Mein Patient macht nicht mit – was nun?
Compliance als Schlüssel zum Therapieerfolg

Sabine Hammer (Hrsg.)

Mit Beiträgen von

Marieluise Bartels
Kathrin Fischer
Felix Graf
Sabine Hammer
Kathrin Jakob
Christine Michel
Veronika Pfitzenreiter
Sandra Polchow
Stephanie Voll

Mein Patient macht nicht mit – was nun?

Compliance als Schlüssel zum Therapieerfolg

Sabine Hammer (Hrsg.)

Mit Beiträgen von

Marieluise Bartels
Kathrin Fischer
Felix Graf
Sabine Hammer
Kathrin Jakob
Christine Michel
Veronika Pfitzenreiter
Sandra Polchow
Stephanie Voll

Das Gesundheitsforum
Schulz-Kirchner Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2013
ISBN 978-3-8248-0997-4
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2013
Mollweg 2, D-65510 Idstein
Vertretungsberechtigter Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner
Lektorat: Doris Zimmermann
Layout: Susanne Koch
Titelfoto: © tinadefortunata – Fotolia.com
Druck und Bindung: CPI – Clausen & Bosse, Leck
Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den AutorInnen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Autorin bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Buch ist auch als E-Book (PDF) erhältlich unter der ISBN 978-3-8248-0937-0

Inhalt

Vorwort 7

Sabine Hammer | Felix Graf

1 Patientencompliance in der Heilmitteltherapie 9
1.1 Begriffsdefinitionen 10
1.2 Das Phänomen der Compliance und seine Bedeutung für die Gesundheit 10
1.3 Non-Compliance 12
1.4 Complianceforschung 16
Literatur 26

Sabine Hammer | Sandra Polchow

2 Das Forschungsprojekt: Compliance in der Heilmitteltherapie aus Patientenperspektive 31
2.1 Rahmenbedingungen des Forschungsprojektes 31
2.2 Qualitative Sozialforschung 32
2.3 Entwicklung der Fragestellung 35
2.4 Vorbereitung der Datenerhebung 38
2.5 Datenerhebung und -aufbereitung 40
2.6 Probandensample 40
2.7 Datenauswertung 41
2.8 Ergebnisdarstellung 44
2.9 Zur Qualität der Untersuchung 45
2.10 Zusammenfassung 47
Literatur 47

Kathrin Jakob | Kathrin Fischer

3 Welche Rolle spielt der Patient? Barrieren und Förderfaktoren der Compliance 49
3.1 Körperliches Empfinden 50
3.2 Übungen 55
3.3 Übungskontinuität 60
3.4 Soziale Unterstützung 63
3.5 Kontakt zwischen Patient und Therapeut 66
3.6 Motivation 69

3.7 Zusammenfassung und Fazit für die Praxis 74
Literatur 76

Marieluise Bartels | Stephanie Voll

4 Welche Bedeutung hat das Patienten-Therapeutenverhältnis für die Compliance? 77
4.1 Die therapeutische Allianz 77
4.2 Von der therapeutischen Allianz zur Konkordanz 89
4.3 Bedeutung der Kommunikation für die therapeutische Allianz . . . 90
4.4 Compliance fördern mittels kommunikativer Strategien 90
Exkurs „Motivierende Gesprächsführung" (Miller, Rollnick 2009) . 102
4.5 Fazit 106
Literatur 107

Christine Michel | Veronika Pfitzenreiter

5 Was kann der Therapeut tun? Strategien zur Unterstützung der Compliance aus Patientensicht im Abgleich mit Empfehlungen der Literatur 109
5.1 Vorüberlegungen 109
5.2 Strategien zur Unterstützung der Compliance 111
5.3 Zusammenfassung 126
Literatur 129

Anhang 1
Identifizierung und Förderung motivationaler Stadien 131

Anhang 2
Checkliste: Compliancefördernde Maßnahmen 132

Anhang 3
Checkliste: Umgang mit Non-Compliance 133

Sachregister 135

Vorwort

Das vorliegende Buch ist das Ergebnis einer qualitativen Studie, welche zwischen Februar und September 2011 als Projektarbeit von Studierenden des Masterstudiengangs Therapiewissenschaften an der Hochschule Fresenius in Idstein durchgeführt wurde. Im dritten Studiensemester des Kurses bestand die Anforderung an die 7-köpfige Studierendengruppe, eine die Disziplinen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie übergreifende Fragestellung zu entwickeln und anhand qualitativer Daten zu untersuchen. Die angehenden ForscherInnen durchliefen dabei gemeinsam alle Schritte eines wissenschaftlichen Forschungsprojektes, von der Literaturrecherche über die Datenerhebung und Datenauswertung bis hin zur Vorstellung der Ergebnisse im Rahmen eines Kongresses und einer abschließenden schriftlichen Ergebnisausarbeitung. Dabei ist es gelungen, einen umfassenden Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Compliance in den Therapieberufen zu erstellen und unter Einbeziehung der Patientenperspektive systematisch zu beschreiben, welche Herausforderungen die Therapietreue an Patienten sowie an Therapeuten stellt. Mithilfe einer Synthese der verfügbaren Literatur und der Studienergebnisse gibt das Buch Antworten auf die folgenden Fragen:

- Was ist Compliance?
- Welche Relevanz hat die Patientencompliance für den Therapieerfolg?
- Wie lässt sich Compliance messen und erforschen?
- Welche Faktoren können die Compliance aus Patientenperspektive behindern oder fördern?
- Welche grundlegenden Voraussetzungen bestehen, damit ein Patient compliant ist?
- Wie kann ich als Therapeut eine optimale Basis für eine Patientencompliance schaffen?
- Welche Strategien kann ich als Therapeut einsetzen, um den Patienten individuell dabei zu unterstützen, die an ihn gestellten Aufgaben bestmöglich zu bewältigen?
- Wie verhalte ich mich als Therapeut, wenn ein Patient nicht compliant ist?

Ganz herzlich bedanken möchte ich mich bei den sehr engagierten Studierenden bzw. Kolleginnen und Kollegen Marieluise Bartels, Kathrin Fischer, Kathrin Jakob, Christine Michel, Veronika Pfitzenreiter, Stephanie Voll und Felix Graf. Sie haben einen bemerkenswerten Einsatz geleistet, indem sie sich, getragen von gegenseitiger Wertschätzung und Unterstützung, auf den intensi-

ven Analyseprozess qualitativer Daten eingelassen und das Projekt mit großer Sorgfalt und Fachkompetenz bearbeitet haben.
Ein besonderer Dank gilt Sandra Polchow, die das Projekt als Dozentin für qualitative Forschung fachlich geleitet hat. Ohne ihre Geduld, ihr Können und ihre Beharrlichkeit wäre das Projekt in dieser Form nicht realisierbar gewesen.
Herrn Schulz-Kirchner möchte ich dafür danken, dass er sich von unserer Begeisterung für das Thema hat anstecken lassen und es möglich gemacht hat, die Ergebnisse in dieser Form zu veröffentlichen.
Und ich danke Frau Zimmermann für die sehr geduldige, freundliche und konstruktive Unterstützung bei der Manuskripterstellung.

Sabine Hammer

Sabine Hammer | Felix Graf

1 Patientencompliance in der Heilmitteltherapie

Gesundheit ist nicht nur für die individuelle Lebensqualität ein entscheidender Faktor, sondern besitzt aufgrund ökonomischer und demografischer Entwicklungen auch eine hohe gesellschaftliche Dimension. Um Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, kommt der Patientencompliance eine zentrale Bedeutung zu. Der Begriff der Compliance steht hierbei für die Eigenverantwortung des Individuums in Prävention, Akutmedizin und Rehabilitation.

Das vorliegende Buch beleuchtet die Patientencompliance in der Heilmitteltherapie aus theoretischer Sicht sowie aus der Perspektive von Patienten. Einleitend werden im ersten Kapitel relevante Begriffe definiert, grundlegende Informationen zum Thema bereitgestellt sowie ein Blick auf die Erforschung der Patientencompliance geworfen. Kapitel 2 beschreibt die Durchführung eines qualitativen Forschungsprojektes, in welchem die Perspektive von Patienten zur Compliance erfasst wurde. Anhand der Auswertungen wurden drei relevante Themen erfasst, die in jeweils einem eigenen Buchkapitel ausführlich behandelt werden. Kapitel 3 stellt dar, welche Barrieren und welche Förderfaktoren Patienten beschreiben, wenn es darum geht, den Empfehlungen des Therapeuten zu folgen. In Kapitel 4 wird das Thema Gesprächsführung aufgegriffen: Welche Rolle spielt der Kontakt zwischen Patient und Therapeut für die Patientencompliance, und welche Strategien der Gesprächsführung helfen dabei, den Patienten bestmöglich zu unterstützen? Weitere therapeutische Strategien beschreibt Kapitel 5: Hier finden Sie systematisch gegliedert Maßnahmen, die aus Patientensicht, aber auch in Literaturempfehlungen als hilfreich zur Einhaltung der Compliance gelten. Als Merkhilfe für die Praxis finden sich im Anhang Checklisten zu compliancefördernden Strategien und zum Umgang mit Non-Compliance sowie eine Übersicht zur Identifizierung und Förderung der Patientenmotivation.

1.1 Begriffsdefinitionen

Der Begriff „Compliance" hat seinen Ursprung im betriebswirtschaftlichen Kontext. Dort bezeichnet er die Pflicht, die für ein Unternehmen geltenden Gesetze einzuhalten (Vetter 2009), bedeutet also im allgemeinen Sinn so viel wie „Rechtstreue". Im Bereich der Gesundheitsversorgung lassen sich inzwischen eine Reihe unterschiedlicher Definitionen finden. Wörtlich übersetzt bedeutet Compliance „Folgsamkeit" oder „Einhaltung". Dementsprechend galt Compliance ursprünglich als das Ausmaß der Befolgung ärztlicher Verordnungen bei der Einnahme von Medikamenten (Schäfer 2010). In 2003 hat die WHO (Weltgesundheitsorganisation) dieses Begriffsverständnis um gesundheitsrelevante Maßnahmen neben der Medikamenteneinnahme erweitert. Gleichzeitig wurde das Rollenverständnis des Patienten vom passiven Verordnungsempfänger hin zum aktiven Mitentscheider im Behandlungsprozess verändert. So versteht die WHO unter **Compliance**

> *„das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person – das Einnehmen von Medikamenten, das Befolgen einer Diät und/oder das Ausführen von Lebensstiländerungen – mit den vereinbarten/abgestimmten Empfehlungen eines Gesundheitsdienstleisters übereinstimmt"* (Sabaté 2003).

Im englischsprachigen Raum hat sich dafür mittlerweile der Begriff „Adherence" etabliert, und auch in deutschsprachigen Veröffentlichungen wird in Teilen nicht von Compliance, sondern von der **Adhärenz** gesprochen. Um die Eigenverantwortung des Patienten und die Partnerschaftlichkeit von Behandler und Behandeltem zu betonen, wird aktuell ebenfalls der Begriff **Konkordanz** („Übereinstimmung") verwendet. Das vorliegende Buch bleibt jedoch durchgängig beim Begriff „Compliance" und bezieht sich dabei auf die o.g. Definition der WHO.

1.2 Das Phänomen der Compliance und seine Bedeutung für die Gesundheit

Wenn es um Gesundheit geht, stehen und fallen die meisten Maßnahmen mit der Eigenverantwortung des Einzelnen. Egal, ob es um einen allgemein als gesund definierten Lebensstil geht, z. B. Bewegung, Ernährung, Stressreduktion, oder um das Bewältigen von Krankheitszuständen: Letztendlich muss der Betroffene selbst die notwendigen Verhaltensänderungen durchführen oder empfohlene Therapien einhalten. Im Akutfall, bei Verletzungen oder beispiels-

weise einer Grippeinfektion, zwingen meist drastische körperliche Symptome dazu, ein angemessenes Verhalten wie Bettruhe oder eine eingeschränkte Nahrungsaufnahme zu befolgen. Schwieriger ist es, sein Verhalten langfristig zu verändern, um einer Erkrankung vorzubeugen – also ohne erkennbare Symptome oder Leidensdruck –, sowie langfristige Therapiemaßnahmen bei chronischen Erkrankungen auf Dauer umzusetzen. Doch auch wenn diese Umsetzung vom Betroffenen ausgehen muss, ist er darauf angewiesen, die notwendige Aufklärung und Unterstützung durch den Arzt oder Therapeuten zu erhalten. Deren Rolle und welche Möglichkeiten der sinnvollen Unterstützung es gibt, wird ausführlich in Kapitel 5 dargestellt.

1.2.1 Compliance bei chronischen Erkrankungen

Chronische Erkrankungen sind charakterisiert durch eine oder mehrere der folgenden Eigenschaften: Sie sind dauerhaft, hinterlassen Einschränkungen, werden verursacht durch nicht-reversible pathologische Veränderungen, erfordern ein spezifisches Training des Patienten zur Rehabilitation oder verlangen eine langfristige Beobachtung, Überwachung oder Behandlung (Sabaté 2003). Zu den häufigsten chronischen Erkrankungen zählen Diabetes, Bluthochdruck und Asthma. Neben einer medikamentösen Behandlung verlangt beispielsweise eine Diabetesbehandlung Maßnahmen wie die tägliche Kontrolle des Blutzuckerspiegels, das Einhalten von Diäten, regelmäßige Fußbehandlungen und Untersuchungen der Sehkraft (ebd.). Bereits wenn es „nur" um die langfristige Einnahme eines Medikamentes geht, werden die Raten der Non-Compliance weltweit auf etwa 50 % geschätzt. Die Einhaltung nicht medikamentöser Maßnahmen, wie das Durchführen von Übungen oder das Einhalten von Diäten, liegt Schätzungen nach noch deutlich darunter (Dunbar-Jacob et al. 2000).

1.2.2 Compliance in der Heilmitteltherapie

Einen wesentlichen Anteil der konservativen Behandlung und Rehabilitation chronischer wie akuter Erkrankungen leisten die Heilmittelerbringer. Heilmittel sind „persönlich zu erbringende Leistungen" und umfassen Maßnahmen physikalischer, podologischer, logopädischer und ergotherapeutischer Therapie (Gemeinsamer Bundesausschuss 2004, 4). Heilmittel zielen auf die Wiederherstellung, den Erhalt oder die Optimierung von Organsystemen sowie deren Funktionen, um eine optimale Teilhabe des Patienten an individuellen Lebensbereichen zu ermöglichen (Sauer et al. 2010). Gleich um welches Heilmittel es sich im Einzelnen handelt – in allen Fällen ist der Therapeut auf die Kooperation des Patienten angewiesen. Sie betrifft das Einhalten von vereinbarten Terminen, das korrekte Durchführen häuslicher Übungen, die Vermei-

dung von Auslösern einer Symptomverschlechterung, eine therapiegemäße dauerhafte Änderung des Lebensstils sowie eine regelmäßige Einhaltung der genannten Maßnahmen (Petermann & Warschburger 1997). Eine diesbezügliche Patientencompliance wird als wesentlicher Faktor für die Effektivität von physikalischem Training, Ergotherapie und Logopädie betrachtet (Hayden et al. 2005, Roy et al. 2003).

1.3 Non-Compliance

Non-Compliance ist ein komplexes Phänomen, das vielfältigen Einflüssen unterliegt, meist multifaktoriell verursacht ist, verschiedene Formen annehmen kann und im Regelfall den Erfolg einer therapeutischen Maßnahme erheblich beeinträchtigt. Diese Dimensionen der Non-Compliance werden im Folgenden näher beleuchtet.

1.3.1 Formen der Non-Compliance

Eine mangelnde Compliance führt nicht zwangsläufig dazu, dass ein Patient gar keine der empfohlenen Maßnahmen einhält. In der Regel gelingt es, den gestellten Anforderungen zumindest in Teilen gerecht zu werden. Aus der Arzneimitteltherapie sind die folgenden Formen einer Non-Compliance bekannt, die so oder ähnlich auch bei der Heilmitteltherapie auftreten können (Heuer & Heuer 1999, Brucksch et al. 2005):

Intelligente Non-Compliance. Der Patient informiert sich gegebenenfalls eigenständig über seine Erkrankung, oder er bemerkt Nebenwirkungen eines Medikaments und entscheidet sich daher bewusst, von der genauen Verordnung des Arztes abzuweichen. In der Durchführung von Übungen oder Verhaltensänderungen kann sich eine intelligente Non-Compliance darin äußern, dass einzelne Übungen nicht und dafür andere häufiger durchgeführt werden.

Erratische Compliance. Der Patient befolgt die Empfehlungen mal mehr, mal weniger, dies jedoch unsystematisch und ohne eine bewusste Entscheidung für oder gegen bestimmte Maßnahmen.

Weißkittel-Compliance bzw. Zahnputzeffekt. Ein häufiges Phänomen der Non-Compliance besteht darin, dass sich ein Patient nicht an die Verordnung hält, sich allerdings unmittelbar vor dem Kontakt mit dem Arzt auf seine Aufgaben besinnt und diese in Teilen dann besonders intensiv durchführt. Bekannt ist z. B. in der zahnärztlichen Behandlung, dass die Zahnpflege oft erst dann in

der notwendigen Gründlichkeit eingehalten wird, wenn ein Zahnarzttermin ansteht.

Arzneimittelferien. Wenn ein Patient unter spürbaren Nebenwirkungen von Medikamenten leidet, kommt es vor, dass er sich selbst eine Pause von der Behandlung verordnet. In ähnlicher Weise verzichten Patienten phasenweise auf ein tägliches Übungsprogramm, um sich von einer daraus entstehenden Belastung zu erholen.

Polymedikation. Insbesondere ältere Menschen, die häufig eine Reihe unterschiedlicher Medikamente nehmen müssen, verordnen sich mitunter selbst weitere rezeptfreie Präparate, um ihren Allgemeinzustand aufzubessern. Ebenso kann es dazu kommen, dass Patienten mehrere Ärzte parallel aufsuchen und dies nicht ausreichend kommunizieren. Besonders gefährlich ist es, wenn Patienten untereinander Medikamente tauschen.

Unter- oder Übermedikation. Die wahrscheinlich häufigste Form der Non-Compliance besteht in einer Über- oder Unterbefolgung der ärztlichen bzw. therapeutischen Empfehlung, d. h., die empfohlenen Maßnahmen werden zwar umgesetzt, dies aber zu selten oder zu häufig.

Vorzeitiger Therapieabbruch. Eine Therapie oder medikamentöse Behandlung wird oft vorzeitig abgebrochen, wenn sich entweder ein erwarteter Erfolg nicht einstellt oder sich die Symptome bereits so weit verringert haben, dass aus Sicht des Patienten kein Anlass dazu besteht, die Therapie weiterzuführen.

1.3.2 Ursachen der Non-Compliance

Compliance unterliegt in erster Linie dem Einfluss des Patienten, aber nicht ausschließlich. Auch wenn der Patient das jeweilige gesundheitsbezogene Verhalten selbst durchführen muss, wäre es falsch, ihn alleine für eine mangelnde Compliance zur Rechenschaft zu ziehen. Diejenigen Faktoren, die in der Summe die Patientencompliance beeinflussen, teilt die WHO in 5 Dimensionen ein (vgl. Abbildung 1.1, Sabaté 2003):

Soziale und ökonomische Faktoren. Alle Altersgruppen sind von Non-Compliance betroffen, am meisten jedoch Jugendliche und ältere Menschen. In der Adoleszenz kämpfen Kinder mit ihrem Selbstbewusstsein, mit Rollendefinitionen, ihrem Körperbild und peer-bezogenen Problemen. Eine entsprechende soziale Desorientiertheit hindert häufig daran, sich an Regeln und vorgegebe-

ne Maßnahmen zu halten. Die erhöhte Prävalenz kognitiver und funktioneller Einschränkungen im Alter erhöhen die Non-Compliance, ebenso Komorbiditäten und komplexe, gegebenenfalls nicht aufeinander abgestimmte Therapieprogramme. Bonelli (1994) fanden in einer Untersuchung mit 1259 Patienten eine signifikant höhere Compliance bei Frauen. Frauen im Alter von 50–60 Jahren zeigten die beste, Männer zwischen 30 und 40 Jahren die schlechteste Compliance. Ähnliche Ergebnisse fanden Untersuchungen von Meyer et al. (1992).

Weitere sozioökonomische Faktoren, die eine Non-Compliance begünstigen, sind Armut, Analphabetentum, geringer Bildungsstand, Arbeitslosigkeit, instabile Lebensverhältnisse sowie familiäre und soziale Dysfunktionen (Sabaté 2003). Nach Meise et al. (1992) nimmt die Familie einen bedeutenden Einfluss auf die Compliance. Lehnt sie die Therapie ab, kann dies zu einer Therapieverweigerung des Patienten führen. Porter (1969) fand bei verheirateten Patienten eine deutlich höhere Compliance als bei unverheirateten Personen.

Versorgungs- und systembezogene Faktoren. Um von Patientenseite einen angemessenen Einsatz in der Krankheitsbewältigung zu leisten, bedarf es infrastruktureller Voraussetzungen und einer Unterstützung durch die behandelnden (therapeutischen/ärztlichen) Personen. So ergeben sich direkte Beeinträchtigungen der Patientencompliance durch medizinisch-therapeutische Unter- oder Fehlversorgung. Diese können verursacht sein durch beispielsweise fehlendes, ungeschultes oder überarbeitetes Personal, durch Zeitmangel in der Patientenversorgung und/oder fehlende Langzeit- oder Kontrollversorgung. Mutmaßlich ergeben sich Compliancebarrieren in vielen Fällen dadurch, dass den behandelnden Therapeuten das Wissen über Non-Compliance und den angemessenen Umgang damit schlichtweg fehlt (Sabaté 2003).
Das gute Verhältnis zwischen dem Behandler und Patienten wird häufig als die Compliance begünstigend beschrieben. Beispielsweise korreliert die kommunikative Kompetenz des Arztes signifikant mit der Patientencompliance (Zolnierek & DiMatteo 2009). Auch in der physikalischen Rehabilitation besteht ein Zusammenhang zwischen einem gelungenen Therapeuten-Patientenverhältnis, der Compliance und dem Therapieergebnis (Hall et al. 2010).

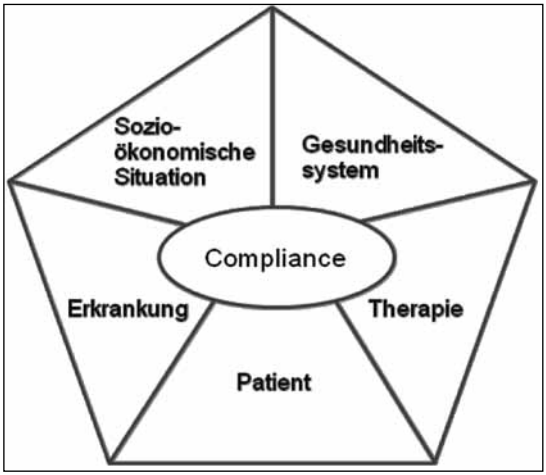


Abbildung 1.1: Die fünf Dimensionen der Compliance (vgl. WHO 2003)

Erkrankungsbezogene Faktoren. Starke Determinanten der Compliance sind die Symptomschwere, der Grad an psychischen, physischen, sozialen und berufsbezogenen Einschränkungen, Schwere und Progressivität der Erkrankung und die Verfügbarkeit passender Behandlungsmethoden. Komorbiditäten wie Depressionen oder Suchterkrankungen beeinflussen die Compliance ebenfalls deutlich (Krueger et al. 2005, Sabaté 2003).

Therapiebezogene Faktoren. Auch formale therapiebezogene Faktoren nehmen Einfluss auf die Patientencompliance. Genannt werden dabei die Komplexität der Behandlung, die Dauer der jeweiligen Therapie, vorangegangene (gegebenenfalls nicht erfolgreiche) Therapien, häufige Änderungen der Behandlung, der zeitliche Wirkungseintritt sowie Nebenwirkungen und die Möglichkeit, mit ihnen umzugehen (Sabaté 2003).

Patientenbezogene Faktoren. Unter patientenbezogenen Faktoren werden kognitive und emotionale Faktoren der Krankheit bzw. der Therapie gegenüber genannt, im Sinne von Annahmen, Überzeugungen, Wahrnehmungen und Erwartungen. Beeinträchtigt wird die Compliance insbesondere durch ein Missverstehen oder eine Nicht-Akzeptanz einer Erkrankung sowie durch Fehleinschätzungen möglicher Risiken, denen der Patient infolge der Erkrankung ausgesetzt ist. Zweifelt der Patient an der Diagnose und/oder an der Wirksamkeit empfohlener Maßnahmen, oder versteht er therapeutische Instruktionen nicht, ist keine angemessene Compliance zu erwarten. Eine positive Einstellung zur Therapie, die Zufriedenheit mit dem Therapeuten, eine