

Psychologische Grundlagen der Patientenschulung und Patientenberatung

Lothar R. Schmidt und Gabriele E. Dlugosch

1 Einführung: Definition und Rahmenbedingungen

Der Schwerpunkt der Darstellungen liegt in diesem Kapitel auf der **Patientenberatung**, einem Begriff, der sowohl im deutschen als auch im englischen Sprachraum bisher eher unüblich ist. Viel häufiger werden Bezeichnungen wie Patientenschulung, patient management oder patient education verwendet, die meist konkret auf die Befolgung ärztlicher Verordnungen und Ratschläge (compliance) ausgerichtet sind (vgl. Petermann 1995; Ullrich, 1990).

Die Begriffe, in denen auf die Schulung bzw. „Erziehung“ von Patienten abgehoben wird, sind jedoch mindestens aus zwei Gründen problematisch:

- Es wird damit unterstellt, daß es sich bei der Zielgruppe bereits um Patienten handelt, was aber nur für einen Teil der Individuen der Fall ist. In vielen Fällen geht es demgegenüber um Aspekte der Gesundheitsberatung oder Gesundheitsförderung bei Menschen, die (noch) nicht oder nicht mehr krank sind (vgl. Dlugosch, 1994 a; Waller, 1996; Winett, 1995). Außerdem ist zu beachten, daß der Patientenstatus wechseln kann und nur bei wenigen Menschen relativ überdauernd ist.
- Es wird mit vielen dieser Begriffe eine asymmetrische Konnotation verbunden, die den Patienten unfrei und möglicherweise unmündig erscheinen läßt. Empowerment wird beispielsweise im Rahmen der Patientenschulung kaum angestrebt.

über die pädagogische Intention kommt man durch diese Orientierung auch in der Medizin in das **Spannungsfeld** zwischen **Empowerment** und **Management**. Je nach Fragestellung, betroffenen Personen und vorhandenen oder nicht vorhandenen Stutzsystemen können unterschiedliche Vorgehensweisen sinnvoll sein, wobei man heute davon ausgehen kann, daß soviel Selbstbestimmung wie möglich angestrebt werden soll.

Lang und Kupfer (1996) zitieren Karl Jaspers, der noch 1954 postuliert hat, daß der Kranke eigentlich nicht wissen, sondern gehorchen wolle und Beruhigung vor Wahrheit anstrebe. Diesbezüglich haben sich inzwischen starke Verlagerungen der Patienteninteressen ergeben (vgl. Lang & Arnold, 1996).

Soweit im Rahmen von Schulungsmaßnahmen nicht primär auf das Erlernen notwendiger therapeutischer Maßnahmen wie etwa bei Diabetikern oder Dialyse-Patienten abgezielt wird (hinsichtlich der Intervention bei chronisch kranken Kindern vgl. Petermann & Wiedebusch, 1997), sollte der generellere Begriff **Beratung** zugrundegelegt werden. Winett (1995) hat die verschiedenen Arten von Beratungsmaßnahmen unter den Aspekten des Zeitpunktes (primäre bis tertiäre Prävention), der Ebenen (Individuum bis Gesellschaft) und bezüglich unterschiedlicher Problemstellungen und Zielsetzungen zusammengestellt und diskutiert (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1:

Rahmenmodell für Maßnahmen der Gesundheitsberatung und Prävention nach Winett (1995).
Die Bezeichnungen in Klammern sind die Bewertungen von Winett

Ebenen	Zeitpunkt der Prävention		
	primär	sekundär	tertiär
Individuum	Prävention von HIV-Infektionen für Individuen mit geringeren Risiken (health Promotion)	Screening und Frühintervention gegen Bluthochdruck (preventive services)	Entwicklung einer vegetarischen Diät mit geringem Fettanteil für ein Individuum mit einer Herzkrankheit (preventive services)
Gruppe	Elterngruppe zur Verbesserung der Kommunikation mit Adoleszenten über Risikoverhalten (health Promotion)	Bewegungsprogramm für Individuen mit höherem Risiko für Herzkrankheiten (preventive services)	Programm zur kardialen Rehabilitation für Gruppen mit Patienten, die an Herzkrankheiten leiden (preventive services)
Organisation	Programm zur Veränderung von Ernährungsgewohnheiten, vor allem in bezug auf Automaten und die Cafeteria (health protection)	Anreizprogramm zur Reduktion des Rauchens von Arbeitnehmern (health Promotion)	Verbesserung von Urlaubsbedingungen zur Versorgung von Kranken oder sehr alten Angehörigen (health protection)
Gemeinde	Medienkampagne zum Bewegungsverhalten bei Minoritäten (health Promotion)	Entwicklung von unterstützenden Netzwerken für jüngere verwitwete Individuen (preventive services)	Schaffung eines besseren Zugangs für behinderte Individuen zu allen Freizeitmöglichkeiten (health protection)
Gesellschaft	Verschärfung der Gesetzgebung im Hinblick auf Zigarettenverkauf an Minderjährige (health protection)	drastische Erhöhung von Versicherungsbeiträgen für Raucher (health protection)	finanzielle Anreize für bessere Behandlungsmöglichkeiten von Schlaganfallpatienten (health protection)

Eine psychologisch fundierte Beratung intendiert keine einseitige Erteilung von Ratschlägen oder Vorschriften durch einen Experten an einen Patienten,

sondern ist ein möglicherweise längerfristiger **Prozeß**, der die Motive, den Kenntnisstand und die Ziele der Patienten zumindest einbezieht und sich soweit wie möglich davon leiten läßt (vgl. etwa Schmidt, 1984, S.93ff.). Im Verlauf der Beratung sind die Grenzen des medizinischen Systems zu reflektieren und gegebenenfalls zu korrigieren (Kunz, Cockerham & Lüschen, 1989; Ullrich, 1990); Transparenz und Konsens kommen dabei eine wichtige Rolle zu (vgl. Koerfer, Köhle & Obliers, 1994). Die Notwendigkeit und Verbesserung des „informed consent“ sowie zur Aufklärung über Risiken von Patienten wird schon dadurch verdeutlicht, daß zumindest in den USA zu diesen Themen schon eigene Fachtagungen stattfinden.

Das Medizinsystem tut sich mit einer differenzierten, individualisierten Beratung von Patienten eher schwer. Dies ist zunächst einmal im außerordentlich begrenzten Zeitbudget begründet, das in der Medizin zur Verfügung steht, aber auch in der häufig vorhandenen Objektivierung und damit relativ geringeren Berücksichtigung von individuellen Motiven und Bedürfnissen. Fraglos sind aber viele Ärzte in den letzten Jahren an der Patientenberatung stärker interessiert und dies nicht nur aus juristischen Gründen (vgl. etwa Lang & Arnold, 1996; Redder & Wiese, 1994). Allerdings bestehen im Medizinsystem die Wünsche nach direkter Patientenschulung und Patientenmanagement bis hin zur patient education durch Video fort (vgl. Fordham, 1993). Solche Vorgehensweisen zeichnen sich dadurch aus, daß sie umrissener und schnell umsetzbar sind, da sie sehr handlungsbezogen orientiert sind und sowohl bei Fachleuten als auch bei Patienten oft eine große Sicherheit des Vorgehens vermitteln. Langfristig können solche Vorgehensweisen aber sehr aufwendig bzw. wenig effektiv sein, da unerwartete Abläufe im Prozeß von Krankheiten und Behandlungen nicht in solche Schemata passen und auch für Schwierigkeiten dann häufig Patentrezepte erwartet werden. Daraus können auf seiten der Patienten beispielsweise Unsicherheiten und Verweigerungen gegenüber medizinischen Ratschlägen und Maßnahmen resultieren.

Die **Settings**, in denen Patientenberatung stattfinden kann, und die Problemstellungen, die dort bearbeitet werden (vgl. Tab. I), hängen erheblich von der Struktur, Funktionsweise und Grundorientierung (z. B. stärker präventiv oder kurativ) der Gesundheitssysteme ab (zur Health Education in Europa vgl. International Union for Health Education, 1988; Schmidt, 1997; Winfield & Weinman, 1996). Am häufigsten finden Patientenberatungen unterschiedlicher Art und Dauer statt in:

- Arztpraxen (vgl. Lang & Arnold, 1996) und Zahnarztpraxen,
- Ambulanzen und Polikliniken,
- Krankenhäusern (vgl. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung, 1986; Lobnig & Pelikan, 1996; Schumacher, 1996) und
- Rehabilitationseinrichtungen (vgl. Buschmann-Steinhage & Vogel, 1995; Lindenmeyer, Bents, Fiegenbaum & Schumacher, 1995).

Darüber hinaus ist die Patientenberatung und Gesundheitsförderung anzustreben und zunehmend anzutreffen in:

- speziellen (auch psychosozialen) Beratungsstellen,
- Gemeinden (Public Health: Lazes, Kaplan & Gordon, 1987; Lobnig & Pelikan, 1996; Schmidt, 1994; Winett, 1995; Winett, King & Altmann, 1989)
- Betrieben (Risikogruppen, Patienten mit bestimmten Krankheiten: Liepmann & Felfe, 1997; Lobnig & Pelikan, 1996; Mohr & Udriș, 1997) und
- Schulen (vgl. Jerusalem, 1997) bzw. Universitäten (Dlugosch & Schmidt, 1990).

Anschließend werden die **psychologischen Aspekte** der Patientenberatung unter folgenden Gesichtspunkten dargestellt:

- Ziele der Beratung mit einem Exkurs über Compliance,
- Determinanten und Einflußfaktoren der Patientenberatung
 - Patientenmerkmale,
 - Merkmale der Maßnahmen (Methoden und Strategien),
- psychologische Modelle und Theorien sowie
- Evaluation und Qualitätssicherung.

2 Psychologische Aspekte der Patientenberatung

Einführend ist hier zu bemerken, daß es sich bei der Patientenberatung um einen komplexen **Interaktionsprozeß** zwischen Fachleuten und (potentiellen) Patienten handelt. Demzufolge ist die kognitive und emotionale Gestaltung der Kommunikation im Beratungsprozeß entscheidend für dessen Wirksamkeit (vgl. Bengel & Koch, 1988; DiMatteo, 1994; Koerfer et al., 1994; Lang & Arnold, 1996; Ley, 1982; Schmidt, 1984).

Eine Schwierigkeit besteht darin, daß die Patientenberatung in der Regel durch Ärzte und nicht durch Psychologen erfolgt. Dadurch sind viele psychologische Grundlagen bisher zu wenig systematisch untersucht und herausgearbeitet worden. Die Psychologie konzentriert sich oft auf die Entwicklung umschriebener Programme zu patient management oder Patientenschulung, die auch an Ärzte weitergegeben werden können (vgl. Brinkmeier, Widera, Hildebrandt & Tewes, 1995; Petermann, 1995).

Im folgenden wird die **Arzt-Patient-Beziehung** häutig angesprochen, jedoch nicht systematisch abgehandelt, da im Mittelpunkt der Betrachtungen die psychologischen Grundlagen der Patientenberatung stehen.

2.1 Ziele

Die Ziele der Patientenberatung gestalten sich sehr unterschiedlich, je nachdem ob sie aus gesellschaftlicher, politischer, ökologischer, medizinischer oder individueller Sicht gewichtet werden. In allen westlichen Ländern ist beispielsweise die Reduktion der Kosten im Gesundheitssystem ein aktuelles Ziel, auf das hier - wie auf andere systembezogene Aspekte - nicht eingegangen werden kann (vgl. Breyer & Zweifel, 1992; Schmidt, 1997).

Basch (1987) hat die Notwendigkeit eines multivariaten „**needs assessment**“ für die Gesundheitserziehung herausgestellt, wobei durch eine empirisch fundierte Vorgehensweise die Bedürfnisse von Individuen, Systemen und der Gesellschaft zu berücksichtigen sind. Die Umsetzung solcher Anregungen ist für die Psychologie meist nicht möglich, da die Ziele im Medizinsystem zumindest in der Grundrichtung vorgegeben werden. Psychologische Aspekte sind deshalb oft von nachrangiger Bedeutung, da das Medizinsystem die Psychologie in die medizinischen Interessen einzubinden sucht.

Bei den auf die Person des Patienten gerichteten Beratungszielen geht es nicht nur um die unmittelbare Compliance. Die Vermeidung oder Abschwächung von **Patientenkarrieren** kann man sowohl unter finanziellen als auch persönlichen Aspekten als ein übergeordnetes Ziel sehen. Die spezifischeren Zielbildungen sind jeweils von den unterschiedlichen Einflußfaktoren und Funktionsbereichen abhängig und besonders mit der Beeinflußbarkeit und Kontrollierbarkeit der Maßnahmen und Krankheiten verbunden. Eher **kurzfristig** handelt es sich um die Erreichung umschriebener Ziele in einem Handlungsschema der Medizin, zum Beispiel bezogen auf bestimmte Operationen, Chemotherapie und andere medizinische Maßnahmen. **Mittel- bzw. langfristig** geht es um die Veränderung gesundheitsbezogenen Verhaltens insgesamt bzw. in bestimmten Bereichen (z. B. bei speziellen Risikofaktoren; vgl. Perrez & Gebert 1994) oder die Auseinandersetzung mit und Verhaltensänderungen bezogen auf chronische Krankheiten (wie Diabetes) und deren Folgen („zweite“ Krankheit).

Del Bueno (1980) betont, daß die Zielbildung der Patientenschulung auch nach dem möglichen Resultat und den Kosten beurteilt werden muß. Sie unterscheidet potentielle quantitative und qualitative Ergebnisse (Outcomes) der geplanten Schulungs- und Beratungsmaßnahmen. Als potentielle **quantitative** Ergebnisse bezeichnet sie folgende Aspekte: erhöhte Aufmerksamkeit (z. B. für Programme); Zunahme an Wissen oder Fähigkeiten; Befolgung medizinischer Behandlungspläne; Reduzierung der Mortalität oder Morbidität. Als potentielle **qualitative** Ergebnisse (die u. E. auch quantifiziert werden können und sollen) werden angeführt: erhöhte Lebensqualität; Zufriedenheit mit der Beratung/Behandlung; neue und verbesserte Bewältigungsfähigkeiten; Selbstbestimmung.

Zu berücksichtigen ist hier, daß gleiche formale Ziele ganz unterschiedlich umgesetzt werden können, wie es am Beispiel der **Operationsvorbereitung** verdeutlicht werden soll (Schmidt, 1984, 1992). Die Vielfalt von Interventionsmöglichkeiten, die auf die Person des Patienten abzielen, geht aus Tabelle 2 hervor (Mladek & Schumacher, 1991).

Höfling (1988, S. 146ff.) nennt als Komponenten einer breit angelegten **psychologischen** Operationsvorbereitung: Information, persönlichen Kontakt, aktive Kontrollmöglichkeiten, Akzeptierung genesungsfördernder Emotionen und der Eigenverantwortung und Bereitstellung intrapsychischer Kontrollmöglichkeiten. Dabei legt er auf die „Synchronisierung“ der Vorgehensweisen aller Beteiligten besonderen Wert.

Tabelle 2:
Interventionsmaßnahmen zur psychologischen Operationsvorbereitung
(Mladek & Schumacher, 1991)

Methoden zur Unterstützung und Aktivierung von Selbsthilfepotentialen

- „unterstützende“ Gespräche
- nichtdirektive (patientenzentrierte) Gespräche
- Gruppendiskussionen (unter möglichem Einbezug von Familienangehörigen)

Vermittlung von Informationen mit möglichen Differenzierungen bezüglich:

- Informationsumfang
- Informationsstrukturierung und -akzentuierung
- Informationstyp: Maßnahme- und/oder Empfindungsinformationen
- zeitlich-sequentielle Strukturierung der Informationsgaben
- Art der Informationsdarbietung:
 - verbal (im Gespräch)
 - schriftlich (Aufklärungstext)
 - Tonband/Audiokassette

Lernen am Modell unter Nutzung von:

- Videofilmen
- Fotobilderbüchern

Entspannungsverfahren (unter möglicher Einbeziehung von Biofeedback)

- autosuggestive Verfahren (Autogenes Training, Muskelrelaxation, Kontrolliertes Atmen u. a.)
- fremdsuggestive Verfahren (Hypnose)
- „anxiolytische“ Musik

Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie

- Systematische Rationale Restrukturierung
 - Streßimmunisierungstraining u. a.
-

Hingegen bevorzugt der **Anästhesist** Tolksdorf (1985) im gleichen Bereich vor allem imperative Aussagen. Präzise klinische Forderungen wie „Vermeide Lärm!“ oder „Vermeide Nahrungs- und Wasserentzug . . . !“ stehen auf gleicher Stufe und in gleicher Sprache neben sozialpsychologischen wie „Trete dem Patienten sicher gegenüber, gewinne sein Vertrauen!“ oder „Gib dem Patienten Perspektiven!“

Schumacher (1996) hat im Hinblick auf Präventionsmaßnahmen im Krankenhaus zwischen Zielgruppen, Präventionszielen und Interventionsebenen unterschieden (vgl. Tab. 3).

Bei der Betrachtung der Interventionsziele kommt der **Compliance** bzw. **adherence** eine Sonderrolle zu (DiMatteo, 1994; DiMatteo & DiNicola, 1982; Dunbar-Jacob, 1993; Haynes, Taylor & Sackett, 1982; Lang & Arnold, 1996; Ley, 1982; Schmidt, 1984; Schumacher, 1996; Wilker, 1988). In der Regel wird davon ausgegangen, „daß der Arzt legitimerweise das Patientenverhalten kontrolliere, also eine klare Subjekt-Objekt-Relation bestehe“ (Ullrich, 1990, S. 250). Tatsächlich handelt es sich bei der Compliance aber um äußerst vielschichtige Interaktionsvorgänge, die die Berücksichtigung unterschiedlicher Variablen verlangen.

Tabelle 3:
Beispiele für Präventionsmaßnahmen im Krankenhaus (Schumacher, 1996, S. 78)

	Personzentrierte Intervention	Kontextzentrierte Intervention
Zielgruppe: Patienten		
spezifisch	Patientenschulung bei Diabetes mellitus	Schulung von Angehörigen bei Heimdialyse
unspezifisch	Training von Streßbewältigungskompetenzen	Patientenorientierte Krankenhausarchitektur und -organisation
Zielgruppe: Ärzte/Personal		
spezifisch	Burnout-Prophylaxe beim Personal von Intensivtherapiestationen	Veränderung der Arbeitsorganisation in der Intensivmedizin
unspezifisch	Training von Kompetenzen der Gesprächsführung	Teamsupervision und Gruppenarbeit

Die **Befolgsrate** medizinischer Maßnahmen ist nach übereinstimmender Beurteilung in den meisten Bereichen völlig **unzureichend** (Benkö, Schuster & Titscher, 1988; DiMatteo et al., 1993; Epstein & Cluss, 1982; Klapp, Hekkers, Klapp & Scheer, 1984; Ley, 1982; Rychlik, 1989; Schmidt, 1984; Ullrich, 1990; Wilker, 1988). Die asymmetrische Beziehung, die Zeitknappheit und die teilweise dilettantische Gestaltung der mündlichen und/oder schriftlichen Informationen tragen wahrscheinlich wesentlich zu dieser negativen Bilanz bei. Auf die erhebliche volkswirtschaftliche Bedeutung der Non-Compliance sei hier lediglich verwiesen (vgl. Mühlig et al., in diesem Buch).

Tabelle 4:
Phänomene und Ursachen der Medikamenten Non-Compliance (vgl. Kruse, 1996)

- Dosis-Auslassungen oder Mehreinnahmen
- Abweichungen von der verordneten Einnahmezeit
- morgendliche Einnahme regelmäßiger als abendliche
- Auslassen einzelner Dosen
- mehrere Tage fehlende Einnahme während Perioden regelmäßigen Einnehmens der Medikamente (drug holidays)
- Therapieabbruch
- zu frühes Abbrechen durch Besserung des Zustands (z. B. Antibiotika-Einnahme)
- Abbruch wegen befürchteter oder beobachteter Nebenwirkung
- Anstieg der Compliance vor Arztbesuchen (tooth brush effect)
- Non-Compliance bei Unterbrechung der Alltagsroutine wie an Wochenenden, Feiertagen oder in den Ferien
- mangelnde Kenntnis über erforderliche Medikamentenspiegel

Einen quantitativ und qualitativ zentralen Sektor stellt die **Medikamentenverschreibung** bzw. **-einnahme** dar (vgl. Huber, 1990; Huppmann & Silber-nagel, 1988; Krause-Girth, 1992; Kruse, 1996), wobei je nach Krankheit und Verschreibungssorgfalt unterschiedliche Gefahren mit der mangelhaften wie mit der übermäßigen Medikamenteneinnahme verbunden sein können. So kann

eine Non-Compliance insbesondere bei der Medikamenteneinnahme gesundheitsfördernd oder sogar lebensverlängernd sein, wenn ärztliche Kunstfehler vermieden werden. Verordnungsfehler (wie falsche Indikation, unverträgliche Pharmaka, mangelnde Beachtung von Nebenwirkungen), Folgewirkungen (z. B. Süchte), Selbstmedikation und Placebo-Phänomene gehören zu den wichtigsten Problemstellungen. Kruse (1996) hat einige Phänomene und Ursachen der Non-Compliance bei der Einnahme von Medikamenten zusammengestellt (Tab. 4).

Huber (1990, S. 28), der Präsident der Ärztekammer Berlin, kritisiert den extremen Tablettenkonsum in Deutschland, wobei er unterstellt, daß Arzt und Patient einer „leitbildbedingten Fortschrittsfalle“ hinsichtlich der richtigen Medizin unterliegen. „Die Diagnose des Symptomkomplexes ist eine Verrücktheit zu zweit ‚La folie à deux‘ könnte die Tablettenkrankheit heißen.“ Zunehmend wird eine **Sozialpharmakologie** gefordert (Huppmann & Silbernagel, 1988), die vielfältige Aspekte von Patient, Arzt, Apotheker, Gesundheitssystem und Gesellschaft in bezug auf Medikamente umfaßt. In diesem Zusammenhang sei auf die internationale Initiative zur gesellschaftlichen Risikobewertung bei Medikamenten und darauf bezogene Modellentwicklungen verwiesen (von Wartburg & Versteegen, 1990).

Die Compliance läßt auch in bezug auf lebensbedrohende Erkrankungen, zum Beispiel koronare Herzkrankheiten, und in der Rehabilitation bei vielen Personen sehr zu wünschen übrig. Bei weitreichenden und vielfältigen Verhaltensänderungen ist eine gute Compliance oft besonders schwer erreichbar (Wilker, 1988). In einer Untersuchung von Klapp et al. (1984) zeigten beispielsweise Patienten mit hohem Infarktisiko eine erschreckend geringe Compliance in bezug auf die Diät, die medikamentöse Therapie und den regelmäßigen Arztbesuch, obwohl sie gut informiert waren, der Therapie überwiegend vertrauten und eine positive Einstellung zu den Ärzten vorhanden war.

Nach den Ergebnissen von Benkö et al. (1988) ist auch in Rehabilitationseinrichtungen die Zahl guter Complier mit rund einem Viertel der Patienten sehr gering. Dieses Ergebnis findet er um so überraschender als die Patienten mit der Klinikumwelt eher zufrieden zu sein schienen und ein intensiver Arzt-Patient-Kontakt bestanden habe.

Aus sehr unterschiedlichen Gründen ist die Befolgung medizinischer Maßnahmen und Verordnungen bei chronischen und terminalen Krankheiten oft mangelhaft (Broda & Muthny, 1990; Gerber & Nehemkis, 1986; Kinsman, Dirks & Jones, 1982). Wie Christensen, Wiebe, Edwards, Michels und Lawton (1996) empirisch überprüft haben, kommt bei der Compliance von Hämodialyse-Patienten dem Körperschema und den der Krankheit zugeschriebenen Behinderungen eine besondere Bedeutung zu.

Gerade bei sehr schweren Krankheiten ist der Entscheidungsfreiheit des Patienten eine besondere Bedeutung beizumessen. Auch auf diesem Hintergrund ist es nicht akzeptabel, daß Krebspatienten oft schlechter informiert sind als

Patienten mit „positiveren“ Diagnosen. Umfassende Information ist dabei nicht zu verwechseln mit unvermittelter oder insensibler Konfrontation. Vielmehr handelt es sich um einen äußerst schwierigen und langwierigen Interaktionsprozeß, der sich etwa aus Gesprächen mit Schwerkranken entnehmen läßt, wie sie von Bliesener und Köhle (1986) zusammengestellt und analysiert wurden. Hartmann (1996) hat ein edukativ-therapeutisches Konzept für Krebskranke im Rahmen der stationären Rehabilitation entwickelt.

2.2 Determinanten und Einflußfaktoren

Patientenberatung und Patientenschulung unterliegen einer Fülle von **Einflußfaktoren** und Moderatorvariablen (Epstein & Cluss, 1982; Lang & Arnold, 1996; Mathews & Christophersen, 1988; Petermann, 1997; Schmidt, 1990; Squyres, 1980; Wilker, 1988; Winett, 1995), von denen die wichtigsten im folgenden abgehandelt werden. Neben den **Rahmenbedingungen** des medizinischen Settings (z.B. die für komplizierte Beratungen meist viel zu kurzen Interaktionszeiten und die Gestaltung der Interaktionen zwischen Arzt/Pflegepersonal, Patient und Bezugspersonen) sind hier eine Reihe von Merkmalen der Patienten einerseits und der Maßnahmen andererseits entscheidend.

Patientenmerkmale. Eine psychologische Fundierung der Patientenschulung und Patientenberatung muß unterschiedliche Ebenen und Personvariablen (vgl. Schwenkmezger & Schmidt, 1994) beachten, von denen die wichtigsten nachstehend im Überblick behandelt werden:

- kognitive Ebene (Wahrnehmung, Gedächtnis, Lernen),
- affektive Ebene (Emotionen, Motivationen, Bedürfnisse),
- Verhaltensebene,
- körperliche und psychische Befindlichkeit,
- Persönlichkeit des Patienten (vgl. Schwenkmezger, 1994) mit einer Vielfalt von Merkmalen (inklusive demographischer Variablen und entwicklungspsychologischer Aspekte) sowie
- sozialpsychologische und interaktionale Ebene (Hornung & Gutscher, 1994).

Elementare psychologische Grundvoraussetzungen jeder Compliance und Patientenschulung liegen in der Bereitschaft des medizinischen Systems, vor allem der **Ärzte**, zur **Information** und in der hinreichenden Verfügbarkeit über die kognitiven und affektiven Funktionen bei den Patienten (Ley, 1982; Parcel, Bartlett & Bruhn, 1986). Als notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung der Compliance gilt, daß Verordnungen, Maßnahmen und Auflagen des medizinischen Systems zumindest wahrgenommen, verstanden und behalten werden können. Obwohl hinsichtlich der optimalen Einbeziehung kognitiver Funktionen im Rahmen der Patienteninformation seit den Arbeiten von Ley (1982) eine relativ hohe Übereinstimmung besteht, sind die Erkenntnisse in der Praxis bisher nicht hinreichend umgesetzt worden.

Weber (1994) hat eine Reihe von Variablen, die bei der Veränderung gesundheitsbezogener Kognitionen zu beachten sind, zusammengestellt. Von Petermann und Wiedebusch (1997) wurde die Bedeutung der psychischen Funktionen bei chronisch kranken Kindern zusammenfassend dargestellt und an Beispielen konkreter Krankheiten verdeutlicht.

Für verschiedene Maßnahmen und Krankheiten ist der Stellenwert von Informationen noch empirisch zu klären. über die rein sachlich, technische Informierung hinaus hat es sich jedoch im Hinblick auf viele medizinische Maßnahmen bewährt, möglichst präzise prozedurale und sensorische Angaben zu machen und auch das Erleben des Patienten - soweit es antizipierbar ist - in vorwarnenden Informationen zu berücksichtigen. Bei vielen medizinischen Maßnahmen können solche Informationen begleitend gegeben werden (Schmidt, 1984, 1992).

Von entscheidender Bedeutung für die Wirksamkeit der Patientenberatung sind **motivationale** und **affektive** Komponenten, deren Einbeziehung und Beeinflussung aber noch weitgehend ungeklärt ist (Haisch, 1987). In der Medizin fällt auf, daß meist Verbote ausgesprochen und oft negative, angstinduzierende Konsequenzen angedroht werden, während positive Motivierungen recht selten sind. Humorvolle Informationen und Motivationen (Lazes et al., 1987) können, je nach Adressat und Problem, allerdings zweischneidig sein. Die Zufriedenheit mit den Interaktionen (vgl. Petermann, 1996) und die Reaktionen des sozialen Umfeldes sind in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzen.

Ein zentrales Ziel der Patientenberatung ist es, neue **Verhaltensweisen** aufzubauen und/oder bestehende zu modifizieren oder zu beenden. Problematisch hierbei ist, daß es sich oft um eingeschliffene Verhaltensmuster handelt, die nicht nur aus Gewohnheitsgründen ausgeübt werden, sondern zudem bestimmte Funktionen erfüllen. In bezug auf gesundheitliches Risikoverhalten hat Dlugosch (1994 b) auf die - im Rahmen von Beratungsmaßnahmen häufig vernachlässigte - Bedeutung von „funktionalen Verknüpfungen“ hingewiesen. Demzufolge dienen risikoträchtige Verhaltensweisen häufig der Regulation negativer Befindlichkeiten oder werden in sozialen Situationen sowie zur Steigerung des Wohlbefindens eingesetzt (vgl. Dlugosch, 1994 a).

Im Hinblick auf die **körperliche und psychische Befindlichkeit** nehmen die Art der Krankheit, der Symptomatik oder des gesundheitlichen Problems sowie die damit einhergehenden Maßnahmen einen zentralen Stellenwert ein (z.B. chronische Erkrankung vs. Operationsvorbereitung; beeinflussbar vs. nicht beeinflussbar; latente vs. manifeste Krankheit; Dauer der Krankheit und damit verbundene Maßnahmen; Nebenwirkungen und Folgen von Maßnahmen). Hiermit verbunden ist auch der Zeitpunkt der Beratungsmaßnahmen (primäre vs. sekundäre vs. tertiäre Prävention; Gesundheitsberatung vs. Patientenberatung) bzw. die angesprochene Gruppe (Gesunde vs. Risikogruppen).

Eng verknüpft mit den verhaltensbedingenden Faktoren sind die **psychosozialen und interaktionalen** Aspekte. So ist der Patient immer auch Teil seiner Umwelt, die Veränderungen mehr oder weniger hilfreich gegenüberstehen kann

(vgl. Hornung & Gutscher, 1994). Wie Untersuchungen zur Wirksamkeit von Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen zeigen, sind die positiven Effekte am Ende derartiger Interventionen meist nur von kurzer Dauer und finden ihre Begrenzung bei Rückkehr in den Alltag mit den gewohnten Rahmenbedingungen und Sozialbeziehungen (Dlugosch, 1994 a; Petermann, 1995).

Bedeutende Einflußfaktoren stellen in unserem Zusammenhang insbesondere die vielfältigen **Persönlichkeitsmerkmale** dar. Im Bereich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen haben sich vor allem die demographischen Variablen Alter, Geschlecht und Schulbildung als bedeutend für Gesundheits- bzw. Risikoverhalten erwiesen (vgl. Dlugosch, 1994a), die auch im Kontext der Patientenberatung mehr Berücksichtigung finden sollten als bisher. So werden sowohl die Beratungsinhalte als auch die Methoden und Strategien der Wahl sehr stark davon abhängen, ob ein Patient männlich oder weiblich ist, welche Schulbildung bzw. welcher sozioökonomische Status vorliegt oder ob es sich um ein Kind, einen Jugendlichen, einen Erwachsenen oder eine ältere Person handelt. In Hinblick auf das **Alter** ist beispielsweise davon auszugehen, daß sowohl gesundheitsbezogene Verhaltensweisen als auch Einstellungen und Motivationen sich über die Lebensspanne hinweg sehr deutlich verändern können und damit die Zielsetzungen der Beratung stark beeinflussen werden (zu den entwicklungspsychologischen Aspekten der Gesundheitspsychologie vgl. Schmidt & Dlugosch, 1992, in Druck; Seiffge-Krenke, 1994). Die Patientenberatung von Kindern wird in der Literatur selten erwähnt, obwohl bei dieser Altersgruppe spezielle Gegebenheiten zu berücksichtigen sind, die besondere Herangehensweisen erforderlich machen (vgl. Mathews & Christopherson, 1988; Petermann & Wiedebusch, 1997; Schmidt & Dlugosch, 1992; Seiffge-Krenke, 1994).

Tabelle 5:

Protektive Faktoren auf der Personenebene (aus Schmidt & Dlugosch, in Druck)

Übersicht über Persönlichkeitsmerkmale

- | | |
|--|-----------------------------------|
| • Selbstkomplexität | • Kohärenzsinn |
| • positives Selbstkonzept | • Hardiness, Widerstandsfähigkeit |
| • Selbstwertgefühl | • seelische Gesundheit |
| • Selbstwirksamkeit, Kompetenzerwartung | • funktionaler Optimismus |
| • Selbstaktualisierung | • Sinnfindung |
| • Selbstvertrauen, Selbständigkeit, Selbstakzeptierung | • Kontrollüberzeugung |

Im Bereich der Gesundheitsberatung wächst - im Unterschied zu lange vorherrschenden Ansätzen der Risikofaktoren-Forschung (vgl. Dlugosch, 1994 b) - in den letzten Jahren das Interesse an direkten und indirekten positiven Einflüssen (sogenannter **protektiver Faktoren**) auf Gesundheit und Wohlbefinden (vgl. Schmidt & Dlugosch, in Druck). Hierbei werden in erster Linie Faktoren auf der Personenebene thematisiert, wie sie in Tabelle 5 im Überblick zusammengestellt sind. Es gilt, diese Erkenntnisse auch für den Bereich der Patientenberatung nutzbar zu machen.

Merkmale der Maßnahmen: Methoden und Strategien. Grundsätzlich kann im Rahmen der Patientenschulung und -beratung die gesamte Bandbreite psychologischer Interventionsformen und -maßnahmen zum Einsatz kommen. Einen geeigneten Hintergrund liefern insbesondere die Methoden und Strategien, die innerhalb der Gesundheitsförderung Anwendung finden (siehe Tab. 6).

Tabelle 6:
Vorgehen der Gesundheitsförderung

Methoden/Strategien der Gesundheitsförderung	
<ul style="list-style-type: none"> ● Inforeveranstaltung, Vorträge ● Check-ups, Diagnostik (Fitneß, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten) ● „Aktionen“ (Gesundheitstage, -wochen) ● Seminare, Kurse 	<ul style="list-style-type: none"> ● Trainings ● (Einzel-)Beratung ● (Einzel-/Gruppen-)Therapie ● Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

Hierbei ist jeweils von Bedeutung, ob die Ansatzpunkte der Beratung auf der individuellen Ebene, der Gruppenebene, der Ebene von Organisationen, Institutionen und Betrieben oder der Gemeinde liegen (vgl. Winett, 1995; Tab. 1). Perrez und Gebert (1994) haben die Strategien zur Verhaltensänderung unter Berücksichtigung der Veränderbarkeit des Risikoverhaltens (leicht bis schwer) und der Interventionsziele analysiert (vgl. Tab. 7).

Tabelle 7:
Strategien zur Verhaltensänderung (Perrez & Gebert, 1994)

Risikoverhalten	Interventionsziele	Strategien
leicht zu verändern	Problembewußtsein	Information, Aufklärung
	Wissen	Information, Aufklärung
	Motivation	Überzeugende Kommunikation, Beratung, Gruppendiskussion
bis	Fähigkeiten/Skills	Soziale Verstärkung, Selbstverstärkung, Verhaltenskontrakte, Verhaltenstraining, Selbstbeobachtung und -Überwachung
	Ausführung	Selbstmanagement, Umgebungsveränderung
schwer zu verändern	Aufrechterhaltung	Selbstmanagement, Umgebungsveränderung

Die vielfaltigen methodischen Aspekte der Umsetzung von Informationen bei der Aufklärung und Beratung von Patienten (kognitive, affektive und motivationale Aspekte; sozialpsychologische Variablen) wurden teilweise im Zusammenhang mit der Compliance angesprochen. (Gesundheits-)Psychologische Interventionen schließen darüber hinaus verschiedene Formen von Beratungstechniken, Übungen, Trainings, verhaltensorientierten und weitreichenden psychotherapeutischen Vorgehensweisen ein.

Hier sollen lediglich noch einige methodische Gesichtspunkte zur **Form** (Reschke, 1990; Schmidt, 1984; Waller, 1996) von Information und Kommu-

nikation angeführt werden, wobei die schriftliche Darbietung etwas ausführlicher behandelt wird. Folgende Formen der Übermittlung sind möglich:

- mündlich, als übliche und unabdingbare Form,
- schriftlich (Broschüren, Faltblätter, Bücher, Posters),
- Computer, die zunehmend stärker Verwendung finden (Burch-Minakan, 1987),
- Videos, Filme (z.B. Aufklärungsfilme, Modellfilme) und
- Massenmedien (DiMatteo & DiNicola, 1982; Hecht, 1980).

Beim Einsatz von **Medien** ist die sehr unterschiedliche Qualität der vorliegenden Programme zu berücksichtigen (Hecht, 1980). Für die Vermittlung von Informationen durch Medien haben sich beispielsweise folgende Aspekte als relevant herausgestellt: Das mögliche bzw. erreichbare Wohlbefinden sollte stärker betont werden als die Krankheitsbewältigung, die Angebote sollten interaktiv und flexibel sein, der Lernzuwachs muß geprüft und eine generelle Validierung angestrebt werden (vgl. Squyres, 1980).

Die schriftliche Patienteninformation hat durch juristische Notwendigkeiten, aber auch unter medizinischen und gelegentlich psychologischen Aspekten einen sehr großen Umfang erreicht. Eine Reihe von Verlagen, Krankenkassen, Vereinigungen, Ministerien und anderen Institutionen hat Bücher, Broschüren und Informationsblätter für Patienten auf den Markt gebracht. In den meisten Schriften dominiert die formal medizinische Information, die prozeduralen und sensorischen Aspekte werden kaum und die Person des Patienten so gut wie nie berücksichtigt. Mit ganz wenigen Ausnahmen wurden Wahrnehmung, Behalten und Wirkung der Texte und Bilder nicht empirisch überprüft (Schmidt, 1984). Insgesamt ist die Gestaltung der schriftlichen Informationen auch formal und im Hinblick auf die Funktionen sehr verbesserungsbedürftig (Ley, 1982). Ohne individualisierte Rückkoppelung mit den Patienten sind viele schriftliche Materialien eher gefährlich und ihre Validierung muß dringend gefordert werden. Das gilt auch für **Medikamente**, deren Beipackzettel oft Angst induzieren. Generell ist zu beachten, daß es Patienten nicht gewohnt sind, mit Wahrscheinlichkeiten von Risiken, Folgen usw. umzugehen, und daß - unabhängig davon - subjektive Wahrscheinlichkeiten oft gänzlich abweichend von objektiven Daten angesetzt werden.

Zumindest bei komplexen Problemstellungen und gravierenden Krankheiten scheint es sinnvoll, **Beratungsstrategien** zu wählen, die in **zwei Stufen** angelegt sind:

- Generell ist bei der Information und Entscheidungsbildung von einem mündigen Bürger auszugehen und „informed consent“ anzustreben. Dazu ist eine flexible Beratung und Handlungsweise notwendig. Die Gründe der Non-Compliance eines Patienten sind zu erfassen und gegebenenfalls zu akzeptieren. Compliance sollte nur in dringenden Ausnahmefällen erzwungen werden.
- Die effiziente „Umsetzung“ der gemeinsam getroffenen Entscheidungen muß die differentiellen Merkmale des Patienten, seiner Persönlichkeits-

struktur und seiner aktuellen Befindlichkeit und Funktionstüchtigkeit mit ihren möglicherweise krankheitsbedingten Veränderungen berücksichtigen. Prinzipiell können hier mündliche und schriftliche Informationen ebenso wie alle Medien verwendet werden. In der zweiten Stufe können zum Erreichen von Teilzielen oder zur Aufrechterhaltung bestimmter Verhaltensänderungen auch verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen wie Verhaltensverträge, präzise verhaltensbezogene Aufgaben oder Biofeedback zum Einsatz kommen (Linden, 1988).

3 Psychologische Modelle und Theorien

Grundsätzlich können in bezug auf die Patientenschulung und -beratung theoretische Ansätze aus fast allen psychologischen Fachdisziplinen herangezogen werden. Neben den Konzepten der Klinischen und der Pädagogischen Psychologie sind es vor allem die **gesundheitspsychologischen** Modelle und Theorien, die gewinnbringende Beiträge liefern können. Im folgenden wird zur Veranschaulichung kurz auf einige ausgewählte Ansätze und deren Bedeutung für die Patientenberatung eingegangen. Differenziert wird in diesem Zusammenhang zwischen **Gesundheitsmodellen**, **Gesundheitsverhaltensmodellen**, gesundheitsbezogenen **Laienmodellen** sowie **Gesundheitsförderungsmodellen**. Eine ausführliche Beschreibung der gesundheitspsychologischen Modelle findet sich bei Dlugosch (1994 c).

3.1 Gesundheitsmodelle

Gesundheitsmodelle im eigentlichen Sinne beinhalten die Beschreibung, Analyse, Erklärung oder Vorhersage des Gesundheitszustands einer Person. Pionierarbeit leistete hier Antonovsky (1979, 1987) mit seinem **Salutogenese-Modell** (vgl. auch Faltermaier, 1994). Zentrale Bestimmungsstücke des Salutogenese-Modells sind zum einen die „**generalisierten Widerstandsquellen**“, die zu bestimmten Lebenserfahrungen führen, die die Entwicklung des „**Kohärenzsinn**“ (sense of coherence) fördern (siehe Abb. 1).

Ist der Kohärenzsinn bei einer Person in hohem Ausmaß vorhanden, so wird sich diese nach Antonovsky durch

- ein grundsätzliches Vertrauen in die **Verständlichkeit** (comprehensibility),
- die **Bewältigbarkeit** (manageability) und
- die **emotionale Bedeutung** von Ereignissen (meaningfulness) auszeichnen.

Dies wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit für einen erfolgreichen Umgang mit Belastungen und - damit einhergehend - für eine günstige Lokalisation auf dem „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“, das den Gesundheitszustand der Person charakterisiert. Die Relevanz dieses Modells für die Patientenberatung wird unmittelbar deutlich, wenn man die psychosozialen, physischen

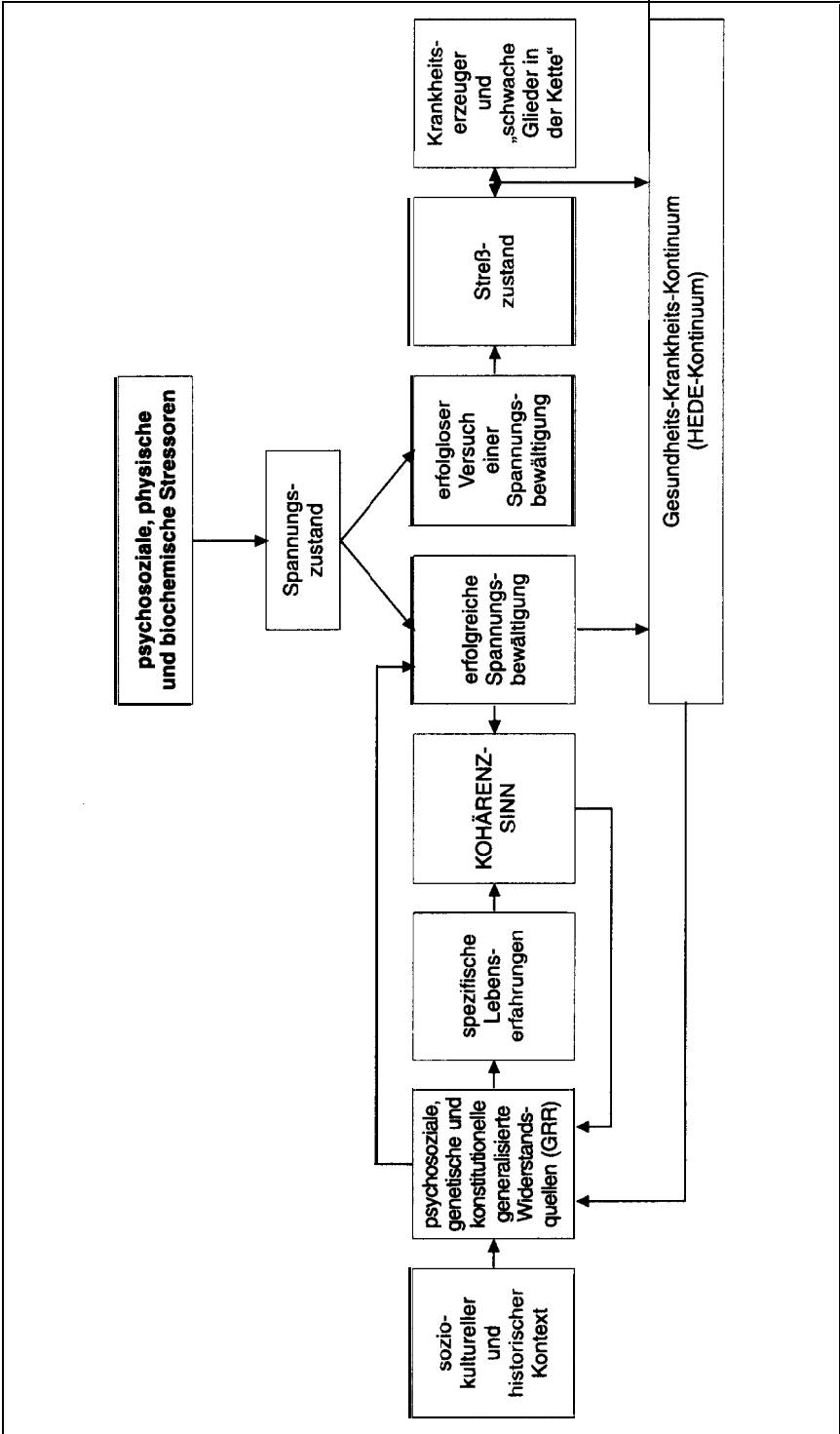


Abbildung 1: Schematische und verkürzte Darstellung der Gesundheitstheorie von Antonovsky

und biochemischen Stressoren bedenkt, die eine Störung oder Erkrankung auszeichnen bzw. mit dieser einhergehen. So wäre nach Antonovsky davon auszugehen, daß ein Patient mit einem stark ausgeprägten Kohärenzsinn auch eher in der Lage sein wird, mit seinen Symptomen oder seiner Krankheit „gesundheitsförderlich“ umzugehen, das heißt die gesundheitliche Stabilisierung oder Rehabilitation zu unterstützen.

3.2 Gesundheitsverhaltensmodelle

Gesundheitsverhaltensmodelle dienen der Beschreibung, Erklärung und Vorhersage gesundheitsrelevanter Handlungen. Legt man eine weite Definition von gesundheitsförderlichem Verhalten zugrunde, dann gelten die hier gemachten Annahmen auch für Verhaltensweisen, die dabei helfen, die Gesundheit wiederherzustellen, Symptome zu lindern, einen möglichst hohen Status der Gesundheit zu erhalten und Krankheiten zu bewältigen. Als Beispiele sollen hier das **Health Belief Modell**, die **Protection Motivation Theory** und das Modell der **Self-Regulation of Health Promotion** angeführt werden.

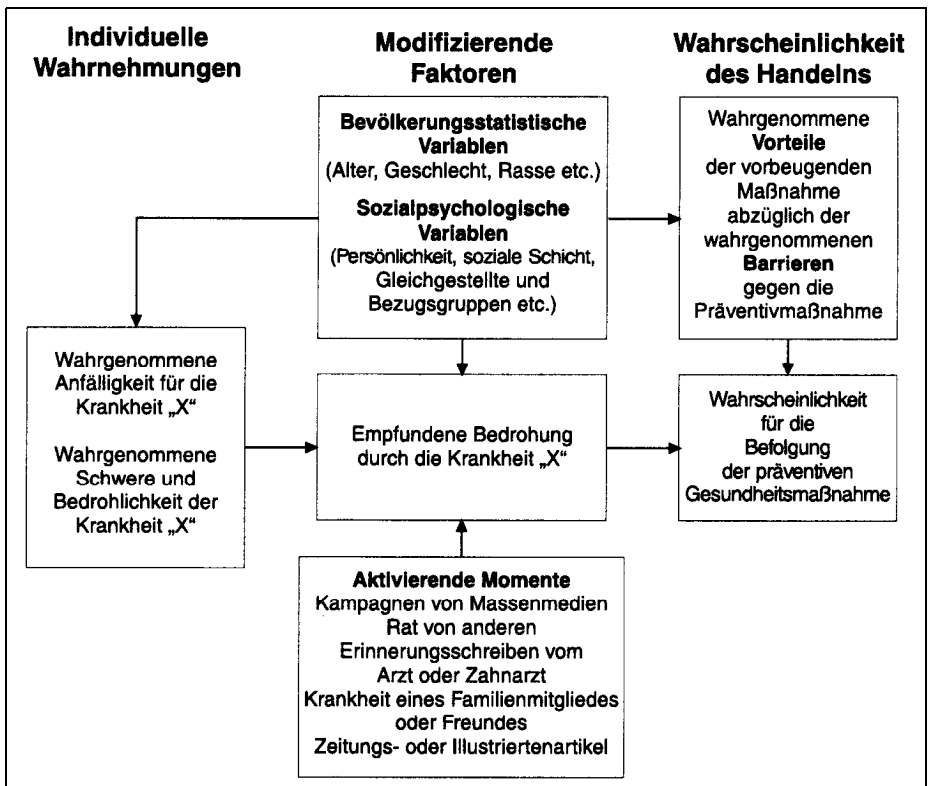


Abbildung 2:

Das Health Belief Modell (nach Becker et al., 1982)

Das Health Belief Modell. Das Health Belief Modell entstand ursprünglich aus dem Auftrag, die mangelnde Teilnahme amerikanischer Bürger an medizinischen Vorsorgemaßnahmen zu erklären und zu beheben. Dieser Zielsetzung entsprechend entwickelten die Sozialpsychologen Hochbaum, Kegeles, Leventhal und Rosenstock ein Modell, das kognitiven Variablen den größten Stellenwert bei der Erklärung präventiver Verhaltensweisen beimißt (vgl. Becker et al., 1982; Maiman & Becker, 1974; s. Abb. 2).

Gesundheitsverhalten wird demzufolge entscheidend beeinflusst durch die subjektiv wahrgenommene Bedrohung einer Krankheit (resultierend aus der Schwere der Krankheit sowie der eingeschätzten eigenen Anfälligkeit dafür). Weiterhin können demographische und sozialpsychologische Variablen sowie handlungsaktivierende Elemente Einfluß nehmen. Schließlich wirkt sich das Ergebnis der intern durchgeführten Kosten-Nutzen-Analyse entweder förderlich oder hinderlich auf die Ausübung der gesundheitsbezogenen Verhaltensweise aus.

Das Health Belief Modell fand eine sehr breite Anwendung (beispielsweise auch in bezug auf die Compliance oder das Vorsorgeverhalten) - nicht bei allen fand es allerdings gleich gute Bestätigung. Kirscht (1988) geht davon aus, daß sich die Postulate des Health Belief Modells weniger bei gewohnheitsmäßigen oder automatischen Handlungen bewähren sollten als bei Verhaltensweisen, die auf einer bewußten Entscheidung hinsichtlich des Beginns, der Veränderung oder des Beendens basieren. Am gewinnbringendsten hat sich das Modell bisher bei der Planung und Evaluation von verschiedenen Interventionen im Gesundheitswesen (z. B. Aufklärungskampagnen) erwiesen (vgl. Kolbe, 1988).

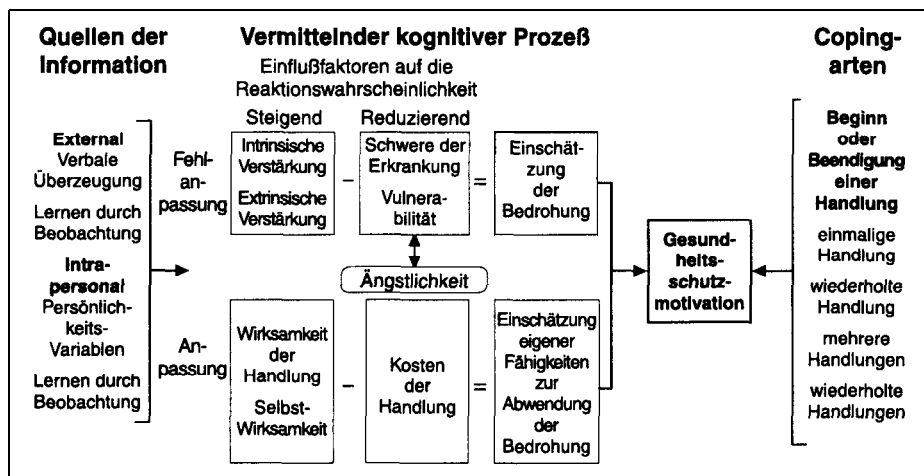


Abbildung 3:

Protection Motivation Theory (nach Wurtele & Maddux, 1987)

Die Protection Motivation Theory. Gesundheitsverhalten und dessen Veränderung wird in einigen Modellen mit Hilfe von Konzepten aus der Bewälti-

gungsforschung erklärt (siehe z.B. Lazarus & Folkman, 1984). Ein Beispiel hierfür stellt die **Protection Motivation Theory** von Rogers (1975; vgl. Wurtele & Maddux, 1987) dar. Hier werden zwei parallel ablaufende Einschätzungsprozesse angenommen:

- die Einschätzung der gesundheitlichen Bedrohung (threat appraisal) und
- die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten zur Abwendung der gesundheitlichen Gefährdung (coping appraisal).

Die Interaktion der Ergebnisse dieser beiden Prozesse wirkt sich auf die Ausbildung der „Gesundheitsschutzmotivation“ aus, die das gesundheitsbezogene Handeln beeinflusst (siehe Abb. 3).

Das Modell der Self-Regulation of Health Promotion. In ihrem Modell betonen Leventhal und Hirschman (1982) die Bedeutung der verstärkenden Funktion positiver physischer und psychischer Erfahrungen für die Ausübung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen (siehe auch Leventhal, Prohaska & Hirschman, 1985; vgl. Abb. 4).

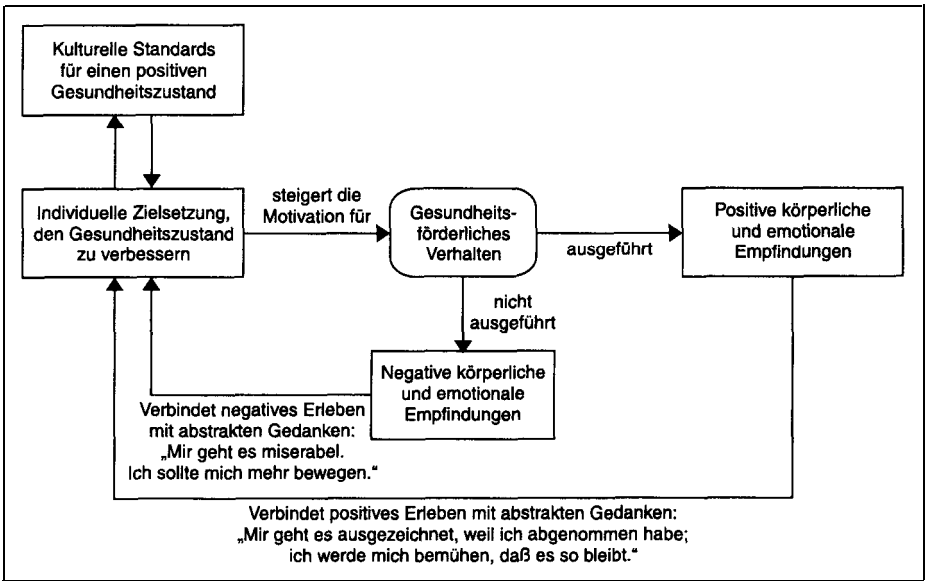


Abbildung 4:

Self-Regulation of Health Promotion (nach Leventhal & Hirschman, 1982)

Gesundheitsbezogene Laienmodelle. Kenntnisse über **Laienmodelle** und -konzepte zu Gesundheit und gesundheitlichen Protektivfaktoren (vgl. Bengel & Belz-Merk, 1997; Faltermaier, 1994; Strittmatter, 1995) sowie zu Krankheit, Gesundheitsverhalten (vgl. Schwarzer, 1996; 1997), Risiko- und Krankheitsverhalten sowie subjektive Einschätzungen und Bewertungen der Lebensqualität bei verschiedenen Krankheiten und ihren Folgen sind in der Patientenberatung unverzichtbar (DiMatteo & DiNicola, 1982; Filipp & Aymanns, 1997; Ridder, 1985).

Meyer, Leventhal und Gutmann (1985) zufolge sind Krankheitsbedrohungen bei den Patienten durch diagnostische Etikette, Symptome, Ursachen, Konsequenzen und Dauer repräsentiert, die sich auf konkrete, rasch feststellbare Ereignisse und abstrakte Ideen niederschlagen können, wodurch wiederum das Bewältigungsverhalten beeinflusst wird. Für den Bluthochdruck als Risikobedingung bzw. als Krankheit ohne vom Patienten klar erkennbare Symptome stellten sie fest, daß hauptsächlich „common-sense“ Modelle angewandt werden, die nicht kohärent und wenig strukturiert sind. So bestehen nach diesen Ergebnissen selten klare Beziehungen zwischen Ursachen, Symptomen und physiologischen Mechanismen. Die Wahrnehmung günstiger Effekte auf die Symptome durch die Patienten war deshalb für die Compliance entscheidend.

Bei Kindern werden der gesundheits- und krankheitsbezogenen Beratung und Schulung schon rein kognitiv enge Grenzen aufgrund von präoperationalen Krankheitskonzepten gesteckt (Schmidt, Benz-Thiele, Gökbas-Balzer, Poida & Weishaupt, 1994; Petermann & Wiedebusch, 1997).

3.3 Gesundheitsförderungsmodelle

Die praxisorientierten Modelle der Gesundheitsförderung (Dlugosch & Schmidt, 1992) sind vorwiegend **strategisch** orientiert und eignen sich deshalb auch als Handlungsrahmen für die Patientenberatung. Weit verbreitet ist das Modell PRECEDE (= Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) von Green, Kreuter, Deeds und Partridge (1980; vgl. Dlugosch & Schmidt, 1992; Parcel et al., 1986), das in Abbildung 5 schematisch dargestellt wird. Die sechs Phasen beginnen mit einer epidemiologischen und sozialen Diagnose und enden mit der administrativen Diagnose.

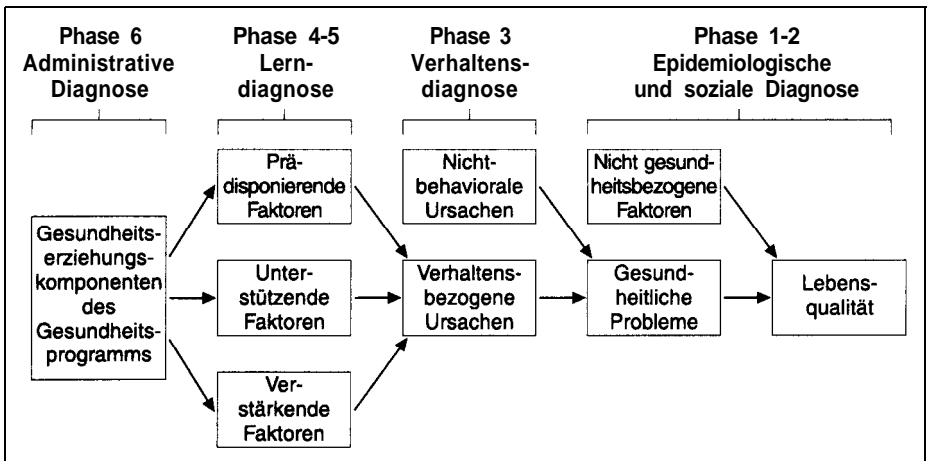


Abbildung 5:

PRECEDE (nach Green, Kreuter, Deeds & Partridge, 1980)

Vergleichbare neuere Ansätze - wie z. B. das Rahmenmodell von Winett, King und Altman (1989; Winett, 1995) oder das interaktionale Modell der Programmentwicklung von Marsick (1987) - betonen die Notwendigkeit der Ergänzung der strategischen Aspekte durch **theoretische und konzeptionelle Aspekte** und stellen explizit die Forderung nach einer kontinuierlichen **Evaluation und Optimierung** der eingesetzten Programme und Maßnahmen auf (s.u.).

4 Diagnostik und Evaluation in der Patientenberatung

Wie im Bereich der Gesundheitsförderung insgesamt, kann auch in bezug auf die Patientenschulung und -beratung derzeit ein Fehlen von diagnostischen und evaluativen Strategien sowie von Kriterien zur Prozeßkontrolle und Wirksamkeitsabschätzung mit gleichzeitig reliablen und validen Meßinstrumenten bemängelt werden. Unterschiedliche Aspekte von diagnostischen Strategien finden jedoch auf dem gesamten Gebiet der Gesundheits- und Medizinischen Psychologie zunehmende Beachtung (Basch, 1987; Dlugosch, Krieger & Fröhlich, 1995, 1996; Dlugosch & Wottawa, 1994; Jäger & Petermann, 1995; Karoly, 1985, 1988; Renner, Hahn & Schwarzer, 1996; Schmidt, 1990; Squyres, 1980).

Eine interessante Form der Diagnostik mit Rückmeldung an die Patienten stellen die „Health Risk Appraisals“ dar (vgl. Renner, Hahn & Schwarzer, 1996; Renner & von Lengerke, 1996), die zunehmend auch computerisiert vorliegen (Burch-Minikan, 1987). Allerdings ist bei allen diagnostischen Daten, die „automatisch“ an Patienten gehen, besondere Sorgfalt geboten, da diese die Validitätseinschränkungen in der Regel nicht abschätzen können.

Eine theoretisch fundierte Strategie, die in diesem Zusammenhang genutzt werden kann, stellt die **treatmentorientierte Diagnostik** dar. Diese strebt eine enge Verzahnung von Diagnostik und Intervention an, so daß die diagnostischen Ergebnisse direkt für die nachfolgende Maßnahme zur Verfügung stehen und für die Planung, Steuerung und Kontrolle der Intervention genutzt werden können. Gleichzeitig werden durch die eingesetzten diagnostischen Verfahren quantitative Informationen bereitgestellt, die eine kontinuierliche Prozeß- und Ergebnisevaluation ermöglichen (vgl. Jäger & Krieger, 1994; Jäger, Krieger & Dlugosch, 1995). Für den Bereich der Gesundheitsförderung stehen bereits geprüfte Verfahren zur Verfügung, die auch im Rahmen der Patientenberatung gewinnbringend eingesetzt werden könnten (Dlugosch, 1994 a; Dlugosch & Krieger, 1995; Krieger, 1995).

Die Evaluation von Maßnahmen der Patientenschulung und -beratung (vgl. Bengel & Koch, 1988; Green, 1980; Lazes et al., 1987; Squyres, 1980) stellt besondere Anforderungen. So gilt es zunächst, die Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen und Vorgehensweisen für unterschiedliche Krankheitsgruppen in

Abhängigkeit der Ausgangslage, Veränderungen, Beratungs- und medizinischen Behandlungseffekten im Vergleich zu Kontrollgruppen zu untersuchen. Umschriebene medizinische Maßnahmen wie Trainings zur Gewichtsabnahme oder Operationsvorbereitungen (Johnston & Vögele, 1992) sind vom Ansatz her leichter zu evaluieren als komplexe Serien von medizinischen Prozeduren (vgl. Schmidt, 1992) und Maßnahmen im Falle sehr schwerwiegender, langdauernder Krankheiten mit vielfältigen Aspekten und in bezug auf unterschiedliche Kriterien unter verschiedenen Interventionsbedingungen. Hinzu kommt, daß die Evaluation über sehr lange Zeiträume hinweg ohnehin methodische Probleme aufwirft.

Die Ergebnisse einer Evaluation hängen entscheidend von den Kriterien ab, die quantitativ und qualitativ sehr unterschiedlich sein können (Del Bueno, 1980; Green, 1980). In bezug auf die jeweiligen Kriterien ist deren quantitative Bedeutung - auch unter klinischen Aspekten - abzuschätzen und zu bewerten. Mathews und Christophersen (1988) nennen als kriteriumsbezogene Compliance-Erfassungsmöglichkeiten bei Verordnungen: Proben, Beobachtung, Pillezählen, Interventionsergebnis, ärztliche Beurteilung, Patientenbeurteilung; bei medizinischen Prozeduren: Verhaltensbeobachtung und Ratings (Medizinisches Feld, Patienten, Eltern, Bezugspersonen). Es muß allerdings davor gewarnt werden, einen fehlenden Therapieerfolg ungeprüft als Beleg der Non-Compliance zu werten (Epstein & Cluss, 1982).

5 Ausblick: Von der Patientenschulung zur Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung

Als Psychologen sollten wir unser Augenmerk nicht primär auf Patienten oder auf Krankheiten als solche lenken, sondern auf den Gesundheitszustand von Individuen, die auch für eine gewisse Zeit Patienten sein können. Als Leitlinie in der Patientenberatung sollte die „active patient participation“ gelten mit Prinzipien wie „informed consent“ und „empowerment“. Geschulte Fachleute sollten die aktiv beteiligten Patienten individuell abgestimmt auf der Grundlage psychologischer Theorien, Methoden und Modelle beraten. Selbsthilfegruppen können bei vielen schweren und chronischen Krankheiten und deren Folgen zur Sachinformation, zur emotionalen Verarbeitung und sozialen Stützung wesentlich beitragen. Ein aufwendiges Beispiel für die Selbsthilfe in der Patientenberatung wird von Sehnert (1980) als „Course for Activated Patients“ vorgestellt.

Sehr optimistisch beurteilen Caporael-Katz und Levin (1987) die Ergebnisse von self-care Programmen. Diese führten zu einer Senkung der Kosten für die Gesundheitsversorgung, zum Schutz vor von ärztlichen Kunstfehlern bedingten Krankheiten und Schäden, zur Verringerung von Strafprozessen in der Medizin und zu einem verbesserten Gesundheitszustand. Sehr sorgfältig wird die Programmentwicklung zur Selbsthilfe vorgenommen, diese also keineswegs un-

strukturiert oder laienhaft durchgeführt. Der Selbsthilfeansatz könnte als Philosophie des „victim blaming“ verstanden werden. Demgegenüber berichten beispielsweise Patienten mit schweren Erkrankungen, die einen aktiven Selbsthilfeansatz gewählt haben, von einem gesteigerten Selbstwert- und Kontrollgefühl, das ihnen hilft, positiver mit der Krankheit umzugehen. - Allerdings wird die zunehmende Verbreitung solcher Ansätze nicht nur auf Begeisterung stoßen: „Many will express nostalgia for the ‚old days‘ when the physician managed all their health care needs. Many more will be grateful for the opportunity to find care and cure in their own terms“ (Caporael-Katz & Levin, 1987, S. 205).

Wir gehen jedoch nicht davon aus, daß durch die Selbsthilfe gezielte psychologische Patientenberatungen und -Schulungen sowie psychotherapeutische Behandlungen im gesamten Feld der Organmedizin überflüssig wurden, sondern daß sich die Vorgehensweisen wechselseitig ergänzen. Es stellt sich dann die Frage, wer die Gesundheitsberatung bei Patienten im medizinischen System und darüber hinaus durchführen kann und welche Bestandteile kognitiver und auf praktische Fähigkeiten bezogener Art die Ausbildung aufweisen soll. Folgende Professionen bieten sich hierfür an

- Ärzte (ambulant, stationär; vgl. Bengel & Koch, 1988; Rychlik, 1989),
- Pflegekräfte,
- Psychologen,
- Gesundheitserzieher/-berater („health educators“ in USA) und
- Laien: Bezugspersonen (von Erwachsenen und Kindern), Selbsthilfegruppen.

Wenn man von den Routineberatungen im medizinischen System absieht, scheinen uns für viele dieser Aufgaben Psychologen nach entsprechender Spezialisierung am besten geeignet. Sie können über die spezifische Patientenberatung hinaus Entscheidungshilfen bereitstellen, psychosoziale Beratungen durchführen, den psychischen Gesundheitszustand einbeziehen, kompensatorisch einsetzbare Kompetenzen abschätzen, Unterstützung bei der Durchführung von Verhaltensänderungen bieten, Angehörige beraten und im Bedarfsfalle zwischen Arzt und Patient vermitteln. Sie sind auch am ehesten in der Planung, Durchführung und Evaluation von Verhaltens- und anderen Therapieprogrammen versiert.

Ethische Aspekte sind bezüglich Patientenberatung und Compliance von großer Tragweite (DiMatteo & DiNicola, 1982; Hiller, 1987). Die folgenden von Hiller (1987) als fundamentale ethische Prinzipien der Gesundheitserziehung bezeichneten Aspekte können auch der Beratung und Schulung von Patienten zugrundegelegt werden. Es handelt sich um die Verpflichtung,

- dem Patienten zu nützen;
- dem Patienten nicht zu schaden;
- die Autonomie (das Recht auf Selbstbestimmung) des Patienten zu respektieren;

- den Patienten hinsichtlich der Lasten (Risiken und Kosten) und der Verbesserungen gerecht und fair zu behandeln;
- obige Prinzipien auszubalancieren, so daß sie den größten Nutzen hervorbringen.

Für Psychologen, die in Praxis oder Forschung mit dem medizinischen System kooperieren, können sich ethische Konflikte ergeben, wenn die Behandlungsziele oder -mittel des medizinischen Systems und der in ihm handelnden Personen anderer Professionen nicht (voll) geteilt werden. Solche Konflikte entstehen bei der Betrachtung der herrschenden Medikamenten-verschreibungspraxis, jedoch in noch stärkerem Maße bei der Bewertung von Behandlungsmaßnahmen bei schweren Krankheiten, insbesondere bei Krebs und erst recht bei Fragen der Lebenserhaltung und des Sterbens. Dabei ist es außerordentlich schwer zu klären, wer im Konfliktfall die Entscheidungsbefugnis hat und bei welchen Problemstellungen und Entscheidungen und in welchem Umfang eine Weisungsgebundenheit für Psychologen besteht.

Vor allem initiiert durch die WHO gewinnt die Gesundheitsforderung zunehmend an Aufmerksamkeit und sozialpolitischer Bedeutung (vgl. Schmidt, 1995). Viele Publikationen zur Gesundheitsförderung aus der jüngeren Zeit (vgl. Lohaus, 1993; Paulus, 1992; Renner & von Lengerke, 1996; Schröder & Reschke, 1996; Waller, 1996) dokumentieren auch im deutschen Sprachraum das wachsende Interesse an diesem Feld. Diese zur Zeit favorisierte Philosophie der Prävention und Gesundheitsforderung birgt aber nach Hornung und Gutscher (1994) die Gefahr, daß sie zu „Allmachtsphantasien und einem totalitären Gesundheitsverständnis führen“ (S. 84). So darf die Tatsache nicht vernachlässigt werden, daß eine ganze Reihe von Individuen unter mehr oder weniger schweren körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen leidet. Es gilt, diesen Menschen in einer möglichst salutogenetischen Herangehensweise professionelle Hilfestellung bei der Krankheitsbewältigung und -wenn möglich - der Wiederherstellung und Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit zu geben.

Literatur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Basch, C. E. (1987). Assessing health education needs: A multidimensional-multimethod approach. In P.M. Lazes, L. H. Kaplan & K.A. Gordon (Eds.), *The handbook of health education* (49-86). Aspen: Rockville, 2. Aufl.
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Häfner, D.P., Drachman, R.H. & Taylor, D. W. (1982). Wahrnehmungen des Patienten und Compliance: Neuere Untersuchungen zum „Health Belief Model“. In R. B. Haynes, D. W. Taylor & D. L. Sackett (Hrsg.), *Compliance-Handbuch* (94-131). München: Oldenbourg.

- Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (23-41). Göttingen: Hogrefe, 2., erweiter. Aufl.
- Bengel, J. & Koch, U. (1988). *Gesundheitsberatung durch Ärzte. Ergebnisse eines Modellversuchs in Hamburg und der Pfalz*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Benkö, E., Schuster, P. & Titscher, E. (1988). Compliance bei rehabilitativen Maßnahmen. *Ärztliche Praxis und Psychotherapie*, 10, 13-23.
- Bliesener, T. & Köhle, K. (1986). *Die ärztliche Visite. Chance zum Gespräch*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Breyer, F. & Zweifel, P. (1992). *Gesundheitsökonomie*. Berlin: Springer.
- Broda, M. & Muthny, F. A. (1990). *Umgang mit chronisch Kranken. Ein Lehr- und Handbuch der psychosozialen Fortbildung*. Stuttgart: Thieme.
- Brinkmeier, U., Widera, R., Hildebrandt, J. & Tewes, U. (1995). Verhaltensmedizinische Behandlung von Patienten mit chronischen Spannungskopfschmerzen in der allgemeinärztlichen Praxis. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4, 79-87.
- Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (1986). *Gesundheitserziehung im Krankenhaus*. Bonn: Köllen Druck.
- Burch-Minakan, L. (1987). The use of computers in health education. In P.M. Lazes, L. H. Kaplan & K.A. Gordon (Eds.), *The handbook of health education* (123-144). Rockville: Aspen, 2. Aufl.
- Buschmann-Steinhage, R. & Vogel, H. (1995). Psychologie in der Rehabilitation - eine Einführung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 27, 177-180.
- Caporael-Katz, B. & Levin, L. S. (1987). Self-care education. In P. M. Lazes, L. H. Kaplan & K. A. Gordon (Eds.), *The handbook of health education* (189-207). Rockville: Aspen, 2. Aufl.
- Christensen, A. J., Wiebe, J. S., Edwards, D. L., Michels, D. & Lawton, W. J. (1996). Body consciousness, illness-related impairment and patient adherence in hemodialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 147-152.
- Coulehan, J. L. & Block, M. R. (1987). Creating the healing connection. In P. M. Lazes, L. H. Kaplan & K. A. Gordon (Eds.), *The handbook of health education* (167-186). Rockville: Aspen, 2. Aufl.
- Del Bueno, D.J. (1980). The return on investment model. In W. D. Squyres (Ed.), *Patient education. An inquiry into the state of the art* (129-136). New York: Springer.
- DiMatteo, M. R. (1994). The physician-patient relationship: Effects on the quality of health care. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 37, 149-161.
- DiMatteo, M. R. et al. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the medical outcomes study. *Health Psychology*, 22, 93-102.
- DiMatteo, M. R. & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance*. New York: Pergamon.
- Dlugosch, G. E. (1994 a). *Veränderungen des Gesundheitsverhaltens während einer Kur Eine Längsschnittstudie zur Validitäts- und Reliabilitätsprüfung des Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (Psychologie, Band 1)*. Landau: Empirische Pädagogik.
- Dlugosch, G. E. (1994 b). Gesundheitsberatung. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (222-233). Stuttgart: Enke.
- Dlugosch, G. E. (1994 c). Modelle in der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (101-117). Stuttgart: Enke.
- Dlugosch, G. E. & Krieger, W. (1995). *Der Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEC). Handbuch und Testmanual*. Frankfurt: Swets Test Services.
- Dlugosch, G. E., Krieger, W. & Fröhlich, M. (1995). „*Wege zum Wohlbefinden - Mit gesunder Ernährung und Bewegung der Lebensfreude auf der Spur*“. *Ergebnisse aus der ersten Phase eines Modellprojektes im Bereich der Gesundheitsförderung*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Dlugosch, G. E., Krieger, W. & Fröhlich, M. (1996). „*Wege zum Wohlbefinden - Mit gesunder Ernährung und Bewegung der Lebensfreude auf der Spur*“. *Ergebnisse aus der zweiten*

- Phase eines Modellprojektes im Bereich der Gesundheitsförderung.* Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Dlugosch, G. E. & Schmidt, L. R. (1992). Gesundheitspsychologie. In R. Bastine (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (Band 2, 123-177). Stuttgart: Kohlhammer.
- Dlugosch, G. E. & Schmidt, L. R. (1990). Problems and challenges in health education for young adults. In K. Hurrelmann & F. Lösel (Hrsg.), *Health hazards in adolescence* (479-501). Berlin: de Gruyter.
- Dlugosch, G. E. & Wottawa, H. (1994). Evaluation in der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (149-168). Stuttgart: Enke.
- Dunbar-Jacob, J. (1993). Contributions to patient adherence: Is it time to share the blame? *Health Psychology, 12*, 91-92.
- Epstein, L. H. & Cluss, P.A. (1982). A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 950-971.
- Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (1997). Subjektive Krankheitstheorien. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (3-21). Göttingen: Hogrefe, 2., erweit. Aufl.
- Fordham, H. (1993). *Patient education videos and excellent way to inform patients, avoid lawsuits.* Michigan: Medicine, Februar 20-21.
- Gerber, K. E. & Nehemkis, A. M. (Eds.). (1986). *Compliance. The dilemma of the chronically ill.* New York: Springer.
- Green, L. W. (1980). What is quality in patient education and how do we assess it? In W. D. Squyres (Ed.), *Patient education. An inquiry into the state of the art* (137-156). New York: Springer.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G. & Partridge, K. B. (1980). *Health education planning - a diagnostic approach.* Palo Alto: Mayfield.
- Haisch, J. (1987). Motivierung und Beratung von Patienten. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin, 63*, 1029-1033.
- Hartmann, M. (1996). Ein edukativ-therapeutisches Konzept für die stationäre Rehabilitation Krebskranker. Möglichkeiten psychologischer Begleitung und Unterstützung im Kontext einer Nachsorgeklinik. In H. Schröder & K. Reschke (Hrsg.), *Intervention zur Gesundheitsförderung für Klinik und Alltag* (187-197). Regensburg: Roderer.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W. & Sackett, D. L. (Hrsg.). (1982). *Compliance-Handbuch.* München: Oldenbourg.
- Hecht, R. (1980). Considerations on the use of media in patient education. In W. D. Squyres (Ed.), *Patient education. An inquiry into the state of the art* (113-127). New York: Springer.
- Hiller, M. D. (1987). Ethics and health education: Issues in theory and practice. In P. M. Lazes, L. H. Kaplan & K. A. Gordon (Eds.), *The handbook of health education* (87-107). Rockville: Aspen, 2. Aufl.
- Höfling, S. (1988). *Psychologische Vorbereitung auf chirurgische Operationen.* Berlin: Springer.
- Hornung, R. & Gutscher, H. (1994). Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (65-87). Stuttgart: Enke.
- Huber, E. (1990). Handeln statt Schlucken. Rationaler Arzneimittelkonsum bedeutet mehr Autonomie für Patient und Arzt. *Psychomed, 2*, 26-29.
- Huppmann, G. & Silbernagel, W. (1988). Psychopharmakologie. In G. Huppmann & F.-W. Wilker (Hrsg.), *Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie* (263-270). München: Urban & Schwarzenberg.
- International Union for Health Education (1988). *Health education in Europe.* Utrecht: The Dutch Health Education Centre.
- Jäger, R. S. & Krieger, W. (1994). Zukunftsperspektiven der computerunterstützten Diagnostik, dargestellt am Beispiel der treatmentorientierten Diagnostik. *Diagnostica, 40*, 217-243.

- Jäger, R. S., Krieger, W. & Dlugosch, G. E. (1995). Applied Computer diagnostics - Theoretical foundations and future perspectives. *International Journal of Selection and Assessment*, 3, 15-132.
- Jäger, R. S. & Petermann, F. (Hrsg.). (1995). *Psychologische Diagnostik. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 3., korrig. Aufl.
- Jerusalem, M. (1997). Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Schule. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (575-593). Göttingen: Hogrefe, 2., erweit. Aufl.
- Johnston, M. & Vögele, C. (1992). Welchen Nutzen hat psychologische Operationsvorbereitung? Eine Meta-Analyse der Literatur zur psychologischen Operationsvorbereitung Erwachsener. In L. R. Schmidt (Hrsg.), *Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen* (215-246). Berlin: Springer.
- Karoly, P. (1988) *Handbook of child health assessment*. New York: Wiley.
- Karoly, P. (1985). *Measurement strategies in health psychology*. New York: Wiley.
- Kinsman, R. A., Dirks, J. F. & Jones, N.F. (1982). Psychomaintenance of chronic physical illness. In T. C. Millon, C. Green & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (43-66). New York: Plenum.
- Kirscht, J. P. (1988). The Health Belief Model and predictions of health actions. In D. S. Gochman (Eds.), *Health behavior- emerging research perspectives* (27-41). New York: Plenum.
- Klapp, C., Heckers, H. B., Klapp, F. & Scheer, J. W. (1984). Compliance - Studie an coronaren high-risk-Patienten. In U. Tewes (Hrsg.), *Angewandte Medizinpsychologie* (96-103). Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Koerfer, A., Köhle, K. & Obliers, R. (1994). Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation. Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In A. Redder & I. Wiese (Hrsg.), *Medizinische Kommunikation und Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse* (53-94). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kohn, S. (1987). Community health advocacy. In P.M. Lazes, L. H. Kaplan & K.A. Gordon (Eds.), *The handbook of health education* (261-280). Rockville: Aspen, 2. Aufl.
- Kolbe, J. L. (1988). The application of health behavior research - health education and health promotion. In D. S. Gochman (Ed.), *Health behavior - emerging research perspectives* (381-396). New York: Plenum.
- Krause-Girth, C. (1992). Die alltägliche Verführung - Zum Einfluß von Pharmaindustrie und Patient auf ärztliches Handeln. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 18, 169-186.
- Krieger, W. (1995). CEPAR: *Ein computergestütztes Verfahren zur Exploration psychosozialer Anforderungen und Ressourcen* (Psychologie, Band 3). Landau: Empirische Pädagogik.
- Kruse, W. (1996). Patient und Medikament - Neue Perspektiven zur Verbesserung der Compliance. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), *Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel* (91-96). Stuttgart: Enke.
- Kunz, G., Cockerham, C. & Lüschen, G. (1989). Gesundheitsförderung - Gesundheitserziehung in asymmetrischen Dienstleistungsgesellschaften. In G. Lüschen, W.C. Cockerham & G. Kunz (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit in der BRD und den USA* (205-226). München: Oldenbourg.
- Lang, E. & Arnold, K. (Hrsg.). (1996). *Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel*. Stuttgart: Enke.
- Lang, E. & Kupfer, P. (1996). Einführung. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), *Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel* (11-15). Stuttgart: Enke.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazes, P. M., Kaplan, L. H. & Gordon, K. A. (Eds.). (1987). *The handbook of health education*. Rockville: Aspen.
- Leventhal, H. & Hirschman, R. S. (1982). Social psychology and prevention. In G. S. Saunders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (183-226). Hillsdale: Erlbaum.
- Leventhal, H., Prohaska, T.R. & Hirschman, R. S. (1985). Preventive health behavior across the lifespan. In J. C. Rosen & L.J. Solomon (Eds.), *Prevention in health psychology* (191-235). Hanover: University Press of New England.

- Levin, L. S. (1980). Patient education and self-care: How do they differ? In W. D. Squyres (Ed.), *Patient education. An inquiry into the state of the art* (205-216). New York: Springer.
- Ley, P. (1982). Satisfaction, compliance and communication. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 241-254.
- Liepmann, D. & Felfe, J. (1997). Betriebliche Gesundheitsförderung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (535-551). Göttingen: Hogrefe, 2., erweit. Aufl.
- Linden, W. (1988). *Biological barriers in behavioral medicine*. New York: Plenum.
- Lindenmeyer, J., Bents, H., Fiegenbaum, W. & Schumacher, H.-L. (1995). Gesundheitsbildung in der stationären Rehabilitation. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 27, 217-230.
- Lobnig, H. & Pelikan, J.M. (Hrsg.). (1996). *Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz*. Wien: Facultas-Universitätsverlag.
- Lohaus, A. (1993). *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Maiman, L.A. & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 236-253.
- Marsick, V.J. (1987). Designing health education programs. In P.M. Lazes, L. H. Kaplan & K. A. Gordon (Eds.), *The handbook of health education* (3-30). Rockville: Aspen, 2., erweit. Aufl.
- Mathews, J. R. & Christophersen, E. R. (1988). Measuring and preventing noncompliance in pediatric health care. In P. Karoly (Ed.), *Handbook of child health assessment* (519-557). New York: Wiley.
- Meyer, D., Leventhal, H. & Gutmann, M. (1985). Common-sense of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 114-135.
- Mittag, W. & Jerusalem, M. (1997). Evaluation von Präventionsprogrammen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (595-611). Göttingen: Hogrefe, 2., erweit. Aufl.
- Mladek, G. & Schumacher, J. (1991). Psychologische Interventionsmaßnahmen bei der Vorbereitung auf chirurgische Operationen. In E. Brähler, M. Geyer & M.M. Kabanow (Hrsg.), *Psychotherapie in der Medizin* (99-116). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mohr, G. & Udris, I. (1997). Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (553-573). Göttingen: Hogrefe, 2., erweit. Aufl.
- Parcel, G. S., Bartlett, E. E. & Bruhn, J. G. (1986). The role of health education in self-management. In K. A. Holroyd & T. L. Creer (Eds.), *Self-management of chronic disease* (3-27). Orlando: Academic Press.
- Paulus, P. (Hrsg.). (1992). *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. Köln: GwG-Verlag.
- Perrez, M. & Gebert, S. (1994). Veränderung gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens: Primäre und sekundäre Prävention. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (169-183). Stuttgart: Enke.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1997). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 3., korr. und erweit. Aufl.
- Petermann, F. (1996). *Psychologie des Vertrauens*. Göttingen: Hogrefe, 3., korr. Aufl.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1995). *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (1997). Interventionsverfahren bei chronisch kranken Kindern. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (555-586). Göttingen: Hogrefe, 3., korr. und erweit. Aufl.
- Raven, B. H. (1988). Social power and compliance in health care. In S. Maes, C. D. Spielberger, P. B. Defares & I. G. Sarason (Eds.), *Topics in health psychology* (229-244). Chichester: Wiley.
- Redder, A. & Wiese, I. (Hrsg.). (1994). *Medizinische Kommunikation und Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Renner, B., Hahn, A. & Schwarzer, R. (1996). *Risiko- und Gesundheitsverhalten. Dokumentation der Meßinstrumente des Forschungsprojektes „Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ (BRAHMS)*. Berlin: Freie Universität.
- Renner, B. & von Lengerke, T. (1996). *Risiko kennen, Verhalten ändern? Zur Wirkung von Risikoinformationen auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Gesundheitsverhalten*. Berlin: Techniker Krankenkasse.
- Reschke, K. (1990). Gestaltung gesundheitsrelevanter Informationen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (461-474). Göttingen: Hogrefe.
- Ridder, P. (1985). Laienprozesse im Gesundheitssystem. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie, Psychotherapie*, 33, 139-151.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rychlik, R. (1989). *Compliance von Koronarpatienten aus der Sicht niedergelassener Ärzte und Kliniker*. Stuttgart: Enke.
- Schmidt, L. R. (1997). Gesundheitssystemforschung aus psychologischer Perspektive. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (613-630). Göttingen: Hogrefe, 2., erweit. Aufl.
- Schmidt, L. R. (1995). Aktuelle Forschungstrends: Gesundheitspsychologie. In W. Senf & G. Heuft (Hrsg.), *Gesellschaftliche Umbrüche - Individuelle Antworten* (301-314). Frankfurt: VAS.
- Schmidt, L. R. (1994). Public Health. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (207-221). Stuttgart: Enke.
- Schmidt, L. R. (1992). Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen: Umfang, Bedingungen, Forschungs- und Praxisprobleme. In L. R. Schmidt (Hrsg.), *Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen (= Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Band 7; 3-30)*. Berlin: Springer.
- Schmidt, L. R. (1990). Psychodiagnostik in der Gesundheitspsychologie. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (79-92). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, L. R. (1984). *Psychologie in der Medizin*. Stuttgart: Thieme.
- Schmidt, L.R., Benz-Thiele, S., Gökbas-Balzer, A., Poida, E. & Weishaupt, I. (1994). Krankheitskonzepte von Kindern. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 292-308.
- Schmidt, L. R. & Dlugosch, G. E. (in Druck). Psychologische Aspekte der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In P. Sabo (Hrsg.), *Gesundheit aktuell. Fakten und Analysen*. Bonn: Bundesvereinigung für Gesundheit.
- Schmidt, L. R. & Dlugosch, G. E. (1992). Entwicklungspsychologische Perspektive der Gesundheitspsychologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 36-47.
- Schröder, H. & Reschke, K. (Hrsg.). (1996). *Intervention zur Gesundheitsförderung für Klinik und Alltag*. Regensburg: Roderer.
- Schumacher, J. (1996). Prävention und Gesundheitsförderung im Krankenhaus. In H. Schröder & K. Reschke (Hrsg.), *Intervention zur Gesundheitsförderung für Klinik und Alltag* (75-103). Regensburg: Roderer.
- Schwarzer, R. (Hrsg.). (1997). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 2., erweit. Aufl.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe, 2., erweit. Aufl.
- Schwenkmezger, P. (1994). Gesundheitspsychologie: Die persönlichkeitspsychologische Perspektive. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (46-64). Stuttgart: Enke.
- Schwenkmezger, P. & Schmidt, L. R. (Hrsg.). (1994). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Enke.
- Sehnert K. W. (1980). The course for activated patients. In W. D. Squyres (Ed.), *Patient education. An inquiry into the state of the art* (193-204). New York: Springer.
- Seiffge-Krenke, I. (1994). Gesundheitspsychologie: Die entwicklungspsychologische Perspektive. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (29-45). Stuttgart: Enke.

- Squyres, W. D. (Ed.). (1980). *Patient education. An inquiry into the state of the art*. New York: Springer.
- Strittmatter, R. (1995). *Alltagswissen über Gesundheit und gesundheitliche Protektivfaktoren*. Frankfurt: Lang.
- Tolksdorf, W. (1985). *Der präoperative Streß*. Berlin: Springer.
- Uhrich, G. (1990). Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 39, 249-254.
- Waller, H. (1996). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wartburg, W. P. von & Versteegen, U. (1990). Gesellschaftliche Risikobewertung bei Medikamenten: Die RAD-AR Initiative. *Social Strategies*, 3, No 3.
- Weber, H. (1994). Veränderung gesundheitsbezogener Kognitionen. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (188-206). Stuttgart: Enke.
- Wilker, F.-W. (1988). Compliance. In G. Huppmann & F.-W. Wilker (Hrsg.), *Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie* (270-275). München: Urban & Schwarzenberg.
- Winefield, H. & Weinman, J. (Eds.). (1996). Special issue: Communication in health care: process and outcomes. *Psychology and Health*, 11, (special issue).
- Winett, R. A. (1995). A framework for health Promotion and disease prevention programs. *American Psychologist*, 50, 341-350.
- Winett, R. A., King, A. C. & Altmann, D. G. (1989). *Health psychology and public health*. New York: Pergamon.
- Wurtele, S. K. & Maddux, J. E. (1987). Relative contributions of protection motivation theory components in predicting exercise intentions and behavior. *Health Psychology* 6, 453-466.