Erklärungen zum Beschwerdebild wurden ausführlich dargelegt.

3.17.3 Die Erklärungen zum Beschwerdebild waren nachvollziehbar.

3.18 Es wurden alternative Behandlungsmethoden angeboten.

3.18.1 Es wurde empfohlen, einen Chiropraktiker aufzusuchen.

3.18.2 Es wurde empfohlen, einen Physiotherapeuten aufzusuchen.

3.18.3 Es wurde empfohlen, einen anderen Therapeuten aufzusuchen.

3.19 Meine Osteopathin hat mich über die Nebeneffekte der Osteopathiebehandlung informiert.

3.20 Meine Osteopathin hat mir verschiedene Behandlungsoptionen angeboten.

3.21 Die Vor- und Nachteile der Behandlungsoptionen waren klar.

Anhang E

Dokument E1

Beurteilungsbogen für PP und FE Stufe 3, Erste Datenerhebung (Zweiter Fragebogenentwurf), 3.3 blanko Version

Iterative Stufe 3 (Zweiter Fragebogenentwurf)

Schritt a)

Die beurteilende Person liest die Beurteilungskriterien durch (Kapitel 2).

Schritt b)

Die beurteilende Person beurteilt die formulierten Items anhand der vorgegebenen Beurteilungskriterien (Psychometrische Kriterien, Kapitel 3). Auf einer Seite ist jeweils ein einziges Item ersichtlich.

Schritt c)

Falls erwünscht, können die Änderungen gemäss [Änderungsprotokoll](#) nach der eigenen Beurteilung hinzugezogen und nachverfolgt werden, auch, um bessern verstehen zu können, wie sich im Verlauf des Prozesses die Items verändert haben.

Zeitaufwand: ca. 60 Minuten

Merke:

- Aus den kognitiven Pretests mit den sechs Testpersonen sind keine Verbesserungen zur Formulierung der Items erhoben worden.
- Hingegen wurde festgestellt, welche Wichtigkeit die Testpersonen den Items zuordneten. Diese Wichtigkeit hat dazu geführt, dass besonders beliebte Items in den Fragenbogenentwurf aufgenommen wurden, die es nun im Folgenden zu beurteilen gilt.
- Bitte beachten Sie, dass es jetzt nicht mehr darum geht, Items aus dem Fragebogenentwurf auszuschliessen.
- Stattdessen müssen die Items jetzt hinsichtlich ihrer psychometrischen Gütekriterien beurteilt werden.
- Wenn Sie der Meinung sind, dass in diesem Fragebogen ein wichtiges Item nicht mehr enthalten ist, dann haben Sie die Möglichkeit, dies in Kapitel 4 zu vermerken.

Der Entwurf, den Sie hier sehen, wird nicht in diesem Format den Patientinnen und Patienten präsentiert (es wird stattdessen ein digitaler Fragebogen eingesetzt => folgt in Stufe 4).

Beurteilungskriterien

e. Sind die aufgeführten Items einfach formuliert?

f. Sind die Items kurz formuliert?

g. Sind die Items konkret?

h. Wurden Suggestivformulierungen weggelassen?

i. Enthalten die Items negativ behaftete Ausdrücke?

j. Wurden hypothetische Items vermieden?

k. Wurde pro Item immer nur ein Sachverhalt formuliert?

l. Enthalten die Items doppelte Verneinungen?

m. Werden die befragten Personen mit den Items überfordert?

n. Bietet die Skala ein geeignetes Spektrum an Antworten an?

Merke: Im Folgenden werden pro Item IMMER alle Beurteilungskriterien erfragt. Bei jedem Item haben Sie die Möglichkeit, einen Kommentar hinzuzufügen. Bitte referenzieren Sie in diesem Kommentarfeld dasjenige Beurteilungskriterium (a bis j), bei dem Sie mit «Nein» geantwortet haben.

Beurteilung des zweiten Fragebogenentwurfs

1. Wie möchten Sie Entscheidungen rund um Ihre osteopathische Behandlung treffen?

Meine Osteopathin soll alle Entscheidungen treffen.	Meine Osteopathin soll die Entscheidungen treffen und mich punktuell hinzuziehen.	Ich will alle Entscheidungen gemeinsam mit meiner Osteopathin treffen.	Ich will die Entscheidungen treffen und mich punktuell auf den Rat der Osteopathin stützen.	Ich will alle Entscheidungen treffen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: *Nur für Patientinnen und Patienten*

Beurteilungskriterium	Ihre Einschätzung	
a) Ist das aufgeführte Item einfach formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
b) Ist das Item kurz formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
c) Ist das Item konkret?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
d) Wurden Suggestivformulierungen weggelassen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
e) Enthält das Item negativ behaftete Ausdrücke?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
f) Wird eine hypothetische Formulierung vermieden?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
g) Wird im Item immer nur ein Sachverhalt formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
h) Enthält das Item doppelte Verneinungen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
i) Werden die befragten Personen mit dem Item überfordert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
j) Bietet die Skala ein geeignetes Spektrum an Antworten an?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein

Bemerkungen (*vorzugsweise Anmerkungen anbringen, wenn etwas mit «Nein» beantwortet wurde*)

**2. Meine Osteopathin und ich haben die Behandlungsdauer der einzelnen Sitzungen
gemeinsam vorgängig besprochen.**

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft vollständig zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: *Nur für Patientinnen und Patienten*

Beurteilungskriterium	Ihre Einschätzung	
a) Ist das aufgeführte Item einfach formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
b) Ist das Item kurz formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
c) Ist das Item konkret?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
d) Wurden Suggestivformulierungen weggelassen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
e) Enthält das Item negativ behaftete Ausdrücke?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
f) Wird eine hypothetische Formulierung vermieden?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
g) Wird im Item immer nur ein Sachverhalt formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
h) Enthält das Item doppelte Verneinungen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
i) Werden die befragten Personen mit dem Item überfordert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
j) Bietet die Skala ein geeignetes Spektrum an Antworten an?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein

Bemerkungen (vorzugsweise Anmerkungen anbringen, wenn etwas mit «Nein» beantwortet wurde)

3. Meine Osteopathin und ich haben einen gemeinsamen Behandlungsplan erstellt.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft vollständig zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: *Nur für Patientinnen und Patienten*

Beurteilungskriterium	Ihre Einschätzung	
a) Ist das aufgeführte Item einfach formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
b) Ist das Item kurz formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
c) Ist das Item konkret?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
d) Wurden Suggestivformulierungen weggelassen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
e) Enthält das Item negativ behaftete Ausdrücke?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
f) Wird eine hypothetische Formulierung vermieden?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
g) Wird im Item immer nur ein Sachverhalt formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
h) Enthält das Item doppelte Verneinungen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
i) Werden die befragten Personen mit dem Item überfordert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
j) Bietet die Skala ein geeignetes Spektrum an Antworten an?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein

Bemerkungen (vorzugsweise Anmerkungen anbringen, wenn etwas mit «Nein» beantwortet wurde)

4. Meine Osteopathin und ich haben uns darauf geeinigt, die Behandlung einzustellen, sobald die Beschwerden weg sind.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft vollständig zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: *Nur für Patientinnen und Patienten*

Beurteilungskriterium	Ihre Einschätzung	
a) Ist das aufgeführte Item einfach formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
b) Ist das Item kurz formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
c) Ist das Item konkret?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
d) Wurden Suggestivformulierungen weggelassen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
e) Enthält das Item negativ behaftete Ausdrücke?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
f) Wird eine hypothetische Formulierung vermieden?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
g) Wird im Item immer nur ein Sachverhalt formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
h) Enthält das Item doppelte Verneinungen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
i) Werden die befragten Personen mit dem Item überfordert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
j) Bietet die Skala ein geeignetes Spektrum an Antworten an?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein

Bemerkungen (vorzugsweise Anmerkungen anbringen, wenn etwas mit «Nein» beantwortet wurde)

5. Ich habe die Informationen meiner Osteopathin verstanden.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft vollständig zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: *Nur für Patientinnen und Patienten*

Beurteilungskriterium	Ihre Einschätzung	
a) Ist das aufgeführte Item einfach formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
b) Ist das Item kurz formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
c) Ist das Item konkret?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
d) Wurden Suggestivformulierungen weggelassen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
e) Enthält das Item negativ behaftete Ausdrücke?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
f) Wird eine hypothetische Formulierung vermieden?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
g) Wird im Item immer nur ein Sachverhalt formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
h) Enthält das Item doppelte Verneinungen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
i) Werden die befragten Personen mit dem Item überfordert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
j) Bietet die Skala ein geeignetes Spektrum an Antworten an?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein

Bemerkungen (*vorzugsweise Anmerkungen anbringen, wenn etwas mit «Nein» beantwortet wurde*)

6. Meine Osteopathin und ich konnten die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen gemeinsam besprechen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft vollständig zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: *Nur für Patientinnen und Patienten*

Beurteilungskriterium	Ihre Einschätzung	
a) Ist das aufgeführte Item einfach formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
b) Ist das Item kurz formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
c) Ist das Item konkret?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
d) Wurden Suggestivformulierungen weggelassen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
e) Enthält das Item negativ behaftete Ausdrücke?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
f) Wird eine hypothetische Formulierung vermieden?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
g) Wird im Item immer nur ein Sachverhalt formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
h) Enthält das Item doppelte Verneinungen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
i) Werden die befragten Personen mit dem Item überfordert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
j) Bietet die Skala ein geeignetes Spektrum an Antworten an?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein

Bemerkungen (vorzugsweise Anmerkungen anbringen, wenn etwas mit «Nein» beantwortet wurde)

7. Meine Osteopathin hat sich genügend Zeit für mich genommen.					
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft vollständig zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: *Nur für Patientinnen und Patienten*

Beurteilungskriterium	Ihre Einschätzung	
a) Ist das aufgeführte Item einfach formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
b) Ist das Item kurz formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
c) Ist das Item konkret?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
d) Wurden Suggestivformulierungen weggelassen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
e) Enthält das Item negativ behaftete Ausdrücke?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
f) Wird eine hypothetische Formulierung vermieden?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
g) Wird im Item immer nur ein Sachverhalt formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
h) Enthält das Item doppelte Verneinungen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
i) Werden die befragten Personen mit dem Item überfordert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
j) Bietet die Skala ein geeignetes Spektrum an Antworten an?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein

Bemerkungen *(vorzugsweise Anmerkungen anbringen, wenn etwas mit «Nein» beantwortet wurde)*

8. Meine Bedürfnisse wurden bei der Behandlung berücksichtigt.					
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft vollständig zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: *Nur für Patientinnen und Patienten*

Beurteilungskriterium	Ihre Einschätzung	
a) Ist das aufgeführte Item einfach formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
b) Ist das Item kurz formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
c) Ist das Item konkret?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
d) Wurden Suggestivformulierungen weggelassen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
e) Enthält das Item negativ behaftete Ausdrücke?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
f) Wird eine hypothetische Formulierung vermieden?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
g) Wird im Item immer nur ein Sachverhalt formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
h) Enthält das Item doppelte Verneinungen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
i) Werden die befragten Personen mit dem Item überfordert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
j) Bietet die Skala ein geeignetes Spektrum an Antworten an?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein

Bemerkungen (vorzugsweise Anmerkungen anbringen, wenn etwas mit «Nein» beantwortet wurde)

9. Meine Osteopathin ist auf meine Probleme eingegangen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft vollständig zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: *Nur für Patientinnen und Patienten*

Beurteilungskriterium	Ihre Einschätzung	
a) Ist das aufgeführte Item einfach formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
b) Ist das Item kurz formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
c) Ist das Item konkret?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
d) Wurden Suggestivformulierungen weggelassen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
e) Enthält das Item negativ behaftete Ausdrücke?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
f) Wird eine hypothetische Formulierung vermieden?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
g) Wird im Item immer nur ein Sachverhalt formuliert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
h) Enthält das Item doppelte Verneinungen?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
i) Werden die befragten Personen mit dem Item überfordert?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
j) Bietet die Skala ein geeignetes Spektrum an Antworten an?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein

Bemerkungen (vorzugsweise Anmerkungen anbringen, wenn etwas mit «Nein» beantwortet wurde)

Berücksichtigung Items

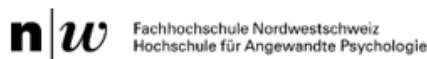
Im [Änderungsprotokoll](#) können Sie das gelöschte Item quasi zurückholen und in diesem Dokument in Kapitel 4 reinkopieren. Diese Möglichkeit steht Ihnen für EIN EINZIGES Item zur Verfügung und sollte vorzugsweise argumentiert werden.

Geben Sie hier Ihre Antwort ein.

Anhang F

Dokument F1

Stufe 3, Einverständniserklärungen kognitive Pretests TP1



Einverständniserklärung zur Teilnahme an der studentischen Bachelor Thesis *Fragebogenkonstruktion zur Erhebung der Versorgungserfahrung der Patientinnen und Patienten einer Osteopathiepraxis*

Studienverantwortung: Davide Valsinni

Kontaktinformation: Stationsstrasse 46, 3097 Liebefeld, davide.valsinni@students.fhnw.ch, 079 848 09 01

Informationen zur Studie

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, um mich bei meiner Bachelorarbeit zu unterstützen. Ich darf im Rahmen dieser Arbeit einen Fragebogen für eine Osteopathin erstellen. Bei diesem Fragebogen geht es darum, das Versorgungserlebnis von Patientinnen und Patienten zu erfassen. Ich werde Sie durch diesen Test begleiten. Das Ziel dieses Tests ist es, die Fragen, die möglicherweise in den finalen Fragebogen gelangen werden, auf dessen Verständlichkeit zu prüfen. Hierfür sind Ihre Eindrücke und Erkenntnisse von zentraler Bedeutung. Mit Ihrer Rückmeldung wird es möglich sein, missverständliche Fragen zu identifizieren und im Anschluss umzuformulieren. Solche Unverständlichkeiten zu minimieren, wird für diejenigen Nutzenden, die später den finalen Fragebogen beantworten werden, von zentraler Bedeutung sein.

- Als erstes werden Sie mehrere vorgegebene Fragen in drei vorgegebenen Gruppen einteilen.
- Nach dieser Zuordnung können Sie aus den eingeteilten Fragen sechs Fragen heraussuchen, die Sie mit mir eingehender besprechen möchten.
- Aus diesen sechs Fragen können Sie Ihre Top-2 heraussuchen.

Teilnahme

Ihre Teilnahme an der Studie beinhaltet ein Interview mit interaktiven Spiel-Elementen. Ihnen werden Fragen zum Thema Versorgungserlebnis in einer Osteopathiepraxis vorgelesen.

Rücktritt von der Teilnahme oder Widerruf der Einwilligung

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie haben jederzeit das Recht von der Teilnahme an der Studie zurückzutreten, ohne dafür einen Grund anzugeben. Sie haben ebenfalls das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen, und Ihre personenbezogenen Daten löschen zu lassen.

Datenschutz, Vertraulichkeit und zukünftige Nutzung

Die im Rahmen der Studie gesammelten Daten werden nur für diese Studie genutzt. Ihr Name oder andere Informationen zu Ihrer Identität werden vertraulich behandelt, nicht publiziert und nicht an Dritte weitergegeben. Ihr Beitrag wird in anonymisierter oder pseudonymisierter Form sicher aufbewahrt und wird nach Abschluss der Studie gelöscht, es sei denn die Daten sind im Rahmen eines Forschungsprojektes entstanden, die mit der gleichen Vertraulichkeit behandelt werden.

Einverständnis

Ich habe die Informationen in dieser Erklärung gelesen und verstanden. Mir wurde die Möglichkeit eingeräumt, Fragen zur Studie zu stellen und diese wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ich gebe mein Einverständnis an dieser Studie teilzunehmen und gebe meine Erlaubnis für die Aufbewahrung und Verwendung meiner im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten.

Unterschriften

		Datum 04.03.2024
Davide Valsinni		Datum 04.03.2024

Dokument F2

Einverständniserklärung kognitiver Pretest TP02

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der studentischen Bachelor Thesis Fragebogenkonstruktion zur Erhebung der Versorgungserfahrung der Patientinnen und Patienten einer Osteopathiepraxis

Studienverantwortung: Davide Valsinni

Kontaktinformation: Stationsstrasse 46, 3097 Liebefeld, davide.valsinni@students.fhnw.ch, 079 848 09 01

Informationen zur Studie

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, um mich bei meiner Bachelorarbeit zu unterstützen. Ich darf im Rahmen dieser Arbeit einen Fragebogen für eine Osteopathin erstellen. Bei diesem Fragebogen geht es darum, das Versorgungserlebnis von Patientinnen und Patienten zu erfassen. Ich werde Sie durch diesen Test begleiten. Das Ziel dieses Tests ist es, die Fragen, die möglicherweise in den finalen Fragebogen gelangen werden, auf dessen Verständlichkeit zu prüfen. Hierfür sind Ihre Eindrücke und Erkenntnisse von zentraler Bedeutung. Mit Ihrer Rückmeldung wird es möglich sein, missverständliche Fragen zu identifizieren und im Anschluss umzuformulieren. Solche Unverständlichkeiten zu minimieren, wird für diejenigen Nutzenden, die später den finalen Fragebogen beantworten werden, von zentraler Bedeutung sein.

- Als erstes werden Sie mehrere vorgegebene Fragen in drei vorgegebenen Gruppen einteilen.
- Nach dieser Zuordnung können Sie aus den eingeteilten Fragen sechs Fragen heraussuchen, die Sie mit mir eingehender besprechen möchten.
- Aus diesen sechs Fragen können Sie Ihre Top-2 heraussuchen.

Teilnahme

Ihre Teilnahme an der Studie beinhaltet ein Interview mit interaktiven Spiel-Elementen. Ihnen werden Fragen zum Thema Versorgungserlebnis in einer Osteopathiepraxis vorgelesen.

Rücktritt von der Teilnahme oder Widerruf der Einwilligung

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie haben jederzeit das Recht von der Teilnahme an der Studie zurückzutreten, ohne dafür einen Grund anzugeben. Sie haben ebenfalls das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen, und Ihre personenbezogenen Daten löschen zu lassen.

Datenschutz, Vertraulichkeit und zukünftige Nutzung

Die im Rahmen der Studie gesammelten Daten werden nur für diese Studie genutzt. Ihr Name oder andere Informationen zu Ihrer Identität werden vertraulich behandelt, nicht publiziert und nicht an Dritte weitergegeben. Ihr Beitrag wird in anonymisierter oder pseudonymisierter Form sicher aufbewahrt und wird nach Abschluss der Studie gelöscht, es sei denn die Daten sind im Rahmen eines Forschungsprojektes entstanden, die mit der gleichen Vertraulichkeit behandelt werden. Es erfolgt eine Audioaufnahme des Tests.

Einverständnis

Ich habe die Informationen in dieser Erklärung gelesen und verstanden. Mir wurde die Möglichkeit eingeräumt, Fragen zur Studie zu stellen und diese wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich gebe mein Einverständnis an dieser Studie teilzunehmen und gebe meine Erlaubnis für die Aufbewahrung und Verwendung meiner im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten.

Unterschriften

		Datum 08.03.2024
Davide Valsinni		Datum 08.03.2024

Dokument F3

Einverständniserklärung kognitiver Pretest TP03

n|w Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der studentischen Bachelor Thesis Fragebogenkonstruktion zur Erhebung der Versorgungserfahrung der Patientinnen und Patienten einer Osteopathiepraxis

Studienverantwortung: Davide Valsinni
Kontaktinformation: Stationsstrasse 46, 3097 Liebefeld, davide.valsinni@students.fhnw.ch, 079 848 09 01

Informationen zur Studie

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, um mich bei meiner Bachelorarbeit zu unterstützen. Ich darf im Rahmen dieser Arbeit einen Fragebogen für eine Osteopathin erstellen. Bei diesem Fragebogen geht es darum, das Versorgungserlebnis von Patientinnen und Patienten zu erfassen. Ich werde Sie durch diesen Test begleiten. Das Ziel dieses Tests ist es, die Fragen, die möglicherweise in den finalen Fragebogen gelangen werden, auf dessen Verständlichkeit zu prüfen. Hierfür sind Ihre Eindrücke und Erkenntnisse von zentraler Bedeutung. Mit Ihrer Rückmeldung wird es möglich sein, missverständliche Fragen zu identifizieren und im Anschluss umzuformulieren. Solche Unverständlichkeiten zu minimieren, wird für diejenigen Nutzenden, die später den finalen Fragebogen beantworten werden, von zentraler Bedeutung sein.

- Als erstes werden Sie mehrere vorgegebene Fragen in drei vorgegebenen Gruppen einteilen.
- Nach dieser Zuordnung können Sie aus den eingeteilten Fragen sechs Fragen heraussuchen, die Sie mit mir eingehender besprechen möchten.
- Aus diesen sechs Fragen können Sie Ihre Top-2 heraussuchen.

Teilnahme

Ihre Teilnahme an der Studie beinhaltet ein Interview mit interaktiven Spiel-Elementen. Ihnen werden Fragen zum Thema Versorgungserlebnis in einer Osteopathiepraxis vorgelesen.

Rücktritt von der Teilnahme oder Widerruf der Einwilligung

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie haben jederzeit das Recht von der Teilnahme an der Studie zurückzutreten, ohne dafür einen Grund anzugeben. Sie haben ebenfalls das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen, und Ihre personenbezogenen Daten löschen zu lassen.




Datenschutz, Vertraulichkeit und zukünftige Nutzung

Die im Rahmen der Studie gesammelten Daten werden nur für diese Studie genutzt. Ihr Name oder andere Informationen zu Ihrer Identität werden vertraulich behandelt, nicht publiziert und nicht an Dritte weitergegeben. Ihr Beitrag wird in anonymisierter oder pseudonymisierter Form sicher aufbewahrt und wird nach Abschluss der Studie gelöscht, es sei denn die Daten sind im Rahmen eines Forschungsprojektes entstanden, die mit der gleichen Vertraulichkeit behandelt werden. Es erfolgt eine Audioaufnahme des Tests.

Einverständnis

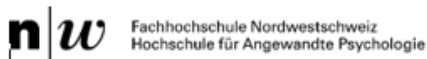
Ich habe die Informationen in dieser Erklärung gelesen und verstanden. Mir wurde die Möglichkeit eingeräumt, Fragen zur Studie zu stellen und diese wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich gebe mein Einverständnis an dieser Studie teilzunehmen und gebe meine Erlaubnis für die Aufbewahrung und Verwendung meiner im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten.

Unterschriften

		Datum 08.03.2024
Davide Valsinni		Datum 08.03.2024

Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW Zentrum für Ausbildung (ZfA)

Dokument F4

Einverständniserklärung kognitiver Pretest TP04

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der studentischen Bachelor Thesis *Fragebogenkonstruktion zur Erhebung der Versorgungserfahrung der Patientinnen und Patienten einer Osteopathiepraxis*

Studienverantwortung: Davide Valsinni

Kontaktinformation: Stationsstrasse 46, 3097 Liebefeld, davide.valsinni@students.fhnw.ch, 079 848 09 01

Informationen zur Studie

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, um mich bei meiner Bachelorarbeit zu unterstützen. Ich darf im Rahmen dieser Arbeit einen Fragebogen für eine Osteopathin erstellen. Bei diesem Fragebogen geht es darum, das Versorgungserlebnis von Patientinnen und Patienten zu erfassen. Ich werde Sie durch diesen Test begleiten. Das Ziel dieses Tests ist es, die Aussagen, die möglicherweise in den finalen Fragebogen gelangen werden, auf dessen Verständlichkeit zu prüfen. Hierfür sind Ihre Eindrücke und Erkenntnisse von zentraler Bedeutung. Mit Ihrer Rückmeldung wird es möglich sein, missverständliche Aussagen zu identifizieren und im Anschluss umzuformulieren. Solche Unverständlichkeiten zu minimieren, wird für diejenigen Nutzenden, die später den finalen Fragebogen beantworten werden, von zentraler Bedeutung sein.

- Als erstes werden Sie mehrere vorgegebene Aussagen in drei vorgegebenen Gruppen einteilen.
- Nach dieser Zuordnung können Sie aus den eingeteilten Aussagen sechs Fragen heraussuchen, die Sie mit mir eingehender besprechen möchten.
- Aus diesen sechs Aussagen können Sie Ihre Top-2 heraussuchen.

Teilnahme

Ihre Teilnahme an der Studie beinhaltet ein Interview mit interaktiven Spiel-Elementen. Ihnen werden Fragen zum Thema Versorgungserlebnis in einer Osteopathiepraxis vorgelesen.

Rücktritt von der Teilnahme oder Widerruf der Einwilligung

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie haben jederzeit das Recht von der Teilnahme an der Studie zurückzutreten, ohne dafür einen Grund anzugeben. Sie haben ebenfalls das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen, und Ihre personenbezogenen Daten löschen zu lassen.

Datenschutz, Vertraulichkeit und zukünftige Nutzung

Die im Rahmen der Studie gesammelten Daten werden nur für diese Studie genutzt. Ihr Name oder andere Informationen zu Ihrer Identität werden vertraulich behandelt, nicht publiziert und nicht an Dritte weitergegeben. Ihr Beitrag wird in anonymisierter oder pseudonymisierter Form sicher aufbewahrt und wird nach Abschluss der Studie gelöscht, es sei denn die Daten sind im Rahmen eines Forschungsprojektes entstanden, die mit der gleichen Vertraulichkeit behandelt werden. Es erfolgt eine Audioaufnahme des Tests.

Einverständnis

Ich habe die Informationen in dieser Erklärung gelesen und verstanden. Mir wurde die Möglichkeit eingeräumt, Fragen zur Studie zu stellen und diese wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich gebe mein Einverständnis an dieser Studie teilzunehmen und gebe meine Erlaubnis für die Aufbewahrung und Verwendung meiner im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten.

Unterschriften

		Datum 09.03.2024
Davide Valsinni		Datum 09.03.2024

Dokument F5

Einverständniserklärung kognitiver Pretest TP05

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der studentischen Bachelor Thesis Fragebogenkonstruktion zur Erhebung der Versorgungserfahrung der Patientinnen und Patienten einer Osteopathiepraxis

Studienverantwortung: Davide Valsinni
Kontaktinformation: Stationsstrasse 46, 3097 Liebefeld, davide.valsinni@students.fhnw.ch, 079 848 09 01

Informationen zur Studie

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, um mich bei meiner Bachelorarbeit zu unterstützen. Ich darf im Rahmen dieser Arbeit einen Fragebogen für eine Osteopathin erstellen. Bei diesem Fragebogen geht es darum, das Versorgungserlebnis von Patientinnen und Patienten zu erfassen. Ich werde Sie durch diesen Test begleiten. Das Ziel dieses Tests ist es, die Fragen, die möglicherweise in den finalen Fragebogen gelangen werden, auf dessen Verständlichkeit zu prüfen. Hierfür sind Ihre Eindrücke und Erkenntnisse von zentraler Bedeutung. Mit Ihrer Rückmeldung wird es möglich sein, missverständliche Fragen zu identifizieren und im Anschluss umzuformulieren. Solche Unverständlichkeiten zu minimieren, wird für diejenigen Nutzenden, die später den finalen Fragebogen beantworten werden, von zentraler Bedeutung sein.

- Als erstes werden Sie mehrere vorgegebene Fragen in drei vorgegebenen Gruppen einteilen.
- Nach dieser Zuordnung können Sie aus den eingeteilten Fragen sechs Fragen heraussuchen, die Sie mit mir eingehender besprechen möchten.
- Aus diesen sechs Fragen können Sie Ihre Top-2 heraussuchen.

Teilnahme

Ihre Teilnahme an der Studie beinhaltet ein Interview mit interaktiven Spiel-Elementen. Ihnen werden Fragen zum Thema Versorgungserlebnis in einer Osteopathiepraxis vorgelesen.

Rücktritt von der Teilnahme oder Widerruf der Einwilligung

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie haben jederzeit das Recht von der Teilnahme an der Studie zurückzutreten, ohne dafür einen Grund anzugeben. Sie haben ebenfalls das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen, und Ihre personenbezogenen Daten löschen zu lassen.

Datenschutz, Vertraulichkeit und zukünftige Nutzung

Die im Rahmen der Studie gesammelten Daten werden nur für diese Studie genutzt. Ihr Name oder andere Informationen zu Ihrer Identität werden vertraulich behandelt, nicht publiziert und nicht an Dritte weitergegeben. Ihr Beitrag wird in anonymisierter oder pseudonymisierter Form sicher aufbewahrt und wird nach Abschluss der Studie gelöscht, es sei denn die Daten sind im Rahmen eines Forschungsprojektes entstanden, die mit der gleichen Vertraulichkeit behandelt werden. Es erfolgt eine Audioaufnahme des Tests.

Einverständnis

Ich habe die Informationen in dieser Erklärung gelesen und verstanden. Mir wurde die Möglichkeit eingeräumt, Fragen zur Studie zu stellen und diese wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich gebe mein Einverständnis an dieser Studie teilzunehmen und gebe meine Erlaubnis für die Aufbewahrung und Verwendung meiner im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten.

Unterschriften

		Datum 12.03.2024
Davide Valsinni		Datum 12.03.2024

Dokument F6

Einverständniserklärung kognitiver Pretest TP06

n|w Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der studentischen Bachelor Thesis Fragebogenkonstruktion zur Erhebung der Versorgungserfahrung der Patientinnen und Patienten einer Osteopathiepraxis

Studienverantwortung: Davide Valsinni
Kontaktinformation: Stationsstrasse 46, 3097 Liebefeld, davide.valsinni@students.fhnw.ch, 079 848 09 01

Informationen zur Studie

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, um mich bei meiner Bachelorarbeit zu unterstützen. Ich darf im Rahmen dieser Arbeit einen Fragebogen für eine Osteopathin erstellen. Bei diesem Fragebogen geht es darum, das Versorgungserlebnis von Patientinnen und Patienten zu erfassen. Ich werde Sie durch diesen Test begleiten. Das Ziel dieses Tests ist es, die Fragen, die möglicherweise in den finalen Fragebogen gelangen werden, auf dessen Verständlichkeit zu prüfen. Hierfür sind Ihre Eindrücke und Erkenntnisse von zentraler Bedeutung. Mit Ihrer Rückmeldung wird es möglich sein, missverständliche Fragen zu identifizieren und im Anschluss umzuformulieren. Solche Unverständlichkeiten zu minimieren, wird für diejenigen Nutzenden, die später den finalen Fragebogen beantworten werden, von zentraler Bedeutung sein.

- Als erstes werden Sie mehrere vorgegebene Fragen in drei vorgegebenen Gruppen einteilen.
- Nach dieser Zuordnung können Sie aus den eingeteilten Fragen sechs Fragen heraussuchen, die Sie mit mir eingehender besprechen möchten.
- Aus diesen sechs Fragen können Sie Ihre Top-2 heraussuchen.

Teilnahme

Ihre Teilnahme an der Studie beinhaltet ein Interview mit interaktiven Spiel-Elementen. Ihnen werden Fragen zum Thema Versorgungserlebnis in einer Osteopathiepraxis vorgelesen.

Rücktritt von der Teilnahme oder Widerruf der Einwilligung

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie haben jederzeit das Recht von der Teilnahme an der Studie zurückzutreten, ohne dafür einen Grund anzugeben. Sie haben ebenfalls das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen, und Ihre personenbezogenen Daten löschen zu lassen.


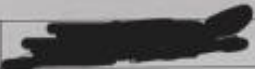

Datenschutz, Vertraulichkeit und zukünftige Nutzung

Die im Rahmen der Studie gesammelten Daten werden nur für diese Studie genutzt. Ihr Name oder andere Informationen zu Ihrer Identität werden vertraulich behandelt, nicht publiziert und nicht an Dritte weitergegeben. Ihr Beitrag wird in anonymisierter oder pseudonymisierter Form sicher aufbewahrt und wird nach Abschluss der Studie gelöscht, es sei denn die Daten sind im Rahmen eines Forschungsprojektes entstanden, die mit der gleichen Vertraulichkeit behandelt werden. Es erfolgt eine Audioaufnahme des Tests.

Einverständnis

Ich habe die Informationen in dieser Erklärung gelesen und verstanden. Mir wurde die Möglichkeit eingeräumt, Fragen zur Studie zu stellen und diese wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich gebe mein Einverständnis an dieser Studie teilzunehmen und gebe meine Erlaubnis für die Aufbewahrung und Verwendung meiner im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten.

Unterschriften

		Datum 16.03.2024
Davide Valsinni		Datum 12.03.2024

Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW Zentrum für Ausbildung (ZfA)

Anhang G

Tabelle G1

Strukturierter Leitfaden kognitive Pretests

Angaben zur Testperson	
Testperson	
Alter	
Beruf	
Erfahrung Osteopathie	

Aufgabe 1

Zuordnungsspiel (Sorting & Probing)
Wie empfandest du die Zuordnung der Fragen zu den vorgegebenen Kategorien auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut)?

Was hat dir Mühe bereitet?

Was hat dir gefallen?

Was versteht du unter dem Begriff <i>Informationen</i> im Kontext einer Osteopathie-Praxis?

Was versteht du unter dem Begriff <i>Präferenzen</i> im Kontext einer Osteopathie-Praxis?

Aufgabe 2

Interpretation (Probing)
Wie empfandest du die Unterscheidung der tollen zu den weniger tollen Fragen auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut)
Tolle Fragen

--

Kannst du mir sagen, weshalb du diese drei Fragen herausgesucht hast?

--

Welche Antwortmöglichkeiten würdest du bei diesen drei Aufgaben erwarten (nur Extremwerte verlangen)?

--

Wie bist du bei deiner Wahl vorgegangen?

--

Was hat dir an der Frage 1 gefallen?

--

Was hat dir bei der Frage 2 gefallen?

--

Was hat dir bei der Frage 3 gefallen?

--

Weniger tolle Fragen

--

Kannst du mir sagen, weshalb du diese drei Fragen herausgesucht hast?

--

Wie bist du bei deiner Wahl vorgegangen?

--

Was hat dir an der Frage 1 nicht gefallen?

--

Was hat dir bei der Frage 2 nicht gefallen?

--

Was hat dir bei der Frage 3 nicht gefallen?

Aufgabe 3

Nomination (Probing)

Wie empfandest du die Auswahl deiner Favoriten auf einer Skala von 1 (sehr schlecht)
bis 5 (sehr gut)

Kannst du mir sagen, weshalb du diese zwei Fragen herausgesucht hast?

Wie bist du bei deiner Wahl vorgegangen?

Findest du, dass diese zwei Fragen in den finalen Fragebogen gelangen sollen?

Weshalb sollte diese zwei Fragen in den finalen Fragebogen gelangen?

Sind die Fragen zumutbar (kann man sie den Patienten und Patientinnen stellen)?

Anhang H

Text H1

Text. Vorlage für Praxispartnerin zum Anschreiben der Patientinnen und Patienten bei der Akquise für die Standard-Pretests.

Liebe:r X, für die Bachelorarbeit eines Studenten der Angewandten Psychologie möchten wir dich/Sie zur Meinung rund um die erlebte Behandlung befragen. Diese hilft nicht nur dem Studenten, sie bietet auch für mich die optimale Grundlage, um mich noch mehr auf die Bedürfnisse meiner Patienten und Patientinnen auszurichten. Dürften wir dich/Sie bitten, nach der Sitzung eine Befragung auszufüllen? Diese dauert lediglich 10 Minuten und wird anonym erfasst. Die Daten werden nach den Richtlinien der Fachhochschule Nordwestschweiz vertraulich behandelt.

Anhang I

Abbildung I1

Datenauswertung SPSS, Stufe 3, Zweite Datenerhebung inkl. Datenauswertung und Ergebnisbericht, Dritter Fragebogenentwurf, 4.2

		beteiligung_e ntscheidunge n_SDM_UV	behandlungs dauer_sitzun gen_I	behandlungs plan_P	behandlung_ einstellen_P	informationen _verstanden_ I	vorundnachtei le_optionen_I	zeit_I	schmerzen_I	bedürfnisse_ P	feedback_um frage
N	Gültig	18	18	15	17	18	16	18	18	18	18
	Fehlend	0	0	3	1	0	2	0	0	0	0
	Mittelwert	2,44	5,61	2,00	3,94	5,89	3,63	6,00	5,94	6,00	4,11
	Std.-Abweichung	,705	,979	,926	1,853	,323	1,310	,000	,236	,000	,583
	Varianz	,497	,958	,857	3,434	,105	1,717	,000	,056	,000	,340
	Summe	44	101	30	67	106	58	108	107	108	74

Anhang J

Tabelle J1

Datenauswertung SPSS, Stufe 3, Zweite Datenerhebung inkl. Datenauswertung und Ergebnisbericht, Dritter Fragebogenentwurf, 4.2

Name	Was sind deine Eindrücke zum Fragebogen?	Wie hast du die Zusammenarbeit mit mir empfunden?	Wirst du den Fragebogen in deine Arbeitsprozesse integrieren?	Hast du noch einen letzten inhaltlichen Input zum Fragebogen?	Begründe doch kurz deine Bewertung zur vorangehenden Frage.	Wie bewertest du den praktischen Nutzen des erstellten Fragebogens?	Begründe doch kurz deine Bewertung zur vorangehenden Frage.1	Wie bewertest du die Art & Weise, wie ich für diese Fragebogenkonstruktion vorgegangen bin? Du findest die Zusammenfassung, die ich dir zu Beginn unserer Zusammenarbeit gesendet habe, hier: https://fh	Wie fandest du meine Kompetenz hinsichtlich wissenschaftliches Vorgehen?	Wie fandest du meine Kompetenz hinsichtlich Kenntnisse im Bereich Shared Decsion Making	Wie hast du deinen persönlichen Aufwand empfunden?	Was möchtest du mir sonst noch mitteilen?
Johanna Sitaras	Nicht zu viele Fragen, mehrere Antwortoptionen, alles nicht zu lang und klar formuliert, meines Erachtens nach gut zusammengestellt und formuliert!	10	8	Ich habe als Feedback erhalten, dass eine Frage für manche etwas missverständlich war (die der Behandlungsformen), ansonsten war es wohl einfach auszufüllen.	Nicht genau so als Fragebogen aus zeitlichen Gründen und um Patienten extra Aufwand zu ersparen, jedoch wird euch die Fragen bei Folgeterminen teilweise integrieren	10	Ich kann meine Kommunikation aufgrund des Fragebogens und je nach Resultat deiner Arbeit verbessern und anpassen.	9	10	10	7	Klasse Arbeit Davide, danke für deine tolle Zusammenarbeit und stete Kommunikation mit Rücksprachen jedes Schrittes.
Joel Lehmann	Rein aus der Erinnerung ist der Fragebogen jetzt ziemlich solide. Die grössere Frage welche sich mir immer noch stellt ist, ob es nicht optimaler wäre einen existierenden Shared-Decision-Making Fragebogen als Grundlage zu nehmen und dann falls nötig - leicht zu modifizieren. Rein fachlich gesehen wäre dies wohl sinnvolle Vorgehensweise. Im Zusammenhang mit der Bachelor-Arbeit und dem praktischen Üben einer Methode zur Entwicklung eines Fragebogens verstehe ich aber das "von Grund auf" Vorgehen.	10	2		Der Fragebogen hat wenig bis nichts mit meinen Arbeitsprozessen bei EQUAM zu tun :-). Aber darauf war er auch nicht ausgerichtet.	8	Ich kann es schlecht beurteilen, aber ich bin optimistisch.	6	7	8	3	Noch kurz zur Begründung der Antworten vorher: Wie ich Dir bereits früher erwähnt hatte, dürfte es Ganze auch etwas unkomplizierter sein. Du hast sehr viel Zeit und Engagement reingesteckt, das hat man gespürt und war motivierend, aber manchmal dachte ich mir auch: Er könnte es sich selbst etwas einfacher machen. Für mich war die akribische "Schritt-für-Schritt" Erklärung mit den Videos und Erklärdokumenten etc. teilweise etwas umständlich. Ich könnte auch einfach einen Link zum Dokument arbeiten und dem Hinweis "geh mal durch und kommentiere es" oder sogar gemeinsam in einem Videocall durch das Dokument gehen.