

Zur Dimensionalität der Informationsvermittlung: Phänomene, Modelle, Interaktionen

Teil II: Übertrag auf den Bereich des Gesundheitswesens

Lars Jäger, Magnus Liebherr, Christian T. Haas

Zusammenfassung

Die Beziehung zwischen Patient und Behandler erfährt derzeit einen starken, auf unterschiedliche Ebenen bezogenen, Wandel. Auf der einen Seite stehen erleichterte mediale Zugänge auf der anderen die dahingehende Flut an Gesundheitsinformationen wodurch hohe Selektionsanforderungen an den jeweiligen Patienten gestellt werden, um nützliche von Des-Informationen unterscheiden zu können. Neben dieser Selektionsproblematik gewährleisten auch nützliche Informationen keinen Automatismus für positive Effekte wodurch die Kompetenz des individuellen Patienten erhöhte Relevanz erfährt. Dieser sich verändernde Anspruch stellt insgesamt hohe Anforderungen an die Behandler-Patienten Interaktion. Im vorliegenden Artikel wird auf diese Problematiken eingegangen. Darüber hinaus werden die Inhalte aus dem Modell der Informationsvermittlung in Bezug zum Gesundheitswesen gesetzt.

Schlüsselwörter

Gesundheitswesen, Informationsvermittlung, Behandler-Patienten-Beziehung, Modell

Abstract

The relationship between patient and health care provider is currently at a high flux. Highly simplified access to the media on the one hand side and health-related information overload on the other put a high demand with regard to the selection of information and the differentiation of useful information and disinformation. Next to the difficulty of selection, even useful information does not guarantee positive effects, which increases the relevance of the individual competences of the patient. This altering request increases the demands of the patient-health care professional interaction. In the second part of the article this problem is being addressed. Furthermore, contents taken from the previously introduced model of information brokerage are related to public health.

Keywords

healthcare, information brokerage, physician-patient-relationship, model

1 Information im Gesundheitswesen

Die Relevanz der Information ist ein wichtiges Bedürfnis der Patienten (Faller 2012) und wird in zahlreichen Arbeiten hervorgehoben (Farin, 2010; O'Leary et al. 2007). Während vor einigen Jahren das Wissen und die Information um gesundheitliche Themen ausschließlich dem Fachpersonal vorenthalten war, kam es mittels vielfältiger, medialer Veränderungen zu einem breiten Wandel, sowohl im Umgang als auch im Verständnis von Gesundheitsinformationen. Bereits 2003 nutzten im Durchschnitt 53% der Amerikaner das Internet um an Gesundheitsinformationen zu gelangen (Reuters, 2003). Dabei standen dem Nutzer im Jahr 2000 schon mehr

als 10.000 Webseiten mit medizinischem Bezug zur Verfügung (Fox & Rainie, 2000). Dadurch entstehen sowohl neue Potentiale als auch neue Probleme. Noch nie konnten so viele Menschen so schnell, direkt und kostenlos so viel Faktenwissen aus Wissenschaft und Medizin via Internet abrufen (Haaf, 2012). Die entstehende Informationsflut stellt das Gesundheitswesen und die darin enthaltenen Behandler und Patienten vor neue Herausforderungen. Die Zweiwertigkeit dieser Entwicklung stellt auf der einen Seite eine Bedrohung auf der anderen eine mögliche Hilfestellung für die beteiligten Personen dar.

Dem Patienten, welcher in Zukunft mit höheren Erwartungen und eigener Informiertheit in die Praxis kommt, fällt dadurch eine vollkommen neue Rolle zu (Post et al. 2006). Dem veränderten Verhältnis vom Laien zum „Semiexperten“ in der Behandler-Patienten-Beziehung muss dabei weniger durch patriarchale Fürsorge als vielmehr durch offene Kommunikationsbereitschaft begegnet werden (Kirschning, 2005). Weiter stellt die Informationsflut für die Entscheidungsfähigkeit von Patienten und Behandler eine mögliche Bedrohung dar (Bahrs et al. 2013). In diesem Kontext muss dem Bereich der Gesundheitsbildung eine hohe Relevanz zugesprochen werden. Gesundheitsbildung kann einerseits als Folge der vermehrt zur Verfügung stehenden Information gesehen werden andererseits lässt sich Gesundheitsbildung ebenfalls als Maßnahme betrachten, um der Informationsflut zu begegnen. Um eine Selektion der Daten mittels Gesundheitsbildung zu ermöglichen wird wiederum vorausgesetzt, dass eine erfolgreiche Informationsvermittlung gewährleistet wird.

Eine fehlende Gesundheitsbildung wird dabei gleichsam mit einem schlechten Gesundheitsergebnis (Berkman et al. 2011), einem nachteiligen Gesundheitsverhalten (Osborn et al. 2011) und einer verringerten Patientenzufriedenheit (Shea et al. 2007) assoziiert. Im Kontext der Gesundheitsbildung spielt das Empowerment eine zentrale Rolle. Empowerment kann dabei als Prozess verstanden werden, bei dem Menschen eine größere Kontrolle über die Entscheidungen und Handlungen gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen (WHO, 1998). Im Bereich von Diabetes berichten Anderson et al. (1995) dass der Ansatz des Empowerments als effektiv, in der Entwicklung von Schulungsinterventionen zur Vermittlung psychischer Aspekte (bzgl. dem Leben mit der Erkrankung) anzusehen ist. Neben der Wirksamkeit von Gesundheitsbildung und Empowerment bedarf es jedoch auch hier einer vermehrten Betrachtung der Informationsvermittlung. Dabei muss dieser Prozess gerade im Hinblick auf den demographischen Wandel erhöhte Aufmerksamkeit erfahren. Im Nachfolgenden wird zum einen auf das im ersten Teil dargestellte Modell der Informationsvermittlung im Kontext des Gesundheitswesens eingegangen, zum anderen wird die wachsende Relevanz der einzelnen Bereiche (Kommunikation, Motivation, Lernen etc.) im Bereich Gesundheit betrachtet. Abschließend werden mögliche Wirkungen unter der Beachtung einzelner Faktoren diskutiert und in den Kontext des Metamodells gesetzt.

2 Modell der Informationsvermittlung im Konstrukt des Gesundheitswesens

Im Kontext der Informationsvermittlung zwischen Behandler und Arzt spielt eine tragfähige Beziehung wie bereits seit dem Altertum bekannt eine unerlässliche Rolle (Charles et al. 2003). Dabei entscheidet im paternalistischen Modell allein der Arzt im besten Sinne für seinen Patienten und trägt dahingehend die alleinige Verantwortung. Im Modell der informativen Interaktion gibt der Behandler die Entscheidungsverantwortung völlig an den Patienten ab und versorgt diesen lediglich mit allen notwendigen medizinischen Informationen. Innerhalb der partizipativen Interaktion treffen Arzt und Patient die Entscheidung gemeinsam und teilen sich somit die Verantwortung. Dabei erfolgt ein Informationsfluss nicht wie bei den vorangegangenen Ansätzen in eine Richtung sondern in gegenseitigem Austausch (Bieber et al. 2007; Charles et al. 1997). Die Auswahl der jeweiligen Interaktionsform muss sowohl situationsabhängig als auch patientenabhängig getroffen werden

(Whitney, 2003). Coulter & Magee (2003) zeigen innerhalb der patientenseitigen Interaktionsbedürfnisse auf, dass 60% der befragten Deutschen sich einen partizipativen Stil, knapp 30% einen informativen Stil und nur ein sehr kleiner Anteil sich einen paternalistischen Stil wünscht. Strull et al. (1984) berichten, dass 53% der ambulanten Hypertoniepatienten, bei McKinstry (2000) 60% der Patienten in Allgemeinarztpraxen einen partizipativen Konsultationsstil präferieren. Demgegenüber berichten Bradock et al. (2002) dass von über 1000 analysierten Arzt-Patient-Gesprächen, weniger als 10% der Therapieentscheidungen unter eindeutiger Einbeziehung der Patienten zustande kamen. In wie weit der präferierte Kommunikationsstil mit Gesundheitserfolg einhergeht ist dabei unklar.

Ebenso essentiell für den Erfolg der Vermittlung von Gesundheitsinformation und wie bereits in der Modellbeschreibung in Teil I beschrieben eng mit der Interaktion verbunden, steht der Bereich der Behandler-Patienten-Kommunikation. Dabei führt Langewitz et al. (2002) an, dass aus Sicht der Patienten die Kommunikation zwischen Behandler und Patient im Spital als der Bereich wahrgenommen wird, in dem wesentliche Defizite auftreten. Ebenfalls berichten Mehnert et al. (2008) bei Brustkrebspatienten von empfundenen Kommunikationsproblemen der Patienten mit ihrem behandelnden Ärzten. Diese patientenseitig wahrgenommenen Defizite werden durch die Annahme von Sparks & Nussbaum (2008) ergänzt, welche postulieren, dass 80% der medizinischen Fehler auf Kommunikationsstörungen (innerhalb des Gesundheitspersonals) basieren. Als Phänomen in diesem Kontext einzuschätzen ist die eigene Überschätzung der kommunikativen Kompetenzen auf Seite der Behandler, wodurch die Relevanz des Nachholbedarfs innerhalb der Patienten-Behandler-Kommunikation deutlich wird (Back & Baile, 2003).

Eine wichtige Unterscheidung innerhalb der medizinisch/therapeutischen Kommunikation liegt zwischen den instrumentellen (aufgabenspezifischen) Äußerungen auf der einen und den affektiven (sozio-emotionalen) Äußerungen auf der anderen Seite (Ong et al. 1995). Instrumentelle Äußerungen beinhalten dabei das Geben von Informationen, das Fragen von Fragen, die Beratung, das Geben von Anweisungen (Roter, 1991), das Aufklären zukünftiger Behandlungen oder Diagnostiken, die Diskussion über Nebenwirkungen, Tests oder Behandlungen, Diskussionen von Testergebnissen (Blanchard et al. 1983), spezielle Diskussionen sowie das Erklären von Behandlungen oder den Grund für das Auslassen einer solchen (Siminoff et al. 1989). Affektive Äußerungen bestehen aus Elementen wie: ermutigend, entspannt, freundlich, offen und zuvorkommend (Buller & Buller, 1987), Anteilnahme bekunden, Beruhigend einwirken, Anerkennung zeigen sowie Empathie signalisieren (Roter, 1991). Affektive Äußerungen können dabei nicht immer nur verbal verabreicht werden. Mit nonverbalen Botschaften werden dahingehend Interaktionen gesteuert, Emotionen und Einstellungen ausgetauscht und dadurch die Kommunikation verbessert oder gestört (Gatterer, 2009). Die in der nonverbalen Kommunikation beinhaltenden Faktoren, wie z.B. Mimik, Blickverhalten, Gestik, Geruch und Körperhaltung können beim gleichzeitigen Senden mit verbalen Nachrichten kongruent oder inkongruent sein (Gatterer, 2009). Dabei betonen Sahay et al. (2000) die Notwendigkeit in verständlicher Weise verbal und nonverbal zu kommunizieren. Im Hinblick auf eine befriedigende Kommunikation gelingt diese nur wenn Emotionen klar, aber ohne Schuldzuweisung thematisiert werden und gleichzeitig nonverbale Kommunikationselemente auch bei inhaltlichen Kontroversen Verlässlichkeit und Empathie signalisieren (Suchman et al. 1997). Hier zeigt sich neben einer verständlichen Sprache des Behandlers (Shaw et al. 2009; Fujimori & Uchitomi, 2009) und der unaufgeforderten Aufklärung (Laerum et al. 2006) eine hohe Relevanz des affektiven Verhaltens (Leckie et al. 2006; Smith et al. 2008; Harris & Tempelton, 2001) als patientenseitiges Bedürfnis.

Kommunikationsbezogene Präferenzen des Patienten entscheiden weiter darüber welches Verhalten des Behandlers als positiv oder negativ bewertet wird, sie stellen Moderatoren des Zusammenhangs zwischen

Kommunikationsverhalten und wünschenswerten Endpunkten dar (Ishikawa et al. 2006). Bei der Wahl der Präferenz eines patientenorientierten Kommunikationsstils (Verständnis der Person und ihrer Erwartungen, Empathie, gemeinsames Vorgehen) versus eines biomedizinischen Kommunikationsstils (geschlossene, biomedizinische Fragen, kaum psychosoziale Themen, Entscheidungen durch den Arzt) berichten Swenson et al. (2004) in ihrer Studie an 250 ambulanten Patienten, dass 31% der Befragten den biomedizinischen und 69% den patientenorientierten Stil präferierten. Aufgrund dessen, dass Patienten innerhalb ihrer Kommunikationspräferenzen und den Wünschen hinsichtlich einer aktiven Teilnahme am Entscheidungsprozess stark variieren, besteht die Notwendigkeit den Kommunikationsstil jeweils individualisiert anzuwenden (Rodin, et al. 2009; Say et al. 2006; Levinson et al. 2005; Fujimori & Uchitomi, 2009; Lehmann et al. 2009).

Neben der diagnostischen und therapeutischen Funktion kommt der Kommunikation eine vermehrte motivationale Funktion hinzu. Hierbei spielen Faktoren wie Empathie, Echtheit und das Geben von Feedback über das Verstandene eine wesentliche Rolle (Gatterer, 2009). Allgemein gesehen, wird der Motivation im Hinblick auf den Erfolg einer medizinischen und psychologischen Behandlung eine wesentliche Gewichtung zugesprochen. Die Bereitschaft des Patienten sich auf die Intervention einzulassen und aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken, muss als bedeutende Einflussgröße für den Verlauf angesehen werden (Hafen et al. 2000). Exemplarisch zeigt sich bei einer intensiven Betreuung oder im akuten Stadium einer Erkrankung eine hohe Therapiemotivation (Meichenbaum & Turk, 1994). Im Gegensatz dazu kann bei chronischen Erkrankungen, bei Personen welche das Risiko ihres Verhaltens nicht wahrnehmen, bzw. die Notwendigkeit einer Lebensstiländerung nicht akzeptieren und bei denen ein langfristiges Vorbeugen wichtiger wäre als eine kurzfristige symptomatische Behandlung, die Therapiemotivation eher niedrig eingestuft werden. Neben den im ersten Teil bereits dargestellten intrinsischen und extrinsischen Einflussfaktoren, stellen motivationale Interventionsmaßnahmen Werkzeuge zur gezielten Steuerung dar. Die in diesem Kontext agierende Goal-Setting-Theory von Locke & Latham (1990) vertritt den Standpunkt, dass spezifische Ziele mehr Aktivität und eine spezifischere Ausführung von Arbeitsaufgaben generieren. Hierbei konnte gezeigt werden, dass Personen welche ein spezifisches, anspruchsvolles Ziel verfolgen bessere Ergebnisse liefern, als Personen die nur unspezifische und einfache Ziele vor Augen haben (Locke, 1991; Locke & Latham, 2002). Dieser Ansatz deckt sich mit der Annahme von Deci & Ryan (1993), dass ein Mensch als motiviert gilt, wenn er etwas erreichen will – wenn er mit dem Verhalten einen bestimmten Zweck, ein Ziel verfolgt. Dahingehend beschreiben Brunstein et al. (1998) Ziele als kognitiv elaborierte Repräsentationen davon, was eine Person in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation erreichen oder vermeiden möchte. An diesem Punkt lassen sich zahlreiche Schnittstellen zum Prozess des Lernens identifizieren.

Ein Ziel innerhalb des Gesundheitswesens ist es dabei die Patienten darin zu unterstützen, ihr Verhalten so zu verändern, dass es ihre Gesundheit fördert (Squyres, 1980). Dabei kann das Modelllernen von Bandura (1986) mit seinen Wurzeln im Behaviorismus als solches verstanden werden, das vollkommen neue Verhaltensweisen durch das Wahrnehmen von Verhaltensweisen anderer durch Beobachten und Nachahmen erlernt werden sollen, wobei es von Vorteil ist, wenn das modellhafte Verhalten wiederholt dargeboten wird, um ein besseres Einprägen zu gewährleisten (Perry, 2008). Im Bereich Borderline-Persönlichkeitsstörungen, berichten Reiß et al. (2011), dass sich Patienten durch Modelllernen eine mildere Bewertung und einen mitfühlenden Umgang mit sich selbst aneignen können. Die innerhalb des Gesundheitswesens häufig diskutierten und gut evaluierten Patientenschulungen betrachten das Gesamtkonstrukt (nicht ausschl. den Lernprozess) und können dahingehend nicht mit dem Lernen synonym verwendet werden. Trotzdem kommt es auch dabei zur teilweise bewussten, teilweise unbewussten Anwendung von Lerntheorien.

Die hier dargestellten Inhalte stellen lediglich einen Ausschnitt dar, welche die Relevanz und die Möglichkeiten der im ersten Teil in theoretischer Form diskutierten Inhalte für das Gesundheitswesen verdeutlichen sollen.

3 Folgen der Anwendung für das Gesundheitswesen/Behandler/Patient

Im letzten Abschnitt soll ein Ausblick möglicher Folgewirkungen einer Berücksichtigung der im Vermittlungsprozess wirkenden Faktoren sowohl für das Gesundheitswesen aber auch für den Behandler auf der einen und den Patienten auf der anderen Seite dargestellt werden.

Das innerhalb der vergangenen 3 Jahrzehnte im Bereich der Medizin vermehrt an Bedeutung gewonnene biopsychosoziale Modell kann über den eigentlichen Grundgedanken hinaus als ein Ansatz der erhöhten Integration interagierender Faktoren der Informationsvermittlung angesehen werden. Innerhalb dieses Modells wird der Schwerpunkt in der Behandlung des Patienten als ganze Person, einschließlich der biologischen, psychologischen, sozialen und Verhaltensaspekte ihrer Gesundheit betrachtet werden (Engel, 1980; Smith & Hoppe, 1991; Zolnierek & DiMatteo, 2009). Die Inhalte des biopsychosozialen Modells können somit als Basis für die Anwendung der im Modell der Informationsvermittlung dargestellten Aspekte betrachtet werden.

Als zentrale Funktion im Behandlungsprozess ist eine effektive Behandler-Patienten Kommunikation, als das Herz und die Kunst der Medizin und Therapie sowie der wesentliche Bestandteil des Gesundheitswesens, anzusehen (Hall et al. 1988; Stewart, 1995; Ong et al. 1995). In zahlreichen Arbeiten werden signifikante Effekte der Behandler-Patientenkommunikation auf die patientenseitige Adhärenz, den Gesundheitszustand, eine aktivere Beteiligung, die Behandlungsqualität sowie das Behalten von Informationen beschrieben (Stewart, 1995; Zolnierek & DiMatteo, 2009; deHaes & Bensing, 2009). Darüber hinaus kann einer adäquaten Kommunikation ebenfalls ein Behandler effekt zugesprochen werden. Dahingehend wirkt sich eine positive Kommunikation sowohl auf die subjektive Belastung, die Neigung zu Depressionen sowie Ängste und Suizidalität des Behandlers aus (Maguire & Piceathly, 2002).

Neben der Behandler-Patientenkommunikation führt eine stärkere Einbindung des Patienten in den Behandlungsprozess ebenfalls zu einer verbesserten Adhärenz, höheren Behandlungszufriedenheit, mehr Wissen über die Erkrankung, weniger Entscheidungskonflikte (Loh et al. 2007), einem verbesserten Gesundheitsverhalten beziehungsweise Selbstmanagement (Hibbard et al. 2007), einem verbesserten Gesundheitsstatus und einer verringerten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Coulter & Ellins, 2007). Der gegenüberstehenden Befürchtung einer zeitaufwendigeren Behandlung kann entgegengesetzt werden, dass Konsultationen in denen Ärzte auf den Informationswunsch der Patienten eingingen kürzer dauerten als Konsultationen, in denen seltener auf die Patienten eingegangen wurde (Butow et al., 2002). Sowohl die Nachhaltigkeit als auch das eigentliche Ergebnis der Therapie werden ergänzend von einer höheren Motivation des Patienten maßgeblich beeinflusst (Clarkin & Levy, 2004; Sharf, 2008).

Mit den genannten Auswirkungen sind auch ökonomische Aspekte eng verknüpft. Thorne et al. (2005) kommen zu dem Ergebnis, dass die Entstehung erheblicher Kosten auf eine unzureichende Kommunikation zurückzuführen ist. Weitergehend gestützt wird diese Erkenntnis durch die Ergebnisse von Epstein et al. (2005) welche, im Bereich der Diagnostik von reduzierten Kosten durch einen patientenzentrierten Kommunikationsstil berichten.

Aufgrund der Komplexität des vorliegenden Bereichs lässt sich keine einfache Schlussfolgerung ziehen, wohingegen es möglicherweise insgesamt eine bessere Einordnung der aufgezeigten Faktoren und Funktionen zulässt. Auf Grundlage des Modells der Informationsvermittlung können möglicherweise Entscheidungsfähigkeiten beeinflusst und daraus aufbauend gestärkt werden. Ein Verstehen dieses komplexen Gefüges ermöglicht weiter die individuelle Gestaltung der im Prozess vorherrschenden Einflussfaktoren auf die patientenseitige Erwartungshaltung. Folglich ist anzunehmen, dass die Bildung des patientenseitigen Erwartungshorizonts in Bezug auf seinen zukünftigen Gesundheitszustand steuerbar ist und folglich in großem Maße auf die, auf Belohnung und Zielsetzung basierende, Selbsteffizienz einwirkt. Als direkte Konsequenz ist eine Verstärkung der Adhärenz und ein vermehrt eigenverantwortliches Handeln zu erwarten. Demzufolge kann eine verminderte Konsultationsbedürftigkeit -und häufigkeit angenommen werden, was zu einer Beeinflussung der vormals benannten ökonomischen Aspekte führen würde. Neben der verminderten Anzahl der Konsultationen ist davon auszugehen, dass sich die Qualität der Behandlung durch ein Verstehen der im Informationsmodell dargestellten Strukturen, verbessern lässt.

Die im Bereich des Gesundheitswesens aufgezeigten, vielschichtigen und weitreichenden Konsequenzen heben die Notwendigkeit der Übertragung des Informationsmodells in andere Bereiche deutlich hervor. Eine Übertragung des Modells ist in einer Vielzahl von Kontexten denkbar und bietet die Option, durch Anpassungsmechanismen die Informationsvermittlung zielgerichtet zu steuern.

Literaturverzeichnis

- Anderson, R.M., Funnell, M.M., Butler, P.M., Arnold, M.S., Fitzgerald, J.T. & Feste, C.C. (1995). *Patient Empowerment*. *Diabetes Care*, 18(7), 943–949.
- Back, A. & Baile, W. (2003). *Communication skills: Myths, realities, and new developments*. *Supportive Oncology*, 1 (3), 169–171.
- Bahrs, O., Heim, S., Dingelstedt, A., Löwenstein, F. (2013). *Soziale Teilhabe fördert Patientensouveränität*. *Gesundheitswesen*, 75–A77.
- Bandura, A. (1986). *The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory*. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 4, 359–373.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. & Crotty, K. (2011). *Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review*. *Ann Intern Med*, 155(2), 97–107.
- Bieber, C., Ringel, N. & Eich, W. (2007). *Partizipative Entscheidungsfindung und ihre Umsetzung im Gesundheitswesen*. *Kliniker*, 36 (1), 21–25.
- Blanchard, C.G., Ruckdeschel, J.C., Blanchard, E.B., Arena, J.G., Saunders, N.L. & Malloy, E.D. (1983). *Interactions between oncologists and patients during rounds*. *Ann Intern Med*, 99, 694–699.
- Braddock, C.H. 3rd, Edwards, K.A., Hasenberg, N.M., Laidley, T.L. & Levinson, W. (1999). *Informed decision making in outpatient practice: Time to get back to basics*. *JAMA*, 282 (24), 2313–20.
- Brunstein, J.C., Schultheiss, O.C. & Graessmann, R. (1998). *Personal goals and emotional well-being: the moderation role of motive dispositions*. *J Pers Soc Psychol*, 75, 494–508.
- Buller, M.K. & Buller, D.B. (1987). *Physicians communication style and patient satisfaction*. *J Hlth Soc Behav*, 28, 375–388.
- Butow, P.N., Brown, R.F., Cogar, S., Tattersall, M.H. & Dunn, S.M. (2002). *Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues*. *Psychooncology*, 11(1), 47–58.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). *Shared Decision-Making in the medical encounter: What does it mean?* *Soc Sci Med*, 44 (5), 681–692.

- Charles, C.A., Whelan, T., Gafni, A., Willan, A. & Farrell, S. (2003). *Shared treatment decision making: what does it mean to physicians?* J Clin Oncol, 21 (5), 932–936.
- Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2004). *The influence of client variables on psychotherapy*. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 211–213). New York: Wiley.
- Coulter, A. & Magee, H. (2003). *The European Patient of the future*. Maidenhead: Open University Press.
- Coulter, A. & Ellins, J. (2007). *Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients*. BMJ, 335 (7609), 24–27.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1993). *Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik*. Zeitschrift für Pädagogik, 39, 223–238.
- De Haes H. & Bensing, J. (2009). *Endpoints in medical communication research. Proposing a framework of functions and outcomes*. Patient Education and Counseling, 74, 287–294.
- Engel, G.L. (1980). *The clinical application of the biopsychosocial model*. Am J Psychiatry, 137, 535–544.
- Epstein, R.M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, G.C., Meldrum, S.C., Kravitz, R.L. & Duberstein, P.R. (2005). *Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues*. Social Science & Medicine, 61, 1516–1528.
- Faller, H. (2012). *Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung*. Bundesgesundheitsblatt, 9, 1106–1112.
- Farin, E. (2010). *Die Kommunikation zwischen Patienten und Behandlern in der medizinischen Rehabilitation*. Die Rehabilitation, 49, 277–291.
- Fox, S., Rainie, L. (2000). *The online health care revolution: How the web helps Americans take care of themselves*. Washington, DC: Pew Charitable Trusts.
- Fujimori, M. & Uchitomi, Y. (2009). *Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: A systematic literature review*. Jpn J Clin Oncol, 39 (4), 201–216.
- Gatterer, G. (2009). *Kommunikation und Interaktion mit Patienten*. pro care, 10, 24–30.
- Haaf, G. (2012). *Nach einfach kommt falsch: Herausforderungen im Wissenschaftsjournalismus*. Z Evid Fortbild. Qual Gesundh. wesen, 106, 174–184.
- Hafen, K., Bengel, J., Jastrebow, J. & Nübling, R. (2000). *Konzept und Dimension der Reha-Motivation*. Präv.-Rehab, 12(1), 1–10.
- Hall, J.A., Roter, D.L., Katz, N.R. (1988). *Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters*. Med Care, 26, 657–675.
- Harris, S.R. & Templeton, E. (2001). *Who's listening? Experiences of women with breast cancer in communicating with physicians*. Breast J, 7, 444–449.
- Hibbard, J.H., Stockard, J., Mahoney, E.R. & Tusler, M. (2004). *Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers*. Health Serv Res, 39 (4 Pt1), 1005–1026.
- Ishikawa, H., Hashimoto, H. & Yano, E. (2006). *Patients' preferences for decision making and the feeling of being understood in the medical encounter among patients with rheumatoid arthritis*. Arthritis & Rheumatism, 55 (6), 878–883.
- Kirschning, S. (2005). *Einfluss des Internets auf die Gesundheitskommunikation*. Gesundheitswesen, 67, Vf_V25.
- Laerum, E., Indahl, A. & Skouen, J.S. (2006). *What is "the good back-consultation"? A combined qualitative and quantitative study of chronic low back pain patients' interaction with and perceptions of consultations with specialists*. Journal of Rehabilitation Medicine, 38 (4), 255–262.

- Langewitz, W., Conen, D., Nübling, M. & Weber, H. (2002). *Kommunikation ist wesentlich – Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen*. *Psychother Psych Med*, 52, 348–354.
- Leckie, J., Bull, R. & Vrij, A (2006). *The development of a scale to discover outpatients' perceptions of the relative desirability of different elements of doctors' communication behaviours*. *Patient Education and Counseling*, 64 (1–3), 69–77.
- Lehmann, C., Koch, U. & Mehnert, A. (2009). *Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten*. *Psychother Psych Med*, 59 (07), e3–e27.
- Levinson, W., Kao, A., Kuby, A. & Thisted, R.A. (2005). *Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences*. *Journal of General Internal Medicine*, 20 (6), 531–535.
- Locke, E.A. & Latham, G.P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Locke, E.A. (1991). *Goal theory vs. control theory: Contrasting approaches to understanding work motivation*. *Motivation and Emotion*, 15 (1), 9–28.
- Locke, E.A. & Latham, G.P. (2002). *Building a practically useful theory of goal setting and task motivation*. *American Psychologist*, 57 (9), 705–717.
- Loh, A., Leonhart, R., Wills, C.E., Simon, D. & Härter, M. (2007). *The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression*. *Patient Educ Couns*, 65 (1), 69–78.
- Maguire, P. & Piceathly, C. (2002). *Key communication skills and how to acquire them*. *Br Med J*, 325, 697–700.
- McKinstry, B. (2000). *Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes*. *BMJ*, 321, 867–871.
- Mehnert, A., Lehmann, C. & Koch, U. (2008). *Erleben der Diagnosemitteilung und psychische Belastung bei Brustkrebspatientinnen*. *Senologie*, 5, 101–106.
- Meichenbaum, D. & Türk, D.C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten*. Bern: Huber.
- O'Leary, A.K., Estabrooks, C.A., Olson, K. & Cumming, C. (2007). *Information acquisition for women facing surgical treatment for breast cancer: Influencing factors and selected outcomes*. *Patient Education and Counseling*, 69, 5–19.
- Ong, L.M.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M. & Lammes, F.B. (1995). *Doctor-Patient Communication: A Review of the Literature*. *Soc Sci Med*, 40 (7), 903–918.
- Osborn, C.Y., Paasche-Orlow, M.K., Bailey, S.C. & Wolf, M.S. (2011). *The mechanisms linking health literacy to behavior and health status*. *Am J Health Behav*, 35 (1), 118–28.
- Perry, M. (2008). *Modelldarbietung*. In: L. Hautzinger, *Verhaltenstherapiemanual*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Post, A., Marstedt, G., Stroth, S. & Pfuhl, J. (2006). *Ratlose Patienten trotz Informationsflut? – Ergebnisse der Bremer Umfrage GESUNDHEIT*. *Gesundheitswesen*, 68–A102.
- Reiß, N., Mobacher, A. & Lieb, K. (2011). *Schematherapie in Gruppen für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung*. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59 (3), 187–194.
- Reuters (2003). *Consumer-targeted internet investment: Online strategies to improve patient care and product positioning*. *Reuters Business Insight Report*, 324–331.
- Rodin, G., Mackay, J., Zimmermann, C., Mayer, C., Howell, D. & Katz, M. (2009). *Clinician-patient communication: A systematic review*. *Supportive Care in Cancer*, 17 (6), 627–644
- Roter, D.L. (1991). *The Roter Method of Interaction Process Analysis (RIAS Manual)*.
- Sahay, T., Gray, R. & Fitch, M. (2000). *Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care*. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 250–260.

- Say, R., Murtagh, M. & Thomson, R. (2006). *Patients' preference for involvement in medical decision making: A narrative review*. Patient Education and Counseling, 60 (2), 102–114.
- Suchman, A.L., Markakis, K., Beckman, H.B. & Frankel, R. (1997). *A model of empathetic communication in the medical interview*. JAMA, 277, 678–682.
- Shaw, A., Ibrahim, S., Reid, F., Ussher, M. & Rowlands, G. (2009). *Patients perspectives of the doctor-patient relationship and information giving across a range of literacy levels*. Patient Education and Counseling, 75 (1), 114–120.
- Sharf, J. (2008). *Psychotherapy dropout: A metaanalytic review of premature termination*. Dissertation Abstracts International, 68 (9–B), 6336.
- Shea, J.A., Guerra, C.E., Ravenell, K.L., McDonald, V.J., Henry, C.A. & Asch, D.A. (2007). *Health literacy weakly but consistently predicts primary care patient dissatisfaction*. Int J Qual Health Care, 19(1), 45–9.
- Siminoff, L.A., Fetting, J.H. & Abeloff, M.D. (1989). *Doctor-patient communication about breast cancer adjuvant therapy*. J Clin Oncol, 7, 1192–1200.
- Smith, R.C. & Hoppe, R.B. (1991). *The patient's story: Integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing*. Ann Intern Med, 115, 470–477.
- Smith, J.A., Braunack-Mayer, A.J., Wittert, G.A., Warin, M.J. (2008). *Qualities men value when communicating with general practitioners: implications for primary care settings*. Medical Journal of Australia, 189 (11/12), 618–621.
- Sparks, L. & Nussbaum, N.F. (2008). *Health literacy and cancer communication with older adults*. Patient Education and Counseling, 71 (3), 345–350.
- Squires, W.D. (1980). *Patient education. An inquiry into the state of art*. New York: Springer.
- Stewart, M.A. (1995). *Effective physician-patient communication and health outcomes: A review*. CMAJ, 152, 1423–1433.
- Strull, W.M., Lo, B. & Charles, G. (1984). *Do patients want to participate in medical decision making?* JAMA, 252, 2990–2994.
- Swenson, S.L., Buell, S., Zettler, P., White, M., Ruston, D.C. & Lo, B. (2004). *Patient-centered communication. Do patients really prefer it?* Journal of General Internal Medicine, 19, 1069–1079.
- Thorne, S.E., Bultz, B.D., Baile, W.F. (2005). *Is there a cost to poor communication in cancer care? A critical review of the literature*. Psychooncology, 14(10), 875–884.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1998). *Glossar Gesundheitsförderung*. Deutsche Übersetzung (DVGE) des Glossars von Don Nutbeam. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.
- Whitney, S.N. (2003). *A new model of medical decisions: exploring the limits of shared decision making*. Med Decis Making, 23 (4), 275–280.
- Zolnierek, K.B.H. & DiMatteo, M.R. (2009). *Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis*. Med Care, 47 (8), 826–834.

Zu den Autoren

Lars Jäger, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich Gesundheit & Soziales der Hochschule Fresenius (Köln). Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Informationsvermittlung, -verarbeitung, Neurorehabilitation und neurodegenerative Krankheitsbilder.

Kontakt: [Hochschule Fresenius, Lars.Jaeger@hs-fresenius.de](mailto:Lars.Jaeger@hs-fresenius.de)

Magnus Liebherr, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für komplexe Gesundheitsforschung des Fachbereichs Gesundheit und Soziales der Hochschule Fresenius (Idstein) und Mitglied im Forschungsprojekt neuromechanische Interaktion der Landesoffensive zur Entwicklung wissenschaftlich ökonomischer Exzellenz (Loewe). Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Informationsvermittlung, -verarbeitung, Neurowissenschaften, Mobilität und Modellsimulation.

Kontakt: Hochschule Fresenius, Magnus.Liebherr@hs-fresenius.de

Prof. Dr. Christian T. Haas, ist Professor für quantitative Forschungsmethoden, Forschungsdekan im Fachbereich Gesundheit und Soziales der Hochschule Fresenius und Gründungsdirektor des Instituts für komplexe Gesundheitsforschung. Im Rahmen der hessischen Loewe Excellenzinitiative PräBionik leitet er den Bereich neuromechanische Interaktion. Forschungsschwerpunkte sind mechanische Reizapplikationen, Training in der Neurorehabilitation, neurodegenerative Krankheitsbilder und komplexe Systeme.

Kontakt: Hochschule Fresenius, haas@hs-fresenius.de