

# DIE EINSTELLUNGSMESSUNG ALS EVALUATIONSMETHODE ZUR QUALITÄTSKONTROLLE DER MEDIZINISCHEN AUSBILDUNG

JOST LANGHORST

## Zusammenfassung

Eine studienbegleitende Evaluation, die sich an einem umfassenden, am biomedizinischen Denk- und Handlungsmodell orientierten Ausbildungsziel ausrichtet, muß neben ärztlichen Kenntnissen auch Fertigkeiten und Einstellungen umfassen.

Das in der 7.ÄAppO eingeführte „Praktikum zur Einführung in die Klinische Medizin (mit Patientenvorstellung)“ wurde in Münster erstmalig im Wintersemester 1990/91 im ersten vorklinischen Semester ausgerichtet und hinsichtlich ausgewählter Ausbildungsziele auf der Basis einer Einstellungsmessung evaluiert.

Anhand der Ergebnisse wird die Bedeutung der Einstellungsmessung als ergänzende Evaluationsmethode zur umfassenden Qualitätskontrolle der Medizinischen Ausbildung betont. Mit dem weiterentwickelten Meßinstrument läßt sich auch zukünftig die Qualität des

Praktikums überprüfen. Es wird darüberhinaus die Voraussetzung für eine studienbegleitende Einstellungsabbildung geschaffen.

## Summary

An evaluation concomitant to medical education should be orientated on an integrating biopsychosocial theory and include medical knowledge, skills and attitude.

In the 7th modification for regulations of the licensing for physicians in Germany the „Praktikum zur Einführung in die Klinische Medizin (mit Patientenvorstellung)“ was introduced. At the University of Münster it was carried out first in WS 90/91 and was evaluated by measurement of attitude changes.

The importance of this complementary method for the evaluation of medical education is emphasized.

## Theoretische Vorüberlegungen

Von zahlreichen Autoren wird die Notwendigkeit der Überwindung des biomedizinischen Denk- und Handlungsmodells in der Medizin und der medizinischen Ausbildung beschworen. Gefordert wird die Umsetzung eines integrativen bio-psycho-sozialen Behandlungskonzeptes (vgl. Engel, 1980, S. 53) im Humanmedizinstudium.

Zur Gewährleistung einer umfassenden, fächerübergreifenden 'ärztlichen Allgemeinausbildung', die auf eine interdisziplinäre Integration für das ärztliche Denken und Handeln abzielt, muß die Vermittlung einer medizinischen Basiskompetenz, die neben Kenntnissen entsprechende Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einstellungen umfaßt, zu einem Schwerpunkt der Ausbildung werden (vgl. Uexküll und Pauli, 1990, S. 7-10).

Zur Sicherung der Qualität einer entsprechend ausgerichteten medizinischen Ausbildung ist eine kontinuierliche, studienbegleitende Qualitätskontrolle von Lehre und Ausbildung anzustreben, die sich an einem umfassenden Ausbildungsziel orientiert. Diese muß über die reine Überprüfung von Kenntnissen hinausgehen. Die derzeitigen noch weitgehend nur auf das Abfragen von punktuelltem Wissen abzielenden Evaluationsmethoden

hatten bisher überwiegend die Funktion der Elimination und Selektion.

"Ziel sollte es (...) sein, Prüfungen zum Zwecke der Rückmeldung zu verwenden, um das Prinzip der Standortbestimmung und des Einleitens von Korrekturmaßnahmen im Ausbildungskonzept zu verwirklichen" (Bollag, 1990, S. 86).

Es müssen Evaluationsmethoden geschaffen und angewendet werden, die neben Kenntnissen auch die Qualität von Fertigkeiten und Einstellungen abbilden. Nur im Rahmen einer studienbegleitenden Evaluation, in der die verschiedenen Dimensionen der medizinischen Ausbildung berücksichtigt werden, kann eine angemessene Qualitätskontrolle verwirklicht werden.

## Einführung

Ausgangspunkt der Arbeit war die 7.ÄAppO mit der Einführung des „Praktikums zur Einführung in die Klinische Medizin (mit Patientenvorstellung)“. Ziel war es, durch ein geeignetes Evaluationsverfahren Qualität und Effizienz des Praktikums abzubilden.

Die Bewertung erfolgte nicht in der im Studium sonst üblichen Form der Überprüfung von Kenntnissen, sondern auf der Basis einer Einstellungsmessung, d. h. an-

hand von Veränderungen der Einstellungen der Studierenden in bezug auf ausgewählte Ausbildungsziele. Mit der Entwicklung und der Erprobung des Fragebogens sollte ein Meßinstrument zur langfristigen, studienbegleitenden **Einstellungsmessung** hinsichtlich zentraler Inhalte der Medizinischen Ausbildungen entwickelt werden. Auch auf dem Gebiet der Einstellungsänderung sollte somit eine kontinuierliche Qualitätskontrolle der humanmedizinischen Ausbildung ermöglicht werden.

### **Kursdurchführung**

Das Praktikum zur 'Einführung in die Klinische Medizin (mit Patientenvorstellung)' wurde in Münster erstmalig im Wintersemester 1990/91 für 160 Studierende des ersten vorklinischen Semester ausgerichtet.

Im Vordergrund stand dabei das **Beobachten und Wahrnehmen**

- **der Arzt-Patientbeziehung,**
- **der Kommunikation und des Rollenverhaltens von Arzt und Patient,**
- **der Prozeßhaftigkeit von Gesundheit und Krankheit,**
- **der Wechselwirkungen zwischen Patient und sozialem Umfeld sowie**
- **das Kennenlernen von Strukturen des Gesundheitswesens.**

Das Konzept des Praktikums sah die Gliederung in eine gemeinsame Ringvorlesung, in Hospitationen und Supervisionsseminare vor.

Die Durchführung der Hospitationen und Supervisionsseminare erfolgte dabei in den zwei alternativen Kursmodellen "Poliklinik" und "Allgemeinmedizin", die sich in Konzeption und Ablauf wesentlich unterscheiden.

Für die 112 Teilnehmer des Kursmodells "Poliklinik" wurden die Hospitationen der Tertiärversorgung entsprechend in den verschiedenen Kliniken der Universität veranstaltet. Die Studierenden wurden den Ärzten dabei in Paaren zugeordnet. Für das Kursmodell "Allgemeinmedizin" konnte eine ausreichende Anzahl an niedergelassenen Fachärzten für Allgemeinmedizin gewonnen werden. Die Hospitationen wurden für die 48 teilnehmenden Studierenden im Rahmen eines Hausbesuchmodells in der Primärversorgung durchgeführt. Je zwei Studierende begleiteten dabei einen Allgemeinmediziner.

An den Supervisionsseminaren nahmen die jeweiligen Studierenden, die an den Hospitationen beteiligten Ärzte und weitere universitäre Fachvertreter teil.

### **Die Evaluationmethode**

Die Bewertung des Praktikums erfolgte auf der Basis einer Einstellungsmessung. Bei der Auswahl der Evaluationsmethode wurde der Forderung entsprochen, daß in eine Qualitätskontrolle des Studiums, die sich an einem umfassenden Ausbildungsziel orientiert, neben ärztlichen Kenntnissen auch Fertigkeiten und Einstellungen einbezogen werden müssen.

Das Arbeiten mit dem Konzept "Einstellung" hat sich in der Psychologie und hier vor allem in der Sozialpsychologie etabliert (vgl. Stahlberg und Frey, 1990, S. 144).

Die Einstellung als abstraktes Konzept ist dabei nicht direkt meßbar. Es ist also erforderlich, Indikatoren einer Einstellung zu finden. "Die Mehrzahl der Methoden zur Einstellungsmessung basiert auf der Annahme, daß Einstellungen durch Fragen nach den Meinungen über ein Einstellungsobjekt gemessen werden können" (Stahlberg und Frey, 1990, S. 148).

Bei dem Versuch Einstellungen zu operationalisieren werden nicht zuletzt aufgrund von ökonomischen Überlegungen (vgl. Stahlberg und Frey, 1990, S. 164) eindimensionale Einstellungskonzepte bevorzugt. Die meisten der klassischen Instrumente zur Messung von Einstellungen beruhen auf dem eindimensionalen Einstellungskonzept.

In Abstimmung mit der Auswahl der zu evaluierenden Ausbildungsziele wurde die Einstellungsmessung im Rahmen einer Befragung im Selbstbeschreibungsverfahren durchgeführt.

Bei der Konzeption des Fragebogens offenbarte sich folgendes Dilemma: Einerseits sollte ein möglichst objektives, reliables und valides Meßinstrument konstruiert werden. Ein Zugriff auf bewährte, die Fragestellungen abdeckende Tests war aber nicht möglich. Andererseits bestand die Notwendigkeit, mit begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen möglichst aktuelle Antworten auf Fragestellungen zu gewinnen, auf deren Basis kurzfristig eine sinnvolle Umgestaltung des EKM vollzogen werden konnte. Der Widerspruch zwischen dem die Gütekriterien betreffenden Anspruchsniveau und dem möglichen praktischen Vorgehen wurde durch die Überlegung entspannt, daß gerade bei noch wenig erforschten Bereichen, wie dem der Einstellungsmessung bei Studierenden der Medizin, Explorationsuntersuchungen mit weniger validen Verfahren gerechtfertigt erscheinen, da sie zumindest Trends anzeigen und wichtige Hinweise für die Modifizierung von Fragestellungen und Hypothesen für nachfolgende experimentelle Untersuchungen geben können.

Es wurde ein Meßinstrument mit 47 Items, davon 44 in Form von Aussagen mit geschlossenen Antwortalternativen und 3 in Form von offenen Fragen, entwickelt, mit dem die Einstellungen der Studierenden hinsichtlich der Inhalte

- **Arzt-Patient Beziehung,**
- **die unterschiedlichen Arztrollen,**
- **Krankheitsentstehung,**
- **Krankheitsbewältigung und**
- **Gesundheit**

vor Beginn und nach Ende des Praktikums abgebildet wurden.

Die Forderung nach einem einheitlichen Antwortschema wurde für die Items in Aussageform mit geschlossenen Antwortalternativen erfüllt. Bei der Entwicklung dieses Antwortschemas diente vor allem die klassische

Likert-Skala (vgl. Likert, 1932, zitiert nach Stahlberg und Frey, 1990, S. 151-152) als Orientierungshilfe.

Konzipiert wurde eine Ratingskala, das heißt eine subjektive Schätzskaala numerischer oder graphischer Form, auf der die befragten Personen durch Ankreuzen ihre Einstellung zu einem Einstellungsgegenstand kennzeichnen können.

In der endgültigen Form des Antwortschemas wurde bewußt auf eine neutrale Antwortmöglichkeit verzichtet, um eine wertende Entscheidung der Studierenden zu erreichen. Die Items wurden im Fragebogen in zufälliger, nicht nach Themen geordneter Reihenfolge aufgelistet, um "Sequenzeffekte" (Bortz, 1984, S. 173) möglichst auszuschließen.

Die Untersuchung wurde als experimentelle Felduntersuchung konzipiert (vgl. Bortz, 1984, S. 36; Friedrichs, 1981, S. 339, S. 344-349). Durchgeführt wurde sie in Form einer summativen Evaluation.

Grundsätzlich kann darauf verwiesen werden, daß einer experimentellen Untersuchung im Feld eine eher hohe externe Validität und infolgedessen eine geringere interne Validität zugesprochen wird (vgl. Bortz, 1984, S. 33-34). Die Kombination "experimentelle Felduntersuchung" wird von Bortz in einer zusammenfassenden Bewertung als "(...) allen anderen Kombinationen überlegen (...)" (Bortz, 1984, S. 34) bezeichnet.

An den Messungen vor Beginn und nach Beendigung des Praktikums nahmen 142 der 160 Studierenden des ersten vorklinischen Semesters (89,3%) teil.

Mit Hilfe der Methode war nach der ersten Messung die Erstellung einer Baseline der Einstellungen möglich, die sowohl für die Gesamtheit der Teilnehmer des Praktikums als auch differenziert für die Teilnehmer der Kursmodelle "Allgemeinmedizin" und "Poliklinik" verfaßt werden konnte. Ausgehend von der Baseline konnten durch die zweite Messung die Einstellungsänderungen der Studierenden aufgezeigt werden.

Da die Auswertung der Items in offener Frageform ein geringeres Maß an Standardisierung ermöglicht, ferner ein höheres Maß an Aufwand erfordert und die Repräsentationsform des Fragebogens möglichst einheitlich sein und ein ökonomisches Arbeiten ermöglichen soll, wurden in der überarbeiteten Konzeption des Meßinstruments auch die Themen "Krankheitsbewältigung" und "Gesundheit", die bisher durch als offene Fragen gestellte Items abgedeckt wurden, durch Items in Aussageform mit geschlossenen Antwortalternativen ersetzt.

Zur besseren Übersicht wurden die Items des überarbeiteten Fragebogens im Anhang nach Themenschwerpunkten geordnet.

## Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden unter Anwendung des Chi<sup>2</sup>-Tests für unabhängige (vgl. Kollegium Biomathematik NW, 1976, S. 186-190) und des McNemar-Tests für abhängige Stichproben (vgl. Bortz et al., 1990, S. 160-164) berechnet.

Sie ergaben, daß die Einstellungen der Studierenden zu Studienbeginn in hohem Maße den Inhalten des biopsychosozialen Behandlungskonzeptes entsprachen. Im Rahmen des Kursmodells Allgemeinmedizin erfolgte

eine medizinische Sozialisation, die (deutlich) mit den Inhalten des biopsychosozialen Behandlungskonzeptes konform geht. Die Einstellungsänderungen der Teilnehmer des Kursmodells Poliklinik waren vergleichsweise geringer ausgeprägt. Im Bereich der verschiedenen Arztrollen entsprachen sie sogar eher den Inhalten des biomedizinischen Paradigmas.

Vor allem in den Bereichen Arzt-Patient Beziehung und verschiedene Arztrollen, für die eine unmittelbare Beeinflussung der Einstellungen durch den Patientenkontakt und das Beobachten von Arzt und Patient angenommen werden kann, offenbarten sich diese Unterschiede. Verstärkt wird dieser Eindruck durch die Entwicklung (der Einstellungen) hinsichtlich der psychosozialen Ebene der Bereiche Krankheitsentstehung und Krankheitsbewältigung.

Die Einstellungsveränderungen der Studierenden zeigen, daß gerade in einem allgemeinmedizinischen Setting schon zu Beginn der medizinischen Ausbildung die Integration biologischer, psychologischer und soziokultureller Inhalte in der Medizin erfolgen kann. Für die Überwindung des biomedizinischen Denk- und Handlungsmodells erscheint es besonders geeignet. Die Forderung nach einer zentraleren Stellung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung wird durch die Untersuchungsergebnisse unterstrichen.

## Schlußfolgerungen

Die Ergebnisse belegen die Eignung und Bedeutung der Einstellungsmessung als ergänzende Evaluationsmethode zur umfassenden Qualitätskontrolle der Medizinischen Ausbildung.

Mit dem im Pilotprojekt erprobten und weiterentwickelten Meßinstrument läßt sich auch in Zukunft im Rahmen von Querschnittsuntersuchungen die Qualität des Praktikums überprüfen. Es wird darüberhinaus die Voraussetzung für eine studienbegleitende Abbildung der Einstellungen zur langfristigen Qualitätskontrolle der Ausbildung geschaffen.

## Literatur:

1. Bollag, U.: Ergebnisbericht der Arbeitsgruppe "Prüfung". In Die Inhalts-AG (Hrsg.), Bericht zum Workshop Medizinischer Reformstudiengang. Inhalt, Struktur und Schritte zur Verwirklichung, im Eigenverlag, Berlin, 1990, 86-89.
2. Approbationsordnung für Ärzte in der Fassung vom 14. Juli 1987 (BGBl. I, S. 1593), geändert durch Artikel 47 vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I, S. 2477), geändert durch die siebente Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung vom 21. Dezember 1989 (BGBl. I, Nr. 62, S. 2549).
3. Bortz, J.: Lehrbuch der empirischen Forschung. Springer, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo, 1984.
4. Bortz, J.; Lienert, G.A.; Boehnke, K.: Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Springer, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo-Hong Kong-Barcelona, 1990.
5. Engel, G.L.: The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry, (1980), 137, 53-544.
6. Friedrichs, J.: Methoden empirischer Sozialforschung. 9. Aufl., Westdeutscher Verlag, Opladen, 1981.
7. Kollegium Biomathematik NW (Hrsg.): Biomathematik für Mediziner. 2. Aufl., Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1976, 179-190 und 240.
8. Langhorst, J.: Praxis- und patientenorientierte Mediziner Ausbildung vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels in der Humanmedizin: Evaluation des Praktikums zur "Einführung in die Klinische Medizin" (mit Patientenvorstellung), Medizinische Dissertation, Münster, 1995

9. Lickert, R.: A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology, 140, 1932, 5-53.
10. Stahlberg, D.; Frey, D.: Einstellungen 1: Struktur, Messung und Funktionen. In: Stroebe, W.; Hewstone, M.; Codol, J.P.; Stephenson, G.M.: Sozialpsychologie: Eine Einführung, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo-Hong Kong, 1990, 144-170.
11. Uexküll, Th.v.; Pauli, H.G.: Das Allgemeine in der Medizin. Integrierendes ärztliches Denken, ärztliche Wissenschaft und Ausbildung. In: Allgemeinmedizin, Springer Verlag, (1990), 19, 1-11.

### Anschrift des Verfassers

Dr. med. Jost Langhorst  
 Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und  
 Psychotherapie der Heinrich-Heine Universität  
 Bergische Landstr. 2

D-40629 Düsseldorf

### Anhang

## FRAGEBOGEN ZUR EINSTELLUNGSMESSUNG BEI MEDIZINSTUDIERENDEN 1995

#### Allgemeine Angaben

.....  
 Codewort (setzt sich zusammen aus den letzten 2 Buchstaben des Vor-  
 namens und den letzten 2 Buchstaben des Nachnamens)

Gruppennummer EKM ..... Stundenplanbuchstabe ..... Alter .....

Geschlecht ..... Datum .....

Medizinische Vorbildung/Vorkenntnisse O JA O NEIN  
 wenn JA, welche .....  
 .....

Auf den folgenden Seiten finden Sie verschiedene Aussagen. Bitte versuchen Sie, jede Aussage nach den vier Möglichkeiten

stimmt - eher JA - eher NEIN - stimmt nicht

Ihren eigenen Einstellungen entsprechend einzuschätzen.

Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie so, wie es für Sie zutrifft.

Beachten Sie dabei bitte folgende Punkte:

- Überlegen Sie nicht, welche Antwort vielleicht den "besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es Ihrer persönlichen Einstellung entspricht. Ihre Antworten werden unbedingt vertraulich behandelt.
- Denken Sie nicht lange über einen Satz nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Kreuzen Sie immer eine Antwort an. Falls Ihnen keine der Antwortmöglichkeiten als zutreffend erscheint, kreuzen Sie bitte diejenige an, die noch am ehesten zutrifft.

## Arzt- Patient Beziehung

<b>Item</b>	<b>Arzt- Patient Beziehung aus der Sicht des Arztes - kognitive Dimension:</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
1:	Bei der Diagnoseerstellung ist die Hinzunahme psychologischer und sozialer Aspekte nicht nötig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ein bekannter Arzt hat einmal gesagt : "Eine gute Anamnese ist die halbe Diagnose."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Laborbefunden ist immer mehr Beachtung zu schenken als den vom Patienten geschilderten subjektiven Symptomen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Wenn ein Arzt gezwungen wäre, entweder auf Anamnese oder Untersuchung zu verzichten, sollte er auf die Untersuchung verzichten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ein Arzt vollzieht ständig eine Gratwanderung zwischen einer beunruhigenden Unsicherheit einerseits und der Suche nach sicheren Orientierungspunkten andererseits.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Item</b>	<b>Arzt- Patient Beziehung aus der Sicht des Arztes - affektive Dimension:</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
6	Ein Arzt sollte nur seinem Verstand nicht aber seinen Emotionen dem Patienten gegenüber Beachtung schenken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Dem Arzt müssen Angst und Unsicherheit weitgehen fremd sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Item</b>	<b>Arzt- Patient Beziehung aus der Sicht des Arztes - ethische Dimension:</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
8	Der Arzt dringt in den körperlichen Intimbereich des Patienten ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Der Arzt dringt in den seelisch Intimbereich des Patienten ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Item</b>	<b>Arzt- Patient Beziehung aus der Sicht des Patienten:</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
10	Die meisten Patienten erwarten von ihrem Arzt, daß dieser auch Experte in allgemeinen Lebensfragen ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Der Patient erwartet, daß der Arzt auch auf seelisch bedingte Störungen eingeht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Durch genaue Informationen über berufliche Situation und Familienverhältnisse gibt der Patienten dem Arzt entscheidende Hinweise für sein Handeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Der Arzt selbst ist auch ein "Medikament" für den Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Die unterschiedlichen Arztrollen

Item	Die unterschiedlichen Arztrollen - aktiver Arzt und ausschließlich passiver Patient:	stimmt	eher JA	eher NEIN	stimmt nicht
14	Der Arzt ist der Experte und weitgehend allein der Träger der Entscheidungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	OP
15	Der Arzt behandelt, der Patient läßt behandeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Der Patient ist Objekt der Behandlung durch einen Arzt als Experten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item	Die unterschiedlichen Arztrollen - Der Arzt als führende Person unter Mitwirkung des Patienten:	stimmt	eher JA	eher NEIN	stimmt nicht
17	Der Patient hat eine untergeordnete Rolle in der Arzt- Patient Beziehung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Das Verhältnis zwischen Patient und Arzt wird mehr vom Arzt bestimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Ein partnerschaftliches Verhältnis des Patienten zum Arzt ist selten, da sich der Patient eine Autoritätsperson als Arzt wünscht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item	Die unterschiedlichen Arztrollen - Arzt und Patient als Partner:	stimmt	eher JA	eher NEIN	stimmt nicht
20	Das Verhältnis zwischen Patient und Arzt wird mehr vom Patienten bestimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	In der Arzt- Patient Beziehung hat der Patient eine mitwirkende Rolle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Der Arzt soll eine Art Berater sein, der sein Wissen anbietet und dem Patienten hilft, eine gesundheitsdienliche Haltung zu finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Krankheitsentstehung

Item	Krankheitsentstehung - Anlage psychosozial:	stimmt	eher JA	eher NEIN	stimmt nicht
23	Ein Mensch, der mit seinen Problemen nicht fertig wird wird krank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Ängste, die ein Mensch nicht überwinden kann, führen zu Krankheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Häufige Selbstvorwürfe oder Minderwertigkeitskomplexe können eine Krankheit auslösen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Menschen, die Auseinandersetzungen mit unangenehmen Dingen aus dem Weg gehen, werden krank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Item</b>	<b>Krankheitsentstehung - Anlage somatisch:</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
27	Eine gesundheitliche Anfälligkeit wird ererbt und führt zu Krankheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Krankheit entsteht d. altersbedingte körperliche Verschleißerscheinungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Item</b>	<b>Krankheitsentstehung - Verhalten</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
29	Wer oft gestreßt ist wird krank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Eine ungesunde Lebensweise führt zu Krankheitsentstehung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Krankheit entsteht, wenn die Freizeit zu wenig zur Erholung genutzt wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Item</b>	<b>Krankheitsentstehung - Umwelt psychosozial:</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
32	Das Gefühl, nicht ernstgenommen oder nicht verstanden zu werden, kann ein Faktor bei der Entstehung von Krankheit sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Menschen, die sich überfordern, werden krank	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Die Entstehung einer Krankheit kann dadurch entscheidend beeinflusst werden, daß der Patient den Alltag zu eintönig findet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Der Verlust eines geliebten Menschen kann die Grundlage für eine Erkrankung sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Item</b>	<b>Krankheitsentstehung - Umwelt somatisch:</b>	<b>stimmt</b>	<b>eher JA</b>	<b>eher NEIN</b>	<b>stimmt nicht</b>
36	Eine der Hauptursachen für Krankheiten ist Ansteckung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Gesundheitsschädigende Einflüsse bei der Arbeit führen zu Krankheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Krankheitsbewältigung aus der Sicht des Behandelnden

Item	Maßnahmen	stimmt	eher JA	eher NEIN	stimmt nicht
38	Zur Krankheitsbehandlung ist zunächst eine körperliche Untersuchung von Nöten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Bei der Krankheitsbehandlung haben therapeutische Maßnahmen auf somatischer Ebene große Bedeutung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Bei der Behandlung von Krankheit ist wichtig, die psychische Situation des Patienten zu erkunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41	Bei der Behandlung von Krankheit ist therapeutische Hilfe in Form von psychischer Beratung von großer Bedeutung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42	Bei der Behandlung von Krankheit ist es wichtig, die sozialen Verhältnisse des Patienten abklären.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43	Zur Krankheitsbehandlung ist es wichtig, dem Patienten Hilfe auf sozialer Ebene zu geben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Gesundheit

Item	Wesen der Gesundheit	stimmt	eher JA	eher NEIN	stimmt nicht
44	Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45	Gesundheit umfaßt den Zustand körperlichen Wohlbefindens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46	Gesundheit umfaßt den Zustand geistigen Wohlbefindens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47	Gesundheit umfaßt den Zustand seelischen bzw. psychischen Wohlbefindens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48	Gesundheit umfaßt den Zustand sozialen Wohlbefindens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49	Gesundheit und Krankheit sind Endpunkte eines Kontinuums auf der sich der Mensch während seines Lebens bewegt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50	Gesundheit ist kein Zustand, sondern ein ständiger Prozeß.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>