UNIVERSITÄT LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Universitätsklinikum Leipzig

Medizin ist unsere Berufung.

ALLGEMEINES KRANKHEITSVERHALTEN UND COMPLIANCE/ADHÄRENZ

Prof. Dr. Anja Mehnert-Theuerkauf

Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Vorlesung WiSe 2026/27

LERNZIELE

ALLGEMEINES KRANKHEITSVERHALTEN UND COMPLIANCE/ADHÄRENZ

- Allgemeine **Merkmale des Krankheitsverhaltens** kennen
- Die Definitionen von **Compliance und Adhärenz** kennen und unterscheiden
- **Einflussfaktoren** auf Adhärenz benennen und Ansätze zur Förderung kennen
- **Schon- und Vermeidungsverhalten** als aufrechterhaltenden Faktor verstehen
- Grundlagen der **Krankheitsverarbeitung (Coping)** kennen und an Fallbeispielen anwenden

HAND AUFS HERZ

EINE KURZE FRAGE ZUM EINSTIEG

Wer von Ihnen hat schon einmal …

- ein Antibiotikum früher abgesetzt, weil es Ihnen wieder gut ging?
- eine verordnete Tablette vergessen oder bewusst weggelassen?
- Physiotherapie-Übungen nach zwei Wochen nicht mehr gemacht?
- ein Rezept gar nicht erst eingelöst?

Wenn Ihre Hand oben war: Willkommen beim Thema Adhärenz.



Bild: KI-generiert

HINTERGRUND



Menschliches Verhalten bei Gesundheit wie Krankheit ist ein **komplexes System**: unbewusste Prozesse, Gedanken, Gefühle, Verhalten...

HINTERGRUND

ALLGEMEINES KRANKHEITSVERHALTEN UND COMPLIANCE/ADHÄRENZ

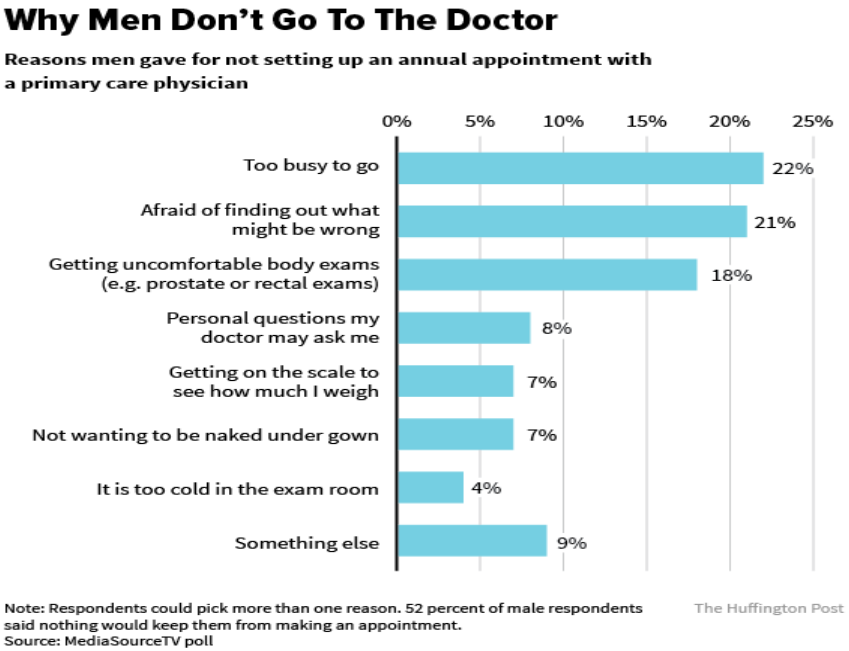
Menschen mit ein und derselben Erkrankung können sich höchst unterschiedlich verhalten:

- Manche Menschen haben das Bedürfnis, ihre Erkrankungssymptome zu kommunizieren, nehmen Selbstmedikation vor oder gehen ihrer Arbeit nach…
- Andere Menschen *mit dem gleichen biomedizinischen Status* ziehen sich eher zurück, schonen sich und entziehen sich vielleicht allen sozialen Verpflichtungen.

INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER LEISTUNGEN

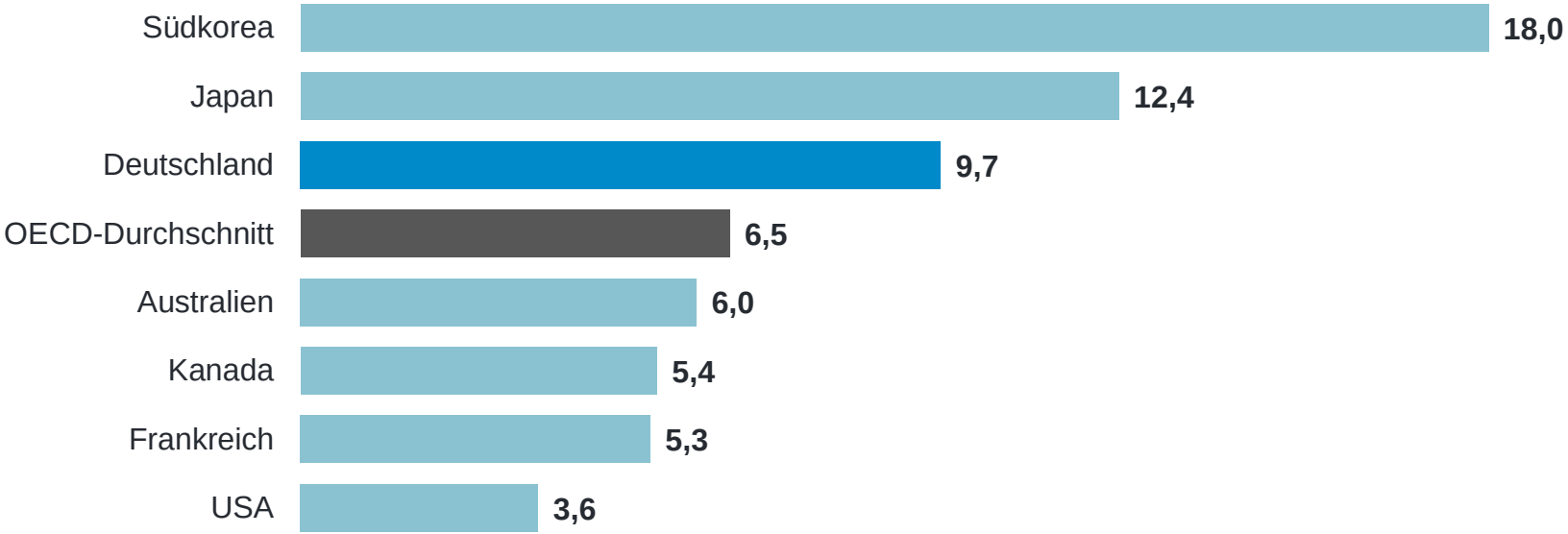
Inanspruchnahme hängt ab von

- Krankheitssymptomen
- Subjektive Einschätzungen
- Persönlichkeitsfaktoren
- Sozialisationserfahrungen
- Versicherungsstatus



INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER LEISTUNGEN

Arztkontakte (persönlich) pro Kopf und Jahr, 2023



Quelle: OECD (2025). Health at a Glance 2025, Abb. 5.16; OECD Health Statistics 2025 (Datenabruf 10/2026). Ohne Telekonsultationen; Vereinigtes Königreich ohne vergleichbare Daten. Vergleiche zwischen Ländern sind wegen unterschiedlicher Erfassung nur eingeschränkt möglich.

HINTERGRUND

ALLGEMEINES KRANKHEITSVERHALTEN UND COMPLIANCE/ADHÄRENZ

Menschen mit ein und derselben Erkrankung können sich höchst unterschiedlich verhalten:

- Wenn die **Entscheidung zum Aufsuchen ärztlicher Hilfe** getroffen ist, ist es (auch für das Gesundheitssystem) von besonderer Bedeutung, wie gut die Kooperation zwischen Behandelnden und Patientinnen bzw. Patienten ist, insbesondere ob und inwieweit
- Patientinnen und Patienten **Behandlungsempfehlungen** umsetzt („Compliance/Adhärenz“).

DEFINITION (I)

ALLGEMEINES KRANKHEITSVERHALTEN UND COMPLIANCE/ADHÄRENZ

- **Compliance** beschreibt, ob und in welchem Ausmaß Patientinnen und Patienten die Empfehlungen der Behandelnden befolgen (paternalistisches Modell der Arzt-Patient-Beziehung)
- **Adhärenz** beschreibt, ob und in welchem Ausmaß Therapieziele umgesetzt werden, die Behandelnde und Patientin bzw. Patient in einer **partizipativen Entscheidungsfindung** gemeinsam festgelegt haben (partnerschaftliches Modell)
- **WHO (2003):** Adhärenz ist das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person – Medikamenteneinnahme, Ernährung, Veränderungen des Lebensstils – mit den *vereinbarten* Empfehlungen übereinstimmt

DEFINITION (II)

ALLGEMEINES KRANKHEITSVERHALTEN UND COMPLIANCE/ADHÄRENZ

- **Intelligente Non-Adhärenz:** Die Empfehlung wird aus nachvollziehbaren Gründen nicht befolgt (z. B. ausbleibende Wirkung, starke Nebenwirkungen)
- **Beanspruchungs-Non-Adhärenz:** Die Person ist mit der Umsetzung überfordert (z. B. zu komplexe Therapieschemata)
- Zusätzlich wird unterschieden: **intentional** (bewusste Entscheidung) vs. **nicht-intentional** (Vergessen, Missverständnisse, praktische Hürden)



Foto: https://www.amnhealthcare.com/blog/nursing/contract/how-nurses-can-advocate-treatment-for-noncompliant-patients/

COMPLIANCE/ADHÄRENZ

- **Nur etwa 50 %** der Menschen mit chronischen Erkrankungen nehmen in Industrieländern ihre Langzeittherapie wie empfohlen ein (WHO, 2003)
- Ein erheblicher Teil der verordneten, solidarisch finanzierten Medikamente landet ungenutzt im Medizinschrank oder im Müll
- Non-Adhärenz trägt in Europa schätzungsweise zu **knapp 200.000 vorzeitigen Todesfällen** und rund **125 Mrd. Euro** vermeidbaren Gesundheitsausgaben pro Jahr bei (OECD, 2018)

Quellen: WHO (2003). Adherence to long-term therapies; Khan & Socha-Dietrich (2018). OECD Health Working Paper No. 105

COMPLIANCE/ADHÄRENZ

Diese Zahlen machen Folgendes deutlich:

- Fehlende Adhärenz ist nicht das seltene Problemverhalten „schwieriger“ Patientinnen und Patienten, sondern ein regelhaft zu erwartendes Risiko bei der Behandlung.
- Non-Adhärenz ist ein normales, menschliches Verhalten!

COMPLIANCE/ADHÄRENZ

Risikofaktoren

- Fehlendes Wissen, fehlende Applikationskompetenz, komplizierte Applikationen
- Non-Adhärenz in der Vorgeschichte
- Schlechte Arzt-Patient-Beziehung
- Fehlende Krankheitsakzeptanz
- Fehlende Behandlungsakzeptanz
- Angst vor Nebenwirkungen
- Unzureichende Motivation für Verhaltensänderungen im Alltag
- Psychische Komorbidität (u.a. Depression), Stress
- Kognitive Defizite

FÜNF DIMENSIONEN DER ADHÄRENZ

ADHÄRENZ IST NIE NUR SACHE DER PATIENTIN ODER DES PATIENTEN

Sozioökonomisch	Gesundheitssystem	Erkrankung	Therapie	Person
• Armut, Zuzahlungen • geringe Gesundheits-kompetenz • fehlende soziale Unterstützung	• kurze Gesprächszeit • Qualität der Arzt-Patient-Beziehung • fehlende Kontinuität	• Symptomfreiheit • chronischer Verlauf • Depression, kognitive Defizite	• Komplexität und Dauer • Nebenwirkungen • verzögerter Nutzen	• Wissen und Überzeugungen • Ängste, Motivation • Vergesslichkeit

Nach WHO (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genf: WHO

COMPLIANCE/ADHÄRENZ

Erfassung

	Traf (fast) immer zu (80-100%)	Traf meistens zu (60-80 %)	Traf öfter zu (40-60 %)	Traf selten zu (20-40 %)	Traf (fast) nie zu (0-20 %)
Es kam vor, dass ich vom Arzt verordnete Medikamentenpackungen ungeöffnet lagerte oder gleich wegwarf.					
Ich nahm meine Medikamente so, wie sie mir vom Arzt verordnet wurden.					
Je nachdem, wie es mir ging, veränderte ich die Dosierung meiner Medikamente auch eigenmächtig.					
Es konnte vorkommen, dass ich Medikamente kürzer einnahm als Ärzte mir empfahlen.					
Wenn leichte Nebenwirkungen auftraten, setzte ich Medikamente wieder ab.					

WIE LÄSST SICH ADHÄRENZ MESSEN?

JEDE METHODE HAT BLINDE FLECKEN

Direkte Verfahren

- **Wirkstoffspiegel** in Blut oder Urin
- **Beobachtete Einnahme** (z. B. Tuberkulosetherapie)

\+ objektiv

– aufwendig, nur Momentaufnahme

Indirekte Verfahren

- **Selbstbericht**, Fragebögen (z. B. MARS-D)
- **Tablettenzählung**, Verordnungs- und Abgabedaten
- **Elektronisches Monitoring** (z. B. Tablettendose mit Sensor)

\+ einfach, alltagsnah

– Selbstbericht überschätzt Adhärenz

Praxistipp: Nicht wertend fragen („Vielen fällt es schwer, jede Tablette zu nehmen – wie ist das bei Ihnen?“), sonst misst man vor allem soziale Erwünschtheit

FALLBEISPIEL 1: FRAU M., 52 JAHRE

ENDOKRINE THERAPIE NACH BRUSTKREBS

- Hormonrezeptor-positives Mammakarzinom; nach Operation und Bestrahlung seit 14 Monaten **Aromatasehemmer** (geplant: mindestens fünf Jahre)
- Gelenkschmerzen, Hitzewallungen, schlechter Schlaf
- *„Ich fühle mich gesund – der Tumor ist doch entfernt.“*
- Lässt die Tablette an „schlechten Tagen“ weg; beim letzten Termin hat sie nichts gesagt: *„Die Ärztin hatte so wenig Zeit.“*
- Überlegt, die Therapie ganz abzusetzen



Fiktives Fallbeispiel; Bild: KI-generiert

Ihre Einschätzung: Welche Form der Non-Adhärenz liegt vor? Welche Einflussfaktoren erkennen Sie? Wie würden Sie das nächste Gespräch beginnen?

FALLBEISPIEL 1: AUFLÖSUNG

ADHÄRENZ VERLÄUFT IN DREI PHASEN

Initiierung
Therapie begonnen

Umsetzung
Dosen an „schlechten Tagen“ ausgelassen

Persistenz
Abbruch vor Ablauf von fünf Jahren droht

Was liegt vor?

- Intentionale, aus ihrer Sicht „intelligente“ Non-Adhärenz
- Therapie: Nebenwirkungen, lange Dauer, kein spürbarer Nutzen
- Person: geringe wahrgenommene Notwendigkeit, Bedenken
- System: wenig Gesprächszeit, Beschwerden nicht angesprochen

Was hilft?

- Nebenwirkungen aktiv erfragen und behandeln (z. B. Bewegung, Präparatewechsel)
- Nutzen verständlich erklären und Bedenken ernst nehmen
- Gemeinsam entscheiden, Folgetermin vereinbaren
- Unterstützung anbieten (Psychoonkologie, Selbsthilfe)

Notwendigkeit vs. Bedenken: Adhärenz sinkt, wenn Bedenken die wahrgenommene Notwendigkeit überwiegen (Horne & Weinman, 1999)

Vrijens et al., 2012

ADHÄRENZ FÖRDERN

WAS BEHANDELNDE KONKRET TUN KÖNNEN

- **Partizipativ entscheiden:** Ziele, Präferenzen und Bedenken gemeinsam klären
- **Verständlich informieren:** Nutzen und Nebenwirkungen erklären, Verständnis mit „Teach-back“ prüfen
- **Nicht wertend nachfragen:** Non-Adhärenz als normal ansprechen
- **Therapie vereinfachen:** wenige Einnahmezeitpunkte, Kombinationspräparate, Wochendosierer
- **Erinnern und unterstützen:** Apps, Angehörige, Apotheke, Pflege
- **Motivation stärken:** z. B. Motivational Interviewing

Einzelmaßnahmen zeigen meist nur kleine Effekte; wirksamer sind kombinierte, individuell zugeschnittene Ansätze (Nieuwlaat et al., 2014)



ALLGEMEINE MERKMALE DES KRANKHEITS-VERHALTENS

Foto: Adobe Stock 204184635

WAS IST KRANKHEITSVERHALTEN?

BEGRIFFSBESCHREIBUNG

- Der Begriff „Krankheitsverhalten“ („**Illness or sickness behavior**“) geht zurück auf den Medizinsoziologen Mechanic (1962), der damit die ***individuelle Reaktion auf ein Symptom oder eine Erkrankung*** umschrieb.
- Dies beinhaltete die *perzeptuellen*, *kognitiven und affektiven Reaktionen* einer Person.
- **Soziale Normen** und **kulturelle Einflüsse** sowie **die Rolle des Gesundheitssystems** haben wichtige Funktionen hinsichtlich der Steuerung individuellen Krankheitsverhaltens und der Krankenrolle

GIBT ES „ABNORMES“ KRANKHEITSVERHALTEN?

BEGRIFFSBESCHREIBUNG

- Es gibt **“normales“ Krankheitsverhalten**, das heißt normale Reaktionen auf die Tatsache des Krankwerdens
- Es gibt **unangemessene oder „maladaptive“ Reaktionen** des Erlebens, der Bewertung und der Handlungen im Umgang mit dem eigenen Krankheitszustand.



Michael Ancher „The sick girl“ (1882)

GIBT ES „ABNORMES“ KRANKHEITSVERHALTEN?

BEGRIFFSBESCHREIBUNG

- Bis heute gibt es **keine allgemein anerkannte Definition**, was „normales“ und „abnormales“ Krankheitsverhalten im Kontext einer bestimmten Erkrankung konkret ausmacht.
- Krankheitsverhalten wird heute verstanden als eine **individuelle Reaktionstendenz auf eine Erkrankung**, für die geprüft werden kann, inwieweit sie **funktional** oder **maladaptiv** zur **Krankheitsbewältigung** ist.

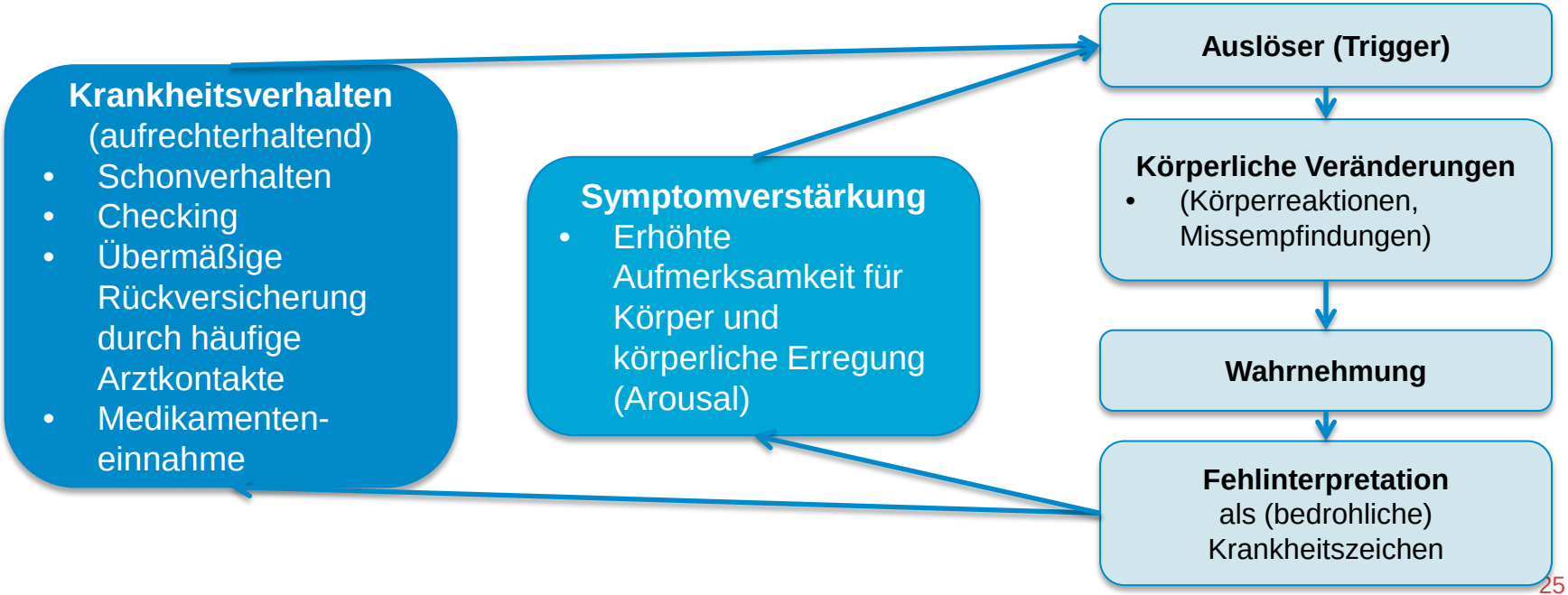
GIBT ES „ABNORMES“ KRANKHEITSVERHALTEN?

VERMEIDUNGS- UND SCHONVERHALTEN

- **Vermeidungs- und Schonverhalten** ist eine besonders wichtige Form von häufig dysfunktionalem Verhalten:
- Viele Menschen reduzieren z.B. körperliche Aktivität im Kontext von Krankheit, was bei akuten Symptomen sinnvoll und notwendig sein kann, im Kontext chronischer Symptomatik jedoch als maladaptiv gilt.
- Beispiel: Patientinnen und Patienten mit Schmerzsyndromen, die eine Tendenz zu Schonverhalten haben, haben eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Schmerzen chronifizieren

VERMEIDUNGS- UND SCHONVERHALTEN

STÖRUNGSMODELL NACH RIEF UND HILLER (1998)



VERMEIDUNGS- UND SCHONVERHALTEN

- **Vermeidungs- und Schonverhalten** birgt **kurzfristig** *Vorteile* hinsichtlich der Milderung der Symptomatik und der Vorbeugung einer Verschlechterung der Symptomatik, **langfristig** *aber Nachteile* hinsichtlich der Reduktion körperlicher Aktivität, Rückzug aus sozialen Kontakten und der Reduktion der Beteiligung in verschiedenen Tätigkeitsbereichen.

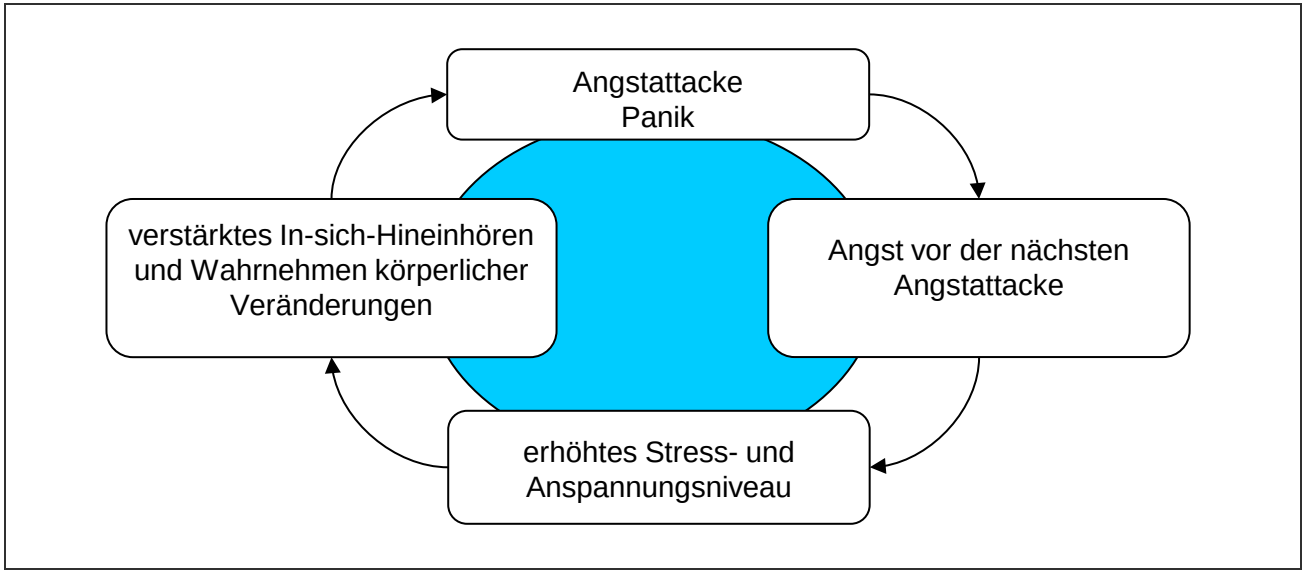
VERMEIDUNGS- UND SCHONVERHALTEN

Durch den Abbau der körperlichen Kondition treten nicht nur „Disuse-Symptome“ auf, sondern auch

- eine Sensibilisierung für die Wahrnehmung von Körperbeschwerden,
- eine gedankliche Fokussierung auf somatische Prozesse,
- eine Reduktion der Erwartung, selbst den Krankheitsprozess positiv beeinflussen zu können („krankheitsspezifische Selbstwirksamkeit“)
- Unter Umständen unterstützt durch sozialen Rückzug erhöht sich die Wahrscheinlichkeit negativer affektiver Reaktionen bis hin zur Depression,
- es reduzieren sich allgemeine Problembewältigungsfähigkeiten

VERMEIDUNGS- UND SCHONVERHALTEN

Der Teufelskreis der Angst



Der Teufelskreis der Angst (aus Margraf & Schneider, 1990)

GIBT ES „ABNORMES“ KRANKHEITSVERHALTEN?

„ENDURERS“

- „Krankheitsverhalten“ kann auch weitere Facetten von Vermeidungs- und Schonverhalten umfassen:
- Es gibt auch Patientinnen und Patienten, die eher zu wenig Rücksicht auf körperliche Grenzen nehmen (“**Endurers**“), was ebenfalls dysfunktional sein kann, jedoch andere Interventionen erfordert.
- Das **Avoidance-Endurance-Modell** (Hasenbring) unterscheidet ängstlich-vermeidende von durchhaltenden Reaktionsmustern: Beide erhöhen das Risiko einer Schmerzchronifizierung

FALLBEISPIEL 2: HERR T., 44 JAHRE

VOM AKUTEN RÜCKENSCHMERZ ZUM TEUFELSKREIS

- Lagerlogistiker, verhebt sich: **akuter Kreuzschmerz**
- MRT: altersentsprechender Befund, keine OP-Indikation
- Seit acht Wochen krankgeschrieben; liegt viel, meidet Bücken, hat das Fußballtraining aufgegeben
- Sucht täglich online nach Lähmungsrisiken, dreimal Praxiswechsel
- *„Wenn ich mich falsch bewege, geht etwas kaputt.“* Schmerz und Stimmung werden schlechter

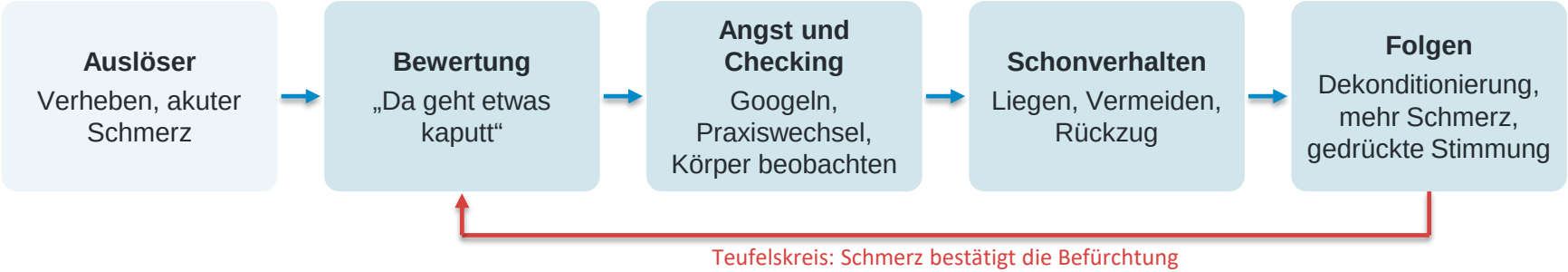


Fiktives Fallbeispiel; Bild: KI-generiert

Ihre Einschätzung: Welche Elemente des Störungsmodells erkennen Sie? Ist Herr T. eher „Avoider“ oder „Endurer“? Wie würden Sie ihn beraten?

FALLBEISPIEL 2: AUFLÖSUNG

SCHONVERHALTEN HÄLT DEN SCHMERZ AUFRECHT (FEAR-AVOIDANCE-MODELL)



Ansatzpunkte

- Verständlich erklären: Schmerz bedeutet nicht Schaden; ohne Warnzeichen keine weitere Bildgebung
- Schrittweise Aktivierung und Exposition gegenüber gefürchteten Bewegungen; Rückkehr an den Arbeitsplatz planen
- Stimmung erfassen. Kontrast: Ein „Endurer“ würde trotz Schmerz durchhalten und sich überlasten

Vlaeyen & Linton (2000); Hasenbring & Verbunt (2010); vgl. Störungsmodell nach Rief & Hiller (1998)

KOMMUNIKATION

- In der Kommunikation über die eigene Erkrankung unterscheiden sich Menschen:
  - **Eine Person versucht, die Krankheitssymptome zu verheimlichen**
  - **Eine andere Person ist darauf bedacht, allen mitzuteilen, dass und wie krank sie ist.**
- Unter Umständen verändert sich das Kommunikationsmuster über den **Chronifizierungsprozess**, und es wird zunehmend über Symptome, diagnostische Verfahren und Behandlungsmöglichkeiten mit anderen Menschen gesprochen
- Ggf. treten Kommunikationsthemen des Alltags zunehmend in den Hintergrund und die **Person definiert sich immer mehr über ihre Krankenrolle**
- Auch dieses Kommunikationsmuster kann einen Faktor darstellen, der zur Persistenz der Symptomatik beiträgt und zu weiteren pathogenen Konstellationen (reduzierte Lebensqualität oder verringerte Partnerschaftsqualität) führen kann

SCHWIERIGE GESPRÄCHSSITUATIONEN

Verhaltensweisen von Patientinnen, Patienten oder Angehörigen, die im medizinischen Kontext häufig als schwierig wahrgenommen werden

- Wut, Aggressivität
- Klagsamkeit, beständige Unzufriedenheit
- ausgeprägte Ängste
- manipulatives Verhalten
- fehlende Kooperation, mangelnde Compliance
- sekundärer „Krankheitsgewinn“
- anspruchsvolles Verhalten, Stellen vieler Forderungen
- Passivität (u.U. Depression)
- Drogenkonsum/Substanzmissbrauch
- kognitive Beeinträchtigungen



Bild: KI-generiert

FAZIT

- **Krankheitsverhalten** selbst kann zu einem pathologischen Faktor werden, der in der Behandlung der Erkrankung zusätzlich beachtet werden muss!



Foto: Adobe Stock 195386711



KRANKHEITS-VERARBEITUNG (COPING)

Foto: Adobe Stock 242427690

COPING

- Der Prozess der **individuellen Anpassung an einen Stressor** wird als Coping bezeichnet und stellt einen wesentlichen Aspekt des Krankheitsverhaltens dar!

STRESS ALS INTERAKTION

- Beobachtbar sind **interindividuelle Unterschiede** in der Anpassung an Belastungen → Folge sind interindividuelle Unterschiede des psychischen Befindens und der Lebensqualität
- Lazarus & Folkman untersuchten Prozesse der Belastungsverarbeitung (Coping) vor dem Hintergrund kognitiver Emotionstheorien
- → **Transaktionale Stresstheorie**



Richard Lazarus
1922 - 2002



Susan Folkman
*1938

TRANSAKTIONALE STRESSTHEORIE



Ereignis
z.B. Erkrankung

Primäre Bewertung

Interpretation des Ereignisses

- **Positiv**
- **Gefährlich** (Herausforderung, Bedrohung, Schaden/Verlust)
- **Irrelevant**

Stress

- **Mangelnde** Ressourcen
- **Ausreichende** Ressourcen

Analyse der verfügbaren Ressourcen

Sekundäre Bewertung

Bewältigung (Coping)

- **Problemorientiert** (Situation selbst ändern)
- **Kognitions- und Emotionsorientiert** (Bezug zur Situation ändern)

Stressorbezogener Outcome

- **Günstige** Lösung
- **Ungünstige** Lösung
- **Keine** Lösung

Emotionsbezogener Outcome

- **Wohlbefinden**
- **Psychische Belastung** (Distress/Krise)

Sinnzentrierte Bewältigung
(Kognitionsorientiertes Coping u.a. Reframing, Spiritualität)

Neubewertung
(Anpassung und Lernen)

nach Folkman 1997

KRANKHEITSVERARBEITUNG (COPING)

DEFINITION

Krankheitsverarbeitung

ist das Bemühen, bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch eine Erkrankung oder deren Behandlung

→ durch innerpsychische (kognitiv / emotional) Prozesse

→ oder durch zielgerichtetes Handeln

vorbeugend auszugleichen oder ihre Manifestation zu verarbeiten und zu meistern.

COPING (KRANKHEITSVERARBEITUNG)

Copingstile

Problemorientiertes/handlungsbezogenes Coping:

- u.a. sich informieren, Aktivität, Zupacken, sozialer Rückzug ...

Kognitions- und Emotionsbezogenes Coping:

- u.a. Problemanalyse, Optimismus, Selbstbeschuldigung, Resignation, Akzeptanz, Religiosität, innere Anspannung, körperliche Erregung, Weinen, Wut ...

Sinnzentriertes Coping (enthält sowohl handlungs- als auch kognitions- und emotionsbezogene Copingstrategien):

- u.a. Neubewertung von Situationen („Reframing“), Spiritualität, Neudefinition von Prioritäten und Lebenszielen

(Heim, 1988, 1991; sinnzentriertes Coping: Folkman, 1997)

KRANKHEITSVERARBEITUNG

Adaptive (günstige) Copingstile

- **Aktives zupackendes Verhalten**: *Wie kann ich mitmachen? Was kann ich tun?*
- **Mobilisierung emotionaler und sozialer Ressourcen**: *Bei wem kann ich mir Unterstützung holen? Wer kann mir helfen?*
- **Realistische Problemanalyse:** *Was ist eigentlich genau los? Was steht als nächstes an?*
- **Akzeptanz unveränderlicher Gegebenheiten:** *Ich bemühe mich zu tragen, was ich kann.*
- **Emotionale Entlastung:** *Weinen hilft mir.*

(Heim, 1988, 1991)

KRANKHEITSVERARBEITUNG

Maladaptive (ungünstige) Copingstile

- **Fatalistisches Akzeptieren:** *Es ist sowieso nicht mehr zu ändern.*
- **Passive Kooperation:** *Der Arzt weiß am besten, was für mich gut ist.*
- **Resignation:** *Ich glaube, es hat alles keinen Sinn mehr.*
- **Selbstbeschuldigung:** *Ich bin an allem selbst schuld.*

(Heim, 1988, 1991)

ZURÜCK ZU DEN FÄLLEN

DIE BEWERTUNG DER SITUATION PRÄGT DAS COPING

Frau M.

Eher ungünstig

- Passive Kooperation: Beschwerden verschweigen
- Stilles Weglassen statt Klärung

Adaptiv, gezielt zu fördern

- Realistische Problemanalyse: Was belastet mich genau?
- Nebenwirkungen aktiv ansprechen
- Soziale Unterstützung, z. B. Selbsthilfegruppe

Herr T.

Eher ungünstig

- Katastrophisierende Bewertung als Schaden
- Resignation und sozialer Rückzug

Adaptiv, gezielt zu fördern

- Neubewertung: Schmerz bedeutet nicht Schaden
- Aktives Handeln: Bewegungsprogramm
- Schrittweise Rückkehr ins Training

Copingstile nach Heim (1988, 1991); transaktionale Stresstheorie nach Lazarus & Folkman (1984)

KRANKHEITSVERARBEITUNG (COPING)

MESSUNG

- Krankheitsverhalten und Krankheitsverarbeitung werden über **Beobachtung und Exploration** erfasst: Motorik, Art der Kommunikation, Gestik und Mimik geben neben verbalen Äußerungen wertvolle Hinweise; auch der Einbezug von Angehörigen kann hilfreich sein
- Ergänzend stehen **validierte Fragebögen** zur Verfügung, z. B.:
  - Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV; Muthny, 1989)
  - Berner Bewältigungsformen (BEFO; Heim et al., 1991)
  - Brief COPE (Carver, 1997; deutsche Fassung: Knoll et al., 2005)

TAKE-HOME-MESSAGES

- Menschen reagieren auf dieselbe Erkrankung sehr unterschiedlich: **Krankheitsverhalten** ist individuell, sozial und kulturell geprägt
- **Non-Adhärenz** ist häufig (rund 50 % bei Langzeittherapien) und menschlich – kein Fehlverhalten „schwieriger“ Patientinnen und Patienten
- Adhärenz entsteht **in der Beziehung:** Information, partizipative Entscheidung und nicht wertendes Nachfragen sind zentrale Hebel
- Kurzfristig entlastendes **Schon- und Vermeidungsverhalten** kann Beschwerden langfristig aufrechterhalten
- Wie Menschen eine Erkrankung **bewerten**, prägt, wie sie sie **bewältigen**

LITERATUR

- Faller H, Mehnert-Theuerkauf A (2025). Medizinische Psychologie und Soziologie (6. Aufl.). Berlin: Springer
- Folkman S (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. Soc Sci Med, 45, 1207–1221
- Hasenbring MI, Verbunt JA (2010). Fear-avoidance and endurance-related responses to pain. Clin J Pain, 26, 747–753
- Heim E (1988). Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? Psychother Psychosom Med Psychol, 38, 8–18
- Horne R, Weinman J (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence. J Psychosom Res, 47, 555–567
- Khan R, Socha-Dietrich K (2018). Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency. OECD Health Working Papers, 105
- Lazarus RS, Folkman S (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer
- Margraf J, Schneider S (1990). Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung (2. Aufl.). Berlin: Springer
- Mechanic D (1962). The concept of illness behavior. J Chronic Dis, 15, 189–194
- Nieuwlaat R et al. (2014). Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev, CD000011
- Rief W, Henningsen P (2015). Psychosomatik und Verhaltensmedizin. Stuttgart: Schattauer
- Rief W, Hiller W (1998). Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Göttingen: Hogrefe
- Vlaeyen JWS, Linton SJ (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain. Pain, 85, 317–332
- Vrijens B et al. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. Br J Clin Pharmacol, 73, 691–705
- World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genf: WHO

UNIVERSITÄT LEIPZIG

Medizinische Fakultät

VIELEN DANK!

Prof. Dr. Anja Mehnert-Theuerkauf
Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

www.uniklinikum-leipzig.de/einrichtungen/medizinische-psychologie