

Armin Koerfer / Christian Albus (Hg.)

Kommunikative Kompetenz in der Medizin

Ein Lehrbuch
zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation
der ärztlichen Gesprächsführung

Mit Beiträgen von

Christian Albus • Matthias Berlin • Felix Berlth • Elfriede Bollschweiler
Michael B. Buchholz • Christina Burbaum • Seung-Hun Chon
Henning Cuhls • Kurt Fritzsche • Franziska Geiser • Regina Geisler
Katarina Hauser • Stefan Herzig • Helmut Hoffmann-Menzel • Martina Kern
Laura L. Kilarski • Robert Kleinert • Ortrun Kliche • Armin Koerfer
Katharina Koerfer • Johannes Kruse • Michael Langenbach • Hedda Lausberg
Jan Matthes • Florian Menz • Inga Meyer-Kühling • Kija Mikelsons
Alexander Niecke • Rainer Obliers • Samia Peltzer • Sandro Philippi
Patrick Sven Plum • Lukas Radbruch • Thomas Reimer • Bernd Sonntag
Thomas Spranz-Fogasy • Christoph Stosch • Anne-Maria Stresing
Frank Vitinius • Hendrik Vogt • Britta Wendelstein
Jenny Winterscheid • Wolfgang Wöller

Verlag für Gesprächsforschung

Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung 2018
<http://www.verlag-gespraechsforschung.de>
ISBN 978 - 3 - 936656 - 71 - 8

Alle Rechte vorbehalten.

© Verlag für Gesprächsforschung, Dr. Martin Hartung, Göttingen 2018

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne
Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und
Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Inhalt

Vorwort	9
---------------	---

I. PROBLEME, ZIELE UND METHODEN

1	Klinische Kommunikationsausbildung	12
	Einleitung und Überblick	
	<i>Armin Koerfer, Christian Albus</i>	
2	Interdisziplinäre Gesprächsforschung	40
	<i>Armin Koerfer, Katharina Koerfer</i>	
3	Lernziel Kommunikative Kompetenz	81
	<i>Armin Koerfer, Christian Albus</i>	

II. THEORETISCHE GRUNDLAGEN

4	Biopsychosoziale Medizin	155
	<i>Armin Koerfer, Laura L. Kilarski, Christian Albus</i>	
5	Struktur- und Funktionswandel der Medizin	195
	<i>Armin Koerfer, Sandro Philippi, Christian Albus</i>	
6	Ärztliche Schlüsselkompetenzen	229
	<i>Stefan Herzig, Armin Koerfer</i>	
7	Dialogische Kommunikation und Medizin	262
	<i>Armin Koerfer, Katharina Koerfer</i>	

Inhalt

8	Handlungsmuster und Therapieziele	366
	<i>Armin Koerfer, Christian Albus</i>	
9	Biographisch-narrative Anamnese	406
	<i>Armin Koerfer, Christian Albus</i>	
10	Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge	467
	<i>Armin Koerfer, Christian Albus</i>	
11	Die Macht der Metaphern	561
	<i>Michael B. Buchholz</i>	
12	Nonverbale Interaktion	584
	<i>Hedda Lausberg</i>	

III. DIDAKTIK UND METHODIK

13	Medizinische Kommunikationsdidaktik	618
	<i>Armin Koerfer, Christian Albus</i>	
14	Kölner Curriculum Kommunikation	673
	<i>Christian Albus, Matthias Berlin, Laura L. Kilarski, Armin Koerfer, Christoph Stosch</i>	
15	Kommunikationsfortbildung in der Psychosomatischen Grundversorgung	707
	<i>Kurt Fritzsche</i>	
16	Kommunikationsfortbildung in der Onkologie	723
	<i>Frank Vitinius, Bernd Sonntag</i>	

IV. MANUAL UND PRAXIS

- 17 Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung 746
Armin Koerfer, Christian Albus
- 18 Beziehung aufbauen 814
Armin Koerfer, Thomas Reimer, Christian Albus
- 19 Anliegen anhören 852
Armin Koerfer, Thomas Reimer, Christian Albus
- 20 Emotionen zulassen 960
Armin Koerfer, Thomas Reimer, Christian Albus
- 21 Details explorieren 1088
Armin Koerfer, Thomas Reimer, Christian Albus
- 22 Vorgehen abstimmen 1241
Armin Koerfer, Thomas Reimer, Christian Albus
- 23 Resümee ziehen 1333
Armin Koerfer, Thomas Reimer, Christian Albus

V. SPEZIFISCHE KOMPETENZFELDER

- 24 Visitenkommunikation 1379
Armin Koerfer, Laura L. Kilarski, Christian Albus
- 25 Kommunikation in der Hausarztpraxis 1436
Thomas Reimer, Armin Koerfer

Inhalt

26	Das Verordnungsgespräch	1505
	<i>Katarina Hauser, Stefan Herzig, Jan Matthes</i>	
27	Fachkommunikation	1527
	<i>Ortrun Kliche</i>	
28	Interkulturelle Kommunikation	1548
	<i>Florian Menz</i>	
29	Kommunikation mit chronisch körperlich Kranken .	1565
	<i>Christian Albus, Armin Koerfer</i>	
30	Kommunikation mit depressiven Patienten	1585
	<i>Alexander Niecke, Christian Albus</i>	
31	Kommunikation bei Angststörungen	1602
	<i>Franziska Geiser, Hendrik Vogt</i>	
32	Kommunikation bei somatoformen Störungen	1623
	<i>Christina Burbaum, Kurt Fritzsche, Anne-Maria Stresing</i>	
33	Kommunikation mit Schmerzpatienten	1650
	<i>Regina Geisler, Florian Menz</i>	
34	Kommunikation mit „schwierigen“ Patienten	1671
	<i>Johannes Kruse, Wolfgang Wöller</i>	
35	Kommunikation mit Kindern und Eltern	1687
	<i>Thomas Spranz-Fogasy, Jenny Winterscheid</i>	
36	Kommunikation mit Transplantationspatienten	1712
	<i>Kija Mikelsons, Michael Langenbach</i>	

Inhalt

- 37 Kommunikation mit älteren Patienten 1731
Britta Wendelstein, Inga Meyer-Kühling
- 38 Kommunikation mit Sterbenden 1751
*Lukas Radbruch, Martina Kern, Helmut Hoffmann-Menzel,
Henning Cuhls*
- 39 Multimediale Kommunikation in der
chirurgischen Patientenaufklärung 1772
*Seung-Hun Chon, Patrick Sven Plum, Felix Berlth,
Robert Kleinert, Elfriede Bollschweiler*

VI. EVALUATION

- 40 Probleme und Methoden der Evaluation 1792
Armin Koerfer, Christian Albus
- 41 Die OSCE-Methode mit Simulationspatienten 1867
Rainer Obliers, Armin Koerfer, Christian Albus
- 42 Kompetenzerweiterung in der
Psychosomatischen Grundversorgung 1889
Kurt Fritzsche
- 43 Kompetenzerweiterung in der Onkologie 1906
Frank Vitinius, Samia Peltzer, Bernd Sonntag

VII ANHANG

- 44.1 Vernetzung von NKLM und Lehrbuch 1924
- 44.2 Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK) 1928

Inhalt

44.3	Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK-DD) – Diabetes und Depression	1930
44.4	Abkürzungen nach KEK für Gesprächsanalysen	1932
44.5	Dokumentation von Lebensnarrativen	1935
44.6	Transkriptionsregeln und Transkriptformular	1939
44.7	NEUROGES Kurzskalen	1941
	 Bibliographie	 1946
	 Nützliche Internetlinks	 2114
	 Autorenverzeichnis	 2116

Vorwort

Kommunikative Kompetenzen früh und kontinuierlich entwickeln

Ein besonderes Augenmerk des Masterplanes gilt auch der Arzt-Patienten-Kommunikation, die maßgeblich die Arzt-Patienten-Beziehung, den Behandlungserfolg und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten beeinflusst. Im Studium müssen daher die Grundlagen für eine gute ärztliche Gesprächsführung als zentrales Element in der ärztlichen Tätigkeit gelegt werden. Entsprechende kommunikative Kompetenzen können nachweislich verbessert werden, wenn sie möglichst früh ausgebildet und dann kontinuierlich weiterentwickelt werden.

BMBF (2017: 4) Masterplan Medizinstudium 2020

Warum so geringe Fortschritte?

The benefit of good communication on patient care and outcomes is unequivocal, whereas deficiencies in communication are associated with medical errors and a negative patient experience. So why has there been so little progress over the years?

Levinson, Pizzo (2011: 1802)

Die bildungspolitische Programmatik des BMBF (2017) für die weitere Zukunft im Sinne eines Masterplans (2020) und die kritische Frage von Levinson und Pizzo in einer Zwischenbilanz am Anfang dieses Jahrzehnts (2011) verweisen gleichermaßen auf Desiderate in der medizinischen Kommunikationsausbildung (§ 1). Trotz der großen Fortschritte in der theoretischen und empirischen Forschung zur Arzt-Patient-Kommunikation (§ 2, 40-43) und trotz aller Reformbemühungen, die in der Vergangenheit eingeleitet und in der Gegenwart fortgesetzt wurden (§ 1, 3, 13-16), sind die systematischen Mängel gerade im Bereich der medizinischen Kommunikationsausbildung weiterhin unübersehbar.

Wie die spezifische (Outcome-)Forschung im Detail aufgezeigt hat, wird die alltägliche Gesprächspraxis zwischen Arzt und Patient weiterhin von beiden Gesprächspartnern oft als wenig zufriedenstellend erlebt. Die objektivierbaren Folgen einer fehlerhaften oder auch nur mangelhaften Kommunikation für die Gesundheit der Patienten sind erheblich, so etwa hinsichtlich ihrer Krankheitseinsicht und Krankheitsver-

arbeitung, ihres Gesundheitsverhaltens und letztlich ihrer Therapie-treue, um die es nachweislich schlecht bestellt ist, obwohl es auf sie be-sonders ankommen sollte (§ 10, 26, 29). Wegen der Non-Adhärenz der Patienten vergrößert sich nicht nur ihr individuelles Leiden, sondern erhöht sich objektiv ihr Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko, verbunden mit „unermesslichen“ ökonomischen Kosten.

Insgesamt gibt es also gute Gründe, den Ursachen einer solchen Fehlentwicklung, die wesentlich aus den Störungen und Defiziten der ursprünglichen Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und ihren Patientinnen/Patienten resultiert, im Einzelnen weiter nachzugehen, um die nötigen Schritte zu einer „Besserung“ einzuleiten.¹

Als einen Beitrag auf dem Wege der Besserung verstehen wir dieses Online-Lehrbuch, das mit seiner leichten Verfügbarkeit Lehrenden und Lernenden der Medizin und anderer Fächer gleichermaßen zugänglich sein soll. In das Lehrbuch sind die langjährigen Forschungs- und Lehrerfahrungen aus unserer Klinik zur ärztlichen Gesprächsführung eingegangen, die wir nach unseren bisherigen Lern-Konzepten didak-tisch aufbereitet haben (§ 13, 14, 17-23). Dabei geht es uns um ein zir-kuläres Zusammenwirken von Theorie, Didaktik, Praxis und Prüfung bzw. Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung. Bei aller Notwendig-keit einer „didaktischen Reduktion“ sollen die weiterhin strittigen Fra-gen der Forschung nicht kaschiert, sondern im Sinne des forschenden Lernens (§ 13) eigens zum Thema gemacht werden.

Der Sinn und Zweck sowie Aufbau des Lehrbuchs werden nachfol-gend in einer problemorientierten Einleitung (§ 1) ausführlicher darge-stellt, der sich Überblicke zum Stand der interdisziplinären Gesprächs-forschung (§ 2) und zur Förderung des Lernziels ‚Kommunikative Kom-petenz‘ (§ 3) anschließen. Durch die nachfolgend gewählte Kapitefolge wird ein strukturiertes Lernangebot nahegelegt, das aber je nach Inte-resse auch in anderer Reihenfolge sowie in individueller Auswahl und mit „Seiteneinstiegen“ genutzt werden kann.

Da das Lehrbuch mit seinen 44 Kapiteln recht umfangreich gewor-den ist, können zur leichteren „Navigation“ über die jeweils einleitenden Überblicke hinaus die thematischen Wiederaufnahmen und Querver-weise zwischen den einzelnen Kapiteln genutzt werden, die ebenso wie

¹ Wir sind uns im Folgenden der Problematik der Gebrauchsform von „der Arzt“, „die Ärzte“ usw. bewusst. Wir haben nachfolgend „pragmatische“ Lö-sungen versucht (die den Autorinnen und Autoren freigestellt wurden), was dem Problem nur bedingt gerecht werden kann.

die abschließenden Hinweise auch auf die weiterführende Literatur zur vertiefenden Lektüre anregen sollen. Zudem haben wir eine Vernetzung mit dem *Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin* (NKLM) (2015) hergestellt (s. Anhang § 44.1), so dass das Lehrbuch auch über diesen Lernzielkatalog erschlossen werden kann.

Das Online-Lehrbuch ist so aufgebaut, dass es sich zur Nutzung sowohl beim „Frontal“-Unterricht wie zum Gruppenlernen und Selbstlernen eignet. Wenn für die Lehre und zum Selbststudium exemplarische „Papierauszüge“ zweckmäßig sind, empfehlen sich 2-seitige Ausdrücke, die wegen der gewählten Schriftgröße gut lesbar sind.

Wir haben auf ein Sach- und Personenregister verzichtet und empfehlen stattdessen, das digitale Lehrbuch mit bestimmten Autorennamen (*Balint, Engel, Uexküll, Smith* usw.) sowie mit eigenen Suchbegriffen (*Narrativ, Empathie, Suggestivfrage, Diabetes, Depression, Adhärenz* usw.) oder bestimmten Leitkonzepten der ärztlichen Gesprächsführung (*Ask-Tell-Ask, BBN, NURSE, SPIKES, PEF, SDM, ZWECK* usw.) nach eigenen Interessen zu erschließen.

Aus methodischen Gründen, die noch weiter auszuführen sind (§ 2), ist unser Ansatz „strikt“ empirisch ausgerichtet in dem Sinn, dass wir die Beispiele weitgehend einem umfänglichen Korpus von videografierten und transkribierten Gesprächen entnommen haben, die in realen Visiten und Sprechstunden geführt wurden. Deswegen möchten wir an dieser Stelle besonders allen Ärztinnen und Ärzten sowie ihren Patientinnen und Patienten danken, die uns einen konkreten Einblick in ihre gemeinsame Kommunikationspraxis gegeben haben. Von ihrer Bereitschaft, sich im Gespräch „über die Schulter zuschauen“ zu lassen, können nachfolgende Arzt- und Patientengenerationen profitieren, wenn Patientinnen und Patienten später auf besser ausgebildete Ärztinnen und Ärzte treffen. Dazu soll das vorliegende Online-Lehrbuch zur ärztlichen Gesprächsführung einen konkreten Beitrag leisten.

Köln
im Frühjahr 2018

Christian Albus
Armin Koerfer

1 Klinische Kommunikationsausbildung

Einleitung und Überblick

Armin Koerfer, Christian Albus

1.1	Der kommunikative Zugang zum Patienten	13
1.2	Reform der Kommunikationsausbildung	16
1.2.1	Strukturelle Defizite	
1.2.2	Integrativer Reformansatz	
1.3	Allgemeine und individuelle Lernziele	21
1.3.1	Entwicklung einer selbstreflexiven Kompetenz	
1.3.2	Gezieltes Lernen durch kritische Selbstbeobachtung	
1.3.3	Allgemeine Lernziele und individuelles Feedback	
1.3.4	Solidarisches Lernen in der Gruppe	
1.4	Aufbau und Nutzung des Lehrbuchs	32
1.4.1	Strukturierte und flexible Lernangebote	
1.4.2	Fremd- und Selbstevaluation	
1.4.3	Anwendungsperspektive	
1.5	Weiterführende Hinweise	37
1.6	Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)	38

Ich bin überzeugt davon, daß das Interview das mächtigste, umfassendste, empfindsamste und vielseitigste Instrument ist, das dem Arzt zur Verfügung steht.

George L. Engel (1996: 4)

Abstract: Einleitend soll in die Thematik des Erlernens ärztlicher Gesprächsführung problemorientiert eingeführt und über den Sinn und Zweck sowie den Aufbau des Lehrbuchs und seine Nutzungsmöglichkeiten informiert werden. Was im Verlauf des Lehrbuchs weiter auszuführen ist, soll in diesem Überblick kurz umrissen werden: Zunächst (§ 1.1)

1. Klinische Kommunikationsausbildung – Einleitung und Überblick

wird mit George Engel die Bedeutung des kommunikativen Zugangs zum Patienten herausgestellt, gegenüber der sich die Notwendigkeit und Richtung der klinischen Kommunikationsausbildung begründen lässt (§ 1.2). In dieser Kommunikationsausbildung sind allgemeine Lernziele zur Förderung einer kommunikativen Kompetenz zu verfolgen, die sich zunächst auf einer kognitiven Ebene in Form eines Gesprächsmanuals vermitteln lassen. Um in der Gesprächspraxis die Diskrepanz von Wissen und Können zu überwinden, ist zunächst eine selbstreflexive Kompetenz zu entwickeln, mit der die unbewussten Defizite des Routinehandelns erfasst werden müssen, bevor einzelne individuelle Lernziele verfolgt werden können, die mit einem individuellen Feedback auf eine maßgeschneiderte Kommunikation mit individuellen Patienten abstellen sollen. Zur Kontrolle und Korrektur des Gesprächsverhaltens dienen kritische Selbst- und Fremdbeobachtungen, die im Rahmen eines solidarisches Lernens in der Gruppe durchgeführt werden (1.3). Die Nutzungsmöglichkeiten des Lehrbuchs können entsprechend den konzipierten Lernstrukturen und den nach Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation gesetzten Schwerpunkten entweder kapitelweise wahrgenommen oder aber je nach Interesse frei gewählt werden (§ 1.4). Das Lehrbuch versteht sich insgesamt als Lernangebot, das sowohl im Gruppenunterricht als auch beim individuellen Selbstlernen zur Förderung und Prüfung der kommunikativen Kompetenz genutzt werden kann.

1.1 Der kommunikative Zugang zum Patienten

Die Bedeutung der ärztlichen Gesprächsführung lässt sich mit wenigen (viel zitierten) Zahlen belegen: Ärzte führen in ihrem ca. 40jährigen Berufsleben etwa 150.000-200.000 Gespräche mit Patienten (Lipkin et al. 1995, Kurtz, Silverman, Draper 2005, Morris et al. 2013). Schon frühe Untersuchungen haben ergeben: 60-80% der Diagnosen können bereits aufgrund des Gesprächs zutreffend gestellt werden (Hampton et al. 1975, Lazare et al. 1995, Washer 2009). Allein die Häufigkeit der Gespräche sowie ihre spezifische Funktion bei der Diagnosestellung zeugen von der besonderen klinischen *Relevanz* einer *kommunikativen Kompetenz* des Arztes im Umgang mit dem Patienten.

Notsituationen, in denen der Arzt sich auf non-verbales Handeln beschränken muss, weil der Patient etwa „nicht ansprechbar“ ist, sind die

Ausnahme. In der Regel sind Hypothesen und Verdachtsdiagnosen zuallererst *gesprächsweise* mit dem Patienten zu gewinnen und anschließend durch die körperliche oder labormedizinische Untersuchung zu prüfen, deren Ergebnisse wiederum in das Gespräch mit dem Patienten eingehen usw. Diese fundamentale Funktion des kommunikativen Zugangs zum Patienten ist von einem der Pioniere der *biopsychosozialen* Medizin (§ 4), George Engel, immer wieder betont worden, der hier ausführlich (Box 1.1) zu Wort kommen soll. Auf diese Definition der grundlegenden Funktion des *Dialogs* in der Medizin werden wir in diesem Lehrbuch ebenso wiederholt zurückgreifen, wie die von Engel genannten spezifischen Funktionen weiter zu konkretisieren sind.

Box 1.1 Funktion des Dialogs in der Medizin

Dialog ist für den Patienten das einzige Mittel, um den Arzt von den inneren Erfahrungen in Kenntnis zu setzen, die ihn veranlassen, sich krank zu fühlen und ärztliche Hilfe zu suchen. Gleichzeitig ermöglicht der Dialog Arzt und Patient, eine einleuchtende Folge von Ereignissen (eine Anamnese) zu rekonstruieren, welche die Entwicklung von Hypothesen erlaubt, die durch den Dialog und andere Mittel weiter erkundet werden können (...) Als integraler Teil des Vorgangs, der dem Kliniker den Zustand des Patienten enthüllt, gehört der *Dialog ganz eindeutig zu den Grundlagen der wissenschaftlichen Arbeit in der klinischen Medizin.*

Engel 1996: 6f, Hervorhebungen im Original

Hier wird uns von einem „Klassiker“ und Begründer der biopsychosozialen Medizin auf engem Raum nicht nur die allgemeine Funktion des Dialogs als eine der „Grundlagen der wissenschaftlichen Arbeit in der Medizin“ vermittelt, sondern es werden zugleich die spezifischen (Sub-)Funktionen beschrieben, die der Arzt im Dialog mit dem Patienten wahrzunehmen hat. Damit haben wir eine erste Reihe von *Leitideen* sowohl der Gesprächsführung selbst als auch ihrer Erforschung gewonnen, die wir hier zunächst möglichst in enger Anlehnung an die Formulierung von Engels in einer Gesamtparaphrase „auf den Begriff“ (Box 1.2) bringen wollen, die den Original-Text analytisch in seine Bestandteile zu gliedern sucht. Dabei soll die Nummerierung nur der leichteren Orientierung und späteren Bezugnahme dienen.

1. Klinische Kommunikationsausbildung – Einleitung und Überblick

Box 1.2 Haupt- und Subfunktionen des Dialogs

Nach George Engel (1996: 6f) (s.o.) dient der Dialog des Arztes mit dem Patienten insgesamt (1) und im Detail (2-5) als

1. *Grundlage* der wissenschaftlichen Arbeit in der Medizin
2. *integraler* Bestandteil des Vorgangs der Enthüllung des Patientenzustandes (= Befinden, Beschwerden)
3. *Erkenntnismittel* gegenüber den inneren Erfahrungen des Patienten, die diesen dazu veranlassen (= Konsultationsgründe)
 - a. sich krank zu fühlen (= Krankheitserleben)
 - b. ärztliche Hilfe zu holen (= Hilfsbedürfnis)
4. *Rekonstruktion* einer einleuchtenden Folge von Ereignissen (als Anamnese)
5. *Entwicklung* von *Hypothesen* (= Diagnose), die wiederum durch den Dialog und andere Mittel (= körperliche Untersuchung, Labor usw.) weiter zu erkunden sind.

Analytische Gesamtparaphrase von Box 1.1

Mit dieser Gesamtparaphrase der Dialogfunktionen nach Engel haben wir zunächst eine Leitfolie der (Untersuchung der) ärztlichen Gesprächsführung formuliert, die wir später immer wieder aufnehmen und ausdifferenzieren wollen (bes. § 4, 7-10, 17-23). Bevor wir auf die Details der Funktionsbestimmungen auch mit empirischen Beispielen zurückkommen, mit denen die von Engel genannten *spezifischen* Funktionen (2)-(5) zu belegen sind, soll hier zunächst die Aufmerksamkeit auf die *Relevanz* des *Dialogs* überhaupt gelenkt werden, der in der Regel Ausgangspunkt und allererste Datenquelle nicht nur für die Anamneseerhebung, sondern auch für weitere Diagnose- und Therapieschritte ist. Diese nächsten Schritte können wiederum vom Arzt und Patient nur gesprächsweise erkundet werden, weil sie nur nach einer *dialogischen* Entscheidungsfindung (§ 10) einvernehmlich gegangen werden können. Hier wird das komplexe Wechselspiel vom *kommunikativen* und *instrumentellen* Handeln (Untersuchung, Medikation usw.) in gemeinsamen Interaktionsgeschichten zwischen Arzt und Patient zu rekonstruieren sein (§ 8), die sich zwar aus unterschiedlichen Teilnehmerperspektiven, aber wesentlich als gleichberechtigte *Dialogpartner* (§ 7) begegnen.

Auch hier wird mit einer grundlegenden Unterscheidung von Engels (1997) das *Rollenverständnis* von Patient und Arzt überdacht werden

müssen, der dem Patienten nicht nur durch *Beobachtung* („outer viewing“), sondern vor allem durch *Introspektion* („inner viewing“) und *Dialog* („interviewing“) begegnen muss, um einer *aktiven* Beteiligungsrolle des Patienten gerecht werden zu können (§ 9.2). Um dessen Befinden, (Hilfs-) Bedürfnis, Anliegen und weiteres Interesse an seiner Gesundheit zu erfassen, muss sich der *kommunikative* Zugang zugleich als *empathischer* Zugang zum Patienten erweisen (bes. § 3, 7, 9, 17, 20). Dieser muss sich als erkrankte Person hinreichend *verstanden* und *respektiert* fühlen, um sich dem Arzt in weiteren Gesprächen seinerseits *vertrauensvoll* öffnen zu können. Am Anfang und Schluss dieses zirkulären Prozesses der gemeinsamen Verständigung steht immer der Dialog, in dem der Patient das „erste“ und „letzte Wort haben“ sollte, um schließlich das gemeinsam „verabredete“ therapeutische Handeln dauerhaft auf eine tragfähige Basis zu stellen.

Wie zunächst unter der Perspektive einer interdisziplinären Gesprächsforschung noch im Einzelnen auszuführen sein wird, fällt die *kommunikative* Wende in der Medizin mit ihrer *partizipativen* Wende zusammen (§ 2). Im Dialog mit dem Patienten sollten ihm eben nicht bloß *formal* mehr Rederechte eingeräumt werden, was sich etwa in einem größeren Gesprächsanteil bei insgesamt mehr Gesprächszeit niederschlagen könnte, sondern darüber vermittelt zugleich *funktional* und *inhaltlich* seine Beteiligungschancen am gesamten Diagnose- und Therapieprozess gestärkt werden. Eine solche Zielsetzung verlangt allerdings besondere *Kompetenzen* in der ärztlichen Gesprächsführung, die sich in der späteren, alltäglichen Versorgungspraxis keineswegs von selbst einstellen, sondern in der Aus- und Fortbildung (§ 13-16) oft mühsam entwickelt, verändert oder erweitert werden müssen.

1.2 Reform der Kommunikationsausbildung

Wegen der herausragenden Bedeutung des Dialogs in der Medizin sollte es selbstverständlich sein, dass die ärztliche Kompetenz beim *kommunikativen* Handeln mit dem Patienten ebenso effektiv ausgebildet wird wie dies beim *instrumentellen* Handeln des Arztes (Blutdruckmessen, operativer Eingriff) immer schon Standard ist. Diese Zielsetzung einer Qualitätssicherung auch beim kommunikativen Handeln ist aber keineswegs schon erfüllt.

1. Klinische Kommunikationsausbildung – Einleitung und Überblick

Die Widerstände gegen eine grundlegende Reform hängen nicht zuletzt mit dem *biomedizinischen* Selbstverständnis zusammen, das sich nach Engel (Box 1.3) entsprechend in der medizinischen Lehre fortsetzt, wenn dort die Unterrichtung und Supervision des Interviews als originäres Verfahren der Datenerhebung in der Medizin vernachlässigt wird.

Box 1.3 Ablehnung des Dialogs in der Medizin

Die Ablehnung des Dialogs als grundlegendes wissenschaftliches Werkzeug für das Sammeln von Daten wird durch die Vernachlässigung der Ausbildung im Patienteninterview und der Überwachung des Interviewprozesses, wie überhaupt des Erhebens klinischer Daten, deutlich. Auch die Vorliebe für Fallvorstellungen als klinische Unterrichtsmethode, wo der Student seine Fähigkeiten unter Beweis stellen kann, Befunde zu ordnen und zu diskutieren, ohne die Methoden und Fertigkeiten zu enthüllen, die zur Datenerhebung geführt haben, belegen die Ablehnung als wissenschaftliches Werkzeug. Von der Klärung der Beziehung zum Patienten wollen wir schon gar nicht sprechen.

Engel 1996: 7

Zweifellos hat der von Engel mitbegründete Paradigmenwechsel von der Biomedizin zur *biospsychosozialen* Medizin, auf den noch genauer (§ 4) einzugehen sein wird, zugleich einen Reformprozess angestoßen, der sich zunächst in den anglo-amerikanischen Ländern und später auch in deutschsprachigen Raum weiter entwickelt hat. Allerdings ist es hier wie dort zu einem „Reformstau“ gekommen, bei dem die von Engel beschriebene „Ablehnung des Dialogs“ angesichts der traditionellen Fortschreibung der Mediziner Ausbildung und Versorgungspraxis keineswegs als überwunden gelten kann.

1.2.1 Strukturelle Defizite

Bevor wir auf diese Entwicklungen über mehrere Jahrzehnte im Detail zurückkommen (§ 2-3, 14-16), sei hier mit Levinson und Pizzo (2011) vom Ergebnis her eine Zwischenbilanz (Box 1.4) gezogen, nach der der Fortschritt in der Praxis der Arzt-Patient-Kommunikation hinter unserem Erkenntnisstand weit zurückgeblieben ist:

Box 1.4 Warum so geringe Fortschritte?

The benefit of good communication on patient care and outcomes is unequivocal, whereas deficiencies in communication are associated with medical errors and a negative patient experience. So why has there been so little progress over the years?

Levinson, Pizzo 2011: 1802

Diese Frage ist komplex und nicht einfach zu beantworten, weil hier historische, wissenschaftliche, gesundheitspolitische, ökonomische, gesellschaftliche usw. Faktoren zusammenspielen (§ 5). Von den vielschichtigen Gründen für einen „Reformstau“ in der Praxis der Arzt-Patient-Kommunikation seien an dieser Stelle lediglich die beiden „Erklärungen“ verkürzt wiedergegeben (Box 1.5), die von Levinson und Pizzo selbst ausgeführt werden:

Box 1.5 Zweimal Faktor Zeit: Gesprächszeit und Ausbildungszeit

First, effective communication with patients takes time. “Active listening”, a core skill in effective communication, requires that physicians listen deeply to patients telling the stories of their illness and how it has affected them. Even though some specific communication skills can improve efficiency, ultimately listening to patients requires time (...) Second, medical schools and residency programs provide relatively little education about effective communication skills compared with the educational time devoted to teaching science and technology.

Levinson, Pizzo 2011: 1802

Es stellt sicher eine Verkürzung dar, für die Erklärung des „Reformstaus“ allein quantitative Argumente („Zeitknappheit“) anzuführen, aber es ist klar, was gemeint ist, nämlich eine falsche Gewichtung von Ressourcen: (1) zunächst in der medizinischen Aus- und Fortbildung, in der offenbar andere Schwerpunkte gesetzt werden, wie dies schon oben mit Engel (Box 1.3) bemängelt worden war; und dann (2) später in der alltäglichen Versorgungspraxis, in der das Gespräch zu kurz kommt, weil es offenbar zu viel Zeit kosten soll.

Dabei spielt die Zeitdauer von Gesprächen eher eine nachgeordnete Rolle, wie dies ja auch von Levinson und Pizzo schon nahe gelegt wird.

1. Klinische Kommunikationsausbildung – Einleitung und Überblick

Wie unter dem Aspekt der Evaluation noch zu zeigen ist, müssen die Gespräche mit den Patienten, selbst wenn sie „erzählend zu Wort kommen“ sollen (§ 9), insgesamt nicht wesentlich länger, sondern vor allem effektiver geführt werden (Koerfer et al. 2004, Lussier, Richard 2006, Rothberg et al. 2012). Das Problem der (notwendigen) Dauer von Gesprächen wird uns aber noch durchgängig beschäftigen, so wie die „lange Aussprache“ zwischen Arzt und Patient bereits zu Zeiten Balints (1964/88) ein Dauerthema war.

Die von *Levinson* und *Pizzo* zu Recht beklagten relativen Fehlgewichtungen bei der medizinischen Gesprächs- und ärztlichen Versorgungspraxis betreffen nicht nur die anglo-amerikanischen Länder, sondern sind auch hierzulande keineswegs überwunden. Obwohl die früh etwa von Lüth (1986) postulierte Trendwende „Von der stummen zur sprechenden Medizin“ auch an hiesigen medizinischen Fakultäten zunehmend ihren Niederschlag gefunden hat, sind die Aus- und Fortbildungsmängel immer noch unübersehbar. Gegenüber der klinischen Anforderungen an eine kommunikative Kompetenz, wie wir sie nachfolgend im Einzelnen herausarbeiten werden (bes. § 3, 5, 6) hat sich die Ausbildung in mehrfacher Hinsicht (Box. 1.6) als *defizitär* erwiesen.

Box 1.6 Strukturelle Defizite in der Kommunikationsausbildung

Trotz aller Verbesserungen und Reformbemühungen (§ 13-16) wird die ärztliche Gesprächsführung in der medizinischen Ausbildung in der Regel (immer noch)

- zu spät,
- zu selten,
- zu praxisfern
- gelehrt,
- geübt und
- geprüft

Unter diesen kritischen Aspekten haben wir uns an unserer Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln um einen integrativen, praxisbezogenen Reformansatz bemüht, der sich unter Einsatz von realen und simulierten Patienten vom Erstsemestertutorium in der Vorklinik über Anamneseurse, Video-Konferenzen und Blockpraktika in der Klinik bis hin zum Praktischen Jahr (PJ) und zur ärztlichen Fortbildung erstreckt (§ 13-16).

1.2.2 Integrativer Reformansatz

Im Anschluss an aktuelle Reformen in der Mediziner Ausbildung haben wir ein Lehr-, Übungs- und Prüfungsprogramm mit folgenden didaktisch-methodischen Konzepten entwickelt (Box 1.7), die nach Möglichkeit in allen Lehrveranstaltungen unserer Klinik berücksichtigt werden, die wesentliche Bestandteile des *Kölner Curriculums Kommunikation* (KCK) (§ 14) sind.

Box 1.7 Didaktisch-methodische Konzepte

Die ärztliche Kommunikationsausbildung an unserer Klinik ist durch folgende didaktisch-methodische Konzepte gekennzeichnet, die Bestandteil eines integrativen Curriculums (§ 13, 14) sind; die Kommunikationsausbildung ist

- *theoriegeleitet* (Krankheitstheorie, Kommunikationstheorie)
- *kompetenzbasiert* (Fähigkeiten, Fertigkeiten, Haltungen)
- *problemorientiert* (Interrogation vs. Narration, Zeitfaktor?)
- *manualgestützt* („Manual zur Gesprächsführung“)
- *fall- und praxisbezogen* („workplace based“)
- *transkriptbasiert* („Verschriftung“ von Gesprächen)
- *multimedial* (Bild, Ton, Text, Graphik usw.)
- *trainingsorientiert* (mit realen und simulierten Patienten)
- *gruppen- und selbstlernorientiert* (Praktika, „Hausaufgaben“)
- *selbstreflexiv- und selbstevaluativ* (Rollenspiel, Evaluation)
- *prüfungsorientiert* (Simulation, Evaluation, OSCE, KEK)

Diese Lehr-, Übungs-, und Prüfungskonzepte, die noch im Detail auszuführen sind (bes. § 3, 13-14, 17-23), sollen in diesem Online-Lehrbuch integriert zu Anwendung kommen.¹ Dabei können wir auf eine langjährige Erfahrung in der Implementation eines Lehr- und Prüfungsprogramms zur ärztlichen Gesprächsführung an unserer Klinik zurückgreifen (Koerfer et al. 1996, 1999, Köhle et al. 2003, Koerfer et al. 2008),

¹ Diese integrative Anwendung ist ein wesentlicher Vorzug dieses Online-Lehrbuchs, das insgesamt Theorie, Didaktik, Empirie und Evaluation zu verbinden sucht. An dieser Stelle sei angemerkt, dass es inzwischen eine Reihe von guten älteren und neueren Lehrbüchern sowohl aus dem englisch- als auch deutschsprachigen Raum und auch als Übersetzungen gibt, auf die wir in einschlägigen Kontexten verweisen werden (s. auch Bibliographie und unten (§ 1.5) zu den weiterführenden Hinweisen).

1. Klinische Kommunikationsausbildung – Einleitung und Überblick

das in einem integrativen *Kölner Curriculum Kommunikation* (KCK) vor allem mit anderen psychosozialen Fächern an der medizinischen Fakultät zu Köln vernetzt und in vielen Varianten erprobt wurde (§ 13, 14).

Hierbei konnte die Lehre insgesamt von dem an unserer Klinik etablierten Forschungsschwerpunkt zur Arzt-Patient-Kommunikation profitieren, dessen Ergebnisse im Sinne einer kritischen Begleit- und Evaluationsforschung immer wieder in der Praxis überprüft wurden. Diese Erfahrungen in Forschung und Lehre zur ärztlichen Gesprächsführung sollen in diesem Online-Lehrbuch mit seinen Schwerpunktsetzungen nach Theorie, Didaktik, Empirie und Evaluation in einem integrativen und interdisziplinären Gesamtkonzept berücksichtigt werden.

1.3 Allgemeine und individuelle Lernziele

Da die Vermittlung von Wissen nicht unmittelbar zu einer Veränderung des Routinehandels führt, das sich ja offenbar wegen der Routine bisher bewährt zu haben scheint, ist mit erheblichen Widerständen bei Lernprozessen zu rechnen. Etablierte *Frage-Antwort-Muster* erweisen sich bei der Informationsgewinnung oft als resistent gegenüber der Alternative, den Patienten mit seinem Anliegen *eigeninitiativ zu Wort kommen zu lassen* und ihm dabei *aktiv zuzuhören*. Zwar lassen sich die allgemeinen Lernziele ärztlicher Gesprächsführung, wie sie noch theoretisch und praxisbezogen formuliert werden sollen (§ 3, 13, 14, 17-23), auf einer kognitiven Ebene relativ rasch vermitteln, aber in der Handlungspraxis oft nur verzögert erreichen. Um die Diskrepanz zwischen *Wissen* und *Können* zu überwinden, müssen zirkuläre Lernprozesse organisiert werden, die im Wechsel von *Theorie, Reflexion, Training* und *Evaluation* an den individuellen Lernniveaus anknüpfen (§ 13). Allgemeine Zielsetzung ist zunächst die schrittweise Entwicklung einer *Selbstreflexionskompetenz* der Lernenden (§ 3, 13,17), mit der sie auch zukünftig ihre Gesprächspraxis in der Selbstbeobachtung kritisch „unter die Lupe nehmen“ und gegebenenfalls eigenständig korrigieren können, was im Idealfall zu einem *lebenslangen Lernprozess* führt.

1.3.1 Entwicklung einer selbstreflexiven Kompetenz

Am Anfang von Lernprozessen ist zunächst davon auszugehen, dass Defizite in der eigenen Handlungspraxis von den Lernenden ohne Kritik

von außen selten bis gar nicht wahrgenommen werden. Das gilt für Anfänger, aber auch für Routiniers, die bereits über eine langjährige Erfahrung verfügen. Das Routinehandeln scheint sich gerade in der Routine „bewährt“ zu haben, sonst würde es nicht immer wieder durch Wiederholung erneuert. Dabei ist es gerade ein Kennzeichen des Routinehandelns, dass ein Mangel an Kompetenzen nicht bewusst wahrgenommen wird. Es wird zunächst noch unreflektiert in dem Glauben gehandelt, alles richtig zu machen.

Von diesem „naiven“ Lernniveau bis zur hohen „Meisterschaft“ ist dann ein langer Weg zurückzulegen, an dessen Ende auch die Lehrbefähigung stehen mag, wiederum andere möglichst effektiv zu unterrichten, ohne jemals selbst „ausgelernt“ zu haben. Die ständige Weiterentwicklung beim *lebenslangen Lernen* lässt sich in mehreren Lernphasen erfassen (Abb. 1.1), die mit Überscheidungen *aufeinander* aufbauen.

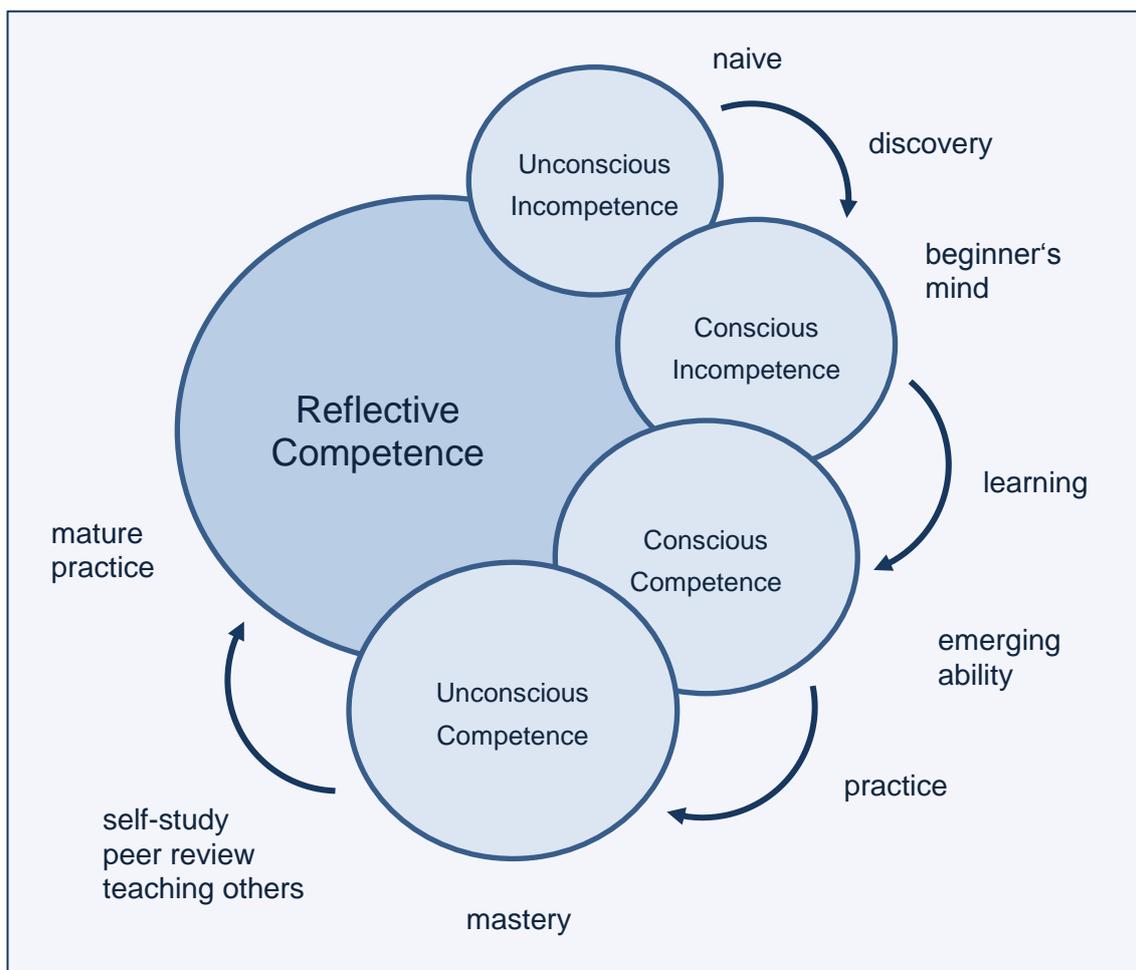


Abb. 1.1: Medical Education Learning Spiral (n. Windover 2016: 95)

1. Klinische Kommunikationsausbildung – Einleitung und Überblick

Die *unbewussten Inkompetenzen* sind der Ausgangspunkt eines langen, zirkulären Lernprozesses, an dessen Zentrum die Entwicklung einer *reflexiven Kompetenz* steht.² Diese *reflexive Kompetenz* erlaubt nach Windover (2016) (Box 1.8) eine ständige Bewertung, Anpassung und kreative Weiterentwicklung von innovativen Kommunikationstechniken gegenüber unterschiedlichen Herausforderungen in der laufenden Kommunikation mit wechselnden Patienten, auf die sich die ärztliche Gesprächsführung im Zusammenspiel mit klinischen Kompetenzen *maßgeschneidert* einzustellen hat.

Box 1.8 Reflective competence

Reflective competence (...) is characterized by the ability to be mindful of what, how, and why you are communicating in a particular way. Such awareness and reflection allow us to evaluate and refined our communication in an ongoing manner. It also enables us to tailor our communication to each patient, create opportunities to develop innovative communication techniques, and better share the skills with others. It is a vital component in achieving peak performance (...) In a way, reflective competence gives physicians permission to use their clinical judgement and armamentarium of evidence-based skills to decide what language is needed when and where.

Windover 2016: 94

Um also zu entscheiden, „welche Sprache wann und wo nötig ist“, bedarf es eines Zusammenspiels von *klinischen* und *kommunikativen* Kompetenzen, die wechselweise anzuwenden und weiter zu entwickeln sind (§ 3, 17). Dieser Zusammenhang ist über Windover (2016) hinaus weiter auszuführen und zu vertiefen, indem er von seinen theoretischen Grundlagen einer *biopsychosozialen* Medizin (§ 4) abgeleitet wird, die sich zugleich als *dialogische* Medizin (§ 7) versteht.

² Wir folgen hier zunächst der Darstellung von Windover 2016, die sich ihrerseits auf Vorarbeiten von Chapman 2007 und Taylor 2007 stützt. Der Begriff der (*selbst*-)reflexiven Kompetenz soll später mit Uexküll und Weslack (1991) als allgemeine *Meta-Kompetenz* des Arztes ausgewiesen werden (§ 3, 6), die im Rahmen einer *biopsychosozialen* und *dialogischen* Medizin zu begründen ist (§ 4, 7). Eine Verknüpfung mit der bekannten Lern-Pyramide von Miller (1990) wird im Evaluationsteil (§ 40) hergestellt; spezifische Literaturhinweise zum Begriff der *kommunikativen Kompetenz* werden in späteren Kapiteln (§ 3, 7, 13, 17) gegeben.

Wie wir noch im Detail sehen werden, ist mit dem Paradigmenwechsel von einem *biomedizinischen* zu einem *biopsychosozialen* Versorgungsansatz (§ 4) allein schon deswegen eine andere Art der Gesprächsführung notwendig, weil sich die traditionelle, *interrogative* Anamneseerhebung als zu eng erweist, die durch einen *biographisch-narrativen* Gesprächsführung ersetzt oder doch zumindest ergänzt werden muss (§ 9, 19). Auch dieser Unterschied zwischen einer *interrogativen* und *narrativen* Gesprächsführung ist Gegenstand einer kritischen Selbstreflexion des Arztes. Dabei wird der Arzt seine gewohnte Gesprächsführung im Rahmen einer *biopsychosozialen* Medizin bewerten und gegebenenfalls korrigieren müssen, wenn er nicht anstelle des *aktiven Zuhörens* (§ 19) das *Frage-Antwort-Muster* als Routinehandeln *unreflektiert* fortführen will, worauf wir mit Balints (1964) Kritik an der traditionellen Anamneseerhebung ausführlich zurückkommen werden.

Auf dem langen Weg zur „Meisterschaft“ müssen zunächst die *unbewussten Inkompetenzen*, die im „naiven“ Routinehandeln (1. Ordnung) verborgen bleiben und dadurch *unreflektiert* perpetuiert werden, bewusst gemacht, d.h. zunächst „entdeckt“ werden, bevor die neuen, bewussten Kompetenzen soweit verinnerlicht werden können, dass sie ihrerseits unbewusst bei einem neuen Routinehandeln (2. Ordnung) praktiziert werden (Abb. 1.1). Allerdings sollte auch die Entwicklung zur „Meisterschaft“ niemals als abgeschlossen, sondern als lebenslanges Lernen betrachtet werden.

Der zirkuläre Lernprozess muss insofern immer wieder durchlaufen werden, als die *reflexive Kompetenz* gerade im Sinne des lebenslangen Lernens für weitere klinische und kommunikative Erfahrungen offen zu halten ist. Neue Erfahrungen mit anderen Typen von Patienten mit anderen Krankheitsbildern können auch neue Reflexionen bei der ärztlichen Gesprächsführung befördern helfen, die probeweise zu innovativen Kommunikationspraktiken führen, bevor diese wiederum in der weiteren Gesprächspraxis zum Routinehandeln (2. bzw. 3. Ordnung usw.) werden, das gegenüber weiteren Erfahrungen erneut kritisch zu reflektieren ist usw.

Die allgemeine reflexive Kompetenz, die bezogen auf die eigene Gesprächsführung eine *selbstreflexive Kommunikationskompetenz* ist, soll später als *Passungskompetenz* eines *Meta-Arztes* ausgewiesen werden (§ 3, 6), der in selbstkritischer Beobachtung der erste Kritiker seiner eigenen ärztlichen Handlungspraxis ist (Uexküll, Wesiack 1991). Insofern sich die Reflexionskompetenz nicht nur auf *kommunikatives* Handeln, sondern auf ärztliches Handeln insgesamt bezieht, das auch *instrumen-*

1. Klinische Kommunikationsausbildung – Einleitung und Überblick

telles Handeln (Medikation, OP usw.) einschließt (§ 7, 8), ist sie eine ärztliche *Schlüsselkompetenz* (§ 6), die beim *lebenslangen Lernen* ständig weiterentwickelt werden muss.

Dabei sollten die individuellen Möglichkeiten weitgehend ausgeschöpft werden, ohne dabei die individuelle Lernfähigkeit und Lernbereitschaft zu übersteigen. Da die kritische Selbstreflexionskompetenz in der Beobachtung nicht zugleich auf alle möglichen Phänomene *verbaler* und *nonverbaler* Kommunikation ausgedehnt werden kann (§ 12, 18), ist eine pragmatische (Selbst-)Auswahl zu treffen, durch die eine individuelle Überforderung auch beim organisierten Gruppenlernen in der Aus- und Fortbildung zu vermeiden ist. Hier sollte die allgemeine ärztliche Reflexionskompetenz zugleich zur „weisen“ Selbstbeschränkung auf individuelle Grenzen genutzt werden.

1.3.2 Gezieltes Lernen durch kritische Selbstbeobachtung

Aus methodischen und didaktischen Gründen, auf die wir wiederholt zu sprechen kommen (§ 3, 13, 18), ist vor allem der Unterschied zwischen der *Selbstbeobachtung* beim Handeln und der *Fremdbeobachtung* durch Dritte zu berücksichtigen. In der Fremdbeobachtung kann sich der „Kritiker“ voll auf die Beobachtung von Gesprächen konzentrieren und diese analytisch „unter die Lupe nehmen“, zumal wenn er es sich um aufgezeichnete Gespräche handelt, die auch noch in der „Zeitlupe“ wahrgenommen werden können. In diesem Sinne gibt es beim Gruppenlernen oft „Besserwisser“, die für ihre Verbesserungsvorschläge „gute“ Gründe anführen, aber sich dennoch in der eigenen Gesprächspraxis mit der Umsetzung schwer tun können. Gegenüber der Fremdbeobachtung gestaltet sich die Selbstbeobachtung ungleich schwieriger, zumal wenn sich der Handelnde aktuell in der Handlungssituation befindet und während seiner Selbstbeobachtung spontan weiterhandeln muss.

Obwohl *Sprache* und *Kommunikation* sicher originäre „Lerngegenstände“ sind und die ärztliche Gesprächsführung auch als eine besondere *Kunst* verstanden werden kann (§ 17), ist ein spezifisches Kommunikationstraining in mancher Hinsicht mit anderen Trainingsarten durchaus vergleichbar.³ Wer beim Sporttraining vom Trainer auf eine

³ Auf die immer noch aktuelle Diskussion um die Frage, inwieweit die ärztliche Gesprächsführung eine besondere, d.h. „kreative“ Kunst ganz eigener

„falsche“ oder anders formuliert auf eine „bessere“ Lauftechnik oder Wurftechnik aufmerksam gemacht wird, kann sich unter Umständen im Ergebnis zunächst verschlechtern, d.h. in der Umstellungsphase ist mit längeren Laufzeiten bzw. kürzeren Wurfweiten zu rechnen. Die Aufmerksamkeitslenkung und bewusste Umstellung von bewährten Verhaltensmustern auf neue, ungewohnte Muster kann zu *Irritationen* führen, die in einer Zwischenphase des Lernens auch zu Rückschritten im Leistungsniveau führen können (§ 40.3). Wer sich selbst im Gespräch beobachtet, verliert möglicherweise seinen gewohnten, spontanen *Kommunikationsrhythmus*. Das gilt für das *verbale* wie *nonverbale* Verhalten im Gespräch gleichermaßen.

- *Verbale Kommunikation*: Wer bewusst darauf achtet, frühe Unterbrechungen (§ 13, 19, 40) oder suggestive Informationsfragen (Typ: „Appetit ist normal?“) (§ 21) zu vermeiden, wird vielleicht an der einen oder anderen Gesprächsstelle in ungewohnter Weise zögern oder innehalten oder auch zu „Selbstkorrekturen mitten im Satz“ (*Anakoluth*) neigen.
- *Nonverbale Kommunikation*: Wer auf seine Körperhaltung oder seine Gestik und Mimik verstärkt zu achten beginnt (§ 12, 18), wird unter Umständen „verkrampfen“. Auch durch eine allzu starke Konzentration auf das Verhalten des Gesprächspartners kann das eigene Verhalten „gehemmt“ oder „verzerrt“ werden.

Auch wenn das aktuelle Handeln durch die *verstärkte* Beobachtung des eigenen Verhaltens oder auch des Gesprächspartners zwischenzeitlich gestört werden kann, wäre der Verzicht auf die Schulung der Selbst- und Fremdbeobachtung die falsche Alternative.⁴ Mögliche vorübergehende „Einbußen“ gegenüber dem bisherigen „Kompetenzniveau“ sind

Art ist, die sich deswegen ganz oder teilweise der Lehrbarkeit entzieht, kommen wir unter dem Thema „Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung“ in einem gesonderten Kapitel (§ 17) zurück, so dass an dieser Stelle nur exemplarisch auf die einschlägige Literatur verwiesen werden soll: Salmon, Young 2011b, Skelton 2011, Silverman et al. 2011, Lefroy, Mc Kinley 2011, Silverman 2016.

⁴ Den „fragenden Blick“ oder das „Stirnrunzeln“ des skeptischen Patienten beim Therapieversuch zu „übersehen“ ist sicher ebenso ein „Fehler“ wie das „Überhören“ der „leisen“ oder „tonlosen“ Stimme des depressiven Patienten (§ 12, 18).

1. Klinische Kommunikationsausbildung – Einleitung und Überblick

unter Umständen billigend in Kauf zu nehmen (§ 1.3.3, 40.3), wenn langfristig intendierte Veränderungen im Gesprächsverhalten erreicht werden sollen. Allerdings ist darauf zu achten, „den Bogen nicht zu überspannen“. Aus guten Gründen sollte der Umfang der spezifischen (Teil-)Kompetenzen, die wir uns gezielt ins Bewusstsein heben, begrenzt bleiben. Hier ist nochmals zu betonen, dass die (selbst-)reflexive Kompetenz auch der „weisen“ Selbstbeschränkung zu dienen hat.

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass nicht alles, was die Kommunikation mit dem Patienten ausmacht, zugleich einer kritischen Selbstreflexion und Kontrolle unterzogen werden kann. Da unsere Kapazitäten beim Beobachten und Lernen begrenzt sind, müssen wir eine *Auswahl* an verbalen und nonverbalen Phänomenen der Kommunikation treffen, auf die wir gezielt unsere Aufmerksamkeit richten können, ohne den übergeordneten Lernzusammenhang mit höherrangigen Lernzielen zu vernachlässigen.

So ist die Auswahl wiederum abhängig vom Erkenntnisinteresse, das in einem *problemorientierten* Lernansatz erst nach und nach entwickelt werden kann (§ 13). Entsprechend können in der kritischen Beobachtung ausgewählte *verbale* und *nonverbale* Phänomene in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt werden, wenn der Unterschied zwischen einem *interrogativen* und *narrativen* Interviewstil (§ 9, 17, 19) im Rahmen einer *biopsychosozialen* Medizin (§ 4) hinreichend deutlich geworden ist. Erst dann kann beim weiteren Gruppenlernen die Beobachtung für einzelne, zunächst unbewusste Defizite bei der verbalen und nonverbalen Kommunikation sinnvoll geschärft und vertieft werden, indem etwa die restriktiven Funktionen *vorzeitiger Unterbrechungen* oder *suggestiver Frageformen* in spezifischen Gesprächskontexten reflektiert werden. Der „Schaden“, den sie „anrichten“ können, kann erst in der *komparativen* Reflexion erfasst werden, wenn die „besseren“ und schließlich die „besten“ Alternativen (*best practice*) im Rahmen einer *narrativen* Medizin „ins Bewusstsein gehoben“ werden können (§ 9, 17, 19). Insofern ist ein (selbst-)reflexives Kommunikationstraining nicht mit einer *Rhetorikschulung* oder einem *Technik-Drill* zu verwechseln.

Erst unter dieser Voraussetzung eines selbstreflexiven Lernens, bei dem die spezifischen (Selbst-)Beobachtungsaufgaben im Rahmen einer höherrangigen Lernzielsetzung (§ 3, 17) zu stellen sind, ist eine Konzentration der Aufmerksamkeit auf ausgewählte *verbale* und *nonverbale* Phänomene sinnvoll, die dann gezielt im Sinne einer „Scheinwerfertechnik“ besonders zu „beleuchten“ sind (§ 12, 18). Wie auch sonst bei der ärztlichen Gesprächsführung ist bei der Förderung einer kritischen

Selbstbeobachtung eine angemessene „Dosierung“ zu wählen, um eine Unterforderung ebenso wie eine Überforderung der Lernfähigkeit und Lernbereitschaft von Individuen zu vermeiden. Dabei ist jeweils von einem individuellen Lernniveau auszugehen, von dem aus sich unterschiedliche Lernprozesse entwickeln können (§ 40). Um diese in Gang zu bringen und weiter zu fördern, bedarf es eines individuellen Feedbacks.

1.3.3 Allgemeine Lernziele und individuelles Feedback

In Evaluationsstudien zur Arzt-Patient-Kommunikation, wie sie später (§ 40-43) noch angeführt werden, lassen sich neben Gruppeneffekten auch individuelle Lernfortschritte nachweisen. Danach können die Teilnehmer von Interventionsmaßnahmen zur ärztlichen Gesprächsführung recht individuell profitieren. Dies hängt mit unterschiedlichen Ausgangsniveaus und persönlichen Kommunikationsstilen von Ärztinnen und Ärzten zusammen, die sich in der Gesprächsführung fortbilden.

Durch reflexive Beobachtungs- und Feedback-Verfahren gegenüber einer eingeschliffenen ärztlichen Kommunikationspraxis (Routinehandeln 1. Ordnung) (§ 1.3.1) lassen sich etwa im Rahmen einer Balintgruppenarbeit die individuellen Defizite bestimmen und Instruktionen gewinnen (z.B. Koerfer et al. 2004), die *maßgeschneidert* auf eine Veränderung des individuellen Gesprächsverhaltens zielen, indem den Teilnehmern ein individuelles Feedback gegeben wird (Box 1.9). Durch die gezielte Auswahl sollte im aufgezeigten Sinn eine Überforderung von Individuen oder ganzen Gruppen vermieden werden. Dies gilt natürlich analog auch für studentische Lerngruppen (§ 13, 14), aber ebenso für andere Fortbildungstypen (§ 15, 16), bei denen ein individuelles Feedback zentral ist.

Box 1.9 Individuelles Feedback

Nach einer empirischen Detailanalyse (etwa anhand aufgezeichneter Gespräche) könnte das individuelle Feedback für einzelne Teilnehmer einer ärztlichen Fortbildung (z.B. in einer Balint-Gruppe) (§ 15, 42) etwa in einer noch *individuell* zu treffenden *Auswahl* darin bestehen,

- den Patienten weniger zu unterbrechen
- Pausen länger auszuhalten

1. Klinische Kommunikationsausbildung – Einleitung und Überblick

- Suggestiv- oder Mehrfachfragen zu vermeiden
- den Patienten mehr erzählen zu lassen
- seine Belastungen stärker empathisch anzuerkennen
- ihn umfassender aufzuklären
- mehr die Sprache des Patienten zu sprechen
- ihn stärker an der Entscheidungsfindung zu beteiligen usw.

Derartige Gesprächsinstruktionen, die von einem *allgemeinen* Manual der Gesprächsführung abzuleiten sind (§ 3, 17-23), müssen als individuelle Instruktionen immer auch auf persönliche und situative Gesprächsbedingungen bezogen werden, gegenüber denen individuelle Anwendungsprobleme allgemeiner Gesprächsmaximen entstehen können. Nicht immer ist bei Unklarheiten das *insistierende* Nachfragen ein „Allheilmittel“ der Klärung, zumal nicht bei heiklen Themen, bei denen sich eine *tangentiale* Gesprächsführung gegenüber einer *konfrontativen* Gesprächsführung als angemessener erweisen kann (§ 3, 17, 20). Insofern ist die kommunikative Kompetenz zugleich als *Passungskompetenz* zu verstehen (§ 3, 17), die sich kontextspezifisch gegenüber wechselnden Kommunikationsherausforderungen zu bewähren hat.

Indem sich Arzt und Patient gesprächsweise austauschen, gehen sie schließlich eine *interpersonale Beziehung* ein, in der sie sich als Personen mit ihren individuellen Eigenschaften (Temperament, Toleranz, Perfektionismus, Zwanghaftigkeit usw.) begegnen, die auf unterschiedliche Weise harmonieren oder auch konfliktieren können. Insbesondere im Konfliktfall obliegt die Gesamtverantwortung für den Gesprächsverlauf dem professionellen Gesprächspartner, der seine individuellen Anteile an einem Gespräch einer besonderen, reflexiven (Selbst-)Kontrolle zu unterziehen hat. Hierzu bedarf es der bereits erwähnten selbstreflexiven *Kompetenz* des „Meta-Arztes“ (v. Uexküll, Wesiack 1991), auf die wir unter dem Aspekt der Ausbildung von *Schlüsselkompetenzen* (§ 3 und 6) zurückkommen werden.

Während sich beim Gruppenlernen allgemeine Lernziele formulieren lassen (§ 3, 17), die in der Arbeit mit dem Gesprächsmanual noch zu konkretisieren sind (§ 18-23), ist bei der Förderung der kritischen Selbstreflexion insgesamt ein individuelles Feedback gefragt, das zugleich an dem jeweiligen Lernniveau individueller Lerner anknüpft (§ 40). Auch ein Student oder eine junge Ärztin werden nicht alles zugleich „falsch“ machen, sondern sie werden etwa ganz bestimmte kommunikative (Abwehr-)Strategien haben, etwa im Umgang mit sog. Problempatienten, die aber nicht von jedem Interviewer als gleich schwierig erlebt

werden müssen (§ 33). So gelingt es vielleicht dem einen Interviewer eher, geschwätzige Patienten „auszubremsen“, während eine andere Interviewerin eher eine zurückhaltende Patientin „zum Reden zu bringen“ vermag und eine dritte Interviewerin bei aggressiven Patienten „gelassener“ bleiben kann usw.

Insgesamt sind also verschiedene persönliche Ausgangsniveaus zu berücksichtigen und nach ersten Lernphasen zu bilanzieren, in denen sich individuelle Stärken und Schwächen bei der Gesprächsführung herausstellen können, die mit persönlichen Präferenzen und Aversionen im Umgang mit bestimmten Typen von Patienten und klinischen Problemen (Krankheitsbewältigung, Therapieadhärenz usw.) zu tun haben mögen (§ 5, 7, 26). So lassen sich auch in der Gruppenarbeit individuelle Lernfortschritte erzielen, die nach Balint (1964/88) möglicherweise mit einem *Einstellungswechsel* in der Beziehung zum Patienten verbunden sind.⁵

Dieser Zusammenhang zwischen *Einstellung*, *Beziehung* und *Gesprächsführung* ist in der Lehre immer wieder zum Thema zu machen, wenn das Kommunikationstraining nicht auf eine reine Rhetorikschulung reduziert werden soll. Durch die Kommunikation mit dem Patienten wird zugleich die Beziehung gestaltet, und die (Art der) Beziehungsgestaltung bestimmt die weitere (Art der) Kommunikation usw. (§ 3). Dieser zirkuläre Prozess ist in der reflexiven Selbstbeobachtung des Routinehandelns immer wieder zu kontrollieren und gegebenenfalls zu korrigieren.

Wie noch genauer (§ 3, 17) zu zeigen sein wird, besteht die *Kunst* der ärztlichen Gesprächsführung in eben dieser selbstreflexiven *Passung* von verbalen und nonverbalen Interventionen gegenüber spezifischen Gesprächssituationen, in denen sich Arzt und Patient zwar mit unterschiedlichen Kompetenzen, aber als gleichberechtigte Dialogpartner begegnen (§ 7, 10). Wäre es anders, würden wir als Teilnehmer oder Beobachter vielleicht kritisch urteilen (§ 3, 40-43), dass es sich um ein weniger „gutes“ Gespräch gehandelt hat. Diese Kritik sollte im Schutz *solidarischen Lernens* in einer vertraulichen Gruppensituation offen geäußert werden können, damit alle Gruppenmitglieder davon profitieren.

⁵ Vgl. zu den Möglichkeiten und Notwendigkeiten einer „begrenzten inneren Umstellung des Arztes“ gegenüber seinen Patienten Balint (1964/88: 171) sowie zur entsprechenden Fortbildung Köhle et al. 2001, Koerfer et al. 2004, Cataldo et al. 2005, Adams et al 2006, Köhle, Janssen 2011 sowie in diesem Lehrbuch (§ 15, 16, 42,43).

1.3.4 Solidarisches Lernen in der Gruppe

Die Selbstverständlichkeit, dass beim Gruppenlernen Solidarität mit dem kritisierten Individuum zu wahren ist, sollte nicht eigens begründet werden müssen. Die „weise“ Beschränkung beim Lernen auf ausgewählte Lernziele war bereits als Teil der (*selbst-*)*reflexiven Kompetenz* ausgewiesen worden, die nicht zuletzt dem Schutz vor Überforderung dient. Dieser Schutz gilt gegenüber und zwischen allen Gruppenmitgliedern. Kritik sollte stets willkommen sein, auch aus der Perspektive der reflexiven Fremdbeobachtung, bei der der Beobachter, der es sich im Lehnstuhl „bequem“ gemacht hat, die anspruchsvollsten Verbesserungsvorschläge machen kann. Da auch der eifrigste „Besserwisser“ in der Gruppe irgendwann zum „Beobachtungsobjekt“ wird, stellt sich die nötige Solidarität bei der Kritik in der Regel schon durch die Reziprozität der wechselnden Beteiligungsrollen ein. Die Entwicklung von Lernfortschritten, die in selbstreflexiven Lerngruppen möglich sind, hat Michael Balint (1964) für die (später nach ihm benannten) *Balintgruppen* auf seine Art und Weise (Box 1.10) so anschaulich beschrieben, dass er vorweg zu diesem heiklen Thema der Gruppendynamik von ärztlichen Lerngruppen dieses Typs ausführlich zu Wort kommen soll:

Box 1.10 Umgang mit „Fehlern, blinden Flecken und Grenzen“

Die Wahrnehmung dieser Diskrepanz zwischen unserem täglichen Verhalten einerseits und unseren Absichten und Überzeugungen andererseits ist keine leichte Aufgabe. Aber wenn der Zusammenhalt in der Gruppe gut ist, können die Fehler, blinden Flecken und Grenzen jedes einzelnen Mitglieds ans Licht gebracht und wenigstens zum Teil von ihnen akzeptiert werden. Die Gruppe entwickelt, sowohl kollektiv wie individuell, ein immer besseres Verständnis für die eigenen Probleme. Der einzelne kann die Wahrnehmung seiner Fehler leichter ertragen, wenn er fühlt, daß die Gruppe diese Fehler versteht und sich darin mit ihm identifizieren kann, und wenn er sieht, daß er nicht der einzige ist, der Fehler macht (...). Er hat nicht das Gefühl, daß seine Fehler und Mißerfolge, so beschämend sie sein mögen, ihn für die Gruppe wertlos machen, ganz im Gegenteil, er fühlt, daß er dadurch, daß seine Fehler als Diskussionsgrundlage benutzt wurden, zum Fortschritt der Gruppe beigetragen hat.

Balint 1964/88: 405f

Nach unseren eigenen Erfahrungen in Lerngruppen in Aus- und Fortbildungsveranstaltungen war die gegenseitige Rücksicht auf mögliche Empfindlichkeiten anderer nur am Anfang mitunter so ausgeprägt, dass die Kritik ebenso schwierig in Gang zu bringen war. Wenn jedoch jemand „vorlegt“, entsteht ein Domino-Effekt. Einmal im Fluss, ist die „Kritik“ dann oft so „gesprudelt“, dass sich die Erkenntnisse „überschlagen“ haben, egal ob der Anfang unter einer Gruppenleitung oder unter Selbstanleitung der Gruppenmitglieder zustande kam. Die Erfahrung, im Sinne Balints von „Fehlern“, „blinden Flecken“, „Misserfolgen“ und „Grenzen“ anderer lernen zu können („so beschämend sie auch sein mögen“), weckt in der Regel ein *Anfangsvertrauen*, das „ansteckend“ ist. Es ist ähnlich wie bei den „in Rede stehenden“ Arzt-Patient-Gesprächen auch: Ist ein Anfang erstmal gemacht, der zu einem hinreichenden Vertrauen zwischen Gesprächspartnern führt, lässt sich alles leichter sagen und alles Gesagte leichter ertragen.⁶

Unter einer kritischen und zugleich solidarischen Beobachtung der Gruppe können viele Gruppenmitglieder über sich hinauswachsen und dadurch schließlich auch die Rolle übernehmen, andere „mitzuziehen“. Mag das Lernen unter kritischer Beobachtung anfänglich auch „angstbesetzt“ sein, kann beim Gruppenlernen schließlich doch der gemeinsam erlebte „Spaß“ überwiegen, der sogar in Prüfungsgesprächen nach dem OSCE-Verfahren (§ 13.6) explizit bekundet wurde.

1.4 Aufbau und Nutzung des Lehrbuchs

Unser Lehrbuch versteht sich als Beitrag zur Reform der klinischen Kommunikationsausbildung und dadurch zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation. Das Lehrbuch ist als Online-Publikation für alle Lernenden und Lehrenden leicht verfügbar und kann sowohl für

⁶ Mögliche Probleme werden von Balint allerdings nicht verschwiegen: „Natürlich kommt es gelegentlich zu Krisen ...“ (1964/88: 406). Diese Krisen haben nicht zuletzt mit der von Balint erhobenen, anspruchsvollen Forderung nach einer „begrenze(n), aber wesentliche(n) Umstellung der Persönlichkeit“ zu tun. Auf dem Wege dahin muss der Arzt nach Balint (1964/88: 407f.) in einer „freundschaftlichen Atmosphäre“ u.a. dazu gebracht werden, nicht nur den „Mut zur Dummheit aufzubringen“, sondern auch „gelegentlich“ eine „gründliche Kritik seiner sogenannten ‚Dummheit‘ hinzunehmen“ (407f).

1. Klinische Kommunikationsausbildung – Einleitung und Überblick

den Unterricht in der medizinischen Ausbildung und Fortbildung als auch zum Selbstlernen in Gruppen und von individuell Lernenden genutzt werden, die sich in ihrer kommunikativen Kompetenz in Klinik oder Praxis verbessern wollen. Um Fortschritte auch nachhalten zu können, werden Evaluationsmöglichkeiten angeboten, die ebenfalls in Form von Fremd- und Selbstbeobachtungen wahrgenommen werden können.

1.4.1 Strukturierte und flexible Lernangebote

Insgesamt stellt das Lehrbuch ein strukturiertes Lernangebot dar, das entlang der Hauptgliederung Schwerpunkte setzt, die sowohl in der angebotenen Reihenfolge als auch flexibel in Auswahl genutzt werden können. Das Lehrbuch gliedert sich (Box 1.11) in folgende Hauptteile und Kapitel:

Box 1.11 Aufbau des Lehrbuchs

- I. Probleme, Ziele und Methoden (§ 1-3)
- II. Theoretische Grundlagen (§ 4-12)
- III. Didaktik und Methodik (§ 13- 16)
- IV. Manual und Praxis (§ 17-23)
- V. Spezifische Kompetenzfelder (§ 24-39)
- VI. Evaluation (§ 40-43)

Diese Struktur bedeutet nicht, dass etwa die Theorie ohne Empirie oder die Praxis theorielos vermittelt werden könnten. Wir haben thematische und problemorientierte Schwerpunkte gesetzt, bei denen etwa spezifische Probleme des Verstehens und der Verständigung im Dialog zwischen Arzt und Patient unter verschiedenen theoretischen Aspekten (Nonverbale Kommunikation, Narrativik, Metaphorik, Fachsprachlichkeit, Interkulturalität usw.) auch mit empirischen Beispielen exemplarisch differenziert werden. Probleme der didaktischen Vermittlung der ärztlichen Gesprächsführung in der Lehre und Fortbildung werden ebenso wie die damit verbundenen Evaluationsprobleme, die zum Schluss (VI) in einer Gesamtreflexion behandelt werden sollen, in diesem Lehrbuch durchgängig eine Rolle spielen. Darüber hinaus sollen in dem gesonderten Teil (V) exemplarische Gesprächssituationen in spezifischen Kompetenzfeldern (Box 1.12) berücksichtigt werden, in denen

sich besondere Probleme der ärztlichen Gesprächsführung und ihrer didaktischen Vermittlung stellen.

Box 1.12 Spezifische Kompetenzfelder (§ 24-39)

- Psychosomatische Grundversorgung in der *Hausarztpraxis* und *Visite* sowie spezifische Probleme bei der *Verordnung* (Medikation, Risiko, Adhärenz usw.)
- Behandlung spezifischer, teils *chronischer* Krankheiten (KHK, Diabetes, Schmerz, Depression, somatoformen Störungen, Angststörungen usw.), die oft eine besondere Kompetenz im Umgang mit „schwierigen“ Patienten verlangen
- *Fachsprachliche* Kommunikation („Übersetzung“ statt „med speak“ usw.) und *interkulturelle* Kommunikation bei Patienten mit Migrationshintergrund
- Kommunikation mit *chirurgischen* Patienten sowie mit Spendern/Empfängern bei *Transplantationen*
- Umgang mit jungen Patienten und ihren Eltern (in der *Pädiatrie*) sowie älteren Patienten und ihren Angehörigen (in der *Gerontologie*)
- Umgang mit Krebs-Patienten und Sterbenden (*Onkologie, Palliativmedizin*) usw.

In diesen spezifischen Praxisfeldern ärztlichen Handelns sind besondere kommunikative Kompetenzen gefragt, die teils mit übergreifenden Problemen (*Abwehr, Krankheitseinsicht, Krankheitsbewältigung, Therapieadhärenz* usw.) zu tun haben oder *spezifische* medizinische Krankheitskenntnisse erfordern, um beispielweise die „richtigen“ ärztlichen Fragen zur „Vervollständigung“ der biopsychosozialen Anamnese etwa von Herz- und Diabetes-Patienten oder im Falle von Multimorbidität stellen zu können (Albus et al. 2004, Albus, Kreuz, Köllner 2011, Sachverständigenrat 2009, Hermann-Lingen, Albus, Titscher 2014) (§ 5, 29). Diese Probleme einer *krankheitsspezifischen* Gesprächsführung verlangen eine fortgeschrittene kommunikative Kompetenz, die auf allgemeinen Kompetenzen der ärztlichen Gesprächsführung (§ 17-23) aufbauen muss.

Durch die hier gewählte Kapitulfolge wird ein strukturiertes Lernangebot nahegelegt, das aber je nach individuellen Interessen sowohl in anderer Reihenfolge als auch in Auswahl und mit „Seiteneinstiegen“ in einzelne Kapitel genutzt werden kann. Wir haben durch eine ausgepräg-

1. Klinische Kommunikationsausbildung – Einleitung und Überblick

te Verweis- und Wiederaufnahmestruktur versucht, auch im Falle eines Seiteneinstiegs Zusammenhänge und Themenstrukturen immer wieder herzustellen, was bei der Lektüre als Orientierungsangebot dienen soll. Durchgängige und ausführliche Verweise auf die Literatur mögen zu weiterführender Lektüre anregen.

1.4.2 Fremd- und Selbstevaluation

Wie noch aus forschungsmethodischen und didaktischen Gründen ausgeführt werden soll, sind die Beispiele zumeist „strikt“ empirisch in dem Sinn, dass sie nicht konstruiert („ausgedacht“) sind, sondern authentischen Gesprächen in realen Sprechstunden und Visiten entstammen, die nach bestimmten Transkriptionsregeln „verschriftet“ wurden (§ 2.3). Mitunter werden gegenüber den realen Gesprächsfortsetzungen alternative ärztliche Interventionen erörtert, die zur Reflexion anregen sollen.

Darüber hinaus können im Gruppenunterricht oder im Selbstlernverfahren jeweils zusätzlich (teils an eigens markierten Gesprächsstellen) immer wieder alternative Interventionen nach dem Motto „It’s your turn, doctor“ unter selbstreflexiven Fragen simuliert und bewertet werden (Box. 1.13), deren selbstkritische Beantwortungen die besseren Alternativen aufzudecken helfen.

Box 1.13 Simulierte Interventionen und Evaluation

Ausgangspunkt dieser Lern- und Evaluationsmethode (Koerfer et al. 1999, 2008) ist eine Gesprächssequenz aus einem realen Art-Patient-Gespräch, das aus der Lerner-Perspektive zu folgenden Interventions- und Evaluationsschritten genutzt werden kann, nachdem die letzten Patientenäußerungen in Bild und Ton und/oder Text (= Schritt 1) zunächst rezipiert wurden:

1. Letzte wörtliche Äußerungen der Patientin:

„.....“

2. „It’s your turn, doctor“ (simulierte Redeübernahme)
(wie würde ich intervenieren, wenn ich die Ärztin wäre?)

3. Meine Intervention:

„.....“

4. Zuspiel der realen ärztlichen Intervention:
„.....“
5. Komparative Evaluation meiner Intervention im Vergleich mit der realen Ärztin
6. Komparative Evaluation meiner Intervention und der realen Ärztin mit den Interventionen anderer Teilnehmerinnen (aus meinem Kurs oder vergangenen Kursen)
7. Fremdevaluation durch Expertinnen

Bei der Selbst-Evaluation und Fremd-Evaluation können also insgesamt die eigenen verbalen Interventionen sowohl mit den realen Interventionen der realen Ärztin in realen Gesprächen als auch mit anderen fiktiven Alternativen (aus simulierten Gesprächen) abgeglichen werden, wobei im kritischen Vergleich „mehr oder weniger gute“ Interventionen *geratet* werden können (Skala 1-5). Wir haben mit dieser Lernmethode, die noch genauer am empirischen Beispiel auszuführen ist (§ 13.5.2), in der Lehre und Fortbildung sowie in multimedialen Projekten immer wieder gute Erfahrungen gemacht, gerade weil der „Wettbewerb“ um die „beste“ Intervention die eigenen Ressourcen herauszufordern hilft (Koerfer et al. 1999, 2008). In „Sternstunden“ der Lehre und Fortbildung an unserer Klinik haben die Teilnehmer sich an „guten“ Interventionen gegenseitig spielerisch „überbieten“ können. Entsprechend wollen wir auch in diesem Lehrbuch laufend Anregungen zur Selbstreflexion geben, bei denen die Nutzer wahlweise die Patienten- oder Arzt-Perspektive einnehmen können.

1.4.3 Anwendungsperspektive

Das theoretische und didaktische Programm zur ärztlichen Gesprächsführung ist schließlich nur durch seine erfolgreiche Anwendung zu rechtfertigen, die eine Differenzierung auf verschiedenen Lernniveaus erlaubt. Wer allerdings von sich bereits die hohe Meinung hat, etwa die nachfolgend (§ 3.3) vorformulierten Maximen der „Klassiker“ in seiner eigenen alltäglichen ärztlichen Gesprächspraxis längst schon routiniert zu befolgen, kann unser Online-Lehrbuch getrost beiseitelegen (oder zeitgemäßer: einfach wegeklicken). Alle anderen sind eingeladen, sich hier weitere und konkretere Anregungen zur Verbesserung ihrer individuellen Gesprächsführung zu holen. Es würde uns freuen, wenn am

1. Klinische Kommunikationsausbildung – Einleitung und Überblick

Ende die persönliche Bilanz gezogen werden könnte, durch unser Lehrbuch die eigene Gesprächspraxis im Sinne der Lernziele unseres *Manuals* zur ärztlichen Gesprächsführung (§ 17-23) verbessert zu haben. Dabei kann der Lernerfolg zwischendurch und im Vergleich mit den „Klassiker-Maximen“ immer wieder neu vergewissert werden.

Für weitere Selbst- und Fremdevaluationen haben wir zum Schluss – analog zu unserem Manual – den „Kölner Evaluationsbogen Kommunikation“ (KEK) angefügt (§ 1.6), der an unserer Klinik langjährig erprobt wurde und zur Anwendung in anderen Bereichen zu Verfügung steht. Hier soll zu guter Letzt ein Beitrag zur standardisierten Evaluation ärztlicher Gesprächsführung geleistet werden, der mit anderen Verfahren abzugleichen ist (§ 40-43). Auf diese komparative Weise wird sich allmählich der „Goldstandard“ der ärztlichen Gesprächsführung entwickeln lassen, an dem die Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu „(er)messen“ sein wird.

Dabei sollte als Supermaxime, die uns durchgängig leiten soll, beachtet werden: Ein „gutes“ Gespräch kann viel „aushalten“, wenn alles eben „maßvoll“ geschieht (§ 3, 17). Dabei lässt das „rechte Maß“ in der ärztlichen *Gesprächsführung*, bei der *Gespräch* und *Führung* kein Widerspruch sein muss (§ 8, 17), einen mehr oder weniger großen Spielraum mit einer Bandbreite zu, in der sich der individuelle Arzt mit seinen individuellen Stärken und Schwächen am individuellen Patienten orientiert, der als erkrankte Person wiederum so individuell angenommen werden sollte, wie er ist. Für die Gesprächsführung bedeutet dies, dass nur in seltenen Fällen eine Standardvariante genügen kann, sodass auch entsprechende Manuale und Evaluationsbögen bei ihrer Anwendung (§ 17-23) an ihre Nutzungsgrenzen stoßen können.

Gegenüber einem „Schema F“ der ärztlichen Gesprächsführung ist eine besondere *Passungskompetenz* zu fördern (§ 3, 17), die eine *flexible* und *maßgeschneiderte* Kommunikation mit Patienten erlaubt. Diese Kommunikation in einem „gewissen Maße“ zu *strukturieren* kann freilich beiden Partnern und ihrem Gespräch zugutekommen, wozu wir mit diesem Lehrbuch eine Strukturierungshilfe für (angehende) Ärztinnen und Ärzte geben wollen.

1.5 Weiterführende Hinweise

Trotz des vorausgehend beschriebenen „Reformstaus“ in der Kommunikationsausbildung ist spätestens mit dem von George Engel eingeleite-

ten Paradigmenwechsel zu einer biopsychosozialen Medizin (§ 4) eine lange Reihe von Lehrbüchern auch zur ärztlichen Gesprächsführung sowohl im englischsprachigen Raum (auch mit Übersetzungen) als auch im deutschsprachigen Raum entstanden, auf die wir in einschlägigen Kontexten verweisen werden (s. auch Bibliographie). Über einen Zeitraum von über 40 Jahren seien in Auswahl (sic) und exemplarisch genannt: Froelich, Bishop (1973), Morgan, Engel (1969/1977), Adler, Hemmeler (1989), Dickson et al. (1991), Coulehan, Block (1992), Geisler (1992), Tate (2004), Schweickhardt, Fritzsche (2009), Fortin et al. (2012), Cole, Bird (2014), Brown et al. (2016), Cooper, Frain (2018), wobei wir besonders auf das Lehrbuch von Morgan, Engel (1969/1977) als „Klassiker“ wiederholt zurückkommen (§ 2, 3, 17), wenn es die „Maximen eines guten Gesprächs“ weiter auszuformulieren gilt.

Die spezifischen Lernziele zur „Kommunikativen Kompetenz“ werden in didaktischen Kapiteln (3, 13-16) ausgeführt, zu denen im Praxisteil (§ 17-23) die entsprechenden Ankerbeispiele erörtert werden. Für eine Vernetzung unseres Lehrbuchs mit dem *Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog* (NKLM) (2015) sei auf den Lehrbuch-Anhang (§ 44.1) verwiesen.

1.6 Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)

Nachfolgend (nächste Seite) wird der *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) in seiner aktuellen Fassung (2010) wiedergegeben, wie er in OSCE-Verfahren bei Studierenden (§ 13, 14, 41) und in der Fortbildung eingesetzt wird. In den Praxis-Kapiteln (§ 17-23) werden die Details zu allen 6 Schritten/Funktionen ausführlich mit Ankerbeispielen erläutert.

s. nächste Seite

1. Klinische Kommunikationsausbildung – Einleitung und Überblick

Kölner Evaluationsbogen Kommunikation						KEK
OSCE-Checkliste zur ärztlichen Gesprächsführung						¹ 1998
© Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln						⁵ 2010
Nr.	Kurs	Interviewer	Datum	Patient (SP)	Rater	Summe:
						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 50
1 Beziehung aufbauen			<input type="checkbox"/> 4	4 Details explorieren		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
1 Rahmen <ul style="list-style-type: none"> • Vertraulichkeit ermöglichen • Störungen vermeiden 2 Begrüßung <ul style="list-style-type: none"> • Blickkontakt aufnehmen • Grußformel äußern, Hand geben • Mit Namen anreden 3 Vorstellung <ul style="list-style-type: none"> • Namentlich vorstellen • Funktion (z.B. „Stationsarzt“) mitteilen 4 Situierung <ul style="list-style-type: none"> • Im Sitzen Sprechen (Stuhl an Bett) • Bequemlichkeit sichern • Nähe/Distanz abstimmen 5 Orientierung <ul style="list-style-type: none"> • Gespräch strukturieren • Gesprächsziele, Zeitrahmen 			 0 1 0 1 0 1 0 1	1 Beschwerde-Dimensionen erfragen <ul style="list-style-type: none"> • Lokalisation und Ausstrahlung • Qualität, Intensität (<i>Skala 0-10</i>) • Funktionsstörung/Behinderung • Begleitzeichen • Zeit (Beginn, Verlauf, Dauer) • Kondition „Ich welcher Situation ...?“ 2 Subjektive Vorstellungen explorieren <ul style="list-style-type: none"> • Konzepte „Was stellen Sie sich vor?“ • Erklärungen „Sehen Sie Ursachen?“ 3 Anamnese vervollständigen <ul style="list-style-type: none"> • Systeme („Von Kopf bis Fuß“) • Allgemeinbefindlichkeiten, Schlaf etc. • Frühere Erkrankung, Vorbehandlung • Familiäre Risikofaktoren • Familie, Freunde, Beruf, Finanzen etc. • Lücken (heikle Themen) ansprechen 		0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
2 Anliegen anhören			<input type="checkbox"/> 10	5 Vorgehen abstimmen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
1 Gespräch offen beginnen <ul style="list-style-type: none"> • Angebot „Was kann ich für Sie tun?“ • Anlass „Was führt Sie zu mir?“ 2 Erzählen fördern - Rückmeldungen <ul style="list-style-type: none"> • Hörsignale <i>hm, ja</i>, Nicken, Blick • Unterbrechungen vermeiden • Pausen, freie Themenwahl zulassen 3 Aktiv zuhören – Verbal unterstützen <ul style="list-style-type: none"> • Zum Weitersprechen ermutigen • Äußerungen wörtlich wiederholen • Äußerungen paraphrasieren • Offen weiterfragen: „Wie kam das?“ 4 Verständnis sichern <ul style="list-style-type: none"> • Rückfragen „Versteh ich richtig ...?“ • Zusammenfassen 			0 1 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1	1 Evidenz-basiertes Vorgehen planen <ul style="list-style-type: none"> • Was ist gesichert? • Hat Diagnostik Konsequenzen? 2 Erwartungen klären <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellungen, Wünsche, Hoffnungen • „Was haben Sie sich vorgestellt?“ • Kontrollüberzeugungen • „Was könnten Sie selbst ändern?“ 3 Bisherige Befunde erklären <ul style="list-style-type: none"> • (s. Diagnose mitteilen) 4 Untersuchungs- bzw. Therapieplan <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungsmodell (SDM) sondieren • Vorschläge und Risiken besprechen • Reaktionen berücksichtigen • Konsens anstreben 		0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
3 Emotionen zulassen			<input type="checkbox"/> 8	6 Resümee ziehen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4
1 Emotionen beachten <ul style="list-style-type: none"> • Verbal (z. B. Metaphern) • Nonverbal (z. B. Gestik, Mimik) 2 In Situation des Patienten einfühlen 3 Empathisch antworten <ul style="list-style-type: none"> • Angemessen Hilfe und Trost anbieten • Belastungen, Bewältigung anerkennen 4 Emotionale Öffnung fördern <ul style="list-style-type: none"> • Ansprechen „Ich nehme wahr, dass ...?“ • Benennen „Sie sind dann traurig?“ • Klären „Was fühlen Sie dann?“ • Interpretieren „Ihre Angst kommt vielleicht von ...“ 			 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4	1 Gespräch zusammenfassen <ul style="list-style-type: none"> • Konsultationsgrund, Beschwerden, • Diagnose, Therapievereinbarung 2 Klärung noch offener Fragen anbieten <ul style="list-style-type: none"> • Information „Haben Sie noch Fragen?“ • Zufriedenheit „Kommen Sie damit klar?“ 3 Folgetermine vereinbaren <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchungstermine vergeben • Gesprächstermin festlegen 4 Patient verabschieden 5 Dokumentation vervollständigen <ul style="list-style-type: none"> • Kodierung und Gesprächseindrücke • Themen für Folgegespräche 		0 1 0 1 0 1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> [0 = nicht erfüllt; 1 = erfüllt]						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> [0 = nicht erfüllt ... 4 = voll erfüllt]

Abb. 1.2: Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)

2 Interdisziplinäre Gesprächsforschung

Armin Koerfer, Katharina Koerfer

2.1	Paradigmenwechsel in der Sozialforschung	42
2.1.1	Wendepunkte der Medizin	
2.1.2	Interdisziplinäre Wendepunkte	
2.2	Forschungsentwicklung und Forschungsstand	45
2.2.1	Psychotherapeutische Traditionen	
2.2.2	Medizinische und sozialwissenschaftliche Forschung	
2.2.3	Traditionen und Themen	
2.2.4	Anleihen bei den „Klassikern“	
2.3	Empirische Forschungsmethode	59
2.3.1	Intersubjektivität in Forschung und Lehre	
2.3.2	Das „Mikroskop“ der Gesprächsforschung	
2.3.3	Aufzeichnung und Transkription	
2.3.4	Verbale und nonverbale Datenpräsentation	
2.3.5	Transkriptionsregeln	
2.4	Funktionale Gesprächsanalyse und Didaktik	68
2.4.1	Handlungszwecke und Handlungsmuster	
2.4.2	Lernzieltaxonomie zur ärztlichen Gesprächsführung	
2.5	Probleme und Perspektiven der Evaluation	72
2.5.1	Das evaluative Grundvokabular	
2.5.2	Erkenntnisleitende Theorien und Modelle	
2.5.3	Goldstandards der Gesprächsführung	
2.6	Weiterführende Hinweise	79

Much of the work that we have done in health communication has been interdisciplinary.

Parrott, Kreuter 2011: 4

Abstract: Das vorausgehende Statement von Parrott und Kreuter zum Stand der Interdisziplinarität in der Forschung zur Gesundheitskommunikation ist nicht so selbstverständlich, wie die Autoren dies in der

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

Einleitung zum „Handbook of Health Communication“ im Jahr 2011 zunächst nahelegen. Noch zwei Jahrzehnte zuvor hatten Stewart und Roter in ihrem Forschungsresümee gerade einen Mangel an Interdisziplinarität beklagt:

Until very recently, researchers have worked in single disciplines rather than on interdisciplinary teams (Stewart, Roter 1989: 252).

Die unterschiedlichen Sichtweisen mögen historisch begründet sein, aber auch vom jeweiligen Anspruch an eine interdisziplinäre Forschung abhängen. Auch Parrot und Kreuter machen direkt im Anschluss an ihr positives Statement die Einschränkung:

One dilemma facing academics from different disciplines who are in pursuit of health communication is a lack of awareness of what other disciplines are doing (Parrot, Kreuter: 2011: 4).

Statt Ignoranz, die dem bornierten Blick durch die eigene Brille geschuldet sein mag, ist sicherlich die gegenseitige Kenntnisnahme der Methoden und Ergebnisse verschiedener Disziplinen eine allererste Voraussetzung für eine interdisziplinäre Forschung. Diese ist trotz aller Anfangsschwierigkeiten inzwischen zweifellos weit fortgeschritten, was sich unter anderem in etablierten *Standards* zu theoretischen und empirischen, quantitativen und qualitativen Analyseansätzen niederschlägt, auf die wir gesondert unter dem Aspekt der Evaluation (§ 40-43) zurückkommen werden.

Hier soll zunächst ein kurzer Überblick über wesentliche *Wendepunkte* der Medizin (§ 2.1) sowie über Gegenstand, Entwicklung und Themen der *klinischen* und *sozialwissenschaftlichen* Forschung gegeben werden (§ 2.2), bevor wir dann die inzwischen etablierte Methode der *empirischen*, video- bzw. transkriptbasierten Gesprächsforschung charakterisieren (§ 2.3). Diese Methode der *empirischen* Gesprächsanalyse wird vorausgreifend an einem Beispiel (§ 2.3.4) exemplifiziert, an das sich die Darstellung der wesentlichen *Transkriptionsregeln* anschließt (§ 2.3.5), die nachfolgend für das Lehrbuch insgesamt gelten sollen. In einem vierten Schritt (§ 2.4) soll der Ansatz einer *funktionalen* Gesprächsanalyse skizziert werden, dem wir auch in diesem Lehrbuch folgen werden, um die spezifischen Handlungsmuster und Zielsetzungen („endpoints“) ärztlichen Handelns herausarbeiten zu können, das vorausgreifend in einer Lernzieltaxonomie geordnet werden soll. Abschlie-

ßend (§ 2.5) werden Probleme und Perspektiven der Evaluation aufgezeigt, die von der Nutzung eines evaluativen Grundvokabulars der Gesprächsanalyse über erkenntnisleitende Theorien und Modelle bis zu etablierten „Goldstandards“ zur Evaluation führen, deren Weiterentwicklung uns in diesem Lehrbuch dauerhaft beschäftigen wird.

2.1. Paradigmenwechsel in der Sozialforschung

Die interdisziplinäre Entwicklung zum Forschungsgegenstand der Arzt-Patient-Kommunikation ist sehr komplex, vielfältig verschränkt und verzweigt mit sehr verschiedenen Disziplinen. Eine Hauptunterscheidungslinie lässt sich zwischen folgenden Traditionen ziehen, in denen wiederum spezifische Varianten zu differenzieren sind:

- *klinische* Gesprächsforschung, die sich in die *psychotherapeutische* und die *medizinische* Gesprächsforschung (im engeren Sinn) gliedern lässt
- *sozialwissenschaftliche* Gesprächsforschung (im weiteren Sinn), an der so unterschiedliche Disziplinen wie die Sprachphilosophie, Soziologie, Linguistik, Psychologie, Anthropologie usw. mit ihren je spezifischen Erkenntnisinteressen und Untersuchungsmethoden beteiligt sind

Wie wir noch im Einzelnen sehen werden, lassen sich in beiden Forschungstraditionen theoretische und empirische, qualitative und quantitative Ansätze sowie vielfältige Mischformen unterscheiden. Als ein wesentlicher Paradigmenwechsel wird gerade die Integration dieser Ansätze gefordert (§ 7, 9, 40-43), weil sich eine Fortsetzung ihrer dichotomischen Unterscheidung als wenig fruchtbar erwies.

Alle beteiligten Disziplinen haben in den letzten Jahren enorme Entwicklungen genommen, die im Falle der *empirischen* Varianten der Gesprächsforschung nicht zuletzt auf die Nutzungsmöglichkeiten der technischen Aufzeichnungs- und Dokumentationsverfahren zurückzuführen sind (§ 2.3). Eine Reihe von Wissenschaften haben mehr oder weniger einzeln oder gemeinsam „ihre“ spezifischen „Paradigmenwechsel“ vollzogen und sind je spezifische interdisziplinäre Kooperationen mit anderen Disziplinen eingegangen, auf die wir hier nur am Rande eingehen können.

2.1.1 Wendepunkte der Medizin

Bevor wir die interdisziplinäre Forschungsentwicklung vor allem aus der Sicht der *klinischen* Gesprächsforschung näher skizzieren, sollen vorweg die wesentlichen *Wendepunkte* der Medizin markiert werden, mit denen sich „ihre“ spezifische Perspektive der Interdisziplinarität erklären lässt:

- Biopsychosoziale Wende (§ 4, 5)
- Kommunikative Wende (§ 1, 6, 7, 8)
- Narrative Wende (§ 9, 19)
- Partizipative Wende (§ 10, 22)
- Empirisch-evaluative Wende (§ 2.5, 3.3, 5.4, 40-43)

Da wir auf diese Wendepunkte der Medizin im Verlauf des Lehrbuchs wiederholt zurückkommen, soll an dieser Stelle lediglich eine kurze Erläuterung des Überblicks mit Verweisen auf einzelne Kapitel gegeben werden, in denen die Entwicklung und Tragweite dieser Wendepunkte weiter ausgeführt werden.

Einleitend (§ 1) hatten wir bereits die „kommunikative“ Wende in der Medizin skizziert, in der besonders mit George Engel die Relevanz des kommunikativen Zugangs zum Patienten herausgestellt wurde (Stichwort „dialogische“ oder „sprechende Medizin“) (Koerfer et al. 1994, 1996, 2005). Wie noch im Detail auszuführen sein wird (§ 4), fällt die kommunikative Wende nicht von ungefähr mit dem „Paradigmenwechsel“ von der Biomedizin zur *biopsychosozialen* Medizin zusammen (Engel 1977/79, 1997, v. Uexküll, Wesiack 2011). Mit diesem Paradigmenwechsel ist zugleich die thematische Reduktion der traditionellen, wesentlich *biomedizinisch* fokussierten Anamnese durch eine *biopsychosoziale* Anamneseerhebung aufzuheben (§ 9), in der biotische, psychische und soziale *Themen* und ihre Verknüpfungen aus der konkreten, lebensweltlichen Perspektive des Patientenerlebens im Dialog mit dem Arzt entwickelt werden.

Eine solche biographisch relevante Rekonstruktion einer Kranken- und Leidensgeschichte wird ebenfalls nicht in der traditionellen, *interrogativen* Interviewtechnik gelingen, in der Patienten lediglich vorformatierte „slots“ ausfüllen können, indem sie Antworten auf Arzt-Fragen geben sollen. Vielmehr muss die „kommunikative“ Wende eine konkrete Gestalt als „narrative Wende“ erfahren (§ 9), nach der der Patient ein

besonderes *Kommunikationsprivileg* in der Form wahrnimmt, dass er seine Patientengeschichte *in seinen eigenen Worten* erlebensnah *erzählen* kann.

Dieses Kommunikationsprivileg ist nicht bloß ein formelles Rede-recht zur narrativen Selbstdarstellung, sondern substanziell im Sinne einer „partizipativen“ Wende in der Medizin so zu bestimmen, dass Patienten ihre persönlichen Rechte und Interessen als *Subjekte* nicht nur *darstellend* artikulieren, sondern *aktiv wahrnehmen* können, was schließlich in Kooperation mit dem Arzt zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung („shared decision making“) (§ 10, 22, 33) führen soll.

Zuletzt geht es bei all diesen Entwicklungen in der Medizin nicht um bloße Postulate und Maximen eines *idealtypischen* ärztlichen Handelns, sondern dieses ist ganz im Sinne einer *evidenzbasierten* Medizin (§ 5) einem Praxistest zu unterziehen. Ein solcher Praxistest ist nicht nur auf *instrumentelles* Handeln von Ärzten („chirurgischer Eingriff“) beschränkt, sondern auf *kommunikatives* Handeln („ärztliche Gesprächsführung“) so auszuweiten (§ 6, 7), dass eine Evaluation (§ 2.5, 3.3, 40-43) auf empirischer Basis *authentischer* Gespräche möglich ist.

2.1.2 Interdisziplinäre Wendepunkte

Bevor wir auf diese „empirisch-evaluative“ Wende der interdisziplinären Gesprächsforschung näher eingehen, soll ergänzt werden, dass die Wendepunkte der Medizin nicht im „geschlossenen“ Raum der Einzeldisziplin vollzogen wurden, sondern mit anderen Wendepunkten in den Sozialwissenschaften zusammenfielen, so etwa mit dem „linguistic turn“ bzw. „pragmatic turn“, die für die Sprachphilosophie und Sprachwissenschaft relevant waren (Apel 1990, Koerfer 1994/2013), oder dem „narrative turn“, wie er für die Sprachwissenschaft, Soziologie oder Psychologie (Mishler 1995, Straub (Hg.) 1998, Koerfer et al. 2000, 2005, Goyal 2013, Baroni 2014, Köhle, Koerfer 2017) (§ 9) gleichermaßen einschlägig war.

Diese allgemeinen Wendepunkte in den Sozialwissenschaften sind in der medizinischen Gesprächsforschung in der aufgezeigten Weise für ihre je spezifischen Wendepunkte produktiv genutzt worden. So hat sich die Übernahme etwa der *linguistisch-pragmatischen* Wende eben auch darin gezeigt, dass sich die Analyse von Arzt-Patient-Kommunikation gegenständlich nicht auf den bloßen „Austausch von Worten“ reduzieren lässt, wie Freud (1916/17: 9f) dies zu seiner Zeit noch zu

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

Recht betont hat, sondern dass Arzt und Patient mit ihren Worten *Sprechhandlungen* vollziehen (Austin 1962/72) (§ 7.3), indem die Interaktionspartner in einem sequenziell organisierten Dialog Vorschläge, Bitten, Einwände, Zustimmungen usw. äußern.

Diese Äußerungen finden nicht kontextfrei statt, sondern sie sind in einen institutionellen Rahmen eingebettet, in dem die beiden Interaktionspartner ihre bestimmten Rollen als Arzt und Patient wahrnehmen, wie sie bereits von Parsons (1951/70) und Freidson (1970/79) beschrieben wurden. So geht es nicht etwa um die Bitte eines Freundes, das Fenster zu schließen, sondern etwa um das Anliegen eines Patienten, ein Rezept auszustellen, was vom Arzt nicht wegen Unfreundlichkeit oder Eigeninteresse, sondern aus medizinischen Gründen abgelehnt werden kann, so dass in der *funktional-pragmatischen* Gesprächsanalyse (§ 2.4) die *institutionelle* Bindung von Sprechhandlungen zu berücksichtigen ist (Koerfer 1994/2013), worauf wir sogleich zurückkommen.

2.2 Forschungsentwicklung und Forschungsstand

Bevor sich die Medizin mit ihrem wesentlichen Medium der Kommunikation als Forschungsgegenstand zu beschäftigen begann, war die Tradition der Psychotherapie-(gesprächs-)forschung bereits weiter fortgeschritten. Allerdings treffen sich beide Forschungstraditionen in der „empirisch-evaluativen“ Wende, die alsbald durch die Nutzung von modernen Aufzeichnungs- und Dokumentationsverfahren möglich wurde. Ohne hier der weiteren Entwicklung auch nur annähernd gerecht zu werden, seien einige wenige *Meilensteine* auf dem Weg zu einer *empirischen*, an *authentischen* Gesprächen orientierten *klinischen* Gesprächsforschung markiert.

2.2.1 Psychotherapeutische Traditionen

Da in der (psychoanalytischen) Psychotherapie die Kommunikation nicht nur wesentlich, sondern in ihrer spezifisch analytischen wie therapeutischen Wirkungsweise ein Alleinstellungsmerkmal hat, lag die frühe Beschäftigung mit der Kommunikation dort als Forschungsgegenstand auf der Hand. Hier spannt sich der Forschungsbogen von Freud

über Jaspers und v. Weizsäcker bis hin zu Balint und v. Uexküll, womit spätestens die Schnittstelle zur Medizin hergestellt ist.

In dieser Tradition waren zunächst *Fallberichte* die Hauptquelle der Forschung – mit allen Mängeln, die Berichten über Kommunikation anhaften. Mögen sie noch so detailgetreu und kritisch sein, Berichte über Kommunikation sind eben nicht die Kommunikation selbst (Labov 1971, Koerfer 1981, 1985) (§ 2.3). Das methodische Dilemma des Zugangs zum „Original“ ist zwar aus vielen Gründen (*Beobachterparadoxon* usw.) nicht prinzipiell zu überwinden, aber doch zu mildern, indem sich die Forschung dem „Original“ möglichst „unverfälscht“ annähert und „Verzerrungen“ und „Verluste“ möglichst kontrolliert.

Bereits in den 30er Jahren haben Carl Rogers (1942/85) und seine Kollegen die zu dieser Zeit und in diesem Kontext noch neuartigen Medien der (Ton-)Aufzeichnung und Verschriftung von Therapiegesprächen genutzt (§ 40.2), um die Unterschiede von *direktiver* und *non-direktiver* Gesprächsführung bestimmen und beschreiben zu können.

Im deutschsprachigen Raum ist vor allem das von Horst Kächele und Kollegen initiierte Ulmer Korpusprojekt zu (psychoanalytischen) Therapiegesprächen eine Ressource vieler „empirischer“ Untersuchungen in dem Sinn gewesen, dass sie qua Tonaufzeichnung und transkriptbasiert erfolgten (Kächele et al. 1973, 2006, Thomä, Kächele 1989: Bd. 2). Damit konnten die einschlägigen Untersuchungen einer *intersubjektiven* Überprüfung unterzogen werden. Diese Art des Datenzugangs ist dann auch alsbald zu interdisziplinären Forschungen genutzt worden (Flader, Grodzicki 1982, Koerfer, Neumann 1982, Schröter 1982), an denen Vertreter unterschiedlicher Disziplinen (Psychoanalyse, Linguistik, Soziologie) (Kächele 2016) beteiligt waren.

Diese „empirische“ Tradition der klinischen Therapiegesprächsfor- schung hat inzwischen mit etablierten, transkriptbasierten Standards zahlreiche Varianten erfahren (z.B. Buchholz, Streeck 1994, Buchholz 1996, 2005, Streeck 2004, Boothe 1994, 2011, Buchholz 2014, Buchholz, Reich 2014, Buchholz, Kächele 2013, 2016). In diesen Forschungsprojekten ist die *Interdisziplinarität* nicht nur durch Kooperation, sondern gleichsam in „Personalunion“ hergestellt worden, indem diese Kolleginnen und Kollegen ihre Therapie(forschungs-)Kompetenzen mit linguistischen, konversationsanalytischen, narratologischen Kompetenzen verknüpft haben, wovon wir hier wiederholt zu profitieren suchen.

2.2.2 Medizinische und sozialwissenschaftliche Forschung

Zugleich ist eine Tradition der *medizinischen* Gesprächsforschung (i.e.S.) entstanden, die zwar mit der Tradition der Psychotherapiegesprächsforschung erst später in Wechselwirkung kam, aber mit ihr eine vergleichbare „empirisch-evaluative“ Wende (s.o.) vollzog.

Die wesentlichen Probleme der Arzt-Patient-Kommunikation sind zunächst von den Pionieren der medizinischen Gesprächsforschung selbst bemerkt worden, die in ihrer eigenen täglichen Praxis Widersprüche und Widerstände erfahren mussten. Oft nahmen Mediziner als Forscher Gespräche kritisch unter die Lupe, die sie oder ihre Kollegen als Ärzte selbst geführt hatten. Später kamen andere, im weiteren Sinn sozialwissenschaftliche Disziplinen hinzu, so dass sich auch hier eine interdisziplinäre Forschungsrichtung entwickeln konnte.

Bei aller Differenz auch der persönlichen Einstellung zu ihrem Gegenstand, arbeiten *Mediziner* (M) einerseits und *Sozialwissenschaftler* (S) (Linguisten, Soziologen, Psychologen usw.) andererseits an den Seiten derselben Medaillen (Abb. 2.1), was als vorläufiges Bild nachfolgend weiter ausgeführt werden soll.

Bahnbrechend waren etwa im englischsprachigen Raum die frühen Forschungen um Barbara Korsch, in denen aus der Sicht der Pädiatrie kritische Beobachtungen gemacht wurden, wie Ärzte durch ihr kommunikatives Verhalten etwa bei der Aufklärung von Eltern diese mehr oder weniger zum Verstummen brachten, ihre aktive Beteiligung jedenfalls systematisch verhinderten (Korsch et al. 1968, Korsch, Negrete 1972, Uexküll 1987, Koerfer et al. 1994). Auffällig war etwa das bloß noch demonstrierte Zuhörverhalten der Eltern, die Hörersignale (*hm, yes, okay* usw.) nur noch mechanisch äußerten, gleichsam als ob sie verstanden hätten, obwohl ihr Rückmeldeverhalten „ohne Sinn und Verstand“ schien. Sie waren offensichtlich schon inhaltlich „abgehängt“, ohne dass ihre Ärzte dies bemerkt und ihr eigenes Gesprächsverhalten entsprechend korrigiert hätten.

Durch solche Untersuchungen wurde bereits die Forschung sensibilisiert für die „großen“ Wirkungen der „kleinen“ Kommunikationseinheiten, wie sie die Hörersignale (*hm, ja*) haben können, was parallel natürlich auch in anderen Wissenschaften ein etablierter Forschungsgegenstand war (Duncan 1974, Ehlich 1979, Koerfer 1979), der zunehmend in den Fokus der klinischen Gesprächsforschung rückte (Flader, Koerfer 1983). Mit der Nutzung von Videoaufzeichnungen erweiterte sich das

Beobachtungsspektrum der *nonverbalen* Kommunikation erheblich (Körperhaltung, Blickkontakt usw.) (Scherer, Wallbott 1979, Streeck 2004, Lausberg 2011, Matsumoto et al. 2013), die wegen ihrer spezifischen Bedeutung für die Arzt-Patient-Kommunikation gesondert (§ 12) behandelt wird.

Mit der spätestens seit den 70iger Jahren eingeleiteten „empirischen“ Wende der Forschung, die sich dadurch auszeichnete, dass sie zumindest auf Tonaufzeichnungen beruhte, konnten systematische Untersuchungen beginnen, die alsbald durch eine umfangreiche Datenlage imponierte. So führten etwa Byrne und Long (1976) ihre Untersuchungen von (Typen von) verbalen Interventionen und Interviewstilen von Typen von Gesprächen (G) immerhin auf der Basis von 2500 Einzelgesprächen (g) durch.

Der empirische Ansatz der klinischen Gesprächsforschung traf sich alsbald mit (im weitesten Sinn) *sozialwissenschaftlichen* Disziplinen (S) (Abb. 2.1), in denen Gespräche (unterschiedlichen Typs) (G) auf der Basis von empirischen Daten (exemplarischer Gespräche) (g) untersucht wurden.

Hier ging es zunächst wesentlich um Unterschiede von *alltäglicher* und *institutioneller* Kommunikation sowie von (Typen von) Kommunikation in verschiedenen Institutionen, wie etwa Schule, Hochschule, Gericht, Finanzamt, Arbeitsamt usw. (Ehlich, Rehbein 1977, Hoffmann 1983, Koerfer 1994/2013, Birkner, Meer (Hg.) 2011). Unter dieser *komparativen* Perspektive entwickelte sich ein interdisziplinäres Erkenntnisinteresse auch an der Analyse von Arzt-Patient-Gesprächen als Exemp-lare eines besonderen Typs von *institutioneller* Kommunikation (z.B. Fisher 1984, Fisher, Todd 1983, Ehlich et al. (Hg.) 1990, Redder, Wiese (Hg.) 1994, Löning 1985, Menz 1991, Lalouschek 1995, Peters 2008, 2015). Dabei ging es auch um den besonders strittigen Aspekt der (A)Symmetrie zwischen Arzt bzw. Therapeut und Patient, um den eine teils sehr kontroverse Diskussion geführt wurde (Siegrist 1982, Fehlenberg 1987, Maynard 1991, Have ten 1991/2013, Koerfer 1994, Roberts 2000/2013, Koerfer et al. 2005, Brock, Meer 2004, Menz, Al-Roubaie 2008, Peters 2008, 2010, Pilnick, Dingwall 2011, Groß 2015, Weiste et al. 2016), die bis heute anhält und noch gesondert (§ 8, 10) ausgeführt werden soll.

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

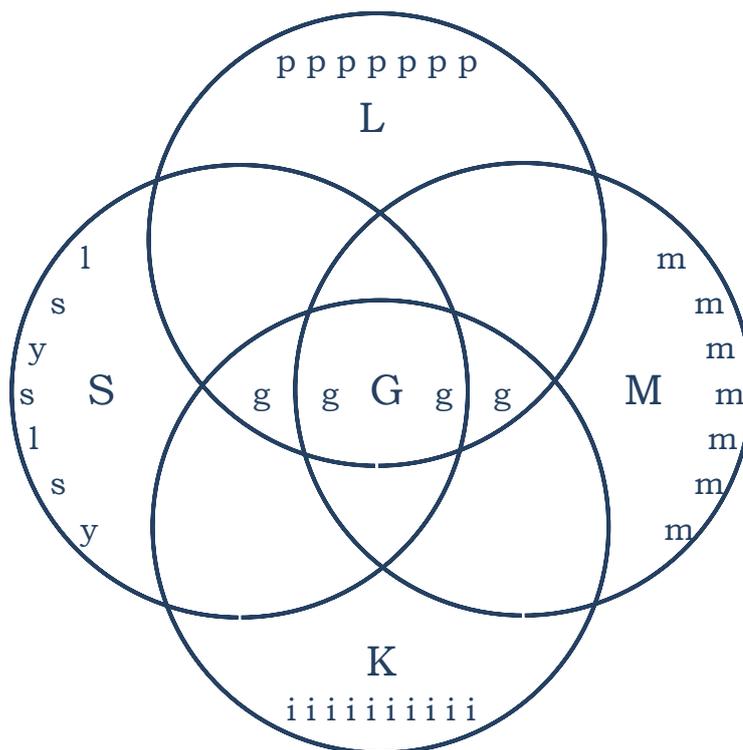


Abb. 2.1: Medizinische und sozialwissenschaftliche Forschung: Seiten derselben Medaillen

Legende:

Großbuchstaben: Systeme, Typen

Kleinbuchstaben: Individuen, Exemplare

G Gesprächstyp

g Gespräch

L Lebenswelt

p Patientin

M Medizin

m Medizinerin

K (Non)Verbale Kommunikation

i Idiolekt

S Sozialwissenschaft

l Linguistin

s Soziologin

y Psychologin

Das interdisziplinäre Erkenntnisinteresse zeigte sich in einer Reihe von Sammelbänden (s.o.), an denen oft Wissenschaftler unterschiedlicher Disziplinen beteiligt waren. Für den deutschsprachigen Raum seien exemplarisch Köhle und Raspe (1982) genannt, die unter dem Titel „Das Gespräch während der Visite“ theoretische und empirische Untersuchungen von Medizinern (m), Linguisten (l), Soziologen (s), Psychologen (y) usw. versammelt haben, auf deren Ergebnisse wir später bei der Forschung zur Visitenkommunikation (§ 24) im Detail eingehen werden.

Eine auch methodisch herausragende Arbeit war die Monographie „The Discourse of Medicine“ von Elliot G. Mishler (1984), der unter Bezug auf die Kommunikationstheorie von Jürgen Habermas (1971, 1981)

(§ 7.3) die Verstehens- und Verständigungskonflikte zwischen Arzt und Patient als Zusammenprall von *Lebenswelt* (L) und *Medizin* (M) als System beschrieb. Auf diesen Ansatz werden wir ebenfalls gesondert (§ 10.2) zurückkommen, um die spezifisch institutionell bedingten Konflikte zwischen Ärzten und Patienten bestimmen zu können, die von unterschiedlichen Relevanzsystemen ausgehen und deswegen Gefahr laufen, systematisch aneinander vorbeizureden.

Insgesamt wird bei der theoretischen wie empirischen Gesprächsanalyse in Rechnung zu stellen sein, dass bei aller *Institutionalität* der Kommunikation die *Individualität* von Patienten (p) immer auch zu individuellen Gesprächen (g) führt, in denen ärztliches Handeln den individuellen Bindungen des Patienten in seiner je spezifischen Lebenswelt Rechnung zu tragen hat. Trotz aller *sozialen* Bindung der verbalen und nonverbalen *Kommunikation* (K), die vermittelt über Schichten, Rollen, Sprachcodes usw. sowohl Teil als auch Medium der uns allen gemeinsamen Lebenswelt ist, sind ärztliche Verstehens- und Verständigungsleistungen letztlich auf die *Idiolekte* (i) von Patienten abzustellen (Flader 1993, Bindernagel et al. 2010). Ärzte müssen berücksichtigen, dass ihre Patienten ihre *eigene Sprache sprechen*, wenn sie ihr Leid klagen, um ärztliche Hilfe zu finden. Um hier alle verbalen Nuancen und Zwischentöne der Kommunikation zu verstehen, ist eine besondere *Zuhörkompetenz* von Ärzten gefragt, die uns in diesem Lehrbuch durchgängig (und bes. § 9, 11, 12, 19, 20, 27) beschäftigen wird.

Nach anfänglicher Fokussierung der interdisziplinären Forschung auf Grundsituationen (Visite, Hausarztpraxis) (§ 24, 25) wurden in der weiteren Entwicklung zunehmend spezialisierte Kompetenzfelder ärztlichen Handelns ausdifferenziert (Psychosomatik, Onkologie, Transplantationsmedizin, Palliativmedizin usw.), von denen eine Reihe später im Detail (§ 24-39) weiter ausgeführt werden soll. Zunächst sollen die Traditions- und Themenentwicklungen in der interdisziplinären Gesprächsforschung skizziert und mit exemplarischen Literaturhinweisen in einer synoptischen Darstellung zusammengefasst werden.

2.2.3 Traditionen und Themen

Die inzwischen umfangreichen theoretischen und empirischen Untersuchungen zur Arzt-Patient-Kommunikation haben in den letzten vier Jahrzehnten erhebliche strukturelle, funktionale und inhaltliche Defizite im kommunikativen Umgang mit Patienten beschrieben und die Ver-

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

besserungsmöglichkeiten im Detail aufgezeigt (§ 40-43). Dabei hat sich die skizzierte interdisziplinäre Forschung entwickelt, in der medizinische und linguistische, sprachsoziologische und -philosophische, anthropologische und medizinethische Traditionen mit ihren je spezifischen Methoden vielfältig verknüpft wurden.

Wie bereits angemerkt, beginnt der Bogen dieser interdisziplinären Forschung mit den frühen Arbeiten Freuds (1912/13) zur psychoanalytischen Behandlungstechnik, die bis in die aktuelle Psychotherapie(gesprächs)forschung weiterwirken (Thomä, Kächele 1989, Koerfer, Neumann 1982, Kächele et al. 2006, Kächele 2010). Von daher hat sich parallel zur Psychotherapieforschung durch Querverbindungen der heute charakteristische Ansatz einer *narrativen* Medizin entwickeln können (Greenhalgh, Hurwitz 1998, Koerfer et al. 2000, 2005, Goyal 2013, Köhle, Koerfer 2017, Gülich 2017, Birkner 2017), bei dem es besonders um eine *biographisch-narrative* Anamneseerhebung geht (§ 9), wie sie für die (psychoanalytische) Therapie (Schafer 1995, Boothe 2011) immer schon selbstverständlich war. Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Entwicklungen (§ 5), mit denen ein Transfer vom mündigen Bürger zum mündigen Patienten einhergeht, haben Tendenzen einer *partizipativen* Medizin verstärkt (§ 10), in der der Patient das erste und letzte Wort haben soll. Wie bereits unter der Perspektive der *Wendepunkte* in der Medizin ausgeführt (§ 2.1), soll dieses Patientenwort eben nicht nur zur narrativen Selbstdarstellung durch Patientenerzählungen genutzt werden können, sondern auch zur aktiven Teilhabe bei der medizinischen Entscheidungsfindung (§ 10), bei der der Patient – mit gewissen Einschränkungen im Rahmen einer *evidenzbasierten* Medizin (§ 5.4) – „seinen eigenen Kopf durchsetzen“ können sollte.

Unter diesen Prämissen einer *narrativen* und *partizipativen* Medizin wurden neue Standards der medizinischen Versorgung gesetzt, die inzwischen in modernen, empirisch orientierten, video- und transkriptbasierten Gesprächsanalysen, Manualisierungen und Evaluationsstudien zur Arzt-Patient-Kommunikation nachgehalten werden. Zu all diesen Entwicklungstendenzen soll nachfolgend nur ein knapper Überblick (Tab. 2.1) anhand einschlägig ausgewählter Literatur zu bestimmten Forschungstraditionen, Themen und methodischen Aspekten gegeben werden, auf die wir in einzelnen Kapiteln des Lehrbuchs (s. rechte Spalte) auch mit weiterführender Literatur zurückkommen werden.¹

¹ Spezifische Literatur zu spezifischen Themenfeldern wird nicht in diesem allgemeinen, tabellarischen Überblick, sondern in spezifischen Themenka-

	Traditionen und Themen - Exemplarische Literatur	Kap.
1	<p>Behandlungstechnische Schriften Freuds mit „Ratschlägen für den Arzt“ zur psychoanalytischen Praxis sowie komparative Studien zu methodisch begründeten Kongruenzen und Divergenzen zwischen Psychotherapie als Gespräch und Alltagskommunikation:</p> <p>Freud 1912, 1913, Argelander 1968, 1970, Lorenzer 1970, 1977, 2002, Flader, Grodzicki 1982, Koerfer, Neumann 1982, Ehlich 1990, Lang 2000, Raffler-Engel 1990, Flader 1990, Koerfer 1994, Koerfer, Köhle 2007, Kächele et al. 2006, Shedler 2010, Scarvaglieri 2013, 2015</p>	<p>9 17 19 20</p>
2	<p>Psychoanalytische Theorie und Behandlungstechnik sowie Manualisierung und Evaluation psychotherapeutischer Behandlungspraxis:</p> <p>Menninger, Holzman 1958, Sandler, Dare, Holder 1979, Luborsky 1988, Anderson 1999, Thomä, Kächele (1989 Bd. 1-2) 1985-2006, Shedler 2010, Boothe 2011, Grimmer 2014, Bozetti et al. 2014</p>	<p>9 17</p>
3	<p>Medizinische Anthropologie, Phänomenologie, psychosomatische bzw. bio-psycho-soziale, semiotische und systemische Medizin, die Patienten möglichst umfassend als erkrankte Person zu behandeln suchen:</p> <p>Jaspers 1913/1965, 1986, von Weizsäcker 1940/1973, Plügge 1962, Morgan, Engel 1969/1977, Engel 1979, 1996, 1997, Fuchs 2000, 2010, Borrell, Carrio et al. 2004, Alonso 2004, Schmoll, Kuhlmann 2005, von Uexküll, Wesiack 1991, von Uexküll 1991, 2001, Margalit et al. 2004, Langenbach, Koerfer 2006, Adler 2009, von Uexküll, Wesiack 2011, Herrmann-Lingen 2012, Thieme et al. 2012, Langewitz 2013, Hontschik et al. 2013, Smith et al. 2013, Albus, Herrmann-Lingen 2017, Köhle 2017, Langewitz, Degen 2017</p>	<p>4 5 7</p>
4	<p>Theoretische und empirische Psychotherapie(gesprächs)- und Wirkungsforschung aus klinischer, sozialwissenschaftlicher und spezifisch konversationsanalytischer und linguistischer Perspektive:</p> <p>Rogers 1942/85, Labov, Fanshel 1977, Schafer 1982, Luborsky 1988, 1996, Buchholz, Streeck 1994, Streeck 2004, Buchholz 2005, Peräkylä et al. 2008, Lepper 2009, Kächele et</p>	<p>9 19</p>

piteln angeführt, so etwa für die Visitenkommunikation in § 24 und Transplantationsmedizin in § 36. Zu allgemeinen Forschungsüberblicken vgl. nachfolgende Anmerkung.

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

	al. 2006, Shedler 2010, Boothe 2011, Peräkylä 2012, Scarvaglieri 2013, 2015, Grimmer 2014, Robinson, Heritage 2014, Kächele 2016, Marciniak et al. 2016, Buchholz, Kächele 2013, 2016, Buchholz 2017	
5	<p>Kommunikations- und Beziehungsmodelle in der Medizin, die in vielen Varianten vom Paternalismus über Dienstleistungs- bis hin zu Partnerschaftsmodellen unter Aspekten von <i>Symmetrie</i>, <i>Autonomie</i>, <i>Verantwortung</i> und <i>Vertrauen</i> differenziert werden:</p> <p>Levenstein et al. 1986, Maynard 1991, Emanuel, Emanuel 1992, Helmich 1994, Abholz 1994, Hellmich 1994, Potter, McKinley 2005, Beach, Inui 2006, Koerfer et al. 1994, 2005, 2008, Stevenson, Scambler 2005, Suchman 2006, Miller et al. 2010, Deter 2010, Witt 2010, Skirbekk et al. 2011, Cullati et al. 2011, Pilnick, Dingwall 2011, Hekmat-panah 2013, Koerfer, Albus 2015, Groß 2015, Schmacke et al. 2016, Frain, Wearn 2018</p>	10 33
6	<p>Theoretische und empirische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation und therapeutischen Kommunikation als spezifisch institutioneller Kommunikation im Vergleich zur Alltagskommunikation und anderen institutionellen bzw. (a)symmetrischen Kommunikationsformen:</p> <p>Siegrist 1982, Koerfer, Neumann 1982, Fehlenberg 1983, Fisher, Todd 1983, Fisher 1984, Löning 1985, Rehbein 1986, Ehlich et al. 1990, Quasthoff 1990, ten Have 1991/2013, Menz 1991, Maynard 1991, Hinze 1992, Redder, Wiese 1994, Menz 1991, Löning, Rehbein 1993, Koerfer 1994/2013, Lalouschek 1995, Hartog 1996, Roberts 2000/2013, Peters 2008, 2010, Pilnick, Dingwall 2011, Heritage 2013, Harvey, Koteyko 2013, Groß 2015, Menz 2015, Weiste et al. 2016, Marciniak et al. 2016</p>	2 7 9 40
7	<p>Praxisorientierte Fortbildung und Begleitforschung ärztlichen Handelns in der Tradition von Balint, der mit seiner Forderung nach „training cum research“ die empirische, evaluative und (selbst)reflexive Entwicklung der Forschung zur Arzt-Patient-Beziehung wesentlich befördert hat:</p> <p>Balint, Balint 1962/1990, Balint 1964/1988, Balint, Norell 1953/1975, Flader, Grodzicki, Schröter 1982, Giesecke, Rappe 1982, Rosin 1989, Köhle et al. 2001, 2010, Koerfer et al. 2004, Cataldo et al. 2005, Adams et al 2006, Lichtenstein, Lustig 2006, Kjeldmand et al. 2004, Kjeldmand, Holmström 2008, Torppa 2008, Köhle, Janssen 2011</p>	16 42

	Traditionen und Themen - Exemplarische Literatur	Kap.
8	<p>Systematische und empirische Detailanalysen und Evaluationsstudien unter Nutzung technischer Aufzeichnungsmedien (Tonband, Video) und Transkriptionen als methodischer Ansatz zur Analyse und Evaluation realer Gesprächspraxis:</p> <p>Korsch et al. 1968, Korsch, Negrete 1972, Kächele et al. 1973, Labov, Fanschel 1977, Byrne, Long 1976, Köhle, Raspe 1982, Mishler 1984, Ehlich et al. 1990, Redder, Wiese 1994, Heritage, Maynard 2006, Peräkylä et al. 2008, Barth, Lannen 2011, Back et al. 2011, Christianson et al. 2012, Scarvaglieri 2013, Robinson, Heritage 2014, Landmark et al. 2016, Buchholz 2017</p>	40 -43
9	<p>Spezifische Untersuchungen und Empfehlungen zu besonderen Praxisfeldern der Arzt-Patient-Kommunikation in Klinik und Arztpraxis, so etwa von der genetischen Beratung über die Frauenheilkunde, Chirurgie, Onkologie und spezifische Erkrankungen (KHK, Diabetes) bis hin zum Umgang mit Sterbenden:</p> <p>Buckman, Kason 1994, Hartog 1996, Lown 2002, Albus 2006, Neises, Ditz, Spranz-Fogasy 2005, Hoefert, Hellmann 2008, Lehmann et al. 2009, Albus 2010, Köhle et al. 2010, Kissane et al. 2011, Hax, Hax-Schopenhorst 2012, Fagerlind et al. 2012, Gamondi et al. 2013, Hermann-Lingen et al. 2014, Lindtner-Rudolph, Bardenheuer 2015, Köhle 2017, Langewitz 2017, Obliers, Köhle 2017, Walczack et al. 2018</p>	24 -39
10	<p>Theoretische und empirische Studien zu Verstehens- und Verständigungsproblemen in Klinik und Praxis, insbesondere bei Aufklärungs-, Risiko- und Ordnungsgesprächen sowie unter medizinpsychologischen, statistischen und linguistischen Aspekten fachsprachlicher, medialer und interkultureller Kommunikation:</p> <p>Ley 1980, 1982, 1983, Raspe 1983, Mann 1984, Ley 1988, Löning 1994, Brünner 2005, Ditz 2005, Jung 2005, Hoefert, Hellmann 2008, Tarn et al. 2006, 2008, Collins, Street 2009, Bindernagel et al. 2010, Spranz-Fogasy 2010, Deppermann, Spranz-Fogasy 2011, Sabbioni 2011, Turner et al. 2011, Penka et al. 2012, Welschen et al. 2010, 2012, Menz 2013, Poel et al. 2013, Tarn et al. 2013, Gaissmaier, Gigerenzer 2013, Wegwarth, Gigerenzer 2013, Wegwarth 2013, Han et al. 2014, Peters 2015, Kliche 2015, Bührig, Meyer 2015, Klüber 2015, Erim, Morawa 2017</p>	8 10 12 26 27 28

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

	Traditionen und Themen - Exemplarische Literatur	Kap.
11	<p>Theoretische und empirische Studien zur nonverbalen und verbalen Interventionstechnik in Psychotherapie und Arzt-Patient-Kommunikation, unter besonderer Berücksichtigung etwa des szenischen Verstehens in der Interaktion zwischen Patient und Arzt/Therapeut sowie (non-)direktiver, empathischer, konfrontativer, tangentialer Gesprächsführung usw.:</p> <p>Rogers 1942/1985, Sandler et al. 1979, Lorenzer 1977, 2002, Miller 1989, Zinn 1993, Finke 1994, Suchman et al. 1997, Anderson 1999, Coulehan et al. 2001, Mercer, Reynolds 2002, Mercer et al. 2004, Koerfer et al. 2004, Black 2004, Eide et al. 2004, Fiehler 2005, Schäfert et al. 2008, Neumann et al. 2009, 2010, 2011, 2012, Bonvicini et al. 2009, Pedersen 2008, 2010, Pollak et al. 2007, 2011, Gelhaus 2011, Hsu et al. 2012, Heritage, Lindström 2012, Derksen et al. 2013, Weiste, Peräkylä 2014, Buchholz 2014, Buchholz, Kächele 2016, Buchholz et al. 2016, Sulzer et al. 2016, Seitz et al. 2017, Buchholz 2017</p>	13 17 19 20
12	<p>Theoretische Ansätze und empirische Studien einer spezifisch „narrativen“ Medizin und Therapie, die Patientenerzählungen und ihre Förderung und Bearbeitung für diagnostische und therapeutische Zwecke ins Zentrum der Forschung und Behandlung stellen:</p> <p>Kleinman 1988, Smith, Hoppe 1991, Waitzkin, Britt 1993, Brody 1994, Schafer 1995, Frank 1995, Meares 1998, Greenhalgh, Hurwitz 1998 (dt. 2005), Hurwitz 2000, Grossmann 2000, Launer 2002, Hurwitz et al. 2004, Goldie 2004, Angus, McLeod 2004, Mishler 2005, Halkowski 2006, Gülich 2005, Charon 2001, 2006, Mehl-Madrona 2007, Lucius-Hoene 2002, 2008, 2009, Koerfer et al. 2000, 2005, 2010, Koerfer, Köhle 2007, 2009, Bothe 1994, 2011, Ribeiro et al. 2011, Gülich 2012, Litschgi, Schlumpf 2012, Vickers et al. 2012, Plassmann, v. Uexküll 2013, Goyal 2013, Scheidt et al. 2015, Köhle, Koerfer 2017, Gülich 2017, Birkner 2017</p>	9 10 19
13	<p>Theoretische Ansätze und empirische Studien einer spezifisch „partizipativen“ Entscheidungsfindung (PEF, SDM) in der Medizin, die vor allem die Autonomie, Interessen und Präferenzen des Patienten in den Mittelpunkt einer (zumeist) partnerschaftlichen bzw. patientenzentrierten Medizin stellen:</p> <p>Veatch 1987, 1991, Emanuel, Emanuel 1992, Hellmich 1994, Abholz 1994, Charles et al. 1997, Elwyn et al. 1999, Bissel et al. 2004, Scheibler, Pfaff 2003, Scheibler 2004, Härter et al. 2005, Whitney 2003, Whitney et al. 2004, 2008, Klemperer</p>	10 22 26

	2003, 2005, Collins et al. 2005, Koerfer et al. 2005, 2008, 2010, Pollock 2005, Whitney 2003, Whitney et al. 2004, 2008, Makoul, Clayman 2006, Krones, Richter 2008, Bieber 2009, Kasper et al. 2011, Charles, Gafni 2011, Clayman et al. 2012, Bezreh et al. 2012, Elwyn et al. 2012, Hekmat-panah 2013, Braddock 2013, Farin, Baumann 2014, Braun, Marstedt 2014, Martin, Dimatteo 2014, Peters 2015, Becker 2015, Hauser et al. 2015, Koerfer, Albus 2015, Phillips et al. 2016, Silverman 2016, Schmacke et al. 2016, Bieber et al. 2016 Sanders et al. 2017, Hauser et al. 2017, Clayman et al. 2017, Alheit, Herzberg 2018, Frain, Wearn 2018	
14	<p>Theoretische, didaktische und empirische Studien zu Training und Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation, in der es um die Entwicklung von „Goldstandards“ geht, deren Wirkung nicht zuletzt jeweils an einem Outcome unterschiedlichen Typs (Partizipation, Patienten-(Gesprächs-)Zufriedenheit, Zuversicht, Besserung, Gesundheit usw.) bemessen wird:</p> <p>Evans et al. 1987, Putnam et al. 1988, Branch et al. 1991, Koerfer et al. 1994, Langewitz et al. 1998, Köhle et al. 2001, Mead, Bower 2002, Ford, Hall 2004, Street et al. 2009, Connor et al. 2009, Uitterhoeve et al. 2010, Hargie et al. 2010, Langewitz et al. 2010, Berkhof et al. 2011, Barth, Lannen 2011, Dwamena et al. 2012, Neumann et al. 2012, Christianson et al. 2012, Street 2013, Wouda, van de Wiel 2013, Laws et al. 2013, Moore et al. 2013, Legare et al 2014, Laidsaar-Powell et al. 2014, Zill et al. 2014, Branch 2015, Martin et al. 2016, Maatouk-Bürmann et al. 2016, Kidd 2016, Skelton 2016, Cömert et al. 2016, Phillips et al. 2016, Makoul, van Dulmen 2016, Hammersen et al. 2016, Wiskin, Lefroy 2016, Radziej et al. 2017, Grayson-Sneed et al. 2017, Sanders et al. 2017</p>	3 17 40 43
15	<p>Entwicklung von spezifischen Kommunikationscurricula und Lernzielen zur patientenorientierten Gesprächsführung und interprofessionellen Kommunikation im Rahmen medizinischer Aus- und Fortbildung:</p> <p>Dickson, Hargie, Morrow 1989, Coulehan, Block 1992, Kurtz, Silverman, Draper 1998, Köhle et al. 1997, 1998, 1999, 2003, Jünger, Köllner 2003, Koerfer et al. 1996, 1999, 2008, Fragstein et al. 2008, Kiessling et al. 2008, 2010, Roch et al. 2010, Kiessling, Langewitz 2013, Street, de Haes 2013, Branch 2014, Han et al. 2014, Windover et al. 2014, Pruskil et al 2015, Sator Jünger 2015a, 2015b, Bachmann et al. 2009, 2013, 2016, Boissy, Gilligan 2016, Windover 2016, Jünger et al. 2016, Frain, Abdalla 2018</p>	3 13 14

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

	Traditionen und Themen - Exemplarische Literatur	Kap.
16	<p>Medizinethisch und (sprach)philosophisch begründete Theorien und Reflexionen ärztlichen Handelns und menschlicher Gesundheit unter Aspekten von Teilhabe, Vertrauen, Vernunft, Verantwortung, Lebensqualität, Verteilungsgerechtigkeit usw.:</p> <p>Pellegrino, Thomasma 1981, 1988, Veatch 1987, 1989, Sass 1989, 1991, Pellegrino 1989, Coulehan, Block 1992, Gadamer 1993, Wieland 1996, Kampits 1996, Scambler 1987, 2001, Scambler, Britten 2001, Woopen 2001, Branch et al. 2001, 2009, 2015, Ritschl 2004, Gethmann-Siefert et al. (Hg.) 2005, Stevenson, Scambler 2005, Meyer-Abich 2010, Walseth, Schei 2011, Walseth et al. 2011, Siminoff 2011, Munthe et al. 2012, Brody et al. 2012, Krefß 2012, Rubinelli 2013, Hekmat-panah 2013, Labrie, Schulz 2014, Spieß 2015, Singh 2016</p>	7 8 10

Tab. 2.1: Exemplarischer Überblick über Traditionen und Themen der medizinischen und sozialwissenschaftlichen Gesprächsforschung zur Arzt-Patient-Kommunikation

Die vorausgehende Themen- und Literatur-Auswahl ist keineswegs auf Repräsentativität angelegt, sondern soll nur Arbeiten berücksichtigen, die als *exemplarische* Platzhalter für die Entwicklung der Erforschung und Praxis der Arzt-Patient-Kommunikation über einen jeweils größeren Zeitraum von vier Jahrzehnten dienen können. Obwohl wir hier keinen *historisch-systematischen* Abriss dieser interdisziplinären Forschungsentwicklungen zur Arzt-Patient-Kommunikation geben können,² sollen die verschiedenen Traditionsstränge in diesem Lehrbuch nach Möglichkeit zusammengeführt werden und dabei die „Pioniere“ und „Klassiker“

² Vgl. zu *historisch-systematischen* Überblicken unter bestimmten (theoretisch-methodischen, empirisch-analytischen, didaktisch-evaluativen, verbalen und nonverbalen, medizin-historischen und -ethischen usw.) Aspekten z.B. Pendleton, Hasler 1983, Fuchs 2000, Pollock 2005, Heritage, Maynard 2006, Langenbach, Koerfer 2006, Menz et al. 2008, Lehmann et al. 2009, Meyer-Abich 2010, Sator, Spranz-Fogasy 2011, Berkhof et al. 2011, Barth, Lannen et al. 2011, Nowak 2011, Lipkin 2011, Thompson et al. (ed.) 2011, Brown, Bylund 2011, Henry et al. 2012, Christianson et al. 2012, Dwamena et al. 2012, Harvey, Koteyko 2013, Beach (ed.) 2013, Moore et al. 2013, Robinson, Heritage 2014, Zill et al. 2014, Scholl et al. 2014, Hauser et al. 2015, Cömert et al. 2016, Cushing 2016, Bates et al. 2016, Kidd 2016, Frain 2018.

der theoretischen und empirischen, sowohl *klinischen* als auch *sozialwissenschaftlichen* Forschung zur Arzt-Patient-Kommunikation ausführlich zu Wort kommen.

2.2.4 Anleihen bei den „Klassikern“

Die Anleihen an die Forschungstraditionen werden hier laufend auch in Form längerer Zitate der „Klassiker“ vollzogen, die nicht nur wegen der Redlichkeit des historischen Quellennachweises angeführt werden sollen, sondern weil die Grundideen und reflexiven Methoden zur Untersuchung und Verbesserung ärztlicher Gesprächsführung oft längst schon „vorbildlich“ formuliert worden sind. Diese Erkenntnisse und Erfahrungen drohen in der „modernen“ quantitativen und qualitativen, empirisch ausgerichteten Gesprächsforschung gelegentlich in Vergessenheit zu geraten, wenn es um die Anwendung von hochspezialisierten Kodier-, Rating- und (Diskurs-)Analyseverfahren ärztlicher und therapeutischer Kommunikation geht (§ 40-43). Hier soll mit der Vergewisserung der Forschungstradition für das einmal erreichte Reflexionsniveau der „Klassiker“ sensibilisiert werden, das für die Interpretation der Methoden und Ergebnisse aus der „modernen“ Forschung zur Arzt-Patient-Kommunikation genutzt werden kann.

Das gilt etwa für die Erklärung der kommunikativen Probleme von Patienten mit der sog. *Assoziationsregel*, die Sigmund Freud (1912) im Vergleich mit der Alltagskommunikation gleichsam als Anti-Maximen-Katalog formuliert hat und die auch in der alltäglichen Arzt-Patient-Kommunikation eine moderate Anwendung erfahren sollte (Koerfer, Neumann 1982, Koerfer, Köhle 2007, Kächele et al. 2006) (§ 9). Was hier in psychoanalytischer Tradition als Ansatz einer „narrativen“ Therapie entwickelt wurde (Schafer 1995, Bothe 1994, 2011), hat im Ansatz einer „narrativen“ Medizin (Greenhalgh, Hurwitz 1998/2005, Koerfer et al. 1994, 2010, Goyal 2013, Köhle, Koerfer 2017, Gülich 2017) eine spezifisch ausgeprägte Fortsetzung erfahren.

Als weiteres Beispiel für die Wirkungsgeschichte eines „Klassikers“ soll nochmals Carl Rogers angeführt werden, der nicht nur die Entwicklung und Theorie der Gesprächspsychotherapie maßgeblich beeinflusst hat, sondern sich auch um die Evaluation von Gesprächstechniken verdient gemacht hat, wenn deren Wirkung bereits an Tonbandaufnahmen (sic) mit einem Verfahren der Ermittlung eines *non-direktiven* Interviewstils überprüft wurde (Rogers 1942/85, Koerfer et al. 1994,

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

2005), das an das linguistische Verfahren der *Weglassprobe* (§ 9, 17, 19, 40) erinnert.

Auf beide Protagonisten (Freud, Rogers) der Psychotherapieforschung werden wir jeweils gesondert zurückkommen, andere „Klassiker“ (wie Balint, Engel, Luborsky, von Uexküll, Schafer, Lown usw.) sollen uns fortlaufend Einblicke in die „klinische“ Gesprächsforschung geben, um die sie große Verdienste haben. Längere Zitate der Klassiker werden in diesem Lehrbuch als Lernangebote (oft in markierten Textboxen) wiedergegeben, die als Angebote natürlich auch ausgeschlagen, aber im Unterricht oder beim Selbstlernen ebenso als anschauliche Lernanlässe zur weiteren Reflexion genutzt werden können.

2.3 Empirische Forschungsmethode

Wie bereits einleitend betont, besteht eine besondere Eigenschaft dieses Lehrbuchs darin, dass seine für Forschung und Lehre einschlägigen Fall- und Ankerbeispiele nach Möglichkeit „strikt“ empirisch gewonnen wurden. Sofern dies nicht aus didaktischen Variationsgründen eigens anders markiert ist, entstammen die Beispiele weitgehend *authentischen* Gesprächen, die in realen Situationen der ärztlichen Sprechstunde und Visite mit Ton und Bild aufgenommen und anschließend verschriftet (transkribiert) wurden.

2.3.1 Intersubjektivität in Forschung und Lehre

Dieser „strikt“ empirische Ansatz ist mehrfach methodisch motiviert. Eine Voraussetzung für die *intersubjektive* Überprüfbarkeit von Gesprächsanalysen sowie die *didaktische* Vermittlung von Gesprächsmerkmalen in der Lehre ist die *Fixierung* kommunikativer Daten, um die Flüchtigkeit von Face-to-Face-Kommunikation zu überwinden. Ansonsten würde bei bloß erinnelter Kommunikation der intendierte Untersuchungs- bzw. Lehrgegenstand schon wegen der Wahrnehmungs- und Gedächtnisverluste und -verzerrungen erheblich verfehlt werden. Schon kleinere Kommunikationsphänomene wie Verzögerungen des Sprechers bei schwierigen oder heiklen Themen oder Hörersignale (*hm, ja, achso*) fielen durch das spontane Aufmerksamkeitsraster eines direkten Beobachters, dessen selektive Wahrnehmung einer intersubjek-

tiven Überprüfung kaum standhalten könnte, wenn es etwa um die Klärung folgender Fragen ginge:

- Welche (Art von) Eröffnung hat der Arzt gewählt und in welchem Umfang (Beitragslänge) konnte der Patient sein Anliegen vortragen?
- Welche (Art von) weiteren Fragen hat der Arzt wie oft gestellt?
- Wie hat der Patient jeweils darauf (und mit welcher Beitragslänge) geantwortet?
- Wie oft hat der Arzt den Patienten in welcher Form und mit welchen Auswirkungen unterbrochen?
- Wie waren die Redeanteile der beiden Partner im gesamten Gespräch verteilt?
- Wie oft hat der Patient (etwa bei heiklen Themen) selbst innegehalten oder seinen Beitrag verzögert oder gar nicht zu Ende geführt?
- Wie oft hat der Patient (aus Verlegenheit, Unsicherheit usw.) gelacht?
- Wie oft haben beide Interaktionspartner gemeinsam (und wofür) gelacht?
- Wer hat welches Thema initiiert bzw. fortgeführt oder abgebrochen?
- Wie hat der Arzt das Gesprächsende eingeläutet (*opening up closing*)?
- Wie hat der Patient darauf reagiert (Akzeptanz, Neustart)?

Was schon für einzelne Gespräche aus der direkten Beobachtung und Erinnerung schwer nachzuhalten ist, gilt erst recht für eine Vielzahl von Gesprächen, wenn man etwa (mit einem pre-post design) im Gruppenvergleich nach typischen Unterschieden als Ergebnis einer Interventionsmaßnahme (etwa durch Balintgruppenarbeit) fragen würde, worauf wir unter dem Aspekt der Evaluation (§ 40-43) noch systematisch zurückkommen.

Der methodische Vorbehalt gegenüber bloß *erinnerter* Kommunikation stellt sich ebenso gegenüber bloß konstruierten Dialog-Sequenzen oder gar ganzen Gesprächs-Konstrukten, die lediglich eine artifizielle Variante *imaginiertes* Kommunikation darstellen, wie sie etwa auch in der „Dichtung“ (Theaterstücke, Romane usw.) gebräuchlich ist. Hier werden „aus dem Kopf“ heraus „Texte“ phantasiert, mit denen bestenfalls Eigenschaften schriftlicher Kommunikation reproduziert werden können, die mit mündlichen Dialogen wenig gemein haben (Koerfer

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

1979, 1982). Auch viele Lehrbücher zur Arzt-Patient-Kommunikation unterliegen der Suggestion konstruierter Dialoge, so als ob diese so oder so ähnlich stattgefunden hätten. Mit ihrer „Glätte“ oder „Sprödigkeit“ sprechen die Textbeispiele dann ihre eigene „sterile“ Sprache.³

Insgesamt kann eine „Datenbasis“, die sich auf bloß *erinnerte* oder *imaginierte* Kommunikation beschränkt, zumal wenn sie durch die Erinnerung und Imagination einzelner (wie auch immer kompetenter) Individuen gewonnen wurde, dem *Intersubjektivitätsanspruch* an die aktuelle Forschung und Lehre zur Arzt-Patient-Kommunikation nicht gerecht werden. Hier haben sich mit der vorausgehend (§ 2.1) schon skizzierten „empirisch-evaluativen“ Wende der klinischen wie sozialwissenschaftlichen Gesprächsforschung bestimmte *Standards* entwickelt, die sich nicht zuletzt mit den technischen, audiovisuellen Aufzeichnungsverfahren etablieren konnten, auf die nachfolgend näher einzugehen ist, weil sie auch unseren spezifischen Lehransatz in diesem Lehrbuch betreffen.

2.3.2 Das „Mikroskop“ der Gesprächsforschung

Die methodische Pointe eines spezifisch empirisch basierten Ansatzes in Forschung und Lehre wird von John Heritage, einem Protagonisten der amerikanischen Gesprächsforschung (*conversation analysis*) (CA), im Vorwort zum „Handbook of Patient-Provider Interactions“ (Beach 2013) auf einen *metaphorischen* Begriff gebracht (Box 2.1), indem er die Aufzeichnungsverfahren in den Sozialwissenschaften allgemein als Äquivalent zum „Mikroskop“ betrachtet:

Box 2.1 We have a microscope. We should use it.

Recording technology can, without exaggeration, be described as the social scientist's equivalent of the microscope (...) Conversation analysts, in particular, have always insisted on the value of group work on transcribed materials in the presence of the tape record itself. Any-

³ Allerdings gibt es eine Reihe (auch schon älterer) Lehrbücher, die sich im Anschluss an die Forschung auf eine empirische Gesprächsbasis stützen, so vor allem im englischsprachigen Raum (z.B. Coulehan, Block 1992). Für den deutschen Sprachraum sei exemplarisch das ausgezeichnete Lehrbuch von Adler und Hemmeler (1989) genannt, die ihre Analyse-Kategorien an ausgewählten Gesprächsausschnitten belegen.

one who has taught medical students, or trained physicians in CME courses, will be vividly aware of the compelling educational value of real data, in which real clinicians deal with real dilemmas of real patients in real time. Recordings have the power to evoke analysis and reflections that is wide and deep and that is, on occasion, an important stimulus to changes in practice. We have a microscope. We should use it.

Heritage 2013: XI f

Dieser Appell, das längst vorhandene Mikroskop auch verstärkt zu nutzen, richtet sich sowohl an die Forschung, die sich zu einer „evidence-based discipline“ (ibid.) entwickeln sollte, als auch an die Lehre zur Arzt-Patient-Kommunikation, den „educational value of real data“ zu nutzen, die unter „realistischen“ Bedingungen (realer Gesprächspartner, Probleme, Zeit usw., s.o.) entstanden sind.

Beiden Forderungen versuchen wir hier zu entsprechen, in dem wir Forschungsergebnisse zumeist aus eigenen und gelegentlich anderen Projekten mit der Lehre zu verbinden suchen, um die „Gesprächswirklichkeit“ möglichst so zu erfassen und zu vermitteln, wie sie unter realen Praxisbedingungen stattgefunden hat. Wenn dies aus didaktischen Gründen nicht eigens anders markiert ist (z.B. bei alternativen Formulierungen von ärztlichen Interventionen), werden in unserem Lehrbuch direkt gewonnene Daten mündlicher Kommunikation in Form von Aufzeichnung und Transkription authentischer Gespräche benutzt, wie dies in der Tradition der Diskursanalyse allgemein (z.B. Edwards, Lampert 1993) oder speziell in der Forschung zur Arzt-Patient-Kommunikation (z.B. Ehlich et al. (Hg.) 1990, Redder, Wiese (Hg.) 1994, Heritage, Maynard (eds.) 2006) inzwischen *Standard* ist, um der Forderung nach Intersubjektivität schon bei der *Datengewinnung* genügen zu können.

2.3.3 Aufzeichnung und Transkription

Zum Zwecke von Gesprächsanalysen, wie sie auch hier zugrunde liegen, sind zwei Schritte zur Datengewinnung erforderlich und methodisch zu kontrollieren, nämlich die audiovisuelle *Aufzeichnung* und die *Transkription*. In beiden Fixierungsprozessen handelt es sich in der Richtung vom „Originalgeschehen“ zur Aufzeichnung (*Datendokumentation*) und von der Aufzeichnung zur Transkription (*Datenpräsentation*) jeweils um

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

mediale Transformationen, bei denen wiederum mit je spezifischen Datenverlusten und -gewinnen zu rechnen ist (Koerfer 1985). Um die unvermeidlichen Datenverluste jeder Transkription kompensieren zu können, müssen die Untersucher immer wieder in die Aufzeichnung zurückgehen, um etwa für ein Rating bestimmte Höreindrücke („freundlich“) zu gewinnen (Kruse, Tress 2010, Koerfer et al. 2010). Gegenüber dem ganzheitlichen Erleben etwa aus der Binnenperspektive von Teilnehmern oder der Außenperspektive eines teilnehmenden Beobachters ist auch das AV-Medium wiederum hochselektiv, weil etwa visuelle oder olfaktorische Informationen (z.B. Erröten, Schweiß) in nachgeordneten Wahrnehmungen vom Bilddokument („Monitor“) eventuell verloren gehen.

Andererseits können durch wiederholte Beobachtungen und entsprechend systematische Notationen von Beobachtungen überhaupt erst Phänomene wahrgenommen werden, die sich der spontanen, synchronen Betrachtung in der flüchtigen „Originalsituation“ entziehen, obwohl sie dort von den beteiligten Partnern subtil wahrgenommen und verarbeitet werden. Deren Interaktionsspiel kann natürlich auch von einem nicht-teilnehmenden Beobachter als Zuhörer und Zuschauer spontan „registriert“, aber eben nicht gleichzeitig systematisch wahrgenommen und „protokolliert“ werden. Zum Beispiel sind das Mienenspiel bzw. Blickverhalten der Teilnehmer oder ihre Körperbewegungen so „schnellebigen“ Veränderungen unterworfen, dass es in der spontanen Beobachtung kaum nachgehalten werden kann, geschweige denn „online“ entsprechend notiert (verschriftet, kodiert) werden könnte, worauf unter dem Aspekt der nonverbalen Kommunikation gesondert eingegangen wird (§ 12). Hier sind das Standbild und die Zeitlupe für Analysen unverzichtbar, um etwa Körperhaltung, Gestik und speziell das Blickverhalten beim Sprecherwechsel (*turn taking*) erkennen zu können, der wesentlich durch (Unterbrechungen beim) Blickkontakt geregelt wird, dem deswegen eine besondere Aufmerksamkeit gelten sollte.

2.3.4 Verbale und nonverbale Datenpräsentation

An folgendem Beispiel (B 2.1) der verbalen und nonverbalen Datenpräsentation soll kurz die besondere Bedeutung (der Notation) des Blickkontakts illustriert werden, und zwar bei einem gerade von der Patientin begonnenen initiativen Redebeitrag, der vom Arzt frühzeitig unterbrochen wird. Ob Blickkontakt besteht oder nicht, wird aus der Kame-

raperspektive vom Transkribenten jeweils geratet und in unserer Arbeitstranskription (B 2.1) jeweils mit „[+]“ (plus) bzw. „[-]“ (minus) gekennzeichnet.

Hier soll an dieser Stelle nur auf das Phänomen des Blickkontakts aufmerksam gemacht werden, der hier wegen seiner Bedeutung im Kontext besonders notiert wird. Dabei sehen wir im Bildausschnitt den Arzt von hinten und haben einen Blick auf das Gesicht und den Oberkörper der Patientin. Nach der Eröffnungsfrage des Arztes nach dem Konsultationsgrund hebt die Patientin gerade mit einer Beantwortung an. Der Arzt unterbricht sie hier ohne Not, kaum dass sie begonnen hat. Der Blick der Patientin war weder fragend noch hilfeschend auf den Arzt gerichtet, sondern „abschweifend“ nach links oben, was ein typisches Verhalten ist, wenn man beim Sprechen überlegt (innere Konzentration) und nicht von außen „abgelenkt“ werden will.

B 2.1	„Wo sind Ihre Hauptbeschwerden?“	Kommentar
01	A [beide setzen sich] [+] so Frau A, was führt Sie her? . [+]	Eröffnungsfrage: Konsultationsgrund
02	P [+] also, allgemein [-] jetzt ähm ... [Blick überlegend nach links oben]	Beginn der Antwort
03	A wo sind [+] Ihre Hauptprobleme, was/oder Hauptbeschwerden, weswegen Sie kommen? [+] .	Frühe Unterbrechung/Trichtern
04	P öfters schon mal Herzschmerzen, also Stiche in der Herzgegend .	Fokus: „Hauptbeschwerden“
05	A seit wann haben [-][Bü] [1] Sie diese Stiche? ... [3] ... [1] [P kratzt sich dabei an Schulter]	Bü = überlegender Blick von P
06	P [-] schon etwas [+] länger, also 2001 war es ganz schlimm, und da hab ich denn auch die Mandeln entfernt bekommen . [+]	zuletzt anhaltender Blickkontakt von P auf A
07	A ja .	Hörersignal
08	P das war beim Dr. Müller noch . [+]	Vorbehandlung

Mit seiner erneuten Intervention (03A: „wo sind Ihre Hauptprobleme, was/oder Hauptbeschwerden, weswegen Sie kommen?“) unterbricht der Arzt nicht nur frühzeitig den gerade begonnenen Redefluss, sondern eben auch ganz offensichtlich den gerade entwickelten Gedankengang der Patientin („also, allgemein jetzt ähm ...“). Dabei wird nicht nur der

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

aktuelle Gedankenfluss abrupt gestoppt, sondern es werden mögliche weitere Kognitionen der Patientin zugleich verbal fokussiert, indem der Arzt das Antwortspektrum zunächst auf „Hauptprobleme“ und dann mit einer Selbstkorrektur auf „Hauptbeschwerden“ erheblich verengt, und zwar durch die nahe gelegte Kontrastierung: Waren kurzfristig nur „Neben“-Probleme ausgeschlossen, aber immerhin „Haupt-Probleme“ noch zugelassen, so sind Sekundenbruchteile später durch die ärztliche Selbstkorrektur nur noch „Beschwerden“ der Patientin „im Gespräch“, genauer nur noch „Haupt-Beschwerden“.

Anstatt der Patientin „in Ton und Bild“ zu folgen, das heißt ihr beim Reden die volle Aufmerksamkeit zu schenken, zieht der Arzt den Blick der Patientin wieder auf sich und lenkt ihre Aufmerksamkeit verbal auf den von ihm gewünschten Fokus, den sie mit ihrer körperbezogenen Beschwerdeschilderung („Herzschmerzen“) dann auch „bereitwillig be- dient“.

Der durch Form, Inhalt und Platzierung dieser (allzu) frühen Unterbrechung gebahnte biomedizinische Fokus ist vielleicht schon der Anfang vom Ende eines Gesprächs, dessen früher *Konditionierung* (§ 9) beide Akteure nicht so schnell entrinnen können. Bevor wir später (§ 19.6) auf den tatsächlichen Verlauf des Gesprächs im Detail zurückkommen, sollte mit dieser Anfangssequenz vor allem die Bedeutung des Blickkontaktes herausgestellt werden, auf den zu achten sich sowohl in der nachträglichen Gesprächsanalyse lohnt, aber eben auch schon vor- gängig beim ärztlichen Handeln selbst, für das sich vorweg schon eine erste *Maxime* und ihre Begründung formulieren ließe:

- *Maxime*: Unterbrich nach Möglichkeit deine Patienten nicht, wenn sie beim Reden noch „überlegend“ wegblicken.
- *Begründung*: Solche „abschweifenden“ Blicke während des Sprechens sind zumeist als „Anzeichen“ dafür zu nehmen, dass der Gesprächspartner seinen Gesprächsbeitrag noch nicht beendet hat und noch weiter reden will.

Das Risiko, dass der „abschweifende“ Blick des Patienten vielleicht „abschweifende“ Gedanken nach sich ziehen könnte, wäre gerade am Anfang eines Erstgesprächs (sic) vom Arzt nicht nur auszuhalten, sondern besonders zu fördern. Wir werden dieses Thema der „Fruchtbarkeit“ abschweifender Gedanken wieder aufnehmen (§ 9), wenn es um die moderate Anwendung der Freudschen „Assoziationsregel“ nicht nur in der

Psychotherapie, sondern im Berufsalltag von ärztlichen Sprechstunden und Visiten geht.

2.3.5 Transkriptionsregeln

Nicht jeder Blick ist so bedeutsam wie im vorausgegangenen Beispiel, für das wir die Beobachtung des Zusammenspiels von verbaler und nonverbaler Kommunikation zu Illustrationszwecken besonders geschärft haben. Derartige Phänomene sollten aber eine besondere Aufmerksamkeit des Arztes bekommen. Der gesenkte Blick und die schleppe und leise Stimme des depressiven Patienten sollten dem Arzt ebenso wenig entgehen, wie die laute Stimme des aggressiven Patienten ohnehin „unüberhörbar“ ist. Aber auch Phänomene wie eine nur zögerlich gegebene Antwort („Rumdrucksen“) sollten nicht überhört werden, zumal wenn sie vor „heiklen“ Themen vorkommen (§ 21.6), deren Problematik anschließend „weggelacht“ und damit bagatellisiert werden kann, wenn die Not des Patienten zu groß wird usw.

Gegenüber der skizzierten Komplexität mündlicher Kommunikation, auf die noch systematisch eingegangen wird (§ 12, 18), bleibt jede noch so „vollständige“ Transkription defizitär. Es kann auf verschiedenen Niveaus der systematischen Notation von verbaler und nonverbaler Kommunikation immer nur eine Annäherung an die „Gesprächswirklichkeit“ geben, so dass die empirische Analyse „mit Kompromissen leben“ muss, zumal wenn die Lesbarkeit für praktische Anwendungen in Forschung und Lehre nicht gefährdet werden soll (Koerfer 1981, Birkner, Stukenbrock 2009). Mit unseren Transkripten bewegen wir uns in diesem Lehrbuch auf dem „mittleren“ Niveau einer Halbinterpretativen Arbeitstranskription (HIAT) (Ehlich, Rehbein 1976, Ehlich 1982, Ehlich 1993). Die Arbeitstranskription sollte je nach Analysebedarf nach dem Baukastenprinzip auf- und eben auch abbaubar bleiben, um Überkomplexität reduzieren zu können (Koerfer 1982, Spiegel 2009).

Um es mit dem von Heritage (s.o. Box 2.1) benutzen Bild auszudrücken: Das „Mikroskop“ muss immer wieder neu justiert, das heißt auf einzelne Phänomene „scharf“ eingestellt oder gegen ein anderes „Gerät“ ganz ausgetauscht werden. Zumeist genügt aber eine Standardeinstellung. So werden in der nachfolgenden Transkription bestimmte *nonverbale* (Blickkontakt, Gestik, Mimik) und *paraverbale* Phänomene (Betonung, Lautstärke) nicht systematisch, sondern nur fakultativ in die Transkription aufgenommen, die auf einer Basis-Variante beruht.

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

Das Ausmaß der „Verschriftlichung“ mündlicher Kommunikation sollte die *Lesbarkeit* nicht gefährden. Es wurde eine *literarische* Umschrift gewählt, mit der der Mündlichkeit eines Gesprächs in gewissem Umfang Rechnung getragen werden soll („kommste“ = „kommst du“). Hörerrückmeldungen (wie „hm“, „ja“, „aha“), die eine Redefortsetzung des aktuellen Sprechers „as if uninterrupted“ erlauben, werden in einer eigenen Zeile notiert (vgl. Duncan 1974, Ehlich 1979, Flader, Koerfer 1983, Koerfer et al. 2000, 2009, 2010). Gleichzeitiges (simultanes) Sprechen von Arzt und Patientin wurde nur in offensichtlichen („unüberhörbaren“) Fällen mit eckigen Klammern berücksichtigt. Da bei ansonsten normaler Interpunktion abweichend Punkte durch Kommata ersetzt und Punkte ausschließlich als Pausenzeichen verwendet werden, wird die entsprechende Großschreibung nach Punkten aufgehoben. Im Wesentlichen werden folgende Transkriptionszeichen verwendet:

Zeichen	Transkriptionserläuterungen
A	Ärztin, Arzt
P	Patient(in)
MA	Medizinische(r) Assistent(in)
[zeigt an Hals]	Kommentare (nonverbal usw.)
hier [Akte]	Kommentare (kognitiv, gemeint: Patientenakte)
Wort . Wort	kurze Pause (kein Satzzeichen!)
Wort ... Wort	mittlere Pause
..... [5]	Pause von ca. 5 Sekunden
ähm	gefüllte Pause des Sprechers (turn-intern)
hm	Hörersignal (Beispiel 1)
ach	Hörersignal (Beispiel 2)
aha	Hörersignal (Beispiel 3)
ja?	Hörersignal (Beispiel 4 mit Frageintonation)
ge:stern	betont
hat er/hat sie	Selbstkorrektur
P [simultan zu Sprecher A
A [simultan zu Sprecher P
[+]	Blickkontakt besteht
[-]	Blickkontakt unterbrochen
[lt-]	Beginn „lauter“ (relativ zu „normal“)
[-lt]	Ende „lauter“ (Rückkehr zu „normal“)
[ls-]	Beginn „leiser“ (relativ zu „normal“)
[-ls]	Ende „leiser“ (Rückkehr zu „normal“)
[s-]	Beginn „schneller“ (relativ zu „normal“)

[-s]	Ende „schneller“ (Rückkehr zu „normal“)
[l-]	Beginn „langsamer“ (relativ zu „normal“)
[-l]	Ende „langsamer“ (Rückkehr zu „normal“)
(Wort)	vermuteter Wortlaut (unverständlich)
Wort-	Beitrag/Intonation (noch) schwebend
Wort=Wort	schneller Anschluss
haste	literarische Umschrift (= hast du)
könnwer	literarische Umschrift (= können wir)
usw.	

Tab. 2.2: Transkript-Formular

Einige Zeichen (wie zum Blickkontakt) wurden aus den genannten Gründen der Komplexitätsreduktion zugunsten besserer Lesbarkeit nicht systematisch und obligatorisch, sondern je nach spezifischen Analysezwecken (wie in Beispiel 2.1) fakultativ benutzt. Die Gesprächstranskriptionen variieren in diesem Lehrbuch nicht nur dem jeweiligen Forschungsinteresse entsprechend, sondern sie folgen den Erfordernissen der wissenschaftlichen Sachanalyse und didaktischen Reduktion. Bekanntlich kann bei einem so komplexen Lehrgegenstand wie der ärztlichen Gesprächsführung nicht alles zugleich gefordert und gefördert werden.

2.4 Funktionale Gesprächsanalyse und Didaktik

Kommunikation ist in der Regel zweckbestimmt. Dies gilt für unsere Alltagskommunikation wie für die Kommunikation in spezifischen Institutionen, zu denen auch die ärztliche Praxis oder das Krankenhaus gehören. Auch Arzt und Patient befolgen bestimmte Handlungszwecke, die sie erreichen, aber auch verfehlen können, was in einer *Musteranalyse* ihres Handelns zu rekonstruieren ist.

2.4.1 Handlungszwecke und Handlungsmuster

In der Medizin wird unterschieden zwischen verschiedenen Typen von sog. „Endpunkten“ (*endpoints*) ärztlichen Handelns, auf die wir noch

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

ausführlich (§ 8) zurückkommen werden.⁴ Im Allgemeinen werden Typen von (kurz-, mittel- und langfristigen) Endpunkten unterschieden, die sich in einer Hierarchie ordnen lassen. Auf dem Wege zu den „großen“ Endpunkten, zu denen zweifellos die *Gesundung* oder zumindest *Besserung* des Patienten zählt, müssen in der Regel viele „kleine“ und „kleinste“ Endpunkte (*Informieren, Verstehen*) erreicht werden.

Deren *Funktionalität* für höherrangige Handlungszwecke unterschiedlichen Typs (*Zufriedenheit, Therapieadhärenz*) soll hier spezifisch in einer *Musteranalyse* ärztlichen Handelns untersucht werden, in der in mikro-, meso- und makroanalytischen Perspektiven sowohl die *Hierarchie* der Zwecke/Ziele als auch die *Rationalität* der instrumentellen und kommunikativen Mittel zu rekonstruierten sind (Koerfer 1994/2013). Dabei erweist sich die Rationalität gerade im Wechsel- und Zusammenspiel von *kommunikativem* Handeln (Anamnese, Aufklärung) und *instrumentellem* Handeln (OP, Medikation), das schließlich in einem *idealtypischen Ablaufmodell* (§ 7, 8, 17, 40) dargestellt werden soll.

Die Musteranalyse ärztlichen Handelns folgt hier – entsprechend den aufgezeigten *Wendepunkten* auch in der Medizin (§ 2.1) – den Prinzipien und Methoden der *funktional-pragmatischen* Kommunikationsanalyse, wie sie auch für andere Institutionen (Gericht, Schule, Hochschule) (z.B. Ehlich, Rehbein 1977, Hoffmann 1983, Koerfer, Zeck 1983, Koerfer 1994/2013) sowie spezifisch für die Kommunikation zwischen Arzt bzw. Therapeut und Patienten angewandt wurde (z. B. Ehlich et al. 1990, Redder, Wiese 1994, Lalouschek 1995, Koerfer et al. 1994, 2000, 2005, 2010, Tsai et al. 2013, Scarvaglieri 2013). Dabei geht es etwa um die Rekonstruktion von *Frage-Antwort-Mustern* oder *Erzählmustern* zum Zwecke der Informationsgewinnung bei der Anamneseerhebung, die noch besonders als *biographisch-narrativer* Ansatz (§ 9) ausgewiesen werden soll.

⁴ Wir übernehmen den Begriff „Endpunkt“ (*endpoint*) nur deshalb, weil er sich inzwischen im deutsch- und englischsprachigen Raum etabliert hat (z.B. Schmacke 2006, Mühlhauser, Meyer 2006, Sawicki 2006, Sachverständigenrat 2009, Haes, Bensing 2009). Ansonsten spricht nichts dagegen, auch weiterhin von Behandlungszielen, Zwecken, Funktionen, Aufgaben (*tasks*) oder Ergebnissen (*outcomes*) zu reden (z.B. Woopen 2001, Bollschweiler 2001, Hulsman 2009, Street et al. 2009). Je nach ihrer Funktion im Kontext präferieren wir verschiedene Termini, wir werden uns des (im klinischen Kontext) allgemeinen Sprachgebrauchs wegen aber überwiegend an „Endpunkt“ halten.

Weiterhin sollen Methoden der amerikanischen *Konversationsanalyse* (*conversation analysis*) (CA) berücksichtigt werden, die sich in einer langen Tradition auch mit dem ärztlichen bzw. therapeutischen Handlungsfeld beschäftigt hat (Maynard, Heritage 2005, Heritage, Maynard 2006, Peräkylä et al. 2008, Koenig, Robinson 2014, Robinson, Heritage 2014, Buchholz, Kächele 2013, 2016). Auf deren Ergebnisse werden wir vor allem bei *mikroanalytischen* Phänomenen wie z.B. der *Sprecherwechselorganisation* zwischen Arzt und Patient, dem *Blickkontakt* oder spezifischen ärztlichen *Fragetechniken* zurückkommen. Hier werden wir uns etwa auch mit der Funktion der sog. *Suggestivfrage* beschäftigen, die sich immer nur relativ zu bestimmten *Gesprächssituationen* und *Beziehungsmodellen* (Paternalismus, Dienstleistung, Kooperation) (§ 10) als passend oder eben unpassend erweist.

2.4.2 Lernzieltaxonomie zur ärztlichen Gesprächsführung

Mit dieser Art einer *funktional-pragmatischen* Gesprächsanalyse sollen zugleich die *Lernziele* bestimmt werden können, die in evidenzbasierten Leitlinien/Manualen zur ärztlichen Gesprächsführung „kleinschrittig“ zu vermitteln sind (§ 17-23), ohne die „großen“ Endpunkte ärztlichen Handelns aus dem Blick zu verlieren. Um es vorweg auf einen einfachen Nenner (Abb. 2.2) zu bringen: Wer als Arzt seinem Patienten (im Sinne 1.Ordnung) *helfen* will (*Gesundheit*), muss ihm zunächst eine „Helping Alliance“ (2. Ordnung) anbieten (§ 3.1), wie sie Luborsky (1988) bestimmt hat, in der der Arzt dem Patienten vor allem zu *helfen* sucht, seine Beschwerden und Anliegen in seinen eigenen Worten „zur Sprache bringen“ zu können. Diese „helfende Beziehung“ ist im Rahmen einer *biopsychosozialen* Medizin (BPSM) (§ 4) wahrzunehmen, die sich vor allem durch eine *biographisch-narrative* Anamneseerhebung (§ 9) auszeichnet.

Entsprechend kann die Zielsetzung einer originären Selbstdarstellung des Patienten (3. Ordnung) eher durch einen *narrativen* Interviewstil gelingen, indem der Arzt durch *aktives Zuhören* (4. Ordnung) Patientenerzählungen fördert (= Alternative B, blau), als durch einen *interrogativen* Interviewstil (3. Ordnung), indem der Arzt die (vermeintlich) nötigen Informationen durch Frage-Batterien zu Details (4. Ordnung) mit *geschlossenen* oder gar *suggestiven* Informationsfragen zu gewinnen sucht (5. Ordnung) (= Alternative A, weiß). Dagegen stellen auf dieser Ebene (5. Ordnung) einfache Wortwiederholungen oder Paraphrasen die

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

kommunikativen Mittel dar (= Alternative B, blau), die der Patient als Erzähleinladungen zur narrativen Selbstexploration (§ 9, 19) nutzen kann.

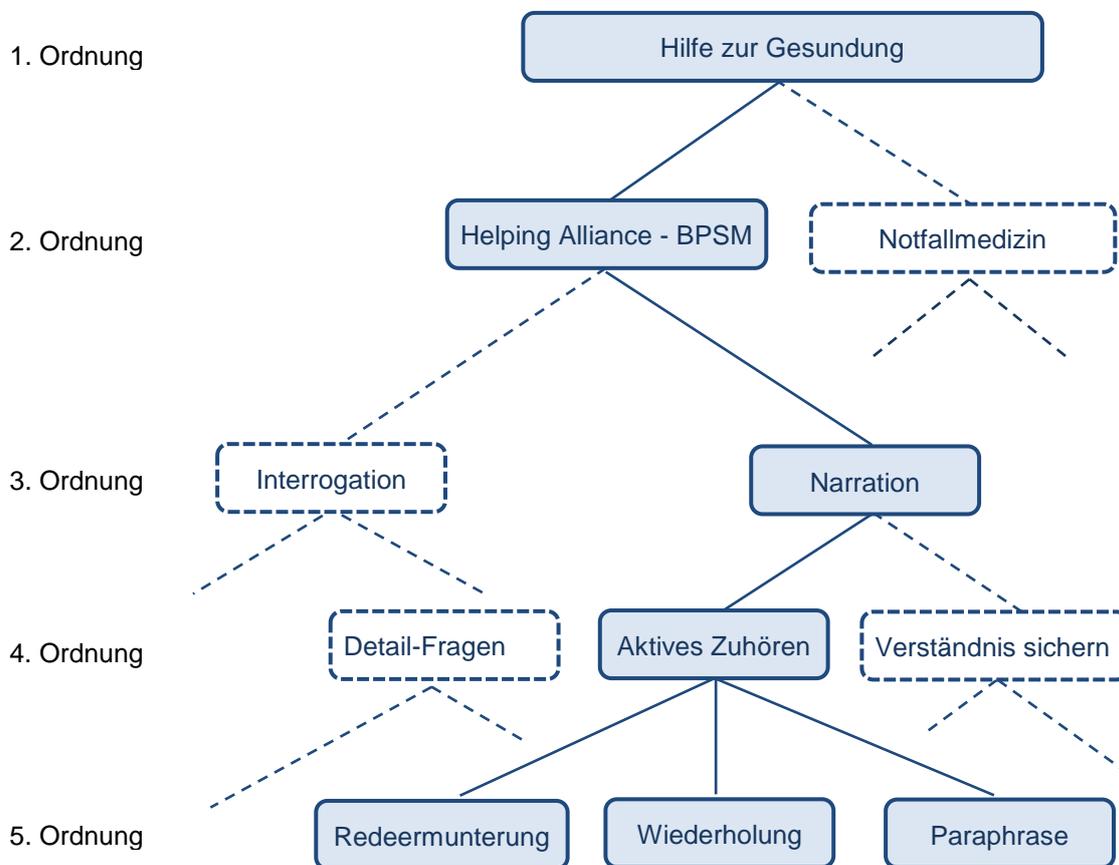


Abb. 2.2: Lernzieltaxonomie (mod. n. Koerfer et al. 2008)

Diese Zweck-Mittel-Relationen in der Arzt-Patient-Kommunikation, die wir später ausführlich in empirischen Gesprächsanalysen herausarbeiten wollen, sollten hier vorweg in der exemplarischen *Taxonomie* von Endpunkten/Lernzielen (Abb. 2.2) illustriert werden, die wir später (§ 3, 13, 17-23) unter didaktischer Perspektive als *Richt-, Grob- und Feinziele* usw. bestimmen werden. Die Feinlernziele (5. Ordnung) sind auf der Ebene *beobachtbaren Gesprächsverhaltens* angesiedelt, das direkt der Evaluation etwa durch unseren *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) (§ 18-23) (s. Anhang 44.2) unterzogen werden kann.

Die *großen* Endpunkte (Ziele) werden oft nicht erreicht, wenn schon die *kleinen* verfehlt werden. Umgekehrt können die kleinen Endpunkte die großen vorbereiten *helfen*. Um unser komparatives Untersuchungs- und Lehrprogramm (§ 13, 17-23, 40) an dieser Stelle vorweg nur am

Beispiel der *Anamnese* zu illustrieren, die ja nur den Startpunkt einer langen Interaktionsgeschichte zwischen Arzt und Patient darstellt: Wer als Arzt zu Beginn die „stillen“ *psychosozialen Hinweise (cues)* des Patienten „überhört“ (z.B. Salmon et al. 2004, Koerfer et al. 2000, 2004, 2010) und stattdessen den Patienten mit einer *Fragebatterie* überhäuft, riskiert eine Wahrnehmung seiner Gesprächsführung als „Verhörgespräch“, das seinen Patienten „verstummen“ lässt – mit der Folge, dass der Patient resigniert oder gar wegbleibt. Dies ist kein konstruierter, sondern ein empirischer Fall, den wir noch ausführlich (§ 9, 19) vorstellen wollen.

Dagegen gibt es Fälle mit einem ausgeprägt *narrativen* Interviewstil, bei dem Patienten ausführlich zu Wort kommen, das die Ärzte ihnen überlassen, in dem sie sich beispielsweise auf besondere Formen von Hörerrückmeldungen (*hm, ja, achso* usw.) beschränken (§ 9, 19, 20). Dabei sind Hörersignale keine Selbstläufer und sie erfüllen auch keinen Selbstzweck, sondern sie dienen hier der übergeordneten Funktion der Förderung der narrativen Selbstdarstellung des Patienten, und nur in diesem interaktiven Kontext können sie sinnvoll Gegenstand der Forschung und der Lehre werden.

2.5 Probleme und Perspektiven der Evaluation

Die Forschung und Lehre zur Arzt-Patient-Kommunikation sind nicht getrennt, sondern als Einheit zu betrachten (Makoul 2003, Koerfer et al. 2008). Dabei ist von einer gemeinsamen Evaluationsperspektive von Arzt-Patient-Gesprächen auszugehen. Dass Patientenerzählungen zu fördern und Suggestivfragen eines bestimmten Typs zu vermeiden sind, ist einerseits das anerkannte Ergebnis der interdisziplinären Gesprächsforschung und andererseits etablierter Bestandteil der Gesprächslehre. So werden schon von den „Klassikern“ (Balint, Engel, Uexküll), bestimmte Gesprächsmaximen formuliert (§ 3, 7, 9, 17), die auf eine „ideale“ ärztliche Gesprächsführung verweisen.

In dieselbe Richtung zielt auch ein *Gesprächsmanual* (§ 17-23), mit dem eine Verbesserung „vorherrschender“ Gesprächspraxis erreicht werden soll. Dabei wird mit der Formulierung von *Gesprächsmaximen* zugleich (*ex negativo*) ihre mögliche „Verletzung“ unterstellt, die als

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

„Abweichung“ von der „idealen“ Gesprächspraxis „bewertet“ wird.⁵ Insofern ist die *Evaluation* ein inhärenter Bestandteil eines Gesprächsmanuals, das seinerseits im Idealfall mit den Erkenntnissen aus der sozialwissenschaftlichen und klinischen Gesprächsforschung zur Arzt-Patient-Kommunikation in Einklang stehen sollte.

2.5.1 Das evaluative Grundvokabular

Allerdings werden in der Gesprächsforschung gelegentlich methodische Unterschiede zwischen einer (rein) *deskriptiven* und *evaluativen* Analyseperspektive betont. In Abgrenzung zur *Diskursanalyse* (DA) wird insbesondere in Varianten der amerikanischen *Konversationsanalyse* (CA) eher eine „Theorie-Askese“ reklamiert (Levinson 2000). Obwohl wir in den nachfolgenden empirischen Gesprächsanalysen sowohl von diskurs- als auch konversationsanalytischen Arbeiten zur Arzt-Patient-Kommunikation unter der allgemeinen Kennzeichnung als *Gesprächsanalyse* (GA) zu profitieren suchen, können wir auf die methodische Kontroverse um das Evaluationsproblem nicht weiter eingehen. Exemplarisch sei hier lediglich auf kontroverse Positionen verwiesen, wie sie etwa von ten Have (1990) und Koerfer et al. (1994) vertreten werden.

Gleichwohl soll hier auf das durchaus *evaluative* Grundvokabular (wie „passend“ – „appropriate“) aufmerksam gemacht werden, das in vielfältigen Varianten der empirischen Gesprächsanalyse wie selbstverständlich genutzt wird. Dieses evaluative Vokabular kommt vor allem mit seinen „negativen“ Konnotationen zum Tragen, wobei die durchaus „kritisch“ gemeinten Gebrauchsweisen unter dem Aspekt der Evaluation schon „ganze Bände sprechen“ können (wie bei „unpassend“, „inadäquat“, „interruption“, „truncation“ oder stärker: „Wort abschneiden“, „abwürgen“, „übers Maul fahren“ usw.); von Ausdrücken wie „Inquisition“, „Kreuzverhör“ oder „Zwang“ und „Manipulation“ (durch „Suggestivfragen“) ganz zu schweigen.

Diese evaluativen Ausdrücke stellen eine exemplarische Auswahl dar, die so oder so ähnlich oft in (deutsch- bzw. englischsprachigen) Kommunikationstheorien und empirischen Gesprächsanalysen benutzt

⁵ Derartige „Abweichungen“ von der „Norm“ können durchaus graduiert werden, wie wir bei der Anwendung unseres *Kölner Evaluationsbogens Kommunikation* (KEK) (s. Anhang) noch sehen werden (§ 13, 17-23, 40-41), der analog zu unserem Gesprächsmanual entwickelt wurde.

werden, auf die wir gegebenenfalls mit „Quellennachweis“ noch rekurrieren werden.

Die Analyseperspektive kann sich verkomplizieren, wenn nicht nur bloß von „Macht“ die Rede ist, die als (de facto) ausgeübt dargestellt wird, sondern die Möglichkeit eines „Beherrschungsversuchs“ (Gadamer 1993: 172) thematisiert wird, den der Arzt mehr oder weniger intentional verfolgen könnte. Während Gadamer die Gefahr eines „Beherrschungsversuchs“ durch den Arzt im *mäeutischen* Gesprächstyp („Hebammenkunst“) im Grundsatz verneint, wird der traditionelle sokratische „Dialogstil“ von Thomä und Kächele (1989, Bd. 2: 285ff) generell als „Manipulation“ *bewertet*, weswegen sie in Abgrenzung zu dieser Tradition für eine spezifisch „psychoanalytische Mäeutik“ plädieren.

Diese Kontroverse um die ärztliche „Hebammenkunst“, auf die wir bei der *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung zurückkommen werden (§ 9), zeigt exemplarisch die Bedeutung des evaluativen Grundvokabulars auf, dessen Gebrauch in der theoretischen und empirischen Forschung mitunter (zu Recht) auf die „Goldwaage“ gelegt wird, die allerdings von Thomä und Kächele ziemlich fein eingestellt wird. Ob nach dem Modell der *traditionellen Mäeutik* oder dem der *psychoanalytischen Mäeutik* (mehr oder weniger) „manipuliert“ wird, ist letztlich eine Frage, die nur nach empirischen Analysen realer Gespräche in den jeweiligen Sprechstunden von Ärzten und Therapeuten im kritischen Vergleich beantwortet werden kann, wozu wir in diesem Lehrbuch beitragen wollen.

Eine systematische Meta-Analyse des evaluativen Grundvokabulars der empirischen Gesprächsanalyse (verschiedener Couleur) steht aber wohl noch aus. Mögliche Ansätze dazu sind an anderer Stelle ausgeführt worden (Koerfer et al. 1994/2013), die hier kurz skizziert und mit einer Reihe von *erkenntnisleitenden Theorien* verknüpft werden sollen, die hier zunächst lediglich vorgestellt und später ausführlicher (§ 4, 7, 9, 10) dargestellt werden sollen. Dabei geht es um den Nachweis, dass das evaluative Grundvokabular von allgemeinen *Theorien und Modellen* zur (medizinischen und therapeutischen) Kommunikation abzuleiten ist, auch wenn die Anleihen in den empirischen Gesprächsanalysen oft implizit bleiben.

2.5.2 Erkenntnisleitende Theorien

In einer systematischen Meta-Analyse des Grundvokabulars kämen die explizit oder implizit zugrunde gelegten *evaluativen Prämissen* der Ge-

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

sprächsanalyse mehr oder weniger deutlich zum Vorschein (Koerfer et al. 1994). Die in der empirischen Analyse praktisch verfolgten Fragestellungen werden ja nicht „ohne Sinn und Verstand“ formuliert, sondern in der Regel von einem mehr oder weniger expliziten (vor-)theoretischen (Alltags-)Wissen über „gute“ Kommunikation abgeleitet, das in der Forschung ohnehin schon häufig in kanonisierter Form tradiert ist. Dabei werden bestimmte qualitative und quantitative Analyseaspekte in der Regel mit „Um-zu-Motiven“ verknüpft, in denen die evaluativen Prämissen einer „guten“ ärztlichen Gesprächsführung mehr oder weniger deutlich zum Ausdruck kommen, wie etwa in den folgenden exemplarischen Varianten:

- *Wörter* (pro Sprecher) auszählen, um „(a)symmetrische“ *Redean-teile* der Gesprächspartner zu ermitteln
- *Unterbrechungen* und ihre „frühzeitigen“ Platzierungen im Gespräch (nach Sekunden) definieren, identifizieren und quantifizieren, um das Ausmaß der *Förderung* oder *Verhinderung* von initiativen Anliegenformulierungen in den eigenen Worten des Patienten zu bestimmen,
- *Fachtermini* im Vergleich von Alltags- und Fachkommunikation untersuchen, um ihre *(Un-)Verständlichkeit* für Patienten zu überprüfen,
- *Offene* versus *geschlossene* oder gar *suggestive* Fragen definieren, identifizieren und quantifizieren, um „asymmetrische“ *Machtverhältnisse* aufzuzeigen oder gar „Manipulationen“ aufzudecken.

Wer derartigen Fragestellungen nachgeht, folgt mehr oder weniger explizit einem *normativen* Modell „idealer“ Kommunikation, das auch für das Gespräch zwischen Arzt und Patient geltend gemacht wird (§ 40.1). Wenn auch die *evaluativen Prämissen* von Gesprächsanalysen häufig verdeckt bleiben, lassen sie sich doch in Form von Gesprächsmaximen rekonstruieren. Die Befolgung oder Verletzung von Gesprächsmaximen (wie „Vermeide Unterbrechungen, Suggestivfragen“ usw. oder „Stelle offene Fragen“, „Formuliere verständlich“ usw.) macht gerade einen Unterschied, an dem sich die ärztliche Gesprächsführung „bemessen“ lässt.

Dabei müssen die Gesprächsmaximen ihrerseits von allgemeinen Prinzipien und Modellen der verbalen und nonverbalen Kommunikation abgeleitet werden, die als Voraussetzungen des Verstehens und der Verständigung auch zwischen Arzt und Patient zu spezifizieren sind. Vorausgreifend soll an dieser Stelle eine Reihe von mehr oder weniger

normativen *Theorien und Modellen* zur Kommunikation lediglich in Auswahl aufgeführt werden, die später (§ 4, 7, 9, 10) im Detail dargestellt werden sollen:

- Semiotisches Modell einer biopsychosozialen Medizin
- Organon-Modell
- Theorie der (indirekten) Sprechakte
- Modell der Kooperation und Gesprächsmaximen
- Theorie des kommunikativen Handelns
- Axiome der menschlichen Kommunikation
- Kommunikationsquadrat und Vier-Ohren-Modell
- Gesprächsphilosophie und dialogisches Prinzip
- Mäeutisches Kommunikationsmodell („Hebammenkunst“)
- Konflikttheorie der Verständigung („Lebenswelt“ vs. „Medizin“)
- Modell der symmetrischen Partizipation (*SDM*)

Eine solche Zusammenstellung einschlägiger Theorien und Modelle zur Kommunikation, die als „erkenntnisleitend“ auch für die empirische Analyse von Arzt-Patient-Gesprächen zu perspektivieren sind (§ 4, 7, 9, 10), mag zunächst relativ heterogen erscheinen.⁶ Hier kann der Vorwurf *eklektischer* Anleihen erhoben werden, der aber angesichts des aktuellen Forschungsstandes ausgehalten werden muss (Koerfer 1994/2013). Solange eine einheitliche Theorie gerade auch für die Arzt-Patient-Kommunikation noch aussteht, kann mit der möglichen Kritik nur so umgegangen werden, dass die bisherigen Versuche und Ansätze als Einladungen zu weiteren Beiträgen verstanden werden sollen, mit denen eine Annäherung an den „Goldstandard“ einer „guten“ ärztlichen Gesprächsführung erreicht werden kann.

2.5.3 Goldstandards der Gesprächsführung

Dennoch lassen sich gute Zwischenbilanzen ziehen, wenn man nicht schon den einen Goldstandard (Sg.) fordert, der alle Facetten der ärztli-

⁶ Der gemeinsame Aspekt der Evaluation kommt mitunter erst auf den zweiten Blick zum Vorschein, so etwa bei der Theorie der *indirekten* Sprechakte, die mit einer mehr oder weniger expliziten Theorie der „Höflichkeit“ einhergeht (§ 7). Diese Höflichkeit ist wiederum einschlägig, wenn etwa Patienten ihre Behandlungswünsche nicht *direkt* einfordern, sondern *indirekt* als Möglichkeit zur Disposition stellen („vielleicht könnte man ...“, „ich frage mich, ob ...“).

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

chen Gesprächsführung in allen Kompetenzfeldern in Klinik und Praxis erfassen soll, sondern sich mit bestimmtem Standards (Pl.) in spezifischen Handlungsbereichen vorerst bescheiden kann. Eine Reihe von Standards ist inzwischen verbreitet zur Geltung gekommen, sowohl auf der Ebene der *Theorien und Modelle* als auch der *Gesprächsmaximen*, die auf der Ebene *beobachtbaren* Gesprächsverhaltens überprüft werden können. Bevor wir beiden Ebenen der Evaluation weiter nachgehen (§ 3, 7, 9, 10, 17, 18-23, 40), sollen vorab die wesentlichen Zusammenhänge exemplarisch aufgezeigt werden.

Paternalismus versus Partizipation

Der Zusammenhang zwischen beiden Ebenen der Evaluation lässt sich hypothetisch leicht durch *Negation* von etablierten *Gesprächsmaximen* demonstrieren, die mit einem Rückfall in traditionelle *Beziehungs- und Kommunikationsmodelle* einhergehen würden: Warum soll ein Arzt den Patienten zu bestimmten Themen überhaupt „zu Wort kommen“ und dann noch „ausreden“ lassen und nicht sofort „unterbrechen“, wenn er aus seiner professionellen Perspektive bereits zu Beginn des Redebeitrags eines Patienten bemerkt, dass sich dieser mit der Darstellung seiner *subjektiven Krankheitstheorie* „auf dem Holzweg“ befindet oder gar Zweifel gegenüber der vom Arzt präferierten Therapieoption hegt und entsprechend Widerstände aufbaut? Nach einem *paternalistischen* Beziehungs- und Kommunikationsmodell wäre eine „symmetrische“ *Partizipation* des Patienten an der Therapieplanung ohnehin „überflüssig“ bis „störend“, da sich der Patient der (*Macht* und dem *Zwang* der) *strategisch* durchgesetzten ärztlichen *Anordnung* oder *Verordnung* möglichst „ohne Widerworte“ lediglich „fügen“ sollte, was mit dem älteren Begriff der *Compliance* erfasst wurde.

Wäre die „Fügsamkeit“ des Patienten in diesem Sinne gewährleistet, scheint ein Wechsel vom *paternalistischen* zum *partizipativen* Beziehungs- und Kommunikationsmodell obsolet. Wie aber die Forschung zur (*Non-)*Adhärenz von Patienten gezeigt hat, ist eine stärkere, tendenziell *egalitäre* („symmetrische“) *Partizipation* des Patienten an der medizinischen *Entscheidungsfindung*, die im *dialogischen* Austausch mit dem Patienten auf Aufklärung, Einsicht, Motivation und Zustimmung beruhen sollte, allein aus „pragmatischen“ Gründen vonnöten, um eine langfristige Adhärenz („Therapietreue“) zu erreichen (§ 10, 26). Dabei wird sich der neue *Standard* der *partizipativen Entscheidungsfindung*

(PEF; SDM) gleich doppelt „auszahlen“ können: Die nachhaltige „Therapietreue“ kann sowohl objektive *Ressourcen* (Zeit, Kosten) *schonen* als auch gerade das subjektive *Leiden* von Patienten *lindern* helfen.

Interrogation versus Narration

Ebenso haben sich neue Standards bei der *Anamneseerhebung* etabliert, die der Entscheidungsfindung zwar interaktionslogisch vorausgeht (§ 8), aber bekanntlich nie abgeschlossen ist und ständig erneuert werden muss, weil sich etwa die Lebensumstände von Patienten oder ihre Behandlungspräferenzen geändert haben können usw. (§ 10). Was jeweils im Einzelnen der Fall ist, kann kaum durch gezielte Fragen erschlossen werden, sondern bedarf einer Art von *Gesprächseinladung* an den Patienten, die er als *Erzähleinladung* verstehen darf, seine Belange (*concerns*) (Probleme und Anliegen, Sorgen und Ängste, Hoffnungen und Befürchtungen usw.) *in seinen eigenen Worten* zu formulieren.

Dabei muss der patientenseitige Rede- und Gedankenfluss nicht notwendig *strukturiert* sein, so wie es aus ärztlicher Sicht vielleicht zweckmäßig erscheinen mag, sondern darf durchaus *assoziativ* sein, so wie es dem Patienten gerade „in den Sinn kommen“ kann. Dieses Prinzip der *Assoziation* ist für eine *biographisch-narrative Anamneseerhebung* konstitutiv (§ 9, 17, 19), die sich mit dem Paradigmenwechsel von einem *biomedizinischen* zu einem *biopsychosozialen* Versorgungsansatz (§ 4) als „angemessener“ Gesprächsstandard gegenüber der traditionellen, *interrogativen* Anamneseerhebung durchgesetzt hat.

Obwohl die ärztliche Sprechstunde oder Visite unter dem Aspekt der *freien Assoziation* nicht mit einer *psychoanalytischen* Therapie zu verwechseln ist (Koerfer, Neumann 1982, Flader 1990, Heenen-Wolff 2014, Kächele 2016), sollten minimale Ansätze zu einem *assoziativen* Rede- und Gedankenfluss der Patienten nicht schon von ihren Haus- oder Stationsärzten im Keim erstickt werden. Auch hier darf der Arzt nach Engel und Morgan (1977: 41) die Anamnese nicht „in der Art eines Kreuzverhörs führen“. Vielmehr muss er ein angemessenes Verhältnis („richtige Mitte“) zwischen den „beiden Zielen“ finden, „die spontanen Assoziationen des Patienten zu fördern und die Anamnese zu lenken“ (ibid.). Dies ist einer der wesentlichen *Maximenkonflikte* (§ 3, 17), die es für den Arzt auszubalancieren gilt. Dass Konflikte zwischen Maximen der Gesprächsführung oft zugunsten „der Art eines Kreuzverhörs“ (i.o.S. von Morgan, Engel 1977) gelöst werden, wird in der Gesprächspraxis

2. Interdisziplinäre Gesprächsforschung

immer wieder manifest. Dabei setzen die Ärzte „ihren“ Gesprächsstil häufig genug durch Formen *strategischen* Handelns durch (im Sinne von Habermas 1981) (§ 7). Allerdings sind für den ganzen Gesprächsverlauf selten einzelne *Unterbrechungen* oder *Suggestivfragen* „ausschlaggebend“ – was sie natürlich im Einzelfall (§ 19, 21) durchaus sein können.

Um zu evaluativen *Tendenzaussagen* zu kommen, ist im Sinne von Habermas (1981), der seine *Theorie des Kommunikativen Handelns* durchaus zur Anwendung für empirische Kommunikationsanalysen empfiehlt (§ 7), von einem „vorherrschenden Sprachgebrauch“ auszugehen, wenn es um den empirischen Nachweis von Unterschieden zwischen einem „strategischen“ und „kommunikativen Handeln“ für ganze Gespräche gehen soll. Entsprechend ist die Gesprächsanalyse von *lokalen* auf *globale* Gesprächsentwicklungen umzustellen, so dass über *Gesprächssequenzen* hinaus längere *Gesprächsphasen* zu verschiedenen *Handlungszwecken* (Anamnese, Diagnosemitteilung, Aufklärung, Entscheidungsfindung usw.) (§ 8, 17, 19-23) und schließlich ganze *Gesprächsverläufe* untersucht und im kritischen Vergleich mit anderen (Typen von) Gesprächen evaluiert werden (§ 40-43). In diesen abschließenden Kapiteln zur Evaluation sollen einige Ergebnisse aus den komparativen Untersuchungs- und Lehransätzen resümiert werden, um weitere Wege zu den Goldstandards einer „guten“ Gesprächsführung zu perspektivieren.

2.6 Weiterführende Hinweise und Literatur

Die aufgezeigten *Wendepunkte* der Medizin werden besonders in § 4-10 weiter ausgeführt. Die *Musteranalyse* ärztlichen Handelns, der die Unterscheidung und Verzahnung von *instrumentellem* und *kommunikativem* Handeln zugrunde liegt, wird vor allem in § 7, 8 durchgeführt, spezifische *Erzählmuster* in § 9 und *Entscheidungsmuster* in § 10 bzw. speziell unter § 26 (*Verordnungsgespräch*) behandelt. Spezifische Überblicke über Forschungsstand und Methoden der interdisziplinären Gesprächsforschung gibt die in der obigen Anmerkung 2 angeführte Literatur, von der hier exemplarisch angeführt werden sollen: Pendleton, Hasler 1983, Lehmann et al. 2009, Berkhof et al. 2011, Barth, Lannen et al. 2011, Henry et al. 2012, Christianson et al. 2012, Dwamena et al. 2012, Beach 2013, Moore et al. 2013, Robinson, Heritage 2014, Zill et

al. 2014, Scholl et al. 2014, Hauser et al. 2015, Cömert et al. 2016, Bates et al. 2016, Cushing 2016, Kidd 2016, Frain 2018.

Aus der umfangreichen Forschung von mehr als 4 Jahrzehnten soll nochmals der Reader von Beach (ed.) (2013) hervorgehoben werden, in dem 52 weit verstreute Publikationen zur englischsprachigen Forschung (von 1957-2007) kompakt auf 800 Seiten versammelt sind – eine Fundgrube für besonders historisch Interessierte. Für die deutschsprachige Literatur sei wegen der leichten Zugänglichkeit besonders auf den Überblick von Menz et al. 2008 in der *Online-Zeitschrift zu verbalen Interaktion* (mit Verweis auf Datenbank zur A-P-Kommunikation) verwiesen. Speziell zu Transkriptionsproblemen und –verfahren sei die ebenfalls dort leicht zugängliche Online-Publikation von Birkner, Stuckenbrock 2009 genannt, die den Aspekten der Transkriptionsarbeit in Lehre, Fortbildung und Forschung nachgeht. Die Bedeutung und Transkription nonverbaler Kommunikation wird im einschlägigen Themenkapitel „Nonverbale Interaktion“ (§ 12) von H. Lausberg mit weiterführender Literatur behandelt, die im Kapitel „Beziehung aufbauen“ (§ 18) noch ergänzt wird.

3

Lernziel Kommunikative Kompetenz

Armin Koerfer, Christian Albus

3.1	Kompetenzmodell der Arzt-Patient-Kommunikation	83
3.1.1	Multidimensionales Kompetenzmodell	
3.1.2	Dialogische Kommunikation und helfende Beziehung	
3.1.3	Beziehungsmodelle und Kommunikationsmuster	
3.1.4	Dialogrollen von Sprecher und Hörer	
3.1.5	Reziprozität der Handlungsperspektiven	
3.1.6	Das Problem der (A)Symmetrie	
3.1.7	Kooperation und Konflikt	
3.1.8	Reflexion und Passung als Meta-Kompetenzen	
3.2	Kompetente Gesprächsführung	113
3.2.1	Spezifische Kommunikationskompetenzen	
3.2.2	Gesprächsmaximen und Maximenkonflikte	
3.2.3	Maximenkonflikte und Passungskompetenz	
3.3	Passungsmodell ärztlicher Schlüsselkompetenzen	119
3.3.1	Grundmodell ärztlicher Passungskompetenz	
3.3.2	Selbstreflexive Meta-Kompetenz des Meta-Arztes	
3.3.3	Emotionen und empathische Kompetenz	
3.3.4	Beziehungskompetenz und Gesprächsgestaltung	
3.3.5	Aufklärungs- und Entscheidungskompetenzen	
3.3.6	Professionelle Wissens- und Handlungskompetenzen	
3.3.7	Die „ideale“ Gesprächsführung des kompetenten Arztes	
3.4	Gesprächsmaximen und Lernziele	146
3.4.1	Formulierungen der Klassiker	
3.4.2	Gesprächsmanual und Evaluationsbogen	
3.4.3	Lernzielkatalog und Lernzielkontrolle	
3.5	Weiterführende Hinweise	153

This is the crux of the matter. The question is not whether people have the skills, but whether they deploy them appropriately.

John Skelton 2011: 213

Abstract: Im Folgenden sollen die Grundlagen zur (Förderung der) kommunikativen Kompetenz herausgearbeitet werden, von denen aus sich die Verbindungsperspektiven zu spezifischen Themen, Problemen und Konzepten zur Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung aufzeigen lassen, die in weiterführenden Kapiteln des Lehrbuchs wiederaufgenommen und detailliert behandelt werden.

Zunächst (§ 3.1) werden wir in einem multidimensionalen Kompetenzmodell einen Begriff von ‚Kommunikativer Kompetenz‘ benutzen, der eine Wechselwirkung von *professionellen* und *alltagsweltlichen Kompetenzen* zwischen Arzt und Patient zu rekonstruieren erlaubt. Bei aller *Asymmetrie* der Interaktionsrollen müssen beide Gesprächspartner aus unterschiedlichen Teilnahmeperspektiven in ihrer Gesprächsarbeit vielfältig kooperieren, um ein gemeinsames Gesprächsziel erreichen zu können, das im Idealfall einer *hilfreichen Beziehung* im intendierten Therapieerfolg besteht. Um diese Zielsetzung zu erreichen, müssen Ärzte aus verschiedenen Handlungsperspektiven über *spezifische (Teil-) Kompetenzen* (des Zuhörens, Verstehens, Fragens, Informierens usw.) verfügen, die sie aus ihrer professionellen Perspektive situationsspezifisch zur Geltung bringen (§ 3.2). In der Kommunikationspraxis wird eine *kompetente Gesprächsführung* durch mehr oder weniger häufig auftretende *Maximenkonflikte* herausgefordert, zu deren Lösung die Ärztinnen und Ärzte in einer (selbst-)kritischen Einstellung eine spezifische *Passungskompetenz* entwickeln müssen.

In einem allgemeinen *Passungsmodell* (§ 3.3) wird die ärztliche Passungskompetenz als *selbstreflexive* Meta-Kompetenz beschrieben, mit der die allgemeinen kommunikativen Kompetenzen zur Anamneseerhebung, Aufklärung und Entscheidungsfindung auf wechselnde (soziale, individuelle, situative, krankheitsspezifische usw.) Bedingungen und Anforderungen an die Kommunikation passgenau abgestimmt werden müssen. Um die Beziehung zum Patienten selbst nicht zu gefährden, bedarf es oft einer *empathischen* Kompetenz bei der Gradwanderung für das gerade noch „Zumutbare“, die sich durch eine wohldosierte Mischung von konfrontativer versus tangentialer Gesprächsführung aus-

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

zeichnet. Das Zusammenspiel verschiedener Arten von *kommunikativen* und klinischen Kompetenzen beim „idealen“ ärztlichen Handeln verweist bereits auf die normativen Grundlagen der Arzt-Patient-Kommunikation, auf denen eine Förderung der Kommunikativen Kompetenz aufbauen muss (§ 3.4). Bei den Formulierungen von *Gesprächsmaximen* und *Lernzielen* zur ärztlichen Gesprächsführung rekurrieren wir zunächst auf spezifische „Vorleistungen von Klassikern“, deren Aktualität auch für eine *Manualisierung* der ärztlichen Gesprächsführung genutzt werden kann. Die Nutzung eines solchen Manuals in der kommunikativen Praxis verlangt von ärztlicher Seite wiederum die vorausgehend beschriebene *Passungskompetenz*, die auf wechselnde (soziale, situative, krankheitsspezifische usw.) Bedingungen und Herausforderungen der Gesprächsführung *flexibel* zu reagieren erlaubt. Die flexible Anwendung des Gesprächsmanuals wird später unter dem Aspekt der „Kunst“ der ärztlichen Gesprächsführung (§ 17) weiter ausgeführt.

Als Vorschau auf unsere weiteren didaktischen Konzeptionen wird zugleich unser *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) vorgestellt, mit dem wir die *Einheit von Lehre und Prüfung* in dem Sinn herstellen wollen, dass nur geprüft werden soll, was zuvor gelehrt und geübt wurde.

3.1 Kompetenzmodell der Arzt-Patient-Kommunikation

Eine tragbare Konzeption zur Förderung kommunikativer Kompetenz wird kaum „am grünen Tisch“ entwickelt werden können. Erst eine empirische Bestandsanalyse zur Arzt-Patient-Kommunikation, wie sie als Transkriptanalyse vorausgehend (§ 2.3) methodisch skizziert wurde, wird Möglichkeiten von Interventionsmaßnahmen mit konkreten Zielsetzungen zur Verbesserung der ärztlichen Gesprächsführung eröffnen, deren Effekte wiederum in empirischen Evaluationsstudien nachzuweisen sind (§ 40-43). Diese empirischen Studien können freilich nicht „theorielos“ durchgeführt werden, sondern müssen der „Logik“ eines „guten“ Gesprächs Rechnung tragen (§ 3.3, 40.2). Hier stellt sich die normative Frage nach dem „guten“ Gespräch analog zur Frage nach dem „guten“ Arzt (§ 5), der schließlich ein „gutes“ Gespräch führen und

deswegen über entsprechend *kommunikative Kompetenzen* verfügen soll, die er zuvor in seiner Ausbildung erworben haben muss.¹

3.1.1 Multidimensionales Kompetenzkonzept

Die anspruchsvolle Zielsetzung, mit diesem Lehrbuch einen Beitrag zur *Förderung der kommunikativen Kompetenz* in Klinik und Praxis zu leisten, soll mehr sein als die bloße Förderung einer *rhetorischen* Kompetenz. Auch wenn eine rhetorische Kompetenz in fast allen Berufs- und Lebenslagen hilfreich ist, so kann die ärztliche Kompetenz darauf nicht reduziert werden. Vielmehr ist das komplexe Wechselspiel von professionellem Wissen und Handeln zu berücksichtigen, das als kommunikatives Handeln zwar auf unserer Alltagskompetenz beruht, aber im Rahmen des medizinischen „Versorgungssystems“ eine besondere institutionsspezifische Ausprägung erfahren hat. Dabei sollen zunächst die Schlüsselkompetenzen differenziert werden, die im Rahmen eines allgemeinen Kompetenzmodells (in OECD-Projekten) entwickelt wurden, um dann einen Transfer für die Beziehung und Kommunikation zwischen Arzt und Patient herzustellen.

Auch die ärztlichen Kompetenzen sind nächst im Rahmen eines allgemeinen Kompetenzmodells zu betrachten, innerhalb dessen sie eben eine institutionsspezifische Ausprägung erfahren können. Im Anschluss

¹ Auf unterschiedliche Begriffe, Konzeptionen und Ansätze (zur Förderung) kommunikativer Kompetenz werden wir fortlaufend (und besonders zur Theorie: § 4-9, Didaktik: 13-17, Evaluation: 40-43) eingehen. Nachfolgend soll wesentlich zwischen der *klinischen* Kompetenz (i. e. S. als *medizinische* Kompetenz) und der *kommunikativen* Kompetenz (i. w. S.) unterschieden werden. Auf die unterschiedlichen Traditionen des Kompetenzbegriffs in der (Sprach-)Philosophie, (Sozio-/Psycho-)Linguistik, Pädagogik, Medizin bzw. Psychotherapie kann hier nur exemplarisch verwiesen werden: Habermas 1971, 1981, Badura 1972, Lenzen 1973, Hymes 1973, Miller 1990, Koerfer 1994/2013, Weinert 2002, OECD 2002, 2005, Deppermann 2004, Becker-Mrotzek, Brünner 2004, Hartung 2004, Duffy et al. 2004, Rider, Keefer 2006, Becker-Mrotzek 2008, Rychen 2008, Albanese et al. 2008, 2010, Vogel, Alpers 2009, Kiessling et al. 2010, Laughlin et al. 2012, Wouda, van de Wiel 2012, Lurie 2012, Grimmer 2014, Jünger et al. 2016. Besonders verwiesen sei auf Salmon, Young 2011 sowie auf Skelton 2011, die jeweils den Aspekt der *Kreativität* gegenüber den reinen Fertigkeiten (*skills*) betonen, worauf wir gesondert (§ 17) zurückkommen. Die Ergebnisse aus eigenen empirischen Untersuchungen zu ärztlichen *Schlüsselkompetenzen* werden ebenfalls gesondert (§ 5) dargestellt.

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

an eine Reihe von OECD-Projekten, bei denen der traditionelle *Leistungsbegriff* durch ein *Kompetenzkonzept* abgelöst wurde, hat Weinert (2002) in diesem Zusammenhang eine Definition gegeben (Box 3.1), in der die verschiedenen Dimensionen von Kompetenz kurz und bündig zusammengefasst werden:

Box 3.1 Multidimensionaler Kompetenzbegriff

Die OECD hat (...) mehrfach vorgeschlagen, den vieldeutigen Leistungsbegriff generell durch das Konzept der Kompetenz zu ersetzen (...) Dabei versteht man unter Kompetenzen die bei Individuen verfügbaren und durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können.

Weinert 2002: 27f.

Ein solcher multidimensionaler Kompetenzbegriff ist im Rahmen von OECD-Projekten zur Differenzierung von *Schlüsselkompetenzen* genutzt worden, die universelle Gültigkeit haben sollen. Diese Zielsetzung wird mit dem programmatischen Anspruch verfolgt, die bloße Vermittlung von *Fertigkeiten* oder *Techniken* in Richtung auf ein kompetentes Denken und Handeln zu übersteigen, das in wechselnden Kontexten bei (selbst-)kritischen *Reflexionen* durchaus zur *Emanzipation* und *Partizipation* von Individuen in sozialen (auch konfliktreichen) Interaktionen von (gegebenenfalls heterogenen) Gruppen beitragen kann (Rychen, Salganik 2000, Rychen et al. 2003, OECD 2002, 2005, Rychen 2008). Dabei werden etwa spezifische (*kommunikative, kooperative, soziale, interkulturelle, ethische* usw.) Kompetenzen in einen Kompetenzrahmen gestellt, bei dem es neben der *Reflexivität* vor allem auf die *Autonomie, Flexibilität, Kreativität* und *Verantwortung* der handelnden Subjekte auch in spezifischen Konfliktsituationen ankommt.

Die Vermittlung und Entwicklung von Schlüsselkompetenzen zu fordern, ist *eine* Sache, diese Zielsetzung in der Handlungspraxis von Individuen und Gruppen auch zu erreichen, eine *andere*. Hier ist durch *empirische* Untersuchungen zu klären, inwieweit solche Schlüsselkompetenzen gerade in bestimmten institutionellen Handlungskonstellationen (etwa im Klassenzimmer, vor Gericht oder in der Sprechstunde und Visite usw.) gefördert oder aber gehemmt werden. Dabei sind die unter-

schiedlichen Beteiligungsrollen zwischen den (Typen von) Akteuren („Agenten“ wie „Klienten“) zu differenzieren, die verschiedene institutionelle Handlungsspielräume unterschiedlich nutzen können (Koerfer 2013). Eine solche Untersuchungsperspektive soll nachfolgend für die ärztliche Konsultation (in der Praxis und Visite) skizziert und im Fortgang des Lehrbuchs unter theoretischen, didaktischen, empirischen und evaluativen Aspekten weiter ausgeführt werden.²

3.1.2 Dialogische Kommunikation und hilfreiche Beziehung

Ein Transfer eines solchen allgemeinen Kompetenzmodells, wie es in den OECD-Projekten konzipiert wurde, auf die Gestaltung der Beziehung und Kommunikation zwischen Arzt und Patient kann nicht allein auf die Handlungsperspektive eines der beiden Handlungspartner beschränkt bleiben. Vielmehr müssen reziprok beide Teilnahmeperspektiven berücksichtigt werden, bei denen die Wechselwirkung von arzt- und patientenseitigen Kompetenzen zu untersuchen ist. Bei allen Unterschieden zwischen beiden Gesprächspartnern sind sie auf die *Mitwirkung* des anderen Partners konstitutiv angewiesen und müssen ihre Aktivitäten *wechselweise* aufeinander abstimmen. Dabei müssen sie beide auf ihre Weise *kompetent kommunizieren*, beim Informationsaustausch und der Entscheidungsfindung *flexibel kooperieren* und gemeinsam *Verantwortung* übernehmen, ohne ihre persönliche *Autonomie* zu verlieren usw.

Das komplexe Zusammenspiel von *professionellen Kompetenzen* von Ärzten und *Alltagskompetenzen* von Patienten soll vorausgreifend an einem Schaubild (Abb. 3.1) zusammenfassend dargestellt und erläutert werden sowie nachfolgend in diesem Kapitel (§ 3.3-8) und dann im Lehrbuch laufend anhand von empirischen Gesprächsbeispielen weiter ausgeführt und ausdifferenziert werden. Um vorweg einen Überblick in Kurzfassung zu geben, sollen zunächst (in 12 Thesen) wesentliche Aspekte zur Struktur und Funktion der *gemeinsamen Gesprächsarbeit* und *helfenden Beziehung* zwischen Arzt und Patient besonders hervorgehoben werden, auf die wir dann teils in weiteren theoretischen, didak-

² Nachfolgend soll ein Transfer eines multidimensionalen Kompetenzmodells auf die Arzt-Patient-Kommunikation unter Berücksichtigung der Teilnahmeperspektiven beider Gesprächspartner skizziert werden. Die Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zu *ärztlichen Schlüsselkompetenzen* werden noch gesondert (§ 5) dargestellt.

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

tischen und empirischen Kapiteln im Detail zurückkommen werden, worauf vorweg entsprechend verwiesen werden soll.

1. *Innere und äußere Gesprächszirkel*

Bei der Analyse und Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation kann der Fokus schwerpunktmäßig auf „innere“ oder „äußere“ Zirkel des Zwiegesprächs gelegt werden, wobei ihre spezifischen *Interdependenzen* zu berücksichtigen sind. So können sich Aufklärungs-, Motivations- und Entscheidungsgespräche als nicht zielführend erweisen, wenn sich Patienten – aus welchen Gründen auch immer – außerhalb der Sprechstunde nicht so verhalten (*Non-Adhärenz*) wie es zwischen den beiden Gesprächspartnern im Gespräch gemeinsam *entschieden* und *verantwortet* wurde (§ 10.4). Kommt es nicht zu einer erneuten, revidierten Verständigung, bei der etwa ein Therapieplan so *flexibel korrigiert* oder neu *ausgehandelt* wird (Abb. 3.1), dass sich die Erfordernisse einer *evidenzbasierten* Medizin mit den *lebensweltlichen* Präferenzen des Patienten in Übereinstimmung bringen lassen (§ 10.3), kann dies zu einer ernststen Belastungsprobe für die weitere *Beziehung* zwischen beiden Gesprächspartnern führen.

2. *Hilfreiche Gespräche in einer hilfreichen Beziehung*

Im Zentrum des *Dialogs* zwischen Arzt und Patient steht der Aufbau und die Entwicklung einer tragfähigen Beziehung, die aus *psychotherapeutischer* wie auch (i. e. S.) aus *medizinischer* Sicht als „Helping Alliance“ (Luborsky 1988) oder „Therapeutic Alliance“ (Saketopoulou 1999, Street et al. 2009, Wöller, Kruse 2010) beschrieben wurde. In einer helfenden Beziehung sollen nicht zuletzt die Kompetenzen und Ressourcen des Patienten gestärkt werden (*empowerment*), das heißt auch, dass die „ärztliche Hilfe“ als „Hilfe zu Selbsthilfe“ geleistet werden muss (v. Uexküll 2003: 1346) (§ 3.1.7). Die *helfende Beziehung* wird so zum *Dreh- und Angelpunkt* der gemeinsamen *Gesprächsarbeit*, die in der Gesprächsanalyse als *dialogische Kommunikation* (§ 7) nach spezifischen *kommunikativen Handlungsmustern* (des Fragens, Erzählens, Entscheidens usw.) zu differenzieren sein wird (8-10, 18-23). Bei der gemeinsamen Gesprächsarbeit bringen die beiden Gesprächspartner ihre je spezifischen *Kompetenzen* ein, die sie aus *professioneller* und *alltagsweltlicher* Perspektive wechselseitig aufeinander beziehen müssen.

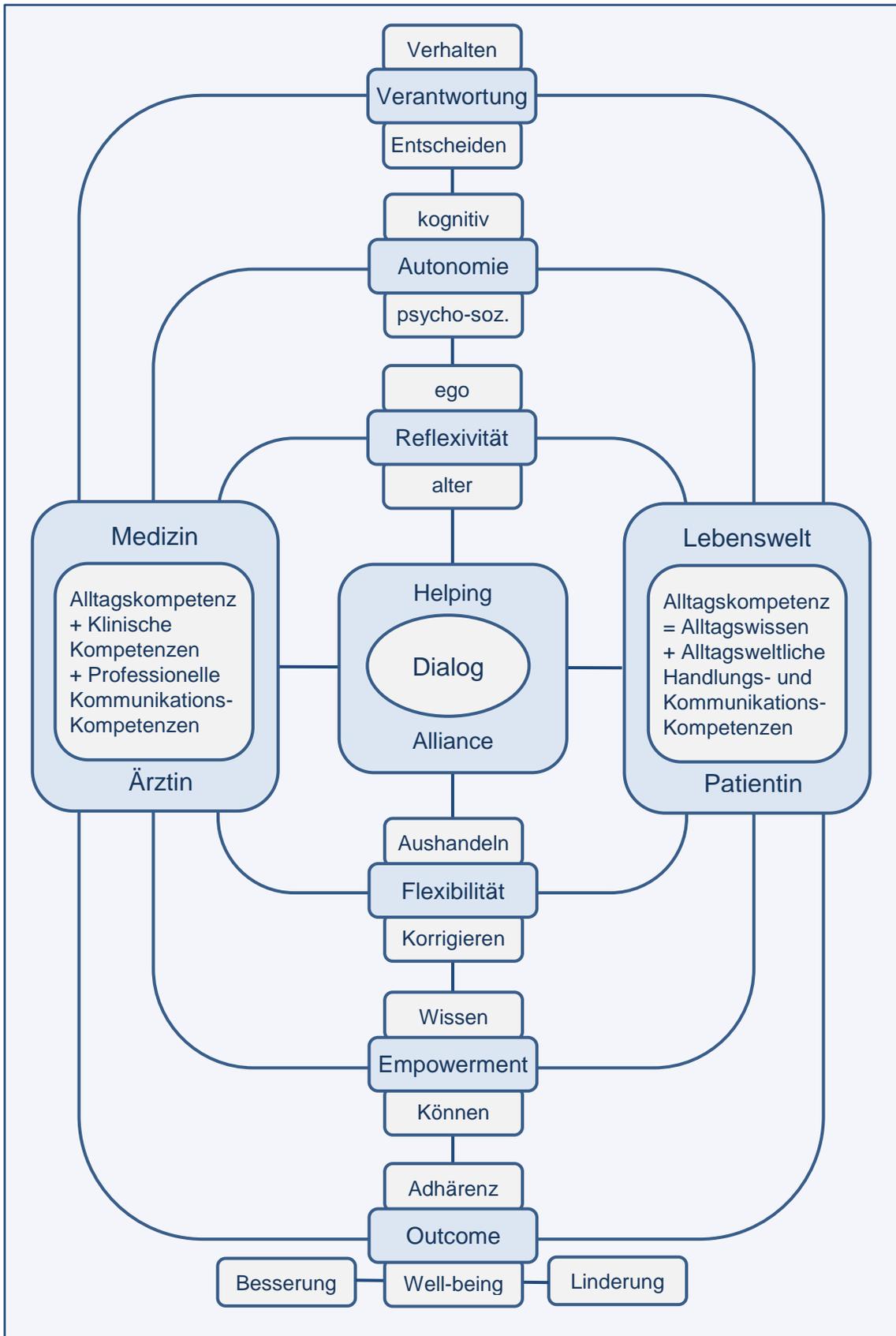


Abb. 3.1: Interdependenzmodell professioneller und alltäglicher Kommunikationskompetenzen

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

Im Idealfall entwickeln sich die Dialoge zwischen Arzt und Patient in einer helfenden Beziehung alsbald zu *helfenden Gesprächen*, in denen die Gesprächspartner gemeinsam verschiedene Therapie-Wege sondieren, die sie dann beschließen, beschreiten bzw. ausprobieren (§ 8), um die Besserung oder auch bloß Linderung der Patientenbeschwerden zu erreichen, was hier (Abb. 3.1) vorläufig unter dem Sammel-Begriff *Outcome* (als „Platzhalter“) zusammengefasst wird.

3. *Outcome*

Bei der *Outcome*-Diskussion wird dann entsprechend zwischen *indirekten* und *direkten* Therapiewegen unterschieden (Street et al. 2009, Street 2013, Laidsaar-Powell et al. 2014) (§ 8), die in jedem Fall zuvor gesprächsweise als *Problemlösungen* antizipiert, thematisiert, reflektiert und entschieden werden müssen, bevor sie zumeist außerhalb der Sprechstunde *erprobt* bzw. *realisiert* werden können. Dieser „äußere“ Zirkel von Arzt-Patient-Gesprächen, der etwa das (*non-*)*adhärente* Verhalten des Patienten betrifft, soll später (§ 8, 10) im Detail ausdifferenziert werden. Ebenso wird dann das *kommunikative* Handeln um das *instrumentelle* Handeln (OP, Medikation usw.) zu ergänzen sein (§ 8), das sich zwar außerhalb des Gesprächs manifestiert, aber etwa im *Verordnungsgespräch* (§ 26) oder bei der *Aufklärung vor einer Operation* (§ 39) immer auch gesprächsweise zwischen Arzt und Patient zu vermitteln ist.

4. *Partizipation, Autonomie und Verantwortung*

Die gemeinsame Gesprächsarbeit zwischen Arzt und Patient zielt mehr oder weniger auf langfristige *Effekte*, die nach einer medizinischen Aufklärung und partizipativen Entscheidungsfindung (PEF, SDM) erreicht werden sollen, für die dann beide Partner eine gemeinsame *Verantwortung* bei Wahrung ihrer persönlichen *Autonomie* übernehmen (§ 10). Hier kann es zu Konflikten zwischen einer *evidenz-basierten* Medizin und der *lebensweltlichen* Präferenzen der Patienten kommen, durch die die helfende Beziehung einer ernststen Belastungsprobe ausgesetzt wird. Die Übernahme von Verantwortung bedeutet patientenseitig zumeist eine Bereitschaft zur Veränderung von *Einstellungen* und *Verhaltensweisen* (§ 21), für die eine gewisse *Selbstverantwortung* übernommen werden muss. Im Problemfall von *Non-Adhärenz* ist wiederum die gemeinsame Kommunikation zwischen Arzt und Patient der „innere“ Ort für gemeinsam *auszuhandelnde Problemlösungen*, die wiederum außerhalb des Gesprächs er-

probt bzw. realisiert werden müssen, um dann erneut in der nächsten Sprechstunde zum Thema gemacht und bei der „endgültigen“ Entscheidungsfindung ratifiziert zu werden, wozu beide Partner auf ihre Weise „bis auf Weiteres“ die Verantwortung übernehmen usw.

5. *Non-Adhärenz als Kommunikationsproblem*

Ein besonders leidens- und kostenträchtiges Problem stellt die mangelnde „Therapietreue“ von Patienten dar (Albus, Matthes 2014, Matthes, Albus 2014, Koerfer, Albus 2015, Hauser et al. 2015) (§ 8, 10, 26). Hier verlangt die Perspektive einer langfristig erfolgreichen Zusammenarbeit und Zielsetzung oft wiederkehrend eine kurzfristige Gesprächsarbeit, in der gegebenenfalls „ungenügende“ oder gar „irri-ge“ *Patienteneinstellungen* (z.B. „Subjektive Krankheitsvorstellungen“, „Kontrollüberzeugungen“ usw.) (§ 21) zum Thema gemacht werden müssen, die „außerhalb“ des Gesprächs „wirksam“ werden (Medikamenteneinnahme, Diät, Sport usw.). Mögliche *Problemlösungen*, die gegebenenfalls auch den „Lebenswandel“ des Patienten betreffen, erfordern von beiden Partnern ein hohes Maß an *Flexibilität*, um die Erfordernisse einer evidenz-basierten *Medizin* mit den lebensweltlich relevanten *Präferenzen* in Einklang zu bringen (§ 10.3). Hier im Konfliktfall kompetent zu vermitteln, stellt eine besondere Herausforderung für das professionelle Handeln von Ärztinnen und Ärzten dar, die zugleich über Alltagskompetenzen verfügen, die sie ebenso nutzen wie übersteigen sollten.

6. *Ärztliche Doppelkompetenzen*

Ärzte und Ärztinnen verfügen ähnlich wie andere Institutionsvertreter (in Schule, Hochschule, Gericht, Verwaltung usw.) (Koerfer 2013) über eine *Doppelkompetenz*, nämlich neben ihrer professionellen Kompetenz weiterhin über ihre Alltagskompetenz (Abb. 3.1). Da ihnen qua Alltagserfahrung und Berufserfahrung nichts „fremd“ ist, sollten sie in der Lage sein, die medizinischen Erfordernisse mit den lebensweltlich (un-)zumutbaren Alternativen gemeinsam mit dem Patienten abzuwägen. Diese Doppelkompetenz sollte sie gerade dazu befähigen, Konflikte zwischen der *Lebenswelt* von Patienten und der *Medizin* (im Sinne von Mishler 1984) (§ 10.1) zu antizipieren und *Problemlösungen* beim *Verstehen* (etwa von Fachsprache) (§ 10.5, 27) und der *Verständigung* (etwa auf lebensweltlich relevante *Präferenzen* bei der Entscheidungsfindung) (§ 10.3) beizeiten anzubahnen.

7. *Klinische und kommunikative Kompetenzen*

Die *professionellen* kommunikativen Kompetenzen von Ärzten stellen Spezialisierungen von *Alltagskompetenzen* dar. Auch im Alltag sind wir in der Lage, kompetent *zuzuhören*, zu *informieren* und zu *fragen* und (auch *empathisch*) zu *antworten*, aber diese Kompetenzen erfahren in der ärztlichen Sprechstunde und Visite eine *institutionsspezifische* Ausprägung, die nicht zuletzt durch *klinische* Kompetenzen (i. e. S.) bestimmt wird (Abb. 3.1) (§ 3.3).³ So werden etwa Detailfragen zum Essverhalten von Patienten wegen der allgemeinen klinischen Relevanz gestellt, aber eben auch zur Abklärung bei Verdacht auf eine Essstörung, wenn der Kliniker mit diesem Krankheitsbild ohnehin vertraut ist. In beiden Fällen sollte die *kommunikative Kompetenz* ihn daran hindern, eine Informationsfrage in *suggestiver* Form zu stellen („Appetit ist normal?“), was jedoch in der Praxis (wie in diesem ausführlich dokumentierten Beispiel in § 21) noch oft genug vorkommt. Weiterhin verstehen es Ärzte in der Regel, aufgrund von klinischen Kenntnissen und Routinewissen (im Umgang mit Abwehrprozessen) mit ihrer professionell ausgeprägten *empathischen* Kompetenz den „Bogen des Zumutbaren“ in der Gesprächspraxis nicht zu „überspannen“. Vielmehr wechseln sie beizeiten von einer *konfrontativen* zu einer vorsichtigen, *tangentialen* Gesprächsführung (§ 3.3, 17, 20, 32), um die Beziehung zum Patienten nicht durch „Unzumutbares“ zu gefährden. Oft werden dann die Grenzen der *Belastbarkeit* der inzwischen weiterentwickelten Beziehung später erneut erprobt.

8. *Asymmetrie der hilfreichen Beziehung*

Ärzte und Patienten begegnen sich bei der Entwicklung der „hilfreichen Beziehung“ (Luborsky 1988, Street et al. 2009) mit dem *reziproken* Wissen um ihre *asymmetrischen* Beteiligungsrollen als *Helfer* und *Hilfsbedürftige*, die in diesem Sinne ein Zweckbündnis auf Zeit eingehen, von dem sie beide auf je spezifische Weise profitieren können. Bei allen Unterschieden in der Art des möglichen *Benefits* („Gesundheit“ des Patienten versus „Berufszufriedenheit“ des Arztes) ist

³ Wir unterscheiden im Folgenden zwischen (i. e. S.) *klinischen* und *kommunikativen* Kompetenzen, die zusammen als *professionelle* Kompetenzen gelten sollen. Um hier einem möglichen Missverständnis vorzubeugen: Es ist gerade ein Anliegen dieses Lehrbuchs, die *kommunikativen* Kompetenzen als spezifisch *klinische* Kompetenzen in der ärztlichen Profession insgesamt auszuweisen.

die Form der „langen und intimen Verbindung“ zwischen Arzt und Patient von Balint (1964/1988: 186, 335-7) mehrfach als „Investierungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit“ charakterisiert worden. Die Arten der Investitionen mögen sich unterscheiden, aber am Ende der idealen Entwicklung können beide „Investoren“ auf „ihren“ intendierten „Gewinn“ hoffen.

9. *Dialogische Symmetrie*

Bei aller *Reziprozität des Wissens* um die *Asymmetrie* der Beziehung zwischen Helfer und Hilfsbedürftigem steht die gemeinsame Übernahme von *Verantwortung* ebenso wenig zur Disposition wie die Wahrung der beidseitigen *Autonomie* (v. Uexküll 1993, 2003) (§ 10). Um eine *gleichberechtigte* (nicht gleichartige) Partizipation von Arzt und Patient zu gewährleisten, bedarf es einer *dialogischen Symmetrie*, nach der annäherungsweise symmetrische Zugangschancen zu Themen und Formen der Kommunikation bestehen, die aus der jeweiligen Teilnahmeperspektive als relevant erachtet werden (§ 7, 10, 17). So sollten etwa die Darstellungs-, Frage- oder Argumentationsrechte des Patienten nicht nur respektiert werden, sondern die entsprechenden Kommunikationskompetenzen im Gespräch laufend und nachhaltig gestärkt werden (empowerment) (Abb. 3.1) Entsprechend sollte bei der Analyse und Evaluation von Arzt Patient Kommunikation nicht von einem „naiven“ Symmetriebegriff ausgegangen werden, nach dem alle Beteiligten gleichermaßen *erzählen* und *zuhören*, *fragen* und *antworten*, *behaupten* und *widersprechen* usw. Dass in der Arzt-Patient-Kommunikation der eine Partner *kompetent erzählt* und der andere *kompetent zuhört*, ist eine *funktionale Asymmetrie*. Davon wird eine *dysfunktionale Asymmetrie* zu unterscheiden sein, bei der sich (im Sinne von Habermas 1971, 1981) mindestens einer der Partner vom *kommunikativen* Handeln auf *strategisches* Handeln verlegt, was sowohl in der Theorie (§ 7, 17) wie in der Praxis (18-23, 24-25) wiederholt zum Thema gemacht werden wird.

10. *Komplexität der „Machtfrage“ im hilfreichen Gespräch*

Keineswegs sollte das Symmetrieproblem auf die Analyse von Quantitäten reduziert werden, obwohl auch sie auf die Qualität von Gesprächen durchschlagen können (§ 40), wenn etwa *Unterbrechungen* oder *Fragen* (eines bestimmten Typs) *dominieren* (§ 19, 21). Dabei kann sich auch die „Machtfrage“ im Gespräch sehr komplex bis paradox stellen. Dies lässt sich etwa vorweg am psychoanalytischen

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

Gespräch plausibilisieren, das wegen seiner extremen Ausprägung ein aufschlussreicher Gesprächstyp ist, der zu *komparativen* Gesprächsanalysen einlädt (Koerfer, Neumann 1982) (§ 40). Für das Verständnis der psychoanalytischen Therapie wäre es „absurd“, die „Macht“ im Gespräch allein dem Patienten zuzuschreiben, nur weil er im Redeanteil erkennbar klar dominiert. Diese Art von „Gesprächsdominanz“ leitet sich bekanntlich von dem mit Freud tradierten Prinzip der „freien Assoziation“ ab, das nach Morgan und Engel (1969/1977) auch eine moderate Anwendung in der ärztlichen Sprechstunde und Visite finden sollte (§ 9, 17, 19, 25). Hier haben wir es mit der augenscheinlichen „Paradoxie“ zu tun, dass der eine Partner (schon nach Freud 1913: 194) den anderen Partner „erzählen lässt“, der eben dann gerade im Idealfall davon intensiv und extensiv Gebrauch macht – im Interesse beider Gesprächspartner, von denen der eine den Sinn der *Assoziationsregel* aus professioneller Perspektive vorab kennt und der andere ihn aus der Handlungsperspektive zu nutzen lernt (Koerfer, Neumann 1982). Durch das Zusammenspiel der alltagsweltlichen *Erzählkompetenz* und der professionellen *Zuhörkompetenz* kann sich die Beziehung überhaupt erst zu einer *hilfreichen* Beziehung entwickeln.

11. *Interrogative versus narrative Gesprächsführung*

Die Bereitschaft des Patienten zur „freien“ und zugleich „freimütigen“ Rede stellt sich nicht von selbst ein, sondern muss oft erst mühsam gesprächsweise motiviert und animiert werden. So gehört es zur ärztlichen *Kommunikationskompetenz*, durch *aktives Zuhören* die *Erzählkompetenz* von Patienten gerade bei der Anamneseerhebung zu fördern und herauszufordern, weil im *narrativen* Handlungsmuster ganz andere (Arten von) Informationen gewonnen werden können als dies durch das bloße *Frage-Antwort-Muster* möglich wäre. Dieser Unterschied zwischen *interrogativen* und *narrativen* Interviewstilen, bei dem Patienten auf verschiedenen Kompetenzniveaus mehr oder weniger aktiv partizipieren können, soll nachfolgend (§ 3.1.4) anhand der *Dialogrollen* von Sprecher und Hörer näher beschrieben werden und dann sowohl in der Theorie der *biographisch-narrativen Anamneseerhebung* (§ 9) als auch in empirischen Gesprächsanalysen (bes. § 19) im Detail herausgearbeitet werden.

12. Rationalität und Reflexivität

Die postulierte *dialogische Symmetrie* unterstellt – bei allen möglichen, krankheits- bzw. altersbedingten kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen (§ 3.1.7, 37) – im Prinzip *gleichrationale* Gesprächspartner (§ 10.6), die sich nicht wechselseitig „kleinreden“ müssen, sondern „auf Augenhöhe“ begegnen können. Dabei verfügen beide Gesprächspartner zunächst auch über eine alltägliche *Reflexionskompetenz*, in der sie sich selbst (*ego*) und den anderen Partner (*alter*) auch kritisch beobachten und beurteilen können. In diesem Sinne ist die Patienten(un-)zufriedenheit als Manifestation der Reflexion von selbst erlebten Gesprächen in der Sprechstunde und Visite aufzufassen (§ 40). Dass darüber hinaus Ärztinnen und Ärzte nach langer Aus- und Fortbildung über eine spezifisch *professionelle Reflexionskompetenz* verfügen (sollten), die mit v. Uexküll, Wesiack (1991) noch als ärztliche *Meta-Kompetenz* ausgewiesen werden soll (§ 3.3, 13, 17), wissen zumeist auch die Patientinnen und Patienten zu schätzen, wenn sie davon in der Regel auch nur „stillschweigend“ profitieren. Aus ärztlicher Sicht ist die kontinuierliche Selbstreflexion auf die eigene Gesprächs- und Handlungspraxis eine notwendige Voraussetzung für die kritische Korrektur von „Mängeln“ und „Fehlern“ und dadurch für eine Optimierung des professionellen Handelns insgesamt.

Eine Reihe dieser vorweg thematisierten Aspekte zum komplexen Zusammenspiel von *professionellen* und *alltagsweltlichen* Kompetenzen zwischen Arzt und Patient wird in diesem Kapitel unmittelbar wieder aufgenommen (§ 3.1.3-8), andere in späteren, theoretischen und didaktischen Kapiteln ausgeführt und in den Praxiskapiteln mit empirischen Beispielen exemplifiziert. Bei weiterem Interesse und Informationsbedarf soll die ausgeprägte Verweisstruktur schon wie vorausgehend der leichteren Orientierung dienen.

3.1.3 Beziehungsmodelle und Kommunikationsmuster

Obwohl die Analogien zwischen einer psychoanalytischen Therapie- und der ärztlichen Sprechstunde alsbald an ihre Grenzen stoßen, gibt es doch eine wesentliche Übereinstimmung zwischen beiden Gesprächstypen. Ebenso wie in der Psychoanalyse geht zunächst auch in der ärztlichen Sprechstunde „nichts anderes vor als ein Austausch

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

von Worten“ (Freud 1917/1940: 9).⁴ Allerdings kann dieser *Austausch von Worten* zu ganz unterschiedlichen Zwecken ganz unterschiedlich gestaltet werden, mit unterschiedlichen kommunikativen Beteiligungsrollen und Beziehungsmustern zwischen Arzt und Patient. Auch wenn eine wie immer hilfreiche Beziehung intendiert sein mag, kann diese in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient unterschiedlich realisiert werden. Die Art der Kommunikation und die Art der Beziehung bedingen sich gegenseitig. Haben sich die Beziehungs- und Kommunikationsmuster erst einmal etabliert, sind sie aufgrund eingespielter Erwartungen beider Gesprächspartner kaum mehr zu ändern.

Wer als Arzt etwa am traditionellen, *paternalistischen* Beziehungsmodell festhalten möchte, braucht an der gewohnten *arztzentrierten* Gesprächsführung nichts zu ändern. Er kann bei der Anamneseerhebung extensiv von seiner ärztlichen Fragekompetenz Gebrauch machen und bei der Entscheidungsfindung als zuständiger Experte sein Anordnungs- oder Verordnungsrecht ohne „Wenn und Aber“ durch *strategisches* Handeln (s. o.) (*Anweisung, Drohung* usw.) gegenüber dem Patienten durchsetzen, von dem ohnehin nur *Gehorsam* verlangt wird (§ 10). Nicht von ungefähr hat sich gegenüber diesem extremen Modell eines *autoritären Paternalismus* (§ 10, 25) ein Wandel vollzogen, der nicht zuletzt den „Fakten“ Rechnung trug, dass der Mangel an Gehorsam, der mit dem älteren Begriff der *Compliance* erfasst wurde (§ 10.1), nicht nur eine Verlängerung subjektiven Leidens nach sich zieht, wenn etwa Medikamente nicht oder falsch genommen werden, sondern auch hohe Kosten verursacht.

Allerdings ist die Diskussion um die angemessene Gestaltung der Beziehung und Kommunikation zwischen Arzt und Patient keineswegs schon abgeschlossen. So sollen später in Anlehnung an Beach (2013) in einer historischen Betrachtung die Entwicklungsstadien einer

⁴ Das bekannte Diktum von Freud ist natürlich ursprünglich auf die Psychoanalyse zugeschnitten (Flader, Schröter 1982, Koerfer, Neumann 1982, Scarvaglieri 2013). Dennoch gilt es analog auch für die ärztliche Sprechstunde, in der zunächst ebenfalls nur Worte ausgetauscht werden, bevor es dann in der Regel außerhalb des Gesprächs zum Handeln kommen kann (§ 8). Auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen beiden Gesprächstypen werden wir wiederholt eingehen, so etwa auf eine moderate Anwendung des Prinzips der *freien Assoziation* auch in der ärztlichen Sprechstunde (§ 9, 17, 19, 24).

1. arztzentrierten
2. patientenzentrierten
3. beziehungscentrierten
4. interaktionszentrierten
5. dialogzentrierten

Medizin unterschieden werden (§ 7.5). Diese Entwicklungen wurden nicht von ungefähr mit dem *Paradigmenwechsel* von der *Biomedizin* zur *biopsychosozialen* Medizin befördert, wie er von Engel (1977/79) begründet und etwa von v. Uexküll, Wesiack (1991) weitergeführt wurde (§ 4). Dieser Paradigmenwechsel fiel zugleich mit einem allgemeinen *Struktur- und Funktionswandel* der Medizin (§ 5) zusammen, der neue ärztliche *Schlüsselkompetenzen* erforderlich machte (§ 6), die wiederum nur durch eine *Reform* des Medizinstudiums zu vermitteln waren (§ 13, 14). Programmatisch für die Entwicklung war bereits der frühe Buchtitel von Paul Lüth: „Von der stummen zur sprechenden Medizin“ (1986). Mit dieser Betonung der „sprechenden Medizin“ rückte zunehmend auch die Kommunikationsausbildung ins Zentrum eines *integrativen* Curriculums (§ 14), an dem eine Vielzahl von Fächern beteiligt ist, die fächerübergreifend zur Förderung kommunikativer Kompetenzen beitragen.

Dabei können die Reformentwicklungen nicht schon durch eine bloße Umkehr von der rein *arztzentrierten* zur rein *patientenzentrierten* Medizin zureichend erfasst werden (s. o.). Allerdings ist deutlich, dass die „neuen“ *Gesprächsinhalte*, wie sie etwa durch die *Themen* einer *biopsychosozialen* Medizin bestimmt werden (§ 4, 19), nicht in den „alten“ *Gesprächsformen* gewonnen werden können, wie sie in der traditionellen, *interrogativen* Anamneseerhebung oder *Anordnungsmedizin* gang und gäbe gewesen sein mögen. Trotz der neuen Beteiligungsrollen von Patienten bei der *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung (§ 9) und *partizipativen* Entscheidungsfindung (§ 10) sind die Ausmaße ihrer *aktiven Mitwirkung* keineswegs schon festgeschrieben. Vielmehr sind die Mitwirkungsrechte und -pflichten *beider* Gesprächspartner aus ihrer jeweiligen Handlungsperspektive als Helfer und Hilfsbedürftige ins rechte Verhältnis zu setzen.

Die Beziehung im Gespräch zwischen Arzt und Patient ist häufig sowohl aus (i. e. S.) medizinischer als auch psychotherapeutischer Sicht mit dem Bild von den beiden Tanzpartnern („It takes two to tango“) ausgedrückt worden (v. Uexküll 1987, Smith, Hoppe 1991, Hinze 1992, Koerfer et al. 1994, Charles et al. 1997, Buchholz, Reich 2014, Buchholz, Kächele 2016). Soll der Tanz gelingen, müssen die beiden Tänzer hin-

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

reichend harmonisieren und ihre Bewegungen hinreichend koordinieren. In dieser Metapher des Tanzes wird die Gemeinsamkeit und Abhängigkeit des Handelns herausgestellt, wobei sich die Tänzer in der Rolle des „führenden“ Tanzpartners, der gegenüber dem „geführten“ Partner die Tanzart, das Tempo, den Rhythmus usw. bestimmt, auch abwechseln können – ungeachtet aller Unterschiede in den individuell verfügbaren Kompetenzen.

Die Unterschiede zwischen Arzt und Patient sind offensichtlich, und zwar für *Kompetenzen* im Sinne von *Fähigkeiten* wie auch von *Zuständigkeiten* der Handelnden (Koerfer 2013). Diese Ungleichverteilung ist durch die Krankenrolle des Patienten und die dazu komplementäre Helferrolle des Arztes vorgegeben. Dass der eine Partner über seine Beschwerden klagt und der andere empathisch zuhört oder interessiert nachfragt, ist als *funktionale* Asymmetrie anzuerkennen. Davon zu unterscheiden ist eine *dysfunktionale* Asymmetrie, bei der sich ein Arzt (im Sinne von Habermas 1971, 1984) (§ 7, 10) vom *kommunikativen* Handeln wesentlich auf *strategisches* Handeln verlegt und seine Interessen gegenüber dem Patienten vor allem durch Kommunikationsformen wie *Anordnen, Verhören, Bagatellisieren, Abwiegeln, Beschwichtigen, Anpreisen* usw. durchzusetzen sucht.

Die Kommunikation kann sich hier zwischen den Extremen einer *autoritären* bis *libertären* Gesprächsführung bewegen, in der der Patient entweder als „unmündiges Kind“ oder aber als „Kunde König“ behandelt wird. Im einen Fall wird der Patient nach dem *Paternalismusmodell* wie vom autoritären Vater „zur Rede gestellt“ und durch *Anweisung* zum *Gehorsam* gezwungen, im *anderen* Fall nach dem konsumtiven *Dienstleistungsmodell* wie von einem Produkthanbieter *umworben* und *bedient* – mit allen Risiken einer „Gefälligkeitsmedizin“, die anbietet, was nachgefragt wird.

Dass der *Autonomieverlust* des Patienten, der im traditionellen, stark *autoritären* Paternalismusmodell sogar in guter Absicht (Schutz vor weiteren Belastungen) *unmündig* gehalten werden kann, durch bloße Umkehr der Asymmetrie nach dem reinen Dienstleistungsmodell aufgehoben werden könnte, ist eine Illusion, vor der v. Uexküll (1993: 62) zu Recht gewarnt hat: „Kein ‚mündiger Patient‘ ohne ‚mündigen Arzt‘“. Die Praxis der Arzt-Patient-Beziehung kann eben nicht in der einfachen Alternative aufgehen, nach der die „Macht im Gespräch“ entweder ganz beim Arzt oder allein beim Patienten liegt.

Vielmehr sollten sich Arzt und Patient als zwar ungleiche, aber gleichberechtigte Dialogpartner begegnen, deren Handeln sich in der

Reziprozität der Perspektiven verschränkt, dass der eine Partner ohne die Kooperation des anderen nicht erfolgreich ist. Zwar ist der Arzt der Experte seiner Heilkunst, aber der Patient ist der Experte seiner selbst und seiner Beschwerden. So sind beide Partner in beiden Expertenrollen wechselseitig aufeinander angewiesen (§ 10). Im *Kooperationsmodell* einer *dialogischen Beziehungsmedizin* stellt sich die Machtfrage nicht, solange beide Dialogpartner sich wechselseitig ihre persönliche Autonomie belassen und annähernd *symmetrische Dialogchancen* herstellen (§ 7, 10, 17), und zwar sowohl für die *Relevanzsetzung* von Kommunikationsthemen und -zwecken wie auch für die dafür von beiden Teilnehmern jeweils als relevant erachteten Kommunikationsmittel. Im Sinne eines „echten“ Gesprächs, das nach Martin Buber (1954/1986: 296) nicht „vordisponiert“ werden kann (§ 7.5), sollte das „dialogische Prinzip“ auch zwischen Arzt und Patient möglichst zur Geltung gebracht werden, auch wenn die institutionellen Gesprächsbedingungen sich häufig genug als Hemmnis erweisen.

3.1.4 Dialog-Rollen von Sprecher und Hörer

Bei einer entsprechenden Anwendung des *dialogischen Prinzips* auch in der Medizin sollte sich der „Kampf ums Wort“ von selbst erübrigen. Wegen der Dynamik *mündlicher* Kommunikation kann es zwar zu „Unterbrechungen“ beim Reden kommen, die aber toleriert werden können, wenn sie nicht „Überhand nehmen“ (§ 19, 40). Im Konfliktfall gilt auch hier: „Der Klügere gibt nach“ – und dies sollte im Zweifelsfall wegen seiner professionellen Dialogrolle der Arzt sein. Dennoch muss auch der Arzt gerade aufgrund seiner sozialen Rolle „zu seinem Recht kommen“ können, aber er sollte nach Möglichkeit dem Patienten sein Vorrecht belassen, dessen krankheitsbedingte Not sich gerade in seiner individuellen *Mitteilungsnot* zu den für ihn relevanten Ereignissen (*patient's events*) äußern kann. Die *patientenzentrierte* Gesprächsführung des Arztes besteht dann darin, den Patienten „das Wort führen zu lassen“ und so zu einem ersten Bild vom Patienten, seiner Persönlichkeit, seiner Erkrankung und seinem Anliegen zu kommen. Hier ergibt sich erneut die bekannte *Paradoxie*, die darin zu bestehen scheint, dass dem Patienten das Wort „gelassen“ wird, womit sich erneut die „Machtfrage“ danach stellt, wer im Gespräch wem gegenüber was und wozu „überlas-

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

sen“ soll, kann oder darf usw. – was hier eben als *Paradoxie* so „belassen“ werden soll.⁵

Ist dem Mitteilungsbedürfnis des Patienten hinreichend Raum gegeben worden, kann der Wechsel auch zu einer eher *arztzentrierten* Gesprächsführung vollzogen werden, in denen der Arzt sein verbliebenes Informationsbedürfnis zu den für ihn relevanten Ereignissen (*doctor's events*) mit einer Detailexploration seinerseits befriedigt (§ 21), wobei er allerdings im Bedarfsfall eine Rückkehr zu einer patientenzentrierten Gesprächsführung jederzeit zulassen können muss. Begriff und Konzept der patientenzentrierten Gesprächsführung bedürfen allerdings einiger Erläuterungen, um möglichen Missverständnissen vorzubeugen, die aus der scheinbaren Paradoxie herrühren könnten, dass das Gespräch *patientenzentriert* verlaufen soll und die Führung des Gesprächs dennoch dem Arzt obliegt, der aus dieser Verantwortung nicht entlassen werden kann. Allerdings ist das *dialogische Prinzip* auch für die ärztliche Gesprächsführung in der Praxis immer wieder so auszulegen (§ 7.5), dass zwischen *Führung* und *Gespräch* kein Widerspruch entstehen sollte.

Wenn hier zunächst von einer *patientenzentrierten* Gesprächsführung ausgegangen werden soll,⁶ bedeutet das jedoch nicht, dass der Arzt den Patienten bloß „reden lassen“ und ihm ansonsten mehr oder weniger aufmerksam „das Ohr leihen“ könnte. Vielmehr muss der Arzt dem Patienten beim Sprechen als Hörer aktiv entgegenkommen. Denn: Ohne Hörer kein Sprecher.

Diese *hörerzentrierte* Perspektive wird inzwischen in der *Philosophie* (Fiumara 1990) ebenso wie in der *Kommunikationswissenschaft* (Schmitz 1998, 2000) zunehmend gegen die traditionelle *sprecherzentrierte* Perspektive geltend gemacht. Wird die Mitverantwortung des Hörers für die Äußerungen des Sprechers erst einmal zugestanden, unterliegen traditionelle Perspektiven derart einem Wandel, dass die Zuschreibung sogar der Gesprächseröffnung auf den Hörer nicht länger

⁵ Für die Diskussion dieser Paradoxie war schon vorrausgehend (§ 3.1.2) der besondere Typ des psychoanalytischen Gesprächs angeführt worden (Koerfer, Neumann 1982), das sich dadurch auszeichnet, dass der Patient durch seine großen Redeanteile augenscheinlich die „Macht ausübt“, die ihm der Analytiker aber zu „gewähren“ scheint.

⁶ Hier sei nochmals mit Beach (2013) auf die historische Entwicklung von der *arztzentrierten* über die *patientenzentrierte* Medizin hin zur *beziehungscentrierten* und schließlich *interaktionszentrierten* bzw. *dialogzentrierten* Medizin verwiesen, die später (§ 7.5) weiter differenziert wird.

als paradox erscheinen muss. Der Wandel in den gewohnten Perspektiven ist von Schmitz denn auch pointiert (Box 3.2) auf den Begriff gebracht worden:

Box 3.2 Sprecher-Hörer-Rollen

Aus diesen Überlegungen ergibt sich, dass die Sprecheraktivität, die nach gängiger Vorstellung das für die Gesprächseröffnung Entscheidende darstellt, ihrerseits schon die Aktivität wenigstens eines Hörers voraussetzt (...) Von daher macht es auch wenig Sinn, an der gängigen undurchdachten Auffassung festzuhalten, wir sprächen, *um* gehört zu werden. Wir sprechen vielmehr – und das gilt phylogenetisch, ontogenetisch und in verallgemeinertem Sinne für jegliche Art verbaler und nonverbaler Kommunikation –, *weil* wir gehört werden.

Schmitz 2000: 319

Es sei dahingestellt, inwieweit die Sprecher-Hörer-Beziehung eher durch *Um-zu-Motive* oder *Weil-Motive* oder im komplexen Zusammenspiel der beiden Motiv-Typen strukturiert ist, aber die Wechselwirkung zwischen Sprechen und Hören steht außer Frage. In der ärztlichen Konsultation erfährt die Sprecher-Hörer-Beziehung darüber hinaus eine *institutionelle* Ausprägung, weil beide Gesprächspartner sich mit entsprechend etablierten „Erwartungen“ begegnen, die sie schon im Vorfeld „hegen“ werden. Entsprechend suchen auch Patienten die ärztliche Konsultation in der geläufigen Erwartung auf, dass sie einen aufmerksamen Zuhörer finden, der ihre Beschwerden, Klagen und Anliegen „erhören“ möge – und zwar in dem mehrfachen Sinne, der dem „Erhören“ zukommen kann.

So gehen die Akteure gemeinsam davon aus, dass der Arzt dem Patienten nicht nur sein „Ohr leihen“, sondern schon gesprächsweise „Beistand und Hilfe leisten“ wird. Beide Partner wissen im Vorfeld aber auch um die Erwartungen des professionellen Hörers gegenüber einem Sprecher, der „sein Leid klagen“ wird und muss usw., bevor er „erhört“ werden kann, so dass sich hier eine Aufsichtung von „Erwartungserwartungen“ ergibt, die nicht länger aus der bloßen *sprecherzentrierten* Perspektive zureichend erfasst werden können.

Ebenso hat bereits v. Uexküll (1993) aus *medizinischer* und *semiotischer* Sicht die traditionelle, *sprecherzentrierte* Perspektive in einem *Rückmeldemodell interpersonaler Beziehung* reformuliert (Box 3.3). Ausgehend von einem allgemeinen Modell der Beziehung von lebenden Sys-

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

temen zur Umwelt, betont v. Uexküll unsere Überlebenschancen in Abhängigkeit von Gegenleistungen unserer Mitmenschen, auf deren „passende Gegenrolle“ wir eben auch im Gespräch notwendig angewiesen sind.

Box 3.3 „Sprechen braucht Hören“

Bildlich kann man sich eine Beziehung als einen Faden vorstellen, der, wenn er halten soll, von beiden Seiten gesponnen werden muß. Die Bedeutung dieser Fäden für unsere Gesundheit wird verständlich, wenn wir uns klarmachen, daß jede Leistung unseres Körpers einer Gegenleistung seiner Umgebung bedarf. Um zu atmen, brauchen wir die Gegenleistung der umgebenden Luft. Um zu gehen, brauchen unsere Füße die Gegenleistung des Bodens, zum Liegen braucht unser Rücken die Gegenleistung der Unterlage usw. Bleibt die Gegenleistung aus, sind wir behindert oder paralysiert. Genauso ist es mit unseren Beziehungen zu unseren Mitmenschen. Hier braucht jede Rolle die passende Gegenrolle. Sprechen braucht Hören, Geben braucht Nehmen, Fragen braucht Antworten, wenn die Beziehung nicht zerreißen soll.

v. Uexküll 1993: 60

Wie im Leben gilt auch für die Medizin als „sprechende“ Medizin, dass die Handelnden auf *Resonanz* angewiesen sind, für die insbesondere der Arzt aus seiner professionellen Perspektive zu sorgen hat: Die spezifische *Gegenrolle* des Arztes lässt sich unter dem Aspekt der *Gesprächsführung* mit metakommunikativen Ausdrücken aus unserer Alltagssprache beschreiben: Soll der Beziehungsfaden „gesponnen“ werden und nicht „zerreißen“, muss der Arzt von seiner Seite den Patienten erst einmal „zum Sprechen bringen“, ihn dann „in ein Gespräch ziehen“ und ihn schließlich „im Gespräch halten“, so dass er nicht wieder „verstummt“ oder gar aus dem Gespräch ganz „aussteigt“. Insgesamt muss der Arzt das Gespräch als „Zwiegespräch“ führen (§ 7.5, 18), in dem der Patient alles „zur Sprache bringen“ kann, was ihm *bedeutsam* oder *wichtig* ist, und in dem zugleich dem Arzt seinerseits alles „zu Ohren kommen“ soll, was er wissen muss oder will, weil es für ihn relevant ist.

Für beide Gesprächspartner stellt sich das *Relevanzproblem* in verschränkter Handlungsperspektive: Da beide Akteure zu Beginn nicht wissen, was für den anderen relevant ist, gilt auch in besonderem Maße für das Arzt-Patient-Gespräch: Zwar stellt sich das Relevanzproblem zwischen Arzt und Patient nicht prinzipiell anders als in der Alltags-

kommunikation (Schütz 1971, Kallmeyer 1978, Koerfer 1994/2013, Koerfer et al. 2000, 2004) (§ 7.5, 17.4), es verlangt aber wegen der besonderen *Interdependenz* der professionellen und Laienrolle reflexive und flexible *Aushandlungen von Problemlösungen*, die beide Partner gemeinsam verantworten können.

Genau hierbei kommen nun die institutionellen Kommunikationsbedingungen mit unterschiedlichen sozialen Beteiligungsrollen von Arzt und Patient ins Spiel, mit denen sie ihre spezifischen professionellen und alltäglichen Kompetenzen aus beiden Handlungsperspektiven wechselseitig einbringen.

3.1.5 Reziprozität der Handlungsperspektiven

Die komplexe Wechselwirkung zwischen den Handlungsperspektiven von Arzt und Patient, die zunächst ihren Dialog-Rollen als Sprecher und Hörer finden und dann regelmäßig wechseln müssen, lässt sich bereits an *positiven* und *negativen Maximen* von Morgan und Engel (1969/1977) (Box 3.4) illustrieren. Als professioneller Hörer ist der Arzt auf die entsprechende Information durch den Patienten angewiesen, der seinerseits erst in seiner Mitteilungsbereitschaft „motiviert“ werden muss bzw. in seiner „Spontanität“ nicht „gehemmt“ werden darf.

Box 3.4 Positive und negative Gesprächsmaximen

Er [der Arzt] muß den Patienten ermutigen, frei zu sprechen, denn nur dieser kann ihm erzählen, was er erlebt hat (...) Fragen, die der Patient mit einem „Ja“ oder „Nein“ beantworten kann, vermeidet er möglichst, weil der Patient sonst aufhört, spontan zu berichten und nur noch schweigend auf die nächste Frage wartet.

Morgan, Engel 1969/1977: 41 und 49

Die Anwendung solcher *positiven* wie *negativen* Maximen, die bereits an anderer Stelle als *Gebote* („Tue ...“) und *Verbote* („Vermeide ...“) differenziert wurden (Koerfer et al. 1994, 1996, 2005), soll in diesem Lehrbuch in Form eines *Gesprächsmanuals* (§ 3.4, 13, 17) mit praktischen *Ankerbeispielen* vertieft werden (§ 18-23). Wie dort an empirischen Beispielen noch verdeutlicht werden soll, kommt es etwa bei der Anamneseerhebung gerade auf das Wechselspiel zwischen der *Erzählkompetenz* des

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

Patienten und der *Zuhörkompetenz* des Arztes an, der etwa durch *aktives Zuhören* (§ 9, 19) die Erzählbereitschaft des Patienten erst „wecken“ muss.

Im Sinne von Morgan und Engel muss der Arzt den Patienten zuerst *motivieren* („ermuntern“) zu erzählen, um dann eine begonnene Erzählung in Gang zu halten, ohne den Erzähl- und Gedankenfluss des Patienten durch Fragen (eines bestimmten Typs) (§ 9, 20, 21) vorzeitig zu unterbrechen - mit dem von Balint so pointiert formulierten Effekt:

Wenn man Fragen stellt, so erhält man Antworten darauf, aber weiter auch nichts (Balint 1964/1988: 186, kursiv im Orig.).

Hier lassen sich grob *interrogative* Handlungsmuster (Fragen – Antworten – Schweigen – Fragen usw.) von *narrativen* Handlungsmustern (Erzählen – Aktiven Zuhören – Weitererzählen usw.) unterscheiden (Abb. 3.2-3), die für die empirischen Analyse- und Evaluationszwecke später (§ 9, 17, 19, 40) weiter zu differenzieren sind, wenn Patientenerzählungen in den Kontext der *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung gestellt werden.

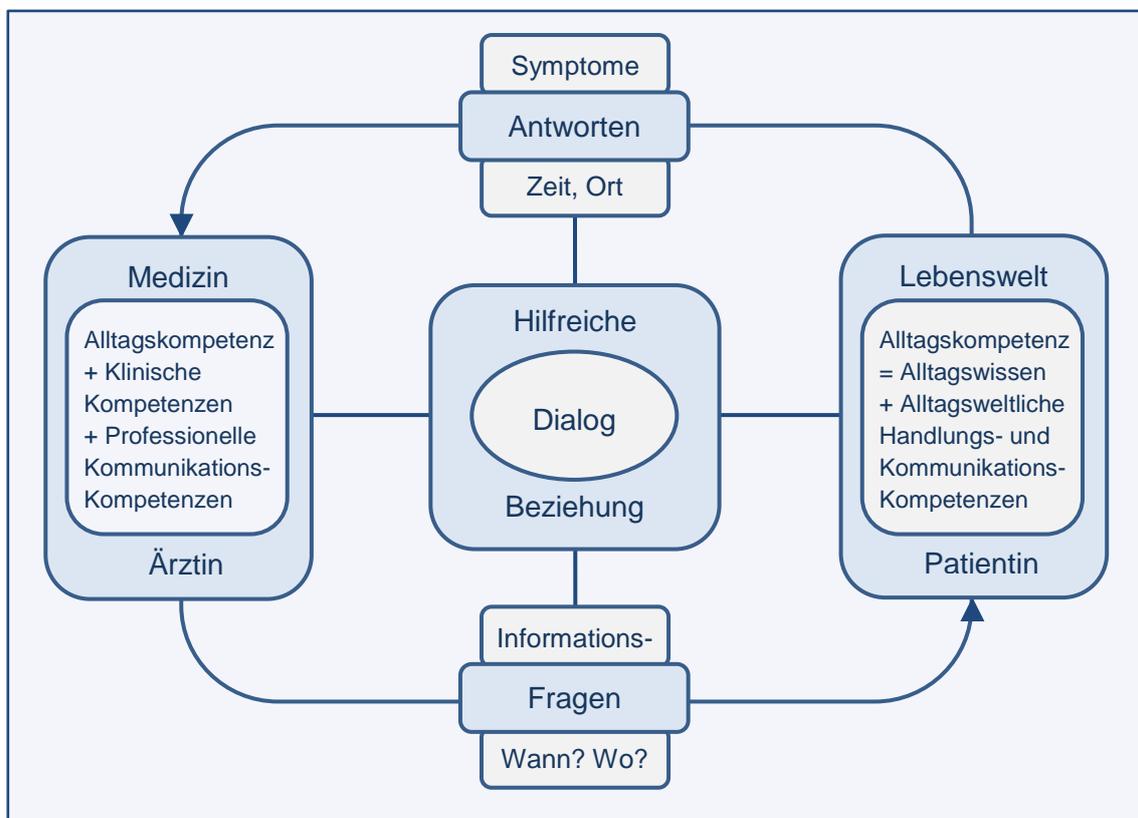


Abb. 3.2: Interrogatives Kommunikationsmuster

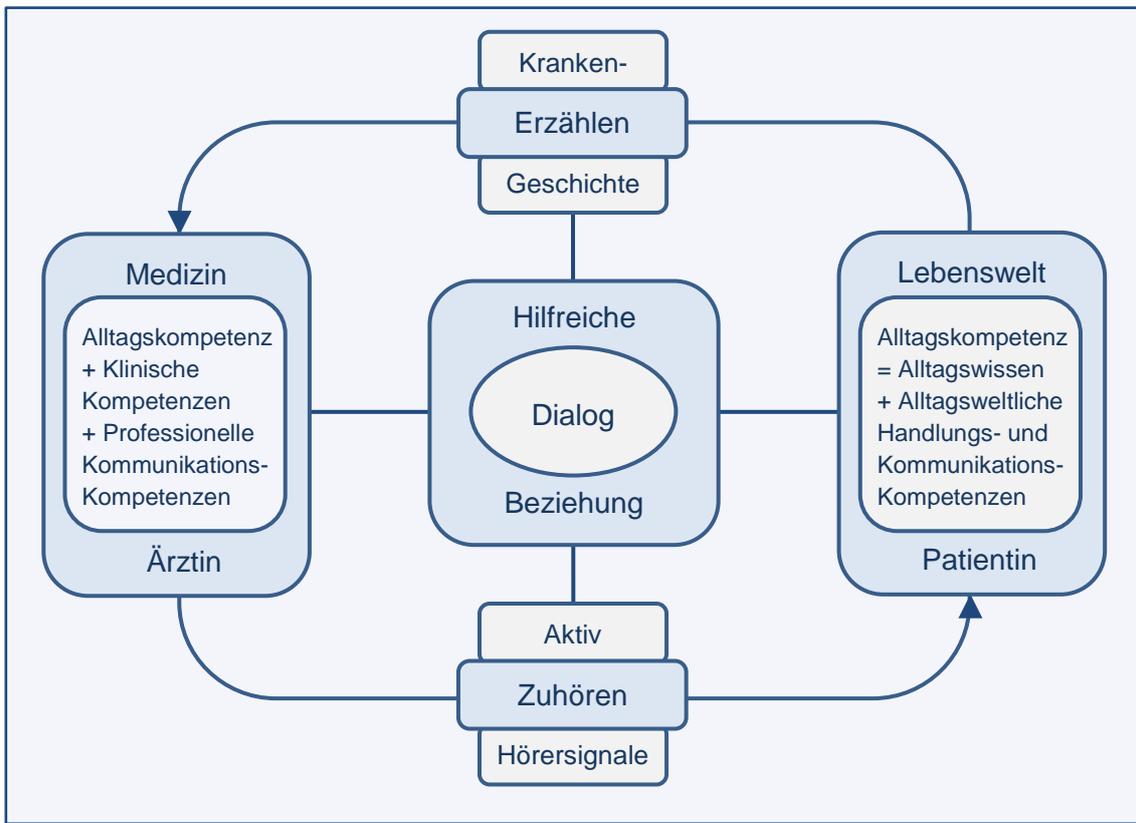


Abb. 3.3: Narratives Kommunikationsmuster

Wie wir noch an empirischen Fällen sehen werden, gibt es beim *interrogativen* Muster extreme Varianten, mit denen sich eine Art „Verhörgespräch“ entwickelt (§ 19). Die Patienten beantworten knapp und bündig die Arzt-Fragen und warten dann „schweigend“ auf die nächste Frage – ein *Circulus vitiosus* mit einem Zugzwang für beide Gesprächspartner, dem sie alsbald nicht mehr entrinnen können (Abb. 3.4-5). Dagegen bekommt der Arzt beim narrativen Handlungsmuster ganz im Sinne von Balint durch aktiv unterstützte Erzählungen nach Form und Inhalt Informationen „frei Haus geliefert“, die durch bloße Antworten auf Fragen nicht zu gewinnen sind. Patientengeschichten sind *Kranken- und Leidengeschichten*, die überwiegend nur vom Patienten *erzählt*, nicht aber vom Arzt durch bloßes Fragen erschlossen werden können.

Damit sind Detail-Fragen nicht verpönt, sondern unerlässlich, wenn der Arzt bei der *Beschwerdeexploration* die Zeit, Lokalität oder Intensität etwa bei bestimmten Symptomen klären muss (§ 21), aber es sollten Prioritäten gesetzt werden, nach denen zunächst der Patient „das Wort

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

ergreifen“ sollte, um „in seinen Worten“ sein Anliegen im lebensweltlichen Kontext seiner erlebten „Erkrankungsgeschichte“ einzubringen.

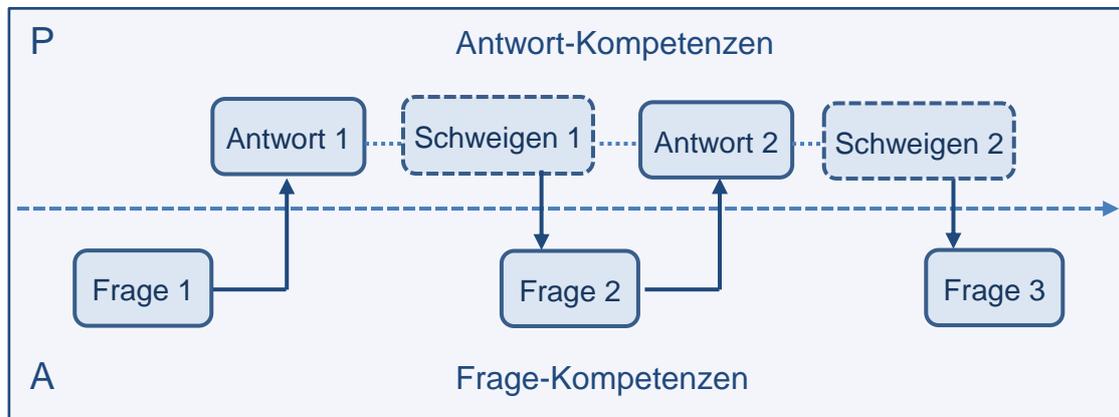


Abb. 3.4: Interrogatives Handlungsmuster im Gesprächsverlauf

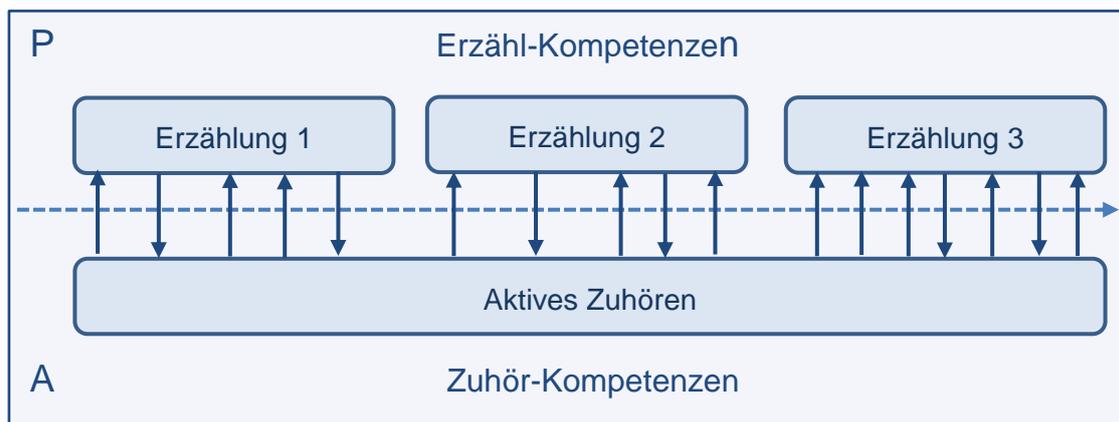


Abb. 3.5: Narratives Handlungsmuster im Gesprächsverlauf

Unter dem Aspekt der *verbalen Konditionierung* wird die Verhinderung oder aber Förderung der „freien“, d. h. *assoziativen* und *narrativen* Patientenrede an empirischen Fällen zu untersuchen sein (§ 9, 17, 20, 21), in denen die Akteure von ihren *professionellen* wie *alltagsweltlichen* Kompetenzen mehr oder weniger Gebrauch machen (können), und zwar in Abhängigkeit vom Gesprächspartner, der entsprechend *mitagieren* muss.

Im Idealfall kommt es zu einer gemeinsamen (Neu-)Konstruktion der Patientengeschichte (*joint construction of narrative*) (Brody 1994), an der beide Akteure mit ihren *professionellen* und *lebensweltlichen* Kompetenzen gleichermaßen beteiligt sind (§ 9, 19). Bei dieser spezifischen Form des kooperativen *Erzählens* (Koerfer et al. 2000, Koerfer, Köhle 2007,

Köhle, Koerfer 2016) handelt es sich deswegen um eine *institutionsspezifische* Ausprägung des Erzählens, weil beide Akteure hier ihre unterschiedlichen Kompetenzen zu diagnostischen und zugleich therapeutischen Zwecken einbringen, durch die sich nach Gadamer (1993) (§ 7, 9) ohnehin eine gutes Gespräch zwischen Arzt und Patient auszeichnen sollte.

Obwohl oder gerade weil die *professionellen* und *lebensweltlichen* Kompetenzen der Akteure im gelingenden Fall der Kooperation gut korrespondieren, ist der Unterschied zur Alltagskommunikation unübersehbar: Bei der Arzt-Patient-Kommunikation ist die Priorität zu berücksichtigen, dass sich ärztliches Handeln auf das Wohl des Patienten bezieht (und nicht etwa umgekehrt). Die Prinzipien der „Schadensverhütung“ (*primum nil nocere*) und gar „Heilung“ (*bonum facere*) bestimmen den spezifisch institutionellen Sinn und Zweck des ärztlichen Handelns, von dem der Patient zuallererst profitieren soll. Wenn sich hierbei ein gewisser Therapieerfolg beim (*Be-*)Handeln einstellt, der immer eine gemeinsame *Gesprächsarbeit* voraussetzt, kann sich dieser Erfolg sekundär natürlich auch zu Recht in einer ärztlichen *Berufszufriedenheit* niederschlagen. In diesem Sinne kann der Arzt sekundär auch „egoistische“ *Motive* verfolgen, obwohl sein *Hauptmotiv*, dem Patienten zu helfen, insgesamt von „Altruismus“ geprägt sein sollte. In dieser Hinsicht kommt es erneut zu Asymmetrien zwischen den Akteuren, die aber in einer helfenden Beziehung gut ausbalanciert sein sollten.

3.1.6 Das Problem der (A)Symmetrie

Im Unterschied zum ärztlichen Helfer dürfen die *Motive* des hilfebedürftigen Patienten durchaus „egoistisch“ bleiben, denn es geht allein um seine Gesundheit. Das *Patientenprivileg*, als erkrankte Person im Zentrum aller Bemühungen zu stehen, bleibt charakteristisch für die Beziehungsgestaltung: Anders als in der Alltagskommunikation geht es in der ärztlichen Sprechstunde und Visite bei aller Kooperation um die (Re-)Konstruktion von Leidens- und Gesundungsgeschichten von Patienten, nicht von Ärzten: Sie dürfen bestenfalls von sich und anderen Patienten (und dann nur anonym) erzählen, wenn es um Illustrationen zum Nutzen des aktuellen Patienten geht und ein arztseitiges Narrativ im Sinne des *Modell-Lernens* genutzt wird.

Kurzum: In der Arzt-Patient-Kommunikation sind die Interaktionsrollen zwischen den Akteuren relativ klar verteilt: Dass der eine Ge-

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

sprächspartner *kompetent erzählt* und der andere Partner *kompetent zuhört*, verweist erneut auf eine *funktionale Asymmetrie*, die von *dysfunktionalen* Asymmetrien zu unterscheiden sein wird, bei dem sich mindestens einer der Gesprächspartner im Sinne von Habermas (1971, 1981) vom *kommunikativen* Handeln auf *strategisches* Handeln verlegt (§ 7, 9, 10, 17, 24). Hier geht es um die Begründung einer *dialogischen* Symmetrie in einer *biopsychosozialen* Medizin (§ 4), die dem Patienten ohnehin eine *aktive Mitarbeit* im Gespräch nicht nur gewährt, sondern abverlangt.

Die Art der *funktionalen A-Symmetrie* zwischen Arzt und Patient steht auch nicht zur Disposition, wenn später für eine Abkehr vom *paternalistischen* zum *partizipativen* Beziehungsmodell plädiert wird, mit dem ein Wechsel von der traditionellen, *arztzentrierten* zur sog. *patientenzentrierten* Gesprächsführung einhergeht (§ 7-10, 17-23). Bei diesem Wechsel geht es vor allem um die schon skizzierten Tendenzunterschiede zwischen primär *interrogativen* und primär *narrativen* Gesprächsstilen, die sich durchaus im Gebrauch unterschiedlicher *Gesprächstechniken* unterscheiden, die sogar noch in Form eines *Gesprächsmanuals* (§ 17-23) vermittelt werden sollen. Hier kommt es in der Aus- und Fortbildung auf eine Trendwende an, um die aus ärztlicher Sicht immer schon vorhandenen Fragekompetenzen in Richtung auf die Entwicklung von Zuhör-Kompetenzen von Ärzten zu ergänzen, die sich zunehmend verbaler und nonverbaler *Techniken* des *aktiven Zuhörens* (§ 19) bedienen sollten.

Sowohl in der Theorie als auch Didaktik der Gesprächsführung wird im Einzelnen jedoch auszuführen sein, dass die zu vermittelnden Kompetenzen keineswegs auf *Fertigkeiten* (im Sinne von „skills“) reduziert werden können (§ 13, 17). Bei der Vorstellung und Begründung unseres Gesprächsmanuals (§ 17) und der empirischen Fundierung mit Ankerbeispielen (§ 18-23) wird deutlich werden, dass bei der *kreativen* „Kunst“ der ärztlichen Gesprächsführung die durchaus nützlichen *Gesprächstechniken* in der Gesprächspraxis immer mit spezifischen (*selbstreflexiven, psycho-sozialen, empathischen, ethischen* usw.) Kompetenzen verbunden werden müssen, um Patienten ihrerseits bei der Entwicklung *ihrer* spezifischen Kompetenzen im Umgang mit ihren Gesundheitsproblemen hinreichend fördern zu können.

Die ärztlichen Kompetenzen richten sich also wesentlich auf die (Stärkung der) *patientenseitigen* Kompetenzen (*empowerment*), was nicht zuletzt eine notwendige Voraussetzung für *autonome* und (selbst-)

verantwortliche Entscheidungen und Handlungen ist, die die Gesundheit und das Leben der Patienten selbst betreffen.

3.1.7 Kooperation und Konflikt

Zum Zweck der Entscheidungsfindung (§ 10) gehen Arzt und Patient zunächst eine „asymmetrische“ Beziehung ein, wie sie als „Helping Alliance“ (Luborsky 1988) oder „Therapeutic Alliance“ (Saketopoulou 1999, Street et al. 2009) beschrieben worden ist (§ 8.2). In Idealfall entwickelt sich die Beziehung in Richtung auf eine Partizipation und schließlich Emanzipation des Patienten, der die *ärztliche Hilfe* nach v. Uexküll (2003) als *Hilfe zu Selbsthilfe* nutzen kann (Box 3.5), wobei die *Autonomie* nur in besonderen Fällen einer krankheitsbedingten Entscheidungsunfähigkeit begrenzt werden darf.

Box 3.5 Hilfe zur Selbsthilfe und Autonomie

Die Einsicht, dass die individuelle Wirklichkeit eines Menschen Voraussetzung für seine Fähigkeit zum Handeln, für seine Autonomie ist, besagt, dass *ärztliche Hilfe Hilfe zu Selbsthilfe* sein muss, dass salopp formuliert die Krankheit dem Kranken, aber nicht dem Arzt gehört und dass der Kranke über existenzielle Fragen, die ihn betreffen, selbst entscheiden muss.

Der Arzt kann bei solchen Entscheidungen nur Berater sein. Er darf dem Kranken nur Entscheidungen abnehmen, wenn er entscheidungsunfähig ist oder wenn er einen Kranken vor sich selbst schützen muss. Beides erfordert eine sehr kritische Prüfung der Frage, ob und wenn ja, wo der Autonomie des Kranken durch seine Krankheit Grenzen gezogen sind.

v. Uexküll 2003: 1346, Hervorhebung im Original

Obwohl die Beteiligungsrollen von *Helfer* und *Hilfsbedürftigem* klar verteilt sind, können sich beide Gesprächspartner im Idealfall wie in einer *win-win-Situation* begegnen, in der sie in einer *symmetrischen* Interaktion („auf gleicher Augenhöhe“) als zwar *ungleiche*, aber *gleichberechtigte* und *autonome* Subjekte die *besten Problemlösungen* für den Patienten *aushandeln* (§ 10). So wird beim *Partizipationsmodell* der Arzt-Patient-Beziehung mit v. Uexküll (1993) eine wechselseitige Wahrung der *Autonomie* für beide Gesprächspartner postuliert, die gleichermaßen von einer *dialogischen* Kommunikation (§ 7) profitieren können.

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

Der intendierte Erfolg kann sich allerdings nur einstellen, wenn beide Gesprächspartner hinreichend *bereit* und *willens* sind, mit ihren unterschiedlichen *professionellen* und *lebensweltlichen* Kompetenzen bis hin zur gemeinsamen *Entscheidungsfindung* (SDM) zu kooperieren, die sie jeder für sich und zugleich gemeinsam *verantworten* können. Dabei kann es im Sinne von Mishler (1984) zu *Konflikten* zwischen der lebensweltlichen „Stimme“ des Patienten und der „Stimme“ der Medizin (als System) (§ 10.1) kommen.

Allerdings könnten Ärzte diese Konflikte kompetent entschärfen helfen, da sie über eine *Doppelkompetenz* verfügen, wie dies im Übrigen für alle professionellen Akteure (Lehrer, Ärzte, Richter usw.) bei der institutionellen Kommunikation gleichermaßen gilt (Koerfer 2013). Zum einen besitzen auch Ärzte qua *medizinischer Ausbildung* ihre *professionellen* Kompetenzen, zum anderen verfügen sie als Angehörige der allgemeinen *Lebenswelt* weiterhin über *Alltagskompetenzen*, die sie eben nicht ablegen sollten, wenn sie den Kittel überziehen. Aufgrund ihrer *Doppelkompetenzen* sollten sie *bereit* und *willens* sein, Konflikte zwischen der Lebenswelt und der Medizin zu antizipieren und *Problemlösungen* in Kooperation mit dem Patienten anzubahnen.

Dabei müssen sie allgemeine Probleme des Verstehens und der Verständigung berücksichtigen, bei denen ein Wissensgefälle in *dialogischer* Kommunikation reziprok zu überwinden ist (§ 7), wie auch spezifische Konflikte bei der *Aufklärung* und *Entscheidungsfindung* bewältigen helfen (§ 10), was schon mit der angemessenen Vermittlung zwischen *Fachkommunikation* und *Alltagskommunikation* (§ 27) beginnen sollte.

Im ungünstigen Fall können diese Konflikte zwischen der Lebenswelt und der Medizin auch zur Trennung der Beziehung von Arzt und Patient führen, wenn kein Ausgleich geschaffen werden kann und die eine Stimme die andere unverhältnismäßig zu *dominieren* beginnt. In der Regel ist immer noch von der Dominanz der medizinischen Stimme des Arztes auszugehen, der sich allerdings im umgekehrten Fall etwa gegen ein patientenseitiges Ansinnen einer „Gefälligkeitsmedizin“ verwahren muss, wenn er im Sinne v. Uexkülls (1993) an der ärztlichen Autonomie seinerseits festhalten will. Diese Gefahr von Autonomieverlust besteht, wenn der Patient vom *partizipativen Kooperationsmodell* (SDM) zum rein *konsumtiven Dienstleistungsmodell* zu wechseln sucht (§ 10, 22), was der Arzt gegebenenfalls schon wegen seiner Verpflichtung auf eine *evidenzbasierte* Medizin (§ 10.3) zurückweisen muss.

Hier stößt das ärztliche Handeln als *rationales* Handeln an seine – wenn man so will – systemischen Grenzen, an denen subjektives Handeln nicht mehr allein durch Wollen und Können bestimmt ist, sondern sich an höheren „institutionellen“ Instanzen (der Profession, des Gesetzgebers usw.) orientieren muss. Danach ist das aus welcher Beteiligungsperspektive auch immer „Gewünschte“ oder „Machbare“ aus anderen guten Gründen zu beschränken.

Die Entwicklung einer *hilfreichen* Beziehung kann aber auch unter *motivationalen* oder *volitionalen* Aspekten (i. e. S. von Weinert, Box 3.1) gestört werden oder ebenfalls ganz scheitern. Zur erfolgreichen Kooperation ist etwa die ärztliche *Hilfsbereitschaft* ebenso eine notwendige Voraussetzung wie die *Motivation* und *Bereitschaft* des Patienten sich helfen zu *lassen*.

Diese Bereitschaft bei einem Patienten erst zu wecken, der sich mit der Annahme von Hilfe schwer tut, gehört wesentlich zur *professionellen* Kompetenz eines Arztes. Oft müssen Patienten erst für ein Gespräch überhaupt *motiviert* werden, bevor ihre subjektiven *Einstellungen* und *Überzeugungen* „zur Sprache gebracht“ werden können (§ 21), um dann schließlich eine Verhaltensänderung etwa im Sinne einer *Adhärenz* bei der Medikamenteneinnahme zu erreichen (§ 10, 26). Hier erleben sich Ärzte oft selbst (wie in Fortbildungen geäußert) als „Motivationskünstler“, die ihren Patienten mit „Engelszungen“ die Notwendigkeit für ein bestimmtes Gesundheitsverhalten zu vermitteln suchen.

Dabei wird die *professionelle* Kompetenz von Ärzten besonders bei „schwierigen“ Patienten (§ 24) herausgefordert, wenn diese die ärztliche *Bereitschaft zur Hilfe* aus welchen Gründen auch immer (Wertekonflikt, Unsicherheit, Zweifel, Verleugnung usw.) zunächst nicht annehmen wollen oder können. Mit einer spezifisch *empathischen* Kompetenz (§ 3.3, 17, 20) müssen diese Probleme in der verbalen und nonverbalen Kommunikation vom Arzt erst einmal *wahrgenommen*, d. h. zugleich *verstanden* und *reflektiert* werden, bevor er darauf *angemessen* reagieren und *Problemlösungen* anbahnen kann.

3.1.8 Reflexion und Passung als Meta-Kompetenzen

In der Gesprächspraxis führt die *Reflexion* einer so erlebten Abwehr eines Patienten häufig auch zu einem Wechsel von einer eher *konfrontativen* zu einer eher *tangentialen* Gesprächsführung, mit der die (Beschwerden der) Patienten zwar weiterhin ernst genommen, aber die per-

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

sönlichen Zumutungen „dosiert“ angeboten werden (§ 3.3, 17, 32). Dabei kommt erneut (A)Symmetrie ins Spiel zwischen einer alltäglichen und professionellen Reflexionskompetenz. Beide Gesprächspartner werden zunächst bemerken, dass das Gespräch „stockt“ oder dass gar etwas „schief“ oder „verquer läuft“, aber der Arzt wird diese Wahrnehmung mit seiner professionellen Reflexionskompetenz übersteigen müssen, um das Gespräch im Sinne einer angemessenen Gesprächsführung „in Bahnen lenken“ zu können, in denen eine weitere Konfliktzuspitzung („Verhärtung der Fronten“) zunächst vermieden oder auch nur gemildert werden kann.

Zur ärztlichen *Reflexionskompetenz*, die mit v. Uexküll und Wesiack (1991) als ärztliche *Meta-Kompetenz* ausgewiesen werden soll (§ 3.3), gehört die „Kunst“, in der kritischen Selbst- und Fremdbeobachtung (ego und alter) (Abb. 3.1) eines laufenden Gesprächs die *passenden* Gesprächsfortsetzungen zu wählen, in denen die Patienten hinreichend herausgefordert werden, ohne die Beziehung selbst zu gefährden. Hierzu bedarf es einer besonderen *Passungskompetenz* (§ 3.3) beim kommunikativen Handeln, über die Ärzte ebenso als Meta-Kompetenz verfügen sollten, um ihre spezifischen Kommunikationskompetenzen situationsspezifisch „kontrollieren“ zu können, so dass je nach Gesprächssituation alternativ etwa zur weiteren, insistierenden Nachfrage eine empathische Rückmeldung als passende Gesprächsfortsetzung gewählt wird. Hier „in jedem Fall“ die passende Auswahl aus dem vielfältigen Repertoire der verbalen und nonverbalen Interventionen zu treffen (§ 3.3, 17), setzt allerdings langjährige Lernprozesse in der Ausbildung und Berufspraxis voraus, die eben nicht durch noch so gutes *Lehrbuchwissen* ersetzt werden können.

Bei diesen Lernprozessen kann es zu ganz *individuellen Lernkurven* kommen (§ 40), die durch stetige Lernfortschritte, aber auch durch Rückschritte gekennzeichnet sein können, wenn etwa kritische Selbstreflexionen zunächst zu Irritationen führen, die das spontane Gesprächsverhalten auch hemmen können. Insgesamt lassen sich vier Arten der Kompetenzerweiterung unterscheiden, auf die wir später bei der Evaluation (§ 40-43) zurückkommen werden:

- *Lehrbuchwissen* (Konzept- und Regelwissen 1. Ordnung: Studierende nach Vorlesung, Seminar, Textlektüre usw.)
- *Übungswissen* (Wissen 1. Ordnung plus Erprobungswissen beim Probe-Handeln: Studierende im Umgang mit simulierten und realen Patienten)

- *Professionswissen* (Wissen 1. Ordnung plus Routinewissen 1. Ordnung nach realer Handlungspraxis: Praktiker: Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte usw.)
- *Expertenwissen* (Routinewissen 2. Ordnung und/oder wissenschaftliches Spezialwissen 2. Ordnung: Dozenten, Forscher, Supervisor usw.).

Wie vorausgehend schon ausgeführt (§ 1.3), kann sich der Weg eines „Novizen“ über spezifische Fortschritte bei der Kompetenzerweiterung bis hin zur „Meisterschaft“ als recht langwierig erweisen, so etwa bei der Entwicklung spezifisch *empathischer* Kompetenzen (3.3, 17, 20). Hier müssen Ärztinnen und Ärzte das nötige „Fingerspitzengefühl“ dafür aufbringen, was für den Patienten im *Hier* und *Jetzt* eines Gesprächs das aktuell *Zumutbare* ist (Koerfer 2013: 276ff), das gerade noch „passend“ ist, ohne den Patienten zu „überfordern“ oder gar die Beziehung zu ihm zu „gefährden“. Dieses „Fingerspitzengefühl“ kann letztlich nur in der Gesprächspraxis entwickelt werden, wenn die Gesprächserfahrung gemacht wird, wie Patienten auf eine ärztliche Verbalintervention gegebenenfalls (über-)reagieren können.

Trotz dieser Einschränkung kann natürlich die Lektüre eines Lehrbuchs weiterhin hilfreich sein, wenn die Theorie und Didaktik der Gesprächsführung zugleich durch empirische Beispiele ergänzt werden, an denen das Problem der *Passung* insofern erfolgreich geübt werden kann, als die Fortsetzungsalternativen stellvertretend für die handelnde Ärztin laufend *reflektiert* werden können (§ 1, 13). Mit dieser Art von *Simulation* entsteht eine Art „Übungswissen“, das zwischen „Lehrbuchwissen“ und „Professionswissen“ (als „Routinewissen“) angesiedelt ist. Es ist gleichsam ein *Probe-Handeln* im Konjunktiv: „Wie würde ich als Ärztin handeln, wenn ich jetzt anstelle der realen Ärztin in diesem Gespräch hier und jetzt handeln müsste?“ (§ 1.4, 13.5). Im kritischen Vergleich des eigenen Interventionsvorschlags mit der realen Gesprächsfortsetzung wird dann die eigene Reflexionskompetenz erneut herausgefordert.

Unter dem didaktisch-methodischen Vorbehalt, dass „Trockenübungen“ durchaus Vor- und Nachteile haben können, sollen die beiden *Meta-Kompetenzen* der *Reflexion* und *Passung* in diesem Lehrbuch zunächst einführend (§ 3.2) und dann laufend exemplarisch zum Thema

gemacht und nachfolgend mit spezifischen Kommunikationskompetenzen ins Verhältnis gesetzt werden.⁷

3.2 Kompetente Gesprächsführung

Wie noch auszuführen sein wird, erschöpft sich die *Kunst der ärztlichen Gesprächsführung* (§ 17) nicht schon in der rhetorisch optimalen Formulierung etwa einer Informationsfrage, die nicht suggestiv gestellt werden sollte (§ 21.2), sondern verlangt eine spezifische *Passungskompetenz*. Über diese Passungskompetenz müssen Ärzte als selbstreflexive Meta-Kompetenz verfügen, um sowohl dem (fach-)medizinischen „Sach(ver)stand“ als auch dem individuellen Gesprächsverlauf mit diesem individuellen Patienten und seinen persönlichen Leidensgeschichten, Interessen, Anliegen und Präferenzen Rechnung tragen zu können, was schließlich wiederum „in der Sprache des Patienten“ zu geschehen hat - selbst oder gerade auch dann, wenn dieser einer anderen Generation und/oder Kultur angehört usw.

3.2.1 Spezifische Kommunikationskompetenzen

Insgesamt sind die ärztlichen Kommunikationskompetenzen als professionsspezifische Kompetenzen zu vermitteln, mit denen die Ärzte sich ihrer *kommunikativen* Alltagskompetenzen etwa des *Zuhörens*, *Fragens*, *Antwortens* und *Mitteilens* bedienen, die sie zugleich für ihre *Professionszwecke* (der *Anamneseerhebung*, *Diagnosemitteilung*, *Entscheidungsfindung* usw.) *spezialisieren*. In einem ersten Überblick lässt sich die *kommunikative Kompetenz* in die Pluralität vieler Teil-Kompetenzen gliedern (Box 3.6), über die Ärzte bei ihrer professionellen Gesprächsführung insgesamt verfügen sollten.

⁷ Da die *Passungskompetenz* selbst Gegenstand der *Reflexionskompetenz* werden kann, wäre die letztere als *Meta-Meta-Kompetenz* zu kennzeichnen. Wenn in bestimmten Kontexten nicht anders verfahren wird, soll diese Unterscheidung der Einfachheit halber vernachlässigt werden, so dass dann unterschiedslos von *Passungs-* und *Reflexionskompetenzen* (als Meta-Kompetenzen) die Rede ist.

Box 3.6 Spezifische Kompetenzen professioneller Gesprächsführung

Bei der ärztlichen Gesprächsführung lassen sich (hier exemplarisch) spezifische (Teil-)Kompetenzen des Arztes unterscheiden, die insgesamt bei seiner *kommunikativen Kompetenz* zusammenwirken:

- Zuhörkompetenz
- Verstehenskompetenz
- Fragekompetenz
- Formulierungskompetenz (z.B. „Verständlichkeit“)
- Empathische Kompetenz
- Interkulturelle Kompetenz

Diese spezifischen *Kompetenzen* bei der ärztlichen Gesprächsführung sind bei der Anwendung (*Performanz*) weiter zu differenzieren und zu kombinieren, wobei sie in ein passendes Voraussetzungs-Folge-Verhältnis zu setzen sind: Zur *rechten Zeit* die *richtigen Fragen* zu stellen, setzt ein *kompetentes Zuhören* voraus, das allerdings kein Selbstzweck ist, zumal wenn es mit der Verstehenskompetenz konfligiert: Sollte das elementare *Verstehen* einzelner Patientenäußerungen (z.B. Beschwerdeschilderung) oder gar thematisch der „rote Faden“ des Gesprächs insgesamt verloren zu gehen drohen, ist es sinnvoll, die weitere Zuhörbereitschaft zu „kündigen“ und den Erzählfluss des Patienten „beizeiten“ zu unterbrechen, bevor sich etwa Missverständnisse irreparabel häufen. Unterbrechungen sind also nicht per se verpönt, sondern ihre kommunikative *Fehlplatzierung* an einer Stelle des Gesprächs, an der der Arzt es „besser laufen lassen“ sollte.

Um ein Gespräch mit der Zuhörkompetenz überhaupt „am Laufen zu halten“, sind „zwischen durch“ auch dann zumindest minimale Hörerrückmeldungen (wie *hm, ja, aha* usw.) erforderlich, wenn der Patient sich schon im Redefluss befinden sollte. Andernfalls würde der Patient (wie fast jeder Sprecher) verstummen, wenn die Hörerreaktion ausbliebe. Der Verzicht auf Hörerrückmeldungen, aber auch Fragen und Nachfragen kann auch in der ärztlichen Sprechstunde oder Visite als Desinteresse ausgelegt werden und ebenso zu *Gesprächsstörungen* führen wie die übermäßige Unterbrechung durch ärztliche Fragebatterien, die aufgrund einer unpassend genutzten *Fragekompetenz* zu einer Art „Verhörgespräch“ (§ 19) führen können.

Ein solches Verhörgespräch wäre von einem Dialog im Sinne eines „echten Gesprächs“ (Buber 1954/1986) weit entfernt (§ 7). In einem sol-

chen Fall hätte die *Fragekompetenz* die *Zuhörkompetenz* in unpassender Weise „dominiert“ – eine negative Bilanz, auf die wir später mit Balints (1964/1988) Kritik an der „üblichen Anamnese“ (§ 9.5) zurückkommen werden.

3.2.2 Gesprächsmaximen und Maximenkonflikte

Die skizzierten Gradwanderungen zwischen *Zuhören* und *Fragen* gerade zu Gesprächsbeginn, aber auch zwischen *Fragen* und *Aufklären* usw. in einer späteren Gesprächsphase, in der bereits eine medizinische Entscheidungsfindung anstehen mag (§ 10), machen deutlich, in welchem Ausmaß Ärzte bei der Gesprächsführung bestimmten Maximenkonflikten ausgesetzt sind, ihre Gespräche in Kooperation mit dem Patienten in die eine oder andere Richtung fortzusetzen (Koerfer et al. 1994, 2008, 2010). An einem ersten Bündel von Gesprächsmaximen (Box. 3.7) wird deutlich, wie diese in der Gesprächspraxis miteinander in Konkurrenz treten können.

Box 3.7 Gesprächsmaximen und Maximenkonflikte

Bei der ärztlichen Gesprächsführung lassen sich (hier exemplarisch) folgende Gesprächsmaximen unterscheiden, die sich (negativ) als *Verbote* („Vermeide X“) und (positiv) als *Gebote* („Tue Y“) formulieren lassen, wobei einige dieser Maximen in der konkreten Gesprächspraxis konfliktieren können:

- Beginne mit offenen Fragen!
- Höre aufmerksam zu!
- Lass den Patienten erzählen!
- Vermeide Unterbrechungen!
- Sichere das Verstehen und Verständnis!
- Gib empathische Rückmeldungen!
- Schließe Informationslücken durch Detailfragen!
- Vermeide Suggestivfragen!
- Vermeide Mehrfachfragen!
- Sprich die Sprache des Patienten!

Einige Gesprächsmaximen können sozusagen vorbehaltlos befolgt werden. So sollte man Mehrfachfragen grundsätzlich vermeiden, weil Patienten bei „Fragebatterien am Stück“ kognitiv überfordert wären, schon

weil sie oft nicht wüssten, welche Fragen sie zuerst oder dann in welcher weiteren Reihenfolge beantworten sollten. Ebenso bestehen selten Anlässe, *nicht* die Sprache des Patienten zu sprechen. Im Problemfall, in dem der Gebrauch fachsprachlicher Termini sinnvoll erscheint („Insulin“, „Stent“, „Defibrillator“ usw.) (§ 27), ist die spezifische *Formulierungskompetenz* des Arztes gefragt, die nötigen Übersetzungen und Erläuterungen zu leisten.

Bei anderen Maximen können die bereits angesprochenen Konflikte in der Gesprächspraxis jedoch schon bald auftreten, wenn etwa der erzählende Patient schnell den Faden verliert, sich unklar ausdrückt, sich widerspricht usw. und der Arzt selbst im Falle einer idealen Verstehenskompetenz kaum noch *inhaltlich-thematisch* folgen kann, so dass bei dieser „Gesprächsdiagnose“ eine (nach)fragende *Unterbrechung* zur Verständnissicherung „indiziert“ wäre. Auch sind klärende Zwischenfragen sinnvoll, wenn der Patient – aus welchen Gründen (der Vergesslichkeit, Verharmlosung, Verleugnung) auch immer – systematische Informationslücken lässt, die der Arzt zum Verständnis von Lebens- und Krankheitsverläufen dringend schließen muss usw.

So kann insgesamt das *Erzählrecht* des Patienten mit der ärztlichen *Fragepflicht* zur Informationsgewinnung konfliktieren, was jedoch immer eine Einzelfallprüfung verlangt, die einer spezifischen *Güterabwägung* in diesem spezifischen Gespräch mit diesem individuellen Patienten mit seinen persönlichen Eigenarten bedarf. Ergebnis einer solchen am Einzelfall orientierten „Gesprächsdiagnose“ durch den Arzt kann sein, in diesem spezifischen Fall eine Unterbrechung zugunsten einer Verständnissicherung oder Informationsgewinnung „billigend in Kauf zu nehmen“, das heißt einen Maximenkonflikt in eine bestimmte Richtung zu entscheiden, in der es etwa auf „Klarheit und Verständnissicherung“ ankommen soll.

Um in derartigen *wechselrelevanten* Gesprächssituationen, in denen Maximenkonflikte zwischen Gesprächsalternativen zu lösen sind, zu einer tragfähigen Entscheidung über den weiteren Gesprächsverlauf treffen zu können, bedarf es einer besonderen *Passungskompetenz*, die nachfolgend zunächst in ihrer Funktion beschrieben und dann als ärztliche *Meta-Kompetenz* zur kritisch-reflexiven *Selbstbeobachtung* ausgewiesen werden soll.

3.2.3 Maximenkonflikte und Passungskompetenz

Für die Lösung von wiederkehrenden Maximenkonflikten ist eine spezifische *Passungskompetenz* zu entwickeln, mit der sich Ärzte auf die oft spontan wechselnden Herausforderungen im Gespräch flexibel einstellen haben (§ 3.3, 17). Gerade in solchen *Schwebesituationen*, in denen eine echte Alternative etwa von *Zuhören* versus *Unterbrechen* besteht, um etwa eine Verständnisfrage zu stellen, müssen Ärzte mit ihrer *Passungskompetenz* die aktuellen *Maximenkonflikte* nach der ranghörigen *Relevanzmaxime* kontextsensitiv entscheiden, wie dies unter bestimmten Hier-und-Jetzt-Alternativfragen (Box 3.8) vom Arzt während eines Gesprächs fortlaufend und ad hoc zu leisten ist.

Box 3.8 Relevanzmaxime: Was hat „hier und jetzt“ Priorität?

Bei der ärztlichen Gesprächsführung müssen Ärztinnen und Ärzte über eine *Passungskompetenz* verfügen, mit der sie nach der ranghöheren *Relevanzmaxime* fortlaufend über *Maximenkonflikte* bei alternativen Gesprächsfortsetzungen entscheiden, etwa unter der Fragestellung, was „hier und jetzt“ *Priorität* hat, d. h. mit dem nächsten Gesprächsschritt zu tun oder zu unterlassen bzw. zurückzustellen und für später aufzuheben ist:

- Ist das weitere Anhören der Beschwerdeschilderung des Patienten hier und jetzt *relevanter* als das Erfragen von Details?
- Ist die Aufrechterhaltung des Erzählflusses des Patienten hier und jetzt *relevanter* als die Klärung eines möglichen Missverständnisses?
- Ist die weitere Ausführung der subjektiven Krankheitsvorstellungen des Patienten hier und jetzt *relevanter* als die nötige Korrektur des Falschen?
- Ist die weitere Aufklärung des Patienten hier und jetzt *relevanter* als die noch ausstehende Rezeptaussstellung?

An solchen *wechselrelevanten* Gesprächsstellen, in denen eine Entscheidung für die Gesprächsfortsetzung in die eine oder andere Gesprächsrichtung zu treffen ist, muss eine kommunikative *Kosten-Nutzen-Rechnung* erfolgen, die Ärzte ja auch sonst beim ärztlichen Handeln durchzuführen gewohnt sind, wenn sie eine *Relevanzabschätzung* vornehmen müssen, um etwa für sich und ihre Patienten eine Wahl zwischen bestimmten Behandlungsoptionen begründen zu können. Hier

ergibt sich unter dem Aspekt der Relevanzabschätzung bei der Entscheidungsfindung eine Reihe von Analogien zwischen der Gesprächsführung und dem „sonstigen“ ärztlichen Handeln.

Auch beim medizinischen Handeln im engeren Sinn gibt es häufig *ambivalente* Entscheidungssituationen, weil sich etwa *konservative* oder *operative* Behandlungsmaßnahmen die „Waage halten“, das heißt im gegebenen Fall als (fast) gleich „passend“ befunden werden, worauf wir unter dem Aspekt der Gleichwertigkeit („Equipose“) (§ 10) bei der medizinischen Entscheidungsfindung zurückkommen. So wie die Entscheidung zwischen medizinischen Behandlungsmaßnahmen die Berücksichtigung ihres jeweiligen Nutzens und Risikos für diesen Patienten verlangt, so müssen Ärzte bei ihrer Gesprächsführung unter einer Relevanzmaxime eine *Güterabwägung* vornehmen, um mögliche Konflikte etwa zwischen dem *Erzählrecht* des Patienten und der ärztlichen *Fragepflicht* zur Verständnissicherung und Informationsgewinnung entscheiden zu können.

Ebenso wie sonst in der Medizin verlangt die Entscheidung auch bei der Gesprächsführung eine individuelle *Einzelfallprüfung*, die den spezifischen Entwicklungsbedingungen in diesem konkreten Gespräch mit diesem individuellen Patienten bei diesem konkreten Themenstand usw. mit möglichst hoher *Passgenauigkeit* Rechnung tragen muss. So wird ein Arzt etwa die konkrete Gesprächsperspektive zu antizipieren haben, ob seine „hier und jetzt“ mögliche, aber stark insistierende Nachfrage zu diesem „heiklen Thema“ vom Patienten „gerade noch“ toleriert und beantwortet wird oder ob dies schon „Zu-viel-des-Guten“ für diesen Patienten ist, der ohnehin schon im Laufe des Gesprächs mehrmals eine Abwehrhaltung eingenommen hat.

Wie mit dem Begriff der *Passgenauigkeit* schon nahegelegt ist, werden in der Gesprächspraxis neben dem Idealfall sicher mehr oder weniger gelungene Passungen zu differenzieren sein, worauf wir sogleich (§ 3.3) und später immer wieder zurückkommen werden. Die spezifischen *Passungsprobleme* bei der ärztlichen Gesprächsführung werden bei der Anwendung unseres Gesprächsmanuals eine zentrale Rolle spielen und mit vielfältigen Praxisbeispielen noch veranschaulicht werden. Gerade weil eine Standardlösung (z.B. „Ausreden lassen!“) in der konkreten Gesprächspraxis nicht immer „unbedingt“ passt, ist die ärztliche *Passungskompetenz* besonders herausgefordert. Diese Passungskompetenz wird spezifisch als *Meta-Kompetenz* auszuweisen sein, mit der der Arzt nicht nur die kommunikativen Teil-Kompetenzen untereinander, son-

dern diese mit weiteren, spezifisch *klinischen* Kompetenzen (im engeren Sinn) zu vermitteln hat.

3.3 Passungsmodell ärztlicher Schlüsselkompetenzen

Bei der Gesprächsführung müssen Ärzte mit ihrer Passungskompetenz nicht nur „lokale“ Maximenkonflikte entscheiden, die sich von Gesprächsschritt zu Gesprächsschritt spontan einstellen können, wenn sie etwa zwischen *Zuhören* und *Fragen* oder *Informationsgewinnung* und *Informationsvermittlung* wählen müssen. Darüber hinaus müssen Ärzte auf wechselnde Gesprächsbedingungen mit wechselnden Patienten als individuellen Gesprächspartnern *flexibel* reagieren können, denen sie zugleich als professionelle Helfer aus einer medizinischen Versorgungsperspektive gerecht werden müssen. Dies bringt weitere Passungsprobleme mit sich, die hier zunächst in einem Grundmodell der ärztlichen Passungskompetenz zusammengefasst dargestellt wird (Abb. 3.6), das nachfolgend in seinen wesentlichen Komponenten ausgeführt werden soll.

3.3.1 Grundmodell ärztlicher Passungskompetenz

In Kooperation mit dem Gesprächspartner müssen Ärzte zu professionellen Zwecken (der Anamnese, Diagnose und Therapie) (§ 8) zielführende Gespräche in eine gemeinsame Gesprächsrichtung entwickeln helfen, die nicht nur zu diesem individuellen Patienten mit seinem „persönlichen Profil“ (Erkrankung, Geschlecht, kultureller und sozialer Herkunft, Alter, Sprache usw.) passen, sondern zugleich den „Regeln der ärztlichen Profession“ entsprechen soll, wie sie in Leitlinien auf der Grundlage einer evidenz-basierten Medizin (§ 5, 10) formuliert sind.

Insgesamt muss die ärztliche *Passungskompetenz* zwischen vielfältigen sozialen, individuellen, situativen und institutionellen Rahmenbedingungen vermitteln. Eine erste Darstellung des *Grundmodells* ärztlicher *Passungskompetenz* (Abb. 3.6) soll nachfolgend erläutert und dann im Lehrbuch nach und nach modifiziert und differenziert sowie mit empirischen Beispielen illustriert werden. Was hier noch als Platzhalter für das „professionelle Repertoire verbaler und nonverbaler Interventionen“ dient, soll dann (§ 17-23) durch unser Manual zur ärztlichen Ge-

sprachsführung und entsprechende Ankerbeispiele im Detail auch empirisch gefüllt werden.

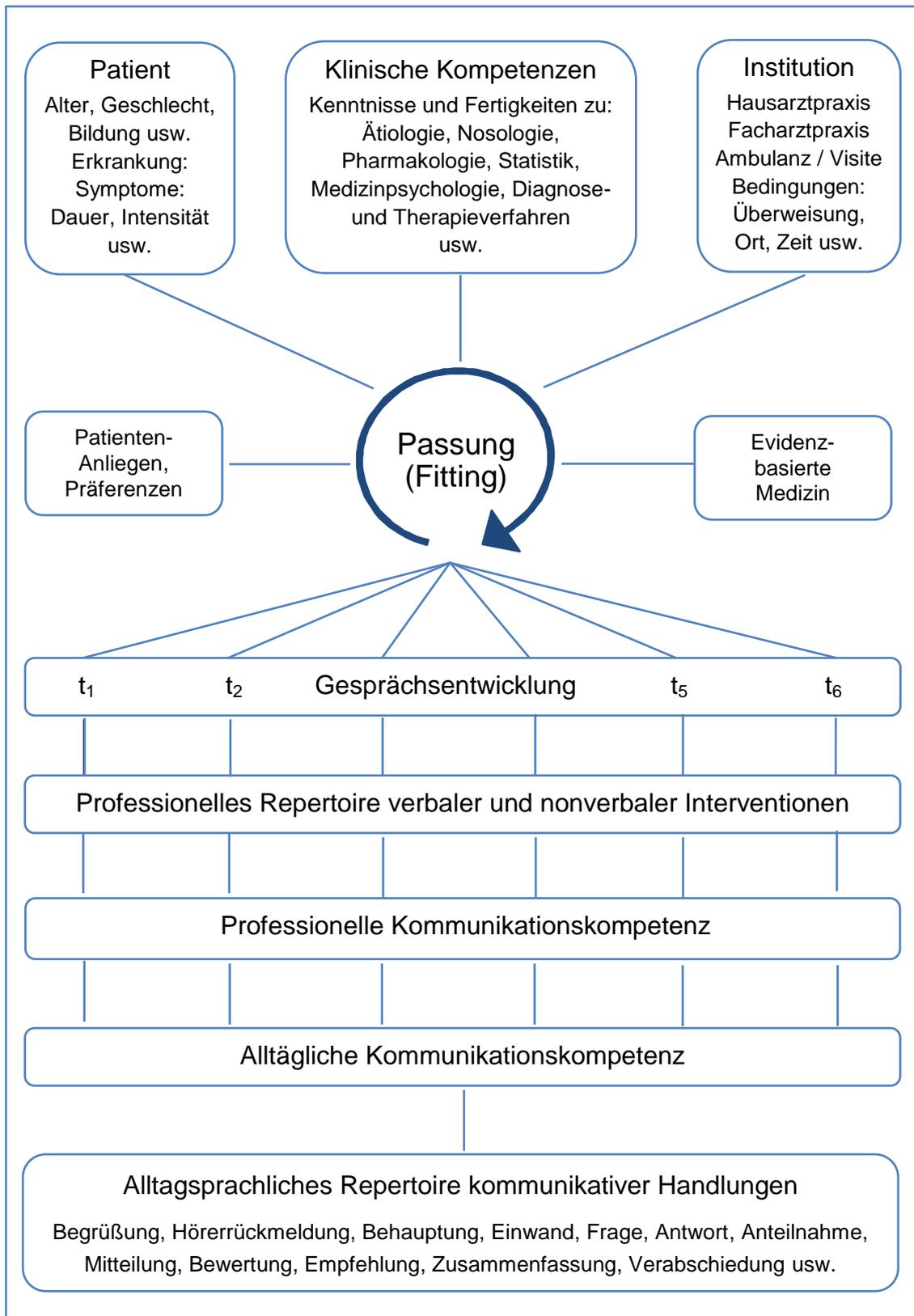


Abb. 3.6: Passungsmodell ärztlicher Schlüsselkompetenzen

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

In den nachfolgenden Ausführungen zum Passungsmodell werden wir auf weiterführende Kapitel zu spezifischen Themen verweisen, in denen spezifische Passungsprobleme behandelt werden. Im Zentrum des Modells (Abb. 3.6) steht die ärztliche *Passungskompetenz*, die in einem konkreten, d. h. *individuellen* Patientenfall nach allen Seiten zwischen den verschiedenen ärztlichen Kompetenzen vermitteln und sie in ein passendes Verhältnis setzen muss. Metaphorisch ausgedrückt: Ärzte müssen mit ihrer Passungskompetenz die Gesamtheit ihrer *kognitiven*, *instrumentellen* und *kommunikativen* Kompetenzen *fallspezifisch* „unter einen gemeinsamen Hut bringen“ können. Dies kann nur aus einer übergeordneten *Meta-Perspektive* geschehen, in der das Zusammenspiel aller ärztlichen Kompetenzen reflektiert und beim praktischen Handeln in Kooperation mit diesem individuellen Patienten passend koordiniert wird.

3.3.2 Selbstreflexive Meta-Kompetenz eines Meta-Arztes

In ihrer Vermittlungsfunktion soll die ärztliche *Passungskompetenz* hier als spezifische *Meta-Kompetenz* eines *Meta-Arztes* aufgefasst werden. Dabei benutzen wir den Begriff des *Meta-Arztes* im Sinne von v. Uexküll und Wesiack (1991), die in ihrer Schlussbetrachtung zur „Theorie der Humanmedizin“ ihre Konzeption des *Meta-Arztes* vorstellen (Box 3.9), nach der das ärztliche Handeln laufend unter eine kritisch-reflexive Selbstbeobachtung gestellt werden sollte.

Box 3.9 Kritisch-reflexive Selbstbeobachtung des Meta-Arztes

Zum Abschluß unserer Bemühungen um eine Theorie der Humanmedizin wollen wir die imaginäre Reise beschreiben, die ein (...) Arzt im Laufe der Interaktion mit einem Patienten zurücklegt. Der Reisebericht soll die Reflexionen festhalten, mit denen der Arzt – gewissermaßen als sein eigener Beobachter – wir wollen ihn seinen *Meta-Arzt* nennen – seine Empfindungen, Feststellungen, Überlegungen, Entscheidungen und Handlungen begleitet und kommentiert. Der Bericht beginnt mit der Begrüßung des Patienten und endet in dem Augenblick, in dem sich beide voneinander verabschieden. Er handelt von dem Versuch, eine beidseitigen, dem Arzt und Patienten, zugängliche Wirklichkeit aufzubauen (...).

von Uexküll, Wesiack 1991: 649f

Wir werden die Idee und Konzeption des *Meta-Arzt*, der seine eigene ärztliche Handlungspraxis „als sein eigener Beobachter“ kritisch reflektiert, vor allem bei der Begründung unserer didaktischen Ansätze wiederaufnehmen (§ 6.4, 13-14, 17), in der die selbstreflexive Beobachtung fester Bestandteil der Gesprächsausbildung ist. Auch dort wird es auf die Vermittlung einer *Passungskompetenz* ankommen, die in der kritisch-reflexiven Selbst- und Fremdbeobachtung aus der Perspektive eines *Meta-Arzt* zu entwickeln ist, der dem „originalen“ Geschehen zwischen Arzt und Patient *beim* Handeln (sic) gleichsam „über die Schulter zuschauen“ kann (Abb. 3.7). Die Beobachtung kann direkt oder auch „versetzt“ über den „medialen Umweg“ von Gesprächsaufzeichnungen (Videos) erfolgen, in denen die „Gesprächsklippen“ oft überdeutlich zu Tage treten. Dabei wird später (§ 17) zwischen Beobachtungen verschiedener Ordnung zu unterscheiden sein, in denen die kommunikative Kompetenz aus der Beobachtungsperspektive „im Nachhinein“ auch von mehreren Beobachtern aus einer gemeinsamen Lerngruppe auch unter Anleitung eines Experten (Dozenten, Supervisors) erfolgen kann.

Was hier in der Ausbildungs- und Fortbildungsperspektive als kritische *Selbstbeobachtungskompetenz* von (angehenden) Ärzten zu fördern ist (§ 6.4, 13-17), sollte in die spätere Gesprächspraxis der „eigenen“ Sprechstunde und Visite als *Transfer* dauerhaft übernommen und weiterentwickelt werden. So sollte der gesprächsführende Arzt bereits während des laufenden Gesprächs sein allererster „Kritiker“ sein, der sein kommunikatives Handeln in der begleitenden Selbstbeobachtung eines *Meta-Arzt* einer laufenden Selbstkontrolle und gegebenenfalls Korrektur unterzieht.

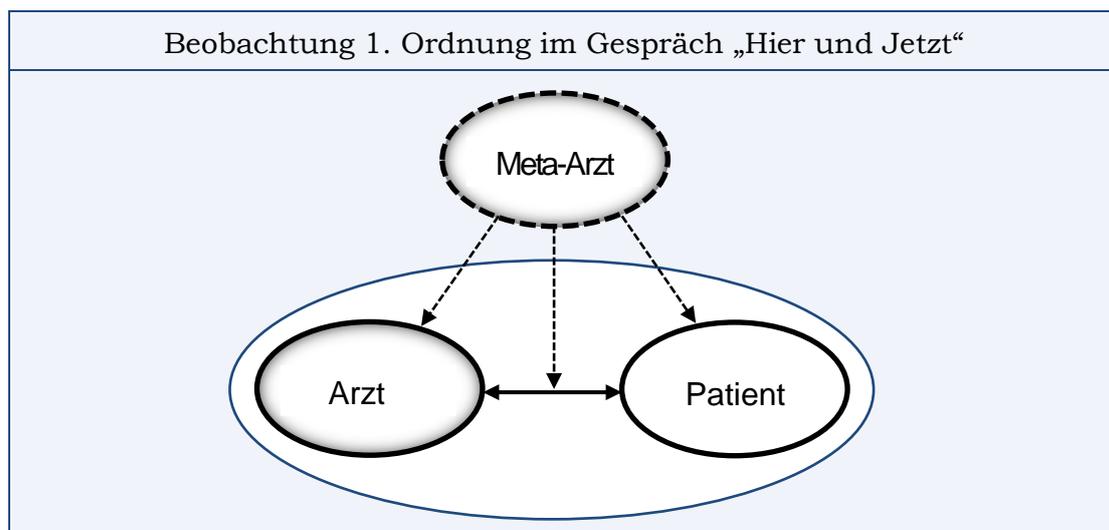


Abb. 3.7: Selbstbeobachtung 1. Ordnung während des Gesprächs

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

Dabei sind die Unterschiede zwischen direkten und indirekten Beobachtungen zu berücksichtigen: Was zunächst für den externen (Selbst-) oder Fremd-Beobachter (2. Ordnung) etwa bei einer Video-Betrachtung im Nachhinein sofort „augenfällig“ sein mag, weil es eben „ins Auge springt“, entzieht sich möglicherweise der „eigenen“ unmittelbaren Beobachtung (1. Ordnung) beim Handeln selbst. Dennoch kann durch angeleitete und spontane Selbstbeobachtung ein *Einstellungswandel* eingeleitet werden, mit dem der Blick auf sich selbst und das eigene Handeln zunächst geschärft („Ich hab schon wieder unterbrochen“) und schließlich eine Änderung erreicht werden kann („Ich höre erst mal weiter zu, bis der Patient eine deutliche Pause macht“). Ansonsten wären die Lernerfolge in der Gesprächsführung nicht möglich, wie sie in der Evaluationsforschung nachgewiesen sind (§ 40-43). Da sich Ärzte in der alltäglichen Gesprächspraxis den laufenden Entscheidungszwängen gegenüber aktuellen Maximenkonflikten ohnehin nicht entziehen können, sollten sie für die Bedeutung und Tragweite ihres Routinehandelns sensibilisiert werden, das einer laufenden Selbstreflexion zu unterziehen ist, bei der die aktuelle Beziehung zwischen den beiden Gesprächspartnern selbst auf dem Prüfstand steht.

3.3.3 Emotionen und empathische Kompetenz

Wie dies mit der Konzeption des *Meta-Arzt*es schon angesprochen wurde und noch weiter auszuführen sein wird, gehört zur laufenden *Gesprächsführung* immer auch die mitlaufende *Gesprächsdiagnose*, mit der die *Gesprächs-* und zugleich *Beziehungsentwicklung* einer kritischen Bilanz unterzogen wird, um die passende Gesprächsfortsetzung begründet wählen zu können. Gegebenenfalls verlangt die aktuelle Gesprächsdiagnose eine Um- und Neuorientierung bei der weiteren Gesprächsgestaltung, die immer auch eine Beziehungsgestaltung ist.

Dieser Zusammenhang von Gesprächsführung und Beziehungsentwicklung, der uns im Lehrbuch durchgängig beschäftigen wird, tritt besonders deutlich beim kommunikativen Umgang mit *Emotionen* und gegebenenfalls bei einem spezifischen *Abwehrverhalten* von Patienten zutage, wodurch die Beziehung zwischen Arzt und Patient einer besonderen Belastungsprobe ausgesetzt werden kann.

So ist gerade bei der Diagnoseeröffnung im Falle schwerer Erkrankungen mit heftigen emotionalen Reaktionen zu rechnen, die von einem

„Diagnose-Schock“ mit Erstarrung und Verstummung bis hin zu manifesten Angst- oder Wutausbrüchen reichen können (§ 16, 38, 43). Hier ist die *empathische* Kompetenz des Arztes in besonderer Weise gefordert (§ 20), um den Patienten zunächst zu stabilisieren, bevor seine Belastungen bei seinen Bewältigungsversuchen hinreichend gewürdigt und anerkannt sowie schließlich seine Ressourcen zur Krankheitsbewältigung (*coping*), etwa nach Herzinfarkt (Albus 2014, Albus, Köhle 2017) (§ 29), gestärkt werden können.

Dabei lassen sich nach dem Grad ihrer *Offenheit* gegenüber (der Verbalisierung von) Emotionen grob zwei Gruppen von Patienten unterscheiden. Zunächst mag der „einfühlende“ Umgang mit Patienten, die ihre Emotionen (Ängste, Wut, Trauer, Scham, Enttäuschung, Hoffnung, Befürchtung usw.) mehr oder weniger *offen verbalisieren* können, einfacher erscheinen, weil der Arzt mit seiner *empathischen Kompetenz* lediglich *passend reagieren* muss. So muss er die bereits „in Rede stehenden“ Emotionen zunächst lediglich aufnehmen, die dann allerdings in der weiteren „Gefühlsarbeit“ in Kooperation mit dem Patienten konstruktiv zu „bearbeiten“ sind. Dabei können sich größere Schwierigkeiten und auch Rückschläge einstellen, wenn etwa eine anfänglich bloß depressive *Verstimmung* sich im Falle eines schweren oder gar lebensbedrohlichen Krankheitsverlaufs zu einer manifest starken *Depression* entwickelt (§ 30), deren notwendige Behandlung die Möglichkeiten etwa im Rahmen einer psychosomatischen Grundversorgung (§ 15, 24) übersteigen kann.

Gegenüber den eher „gefühlsoffenen“ Patienten erweisen sich die eher „verschlossenen“ Patienten oft deswegen als schwieriger, weil ihre Emotionen entweder gar nicht oder nur sehr indirekt und verdeckt „zum Ausdruck kommen“ können. Gegenüber Patienten, von denen man gerade nicht sagen kann, „dass sie ihr Herz auf der Zunge tragen“, sind mit einer empathischen Verstehenskompetenz zunächst mal alle „Anzeichen“ auf verschiedenen nonverbalen und paraverbalen (redebegleitenden) Kommunikationskanälen wahrzunehmen (§ 11), die auf mögliche Emotionen *verweisen* können: Nervöses Händeringen, Ausweichender Blick, Erröten, laute oder leise, hektische oder verlangsamte Sprechweise, Stottern usw. Solche „Anzeichen“ sind aber noch keine „Zeichen“ im Sinne expliziter, verbaler Kommunikation.

Hier wird der Arzt die „zugrundeliegenden“ Emotionen der Patienten oft erst mühsam explorieren müssen, denen er vorerst „nicht zu nahe treten“ darf, wenn sie sich nicht vollends „verschließen“ sollen. Solchen sehr „empfindlichen“ und leicht „kränkbaaren“ Patienten muss der Arzt

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

mit besonderen empathischen Verstehensleistungen und Rückmeldungen beim aktiven Zuhören zunächst entgegenkommen („ach!“ „aha!“, „tatsächlich?“, „schrecklich!“), bevor er die möglicherweise zugrundeliegenden Emotionen in enger Kooperation mit dem Patienten allmählich zu „versprachlichen“ versucht (§ 20). Dabei sollten die mutmaßlichen Emotionen zunächst wiederum aus einer vom Arzt auch so betonten *subjektiven* Wahrnehmungsperspektive „angesprochen“ werden („mein Eindruck ist ...“), bevor sie der Tendenz nach „umschrieben“ werden können („Sie befürchten, dass ...“ oder „Sie machen sich Sorgen wegen ...“ statt: „Sie haben Angst vor ...“) und schließlich ihre „Benennung“ und „Klärung“ möglich wird.

Insbesondere bei einem ausgeprägten *Abwehrverhalten* (Verleugnung, Rationalisierung usw.) von Patienten ist ein besonderes Einfühlungsvermögen („Fingerspitzengefühl“) gefragt, bei denen allzu „intrusive“ Interventionen kontraproduktiv sein können (Abb. 3.8) Je nach Art der Erkrankung sowie Krankheitsschwere- und verlauf ergeben sich aber unterschiedliche Möglichkeiten und Pflichten der Gesprächsführung, worüber letztlich die *klinische* Kompetenz des Arztes zu befinden hat.

Hier kann ein mögliches Abwehrverhalten des Patienten aus klinischer Sicht nicht nur toleriert, sondern sogar gefördert werden, solange es nicht *maladaptiv* wird (§ 29) (Albus, Köhle 2017, Albus et al. 2018). Ein Abwehrverhalten ist dann maladaptiv, wenn etwa mit der *Verharmlosung* oder gar *Verleugnung* der Schwere der Erkrankung die notwendigen Behandlungsmaßnahmen vom Patienten verweigert werden oder bei einer indizierten Medikation seine Adhärenz zu wünschen übrig lässt.

Unabhängig von dieser Frage der Adaptivität versus Maladaptivität des Abwehrverhaltens muss der Patient bei seiner *Krankheitsverarbeitung* entsprechend gefördert und gefordert werden, was bei „schwierigen Patienten“ (§ 34) unter Umständen wiederholter Gesprächsanläufe bedarf. Hier besteht die *Kunst* der ärztlichen Gesprächsführung (§ 17) gerade in den wiederholten *Mühen* fortlaufender Gespräche, die sich bei aller anfänglichen „Vergeblichkeit“ schließlich doch in der erfolgreichen „Wiederholungsarbeit“ mit dem Patienten „auszahlen“ können.

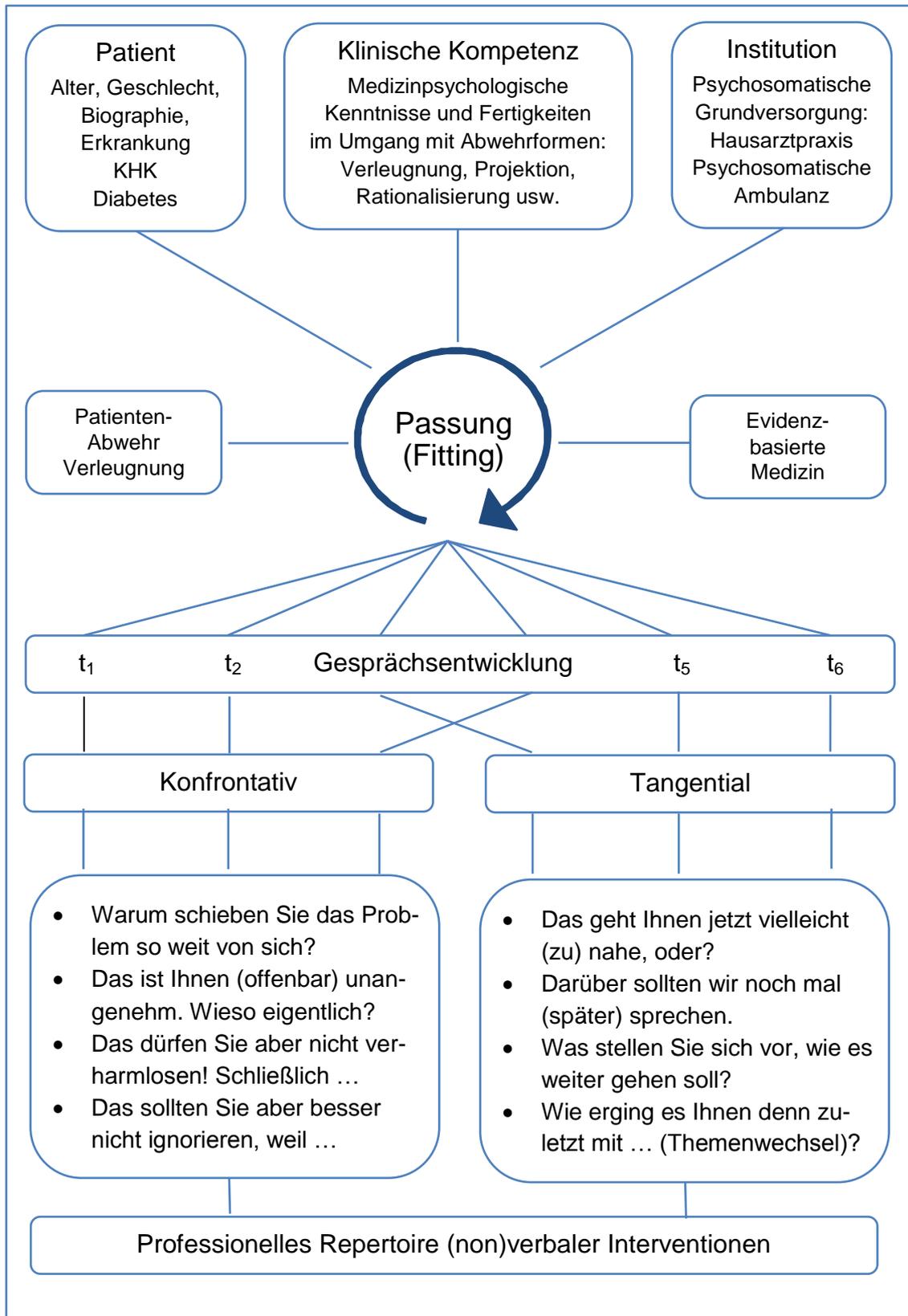


Abb. 3.8: Konfrontative vs. tangentiale Gesprächsführung bei Abwehrverhalten

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

Im hier exemplarisch (Abb. 3.8) unterstellten Fall beginnt (t_1 - t_2) der Arzt mit *konfrontativen* Interventionen, bevor er zu einer *tangentialen* Gesprächsführung wechselt (t_3), um dann (t_4) zu einer *konfrontativen* Gesprächsführung zurückzukehren. Im weiteren Verlauf (t_5) wechselt er erneut zu einer tangentialen Gesprächsführung, die er vorläufig beibehält. Was sich hier als Wechsel in einem einzigen Gespräch darstellt, lässt sich auf eine Reihe von Gesprächen mit einer Gesprächs- und Beziehungsentwicklung übertragen, die durch stetigen Wechsel und probeweiseweises Handeln des Arztes gekennzeichnet ist, bis ihm etwa mit einer *Schlüssel-Intervention*, die durchaus *konfrontativ* sein kann, schließlich ein Durchbruch gelingt, mit dem das Gespräch und die Beziehung eine ganz andere, neue Qualität annimmt.⁸

Das Spektrum verbaler Interventionen bei der konfrontativen versus tangentialen Gesprächsführung reicht exemplarisch (Abb. 3.8) von der *insistierenden Nachfrage*, mit der die Klärung der Patienteneinstellung zu einem „heiklen“, emotionalen Thema (mehr oder weniger „intrusiv“) erreicht werden soll, bis hin zum *radikalen Themenwechsel*, um dem Gespräch die aktuelle „Schärfe“ nehmen zu können, wenn sie aus der Perspektive des *subjektiven* Gesprächserlebens des Patienten „unerträglich“ zu werden droht.

Der Themenwechsel erweist sich häufig deswegen als „elegante“, weil besonders „ökonomische“ Lösung eines drohenden Konflikts, weil er diesen nicht eigens zum Thema machen muss und der Themenwechsel selbst zumeist „widerstandslos“ akzeptiert wird. Sein Potential zur Konflikt-Lösung oder zumindest Konflikt-Minimierung kann allerdings nicht nur der aktuellen „Gesprächsbefriedung“ im Sinne einer „Schonung“ des Patienten dienen (*Altruismus*), sondern auch zur „Selbstschonung“ vom Arzt selbst genutzt werden (*Egoismus*). In dieser Funktion kann der Arzt mit einem eleganten Themenwechsel einer möglichen Eskalation von Konflikten „aus dem Weg gehen“, indem er etwa „störende“ Fragen des Patienten, die einen emotionales Konfliktthema begünstigen könn-

⁸ Die Relevanz und Reichweite kommunikativer Schlüssel-Interventionen für die Gesprächs- und Beziehungsgestaltung ist insbesondere in der Psychotherapiegesprächsforschung (§ 2) untersucht worden (z.B. Stern et al. 2001, 2012, Ribeiro et al. 2011, 2014, Gonçalves et al. 2011, 2014). Hier wurde die Aufmerksamkeit auf besondere, innovative Gesprächsmomente des Wandels („now moments“, „innovative moments“, „narrative change“, „meaning transformation“ usw.) gelenkt, mit dem sich eine neue Gesprächs- und Beziehungsqualität einstellt, worauf wir noch gesondert (§ 17) zurückkommen werden.

ten, seinerseits mit dem Themenwechsel „übergeht“. Beide Funktionen des Themenwechsels werden in empirischen Gesprächsanalysen, etwa am Beispiel der Visitenkommunikation (§ 25), noch im Detail herauszuarbeiten sein.

In einer Zwischenbilanz kann festgehalten werden, dass der Themenwechsel eine erste Studienquelle für die selbstreflexive Gesprächs- und Beziehungsdiagnose aus der internen wie externen Perspektive eines Meta-Arzt ist (§ 3.2.2). Mit dem Themenwechsel werden ja oft nicht nur kleine, sondern große Weichenstellungen vorgenommen, bei denen sich Gespräche in sehr verschiedene Richtungen entwickeln können. Weil die Motive, Gründe und Folgen von Themenwechseln recht unterschiedlich sein können, lohnt sich ihre Selbst- und Fremd-Beobachtung gerade unter der Evaluationsperspektive, inwieweit sie eher Ausdruck kommunikativer *Kompetenzen* oder *Inkompetenzen* sind, was graduelle, differenzierende oder modifizierende Bewertungen nicht ausschließen sollte. Das machen die unterschiedlichen Stellungnahmen von TeilnehmerInnen in einer Fortbildungsgruppe deutlich (B 3.1), in der eine Videosequenz aus einer Sprechstunde in den Fokus der Aufmerksamkeit geriet:

B 3.1 *Müssen oder Können oder Unterlassen?*

- | | | |
|----|---|---|
| 01 | A | Da hätte ich nachfragen müssen. |
| 02 | B | Vielleicht auch nur können. |
| 03 | C | Bloß nicht, wer weiß, wo Sie gelandet wären, wenn Sie da nachgebohrt hätten, und was Sie beim Patienten damit angerichtet hätten. |
| 04 | D | Umsonst gibt's eben nichts! |

Offenbar ist Kommunikation eine riskante Angelegenheit, die ihren Preis hat, auch oder gerade in der ärztlichen Sprechstunde. Oft gibt es gleich gute oder gleichwertige Handlungsalternativen – ein Problem, das das kommunikative Handeln mit dem „übrigen“ ärztlichen Handeln oft gemeinsam hat. So können auch konservative und operative Maßnahmen „echte“ Alternativen sein, ebenso wie innerhalb eines bestimmten Zeitfensters auch „beobachtendes Abwarten“ (*watchful waiting*) bei der Entscheidungsfindung sinnvoll sein kann (§ 10). Analog sind Nachfragen versus Themenwechsel nicht die einzigen Alternativen, die bei der ärztlichen Gesprächsführung „Kopferbrechen bereiten“ können, aber „Unterlassungen“ in Form von Schweigen sind auch kein „Allheilmittel“,

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

wenn es in „betretenes“ Schweigen umkippt. Ein solches Schweigen kann vom Patienten auch als „bedrohlich“ erlebt werden, so als wollte beiden Partnern, auch dem Experten, nichts mehr einfallen. Die bloße *Zuhörkompetenz* des Arztes geht hier ins Leere, wenn die anhaltende „Gesprächsflaute“ als unproduktiv erlebt wird und nicht länger als Denkpause ausgelegt werden kann usw. Hier ist der Themenwechsel oft eine Chance für einen Neuanfang, um wieder „ins Gespräch zu kommen“ usw.

Wie wir noch im Detail sehen werden, gibt es für die Gesprächsführung gerade beim Umgang mit dem *Abwehrverhalten* von Patienten keine Patentlösungen im Sinne einer schematischen Anwendung eines Manuals (§ 17). Ausschlaggebend ist hier die *Beziehungskompetenz* des Arztes, mit der er über den aktuellen Stand und die Belastbarkeit der Beziehung befinden und entscheiden muss, welche „heiklen“ Themen dem Patienten hier und jetzt *zumutbar* sind – und was eben gegenwärtig noch *unzumutbar* bleibt.

3.3.4 Beziehungskompetenz und Gesprächsgestaltung

Um die Risiken des kommunikativen Umgangs mit dem Abwehrverhalten von Patienten zu erfassen, bedarf es einer allgemeinen *Beziehungskompetenz* des Arztes, mit der er den aktuellen Stand ihrer gemeinsamen Beziehung hinsichtlich ihrer weiteren *Tragfähigkeit* bilanzieren muss. In eine solche Beziehungsbilanz gehen schließlich alle gemeinsamen Aktivitäten ein, die sich von der Begrüßung in der ersten Begegnung über mögliche Folgegespräche bis hin zu aktuellen Gesprächssituation erstrecken. Hier können beide Partner über eine konkrete Erfahrungskompetenz im Umgang miteinander verfügen, die sie zugleich zur Ausbildung von *Erwartungsmustern* nutzen können, wie ihre Beziehung „am besten“ fortzusetzen ist. Beide Gesprächspartner sind sich nicht länger wechselseitig „unbeschriebene Blätter“, sondern sie können sich gegenseitig als Personen begegnen, zu denen sie ein mehr oder weniger ausgeprägtes *Vertrauen* ausgebildet haben (§ 8), das bereits mehr oder weniger belastbar ist.

Aus der Sicht des Arztes kann die *persönliche Bindung* zum Patienten bereits zu professionellen Zwecken einer Beziehungsdiagnose genutzt werden, die sich wesentlich auf *Übertragungs-* und *Gegenübertragungsprozesse* bezieht (Thomä, Kächele 1989, Wöller, Kruse 2018). Bei fortgeschrittenen Interaktionsgeschichten, die bereits von der ersten

Anamneseerhebung über die ersten Aufklärungs- und Entscheidungsgespräche zur Festlegung weiterer Untersuchungs- und Therapieschritte reichen können (§ 8), kann der Arzt bereits auf eine konkrete Erfahrungskompetenz im Umgang mit diesem konkreten Patienten rekurrieren. Diesen Patienten hat er als erkrankte, leidende Person mit diesen persönlichen Eigenschaften und Eigenarten und diesen spezifischen Emotionen (Ängsten, Befürchtungen, Hoffnungen usw.), aktuellen Anliegen, Interessen und Erwartungen mit diesen individuellen Vorlieben und Abneigungen kennengelernt, die sich nicht zuletzt auf ihn als handelnden Arzt beziehen, dem etwa *paternalistische* oder *dienstleistende* oder *partnerschaftliche* Rollen usw. (§ 10) als Beziehungsmuster ange tragen werden.

Gegenüber der Gesamtheit der vom Patienten ange tragenen oder abgelehnten oder auch nur ambivalent erprobten Beziehungsmuster hat der Arzt seinerseits seine eigenen positiven wie negativen emotionalen Reaktionen (Sympathie, Antipathie, Wohlwollen, Hilflosigkeit, Enttäuschung) wahrgenommen, die er in laufenden Gesprächen kontrolliert zur weiteren Gesprächsgestaltung zu nutzen sucht. Dabei hat der Arzt als Meta-Arzt (im obigen Sinn) in den mitlaufenden Gesprächs- und Beziehungsdiagnosen verschiedene Gelegenheiten wahrnehmen können, die Grenzen des „Zumutbaren“ für diesen Patienten nicht nur zu *erkennen*, sondern die Gültigkeit dieser Grenzen mit einer *flexiblen* Gesprächsgestaltung immer wieder neu auszuloten und gegebenenfalls zu erweitern. So kann die Erweiterung der Grenzen gerade durch einen Wechsel von einer eher *tangentialen* zu einer eher *konfrontativen* Gesprächsgestaltung erreicht werden, mit der der Patient zu neuen Einsichten gegenüber „heiklen“ Themen angeregt wird, die für ihn weitere Denk- und Handlungsperspektiven in seiner individuellen Lebenswelt eröffnen helfen.

Obwohl die Unterschiede zwischen der *Alltagskommunikation*, einer ärztlichen *Sprechstunde* und einem *Psychotherapiegespräch* noch genauer herauszuarbeiten sein werden (§ 7), gilt hier wie dort eine allgemeine „Zumutbarkeitsregel“ (Koerfer 1994/2013). Danach haben wir unseren Gesprächspartnern gegenüber bestimmte Grenzen des persönlich *Zumutbaren* zu wahren, die nur unter bestimmten, konsentierten Bedingungen erweitert werden dürfen, für das es in der Regel ein Mandat bedarf. Dieses wird zumeist stillschweigend erteilt, wenn der Patient das ärztliche Sprechzimmer betritt, kann aber von Fall zu Fall auch in Frage gestellt, modifiziert oder erneut ratifiziert werden, wenn sich neue Entwicklungen zum Sach- und Beziehungstand ergeben.

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

Während es im Alltagsgespräch unter Nachbarn oder im Arbeitsgespräch unter Kollegen aus guten Gründen (nicht zuletzt des reziproken Selbstschutzes) verpönt ist, sich zu „tieferen“ psychischen Beweggründen, Motiven und Intentionen unseres Gesprächspartners offen zu äußern oder gar sein Verhalten (im psychoanalytischen Sinn) zu „deuten“, sind diese Restriktionen zwischen Patient und Arzt/Therapeut gerade tendenziell zu überwinden, wenn dies eben auch gerade nicht mit „Brachialgewalt“, sondern mit aller „Vorsicht“ zu geschehen hat.

So macht gerade den Sinn und Zweck einer Psychotherapie aus, die Grenzen des *Zumutbaren* sukzessive, das heißt nicht „ohne Rücksicht auf Verluste“, sondern „mit Rücksichtnahme“ auf den Patienten und Schritt für Schritt in Kooperation mit ihm zu erweitern, um seinen Selbsterkenntnisprozess im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe zu fördern (§ 8). Diese allgemeine Zielsetzung gilt in abgewandelter Form auch für die ärztliche Sprechstunde und Visite, selbst wenn der „helfende“ Gesprächszweck sich erst durch weitere instrumentelle Handlungen (OP, Medikation) voll entfalten kann, die im Gespräch bereits „besprochen“ wurden.

Wenn auch vielleicht auf einem anderen Niveau der *hilfreichen Beziehung* (Luborsky 1988, Street et al. 2009) (§ 8), stellen sich *abwehrbedingte* Konflikte zwischen Arzt und Patient ebenso in der Alltagspraxis der Patientenversorgung. Wenn auch in moderater Form, gilt hier die *Zumutbarkeitsregel* analog zum psychotherapeutischen Gespräch, bei dem der Arzt oder Therapeut einen *Reifegrad* in der Gesprächsentwicklung sowie beim Patienten abwarten bzw. aktiv herstellen muss, um etwa seine (psychoanalytische) *Deutung* passend platzieren zu können (Koerfer, Neumann 1982, Koerfer 1994/2013). Eine noch so zutreffende Deutung wäre, wenn sie zur „unrechten Zeit“ käme, eher kontraproduktiv:

Box 3.10 Timing für Deutung

Um auf die Art und Weise zu lauschen, wie der Patient uns hört, ist ebenfalls Zurückhaltung geboten, gleichschwebende Aufmerksamkeit. Diese ermöglicht ein immer besseres *Timing* für die Deutung. Wir wissen, die beste Deutung nützt nichts, wenn sie zu früh gegeben wird – dann erzeugt sie vor allem Widerstand oder gar Konfusion.

Heenen-Wolf 2014: 95

Aufgrund seiner möglichen Abwehr könnte der Patient eine zu frühe Deutung gegebenenfalls nicht nur nicht „annehmen“, sondern möglicherweise nicht einmal „aufnehmen“, weil sie ihn zum gegenwärtigen Entwicklungsstand noch kognitiv, weil emotiv überfordern würde. Im Konfliktfall, bei dem etwa das Risiko einer zu frühen Deutung besteht, ist der Maxime einer *relativen Relevanz* zu folgen, wie sie Albus et al. für den Umgang mit Patienten bei somatoformen Störungen formuliert haben:

„Beziehungsaufbau geht vor Deuten.“ (Albus et al. 2018: 398)

Obwohl diese Maxime spezifisch für den kommunikativen Umgang mit Patienten bei somatoformen Störungen formuliert wurde, die aufgrund ihrer oft ausgeprägten Kränkbarkeit und Skepsis zu einem frühen Kontaktabbruch neigen (§ 32), kann sie als *Meta-Maxime*, nach der im Zweifel jeweils der Beziehung eine Vorrangstellung einzuräumen ist, für die alltägliche Versorgungspraxis des Arztes verallgemeinert werden. Auch in der täglichen Sprechstunde und Visite bedarf es einer laufenden Beziehungsdiagnose durch den Arzt, um die *Gradwanderung* zwischen *Unterforderung* und *Überforderung* des Patienten meistern und damit den weiteren *Aufbau* ihrer gemeinsamen *Beziehung* sichern zu können (§ 17). Bei der ärztlichen Wahl zwischen eher *konfrontativen* oder eher *tangentialen* Fortsetzungsalternativen, wie sie vorausgehend kontrastiert (Abb. 3.8) und in ihrer Funktion beschrieben wurden, geht es immer auch um die Gestaltung eine „tragfähigen“ Beziehung zum Patienten selbst.

Die *Tragfähigkeit* tritt beim latenten bis manifesten Abwehrverhalten besonders zutage, weil die Beziehung selbst in besondere Gefahr geraten kann, wenn der durch Konfrontationen in Bedrängnis geratene Patient „in seiner Not“ bei der weiteren Mitarbeit bereits in die „innere Kündigung“ geht oder gar aktiv den Beziehungsabbruch sucht. In letzter Konsequenz muss der Arzt hier gesprächsweise einen Maximenkonflikt zwischen *Beziehungsabbruch* und *Themenabbruch* meistern, den er in der Regel durch eine tangentiale Gesprächsführung „kurzfristig“ zu „entschärfen“ sucht, bevor er gegebenenfalls das „heikle“ Thema (§ 20, 21) zu einem späteren, passenderen Zeitpunkt der Gesprächs- und Be-

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

ziehungsentwicklung wieder aufnimmt, die dann für „größere“ *Zumutungen* hinreichend *gereift* scheint.⁹

Insgesamt ist bei einer *abwehrbedingten* Konfliktlage die *Passungskompetenz* als Meta-Kompetenz des Arztes besonders herausgefordert, weil hier die *klinische* Kompetenz, nach der etwa der Patient sein „selbstschädigendes“ Krankheitsverhalten (Nikotin-, Alkoholabusus, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel usw.) „vernünftigerweise“ dringend ändern müsste, mit der *Beziehungskompetenz* in ein passendes Verhältnis zu setzen ist, wonach der Patient nicht mit einer für ihn „unrealistischen“ *Regime* überfordert werden darf, da er sonst die Beziehung als zu bedrohlich aufkündigen würde. Metaphorisch lässt sich dies so beschreiben, dass mit einer zu „hochgeschraubten“ Erwartung an das Gesundheitsverhalten von Patienten der Beziehungsbogen zunehmend „überspannt“ wäre.

Wie bereits ausgeführt (§ 3.1), sind bei Maximenkonflikten dieser Art wie auch sonst in der Medizin jeweils individuelle *Einzelfallprüfungen* vorzunehmen, das heißt der Arzt muss immer wieder in individuelle Aushandlungsprozesse treten und von Fall zu Fall, das heißt von Patient zu Patient und von Gesprächsaugenblick zu Gesprächsaugenblick ausloten, was hier und jetzt gerade noch oder eben schon nicht mehr „zumutbar“ ist, weil das Abwehrverhalten bereits zu stark ausgeprägt ist.

Um die passgenaue Gradwanderung der *wohldosierten* Intervention zu meistern, mit der Unter- und Überforderungen des Patienten gleichermaßen zu vermeiden sind, muss die ärztliche *Passungskompetenz* zwischen verschiedenen kognitiven, psychosozialen und interaktiven Kompetenzen vermitteln, die in der Gesprächsführung zusammen wirken müssen (Box 3.11): So muss der Arzt etwa die einschlägigen *Abwehrformen* (Verleugnung, Rationalisierung usw.) ja nicht nur prinzipiell qua Wissenskompetenz *kennen*, sondern auch im konkreten Gespräch mit dem Patienten als solche *erkennen* und den verbleibenden *Handlungsspielraum* des gerade noch „Zumutbaren“ *ermessen* können, bevor er kommunikativ *handelnd* reagiert, um etwa eine Verstärkung

⁹ Hier ist auch der Bedeutungswandel von „Vertrauen“ zu „Zutrauen“ zu beachten, der eintritt, wenn wir sagen, dass wir jemandem, dem wir *trauen*, auch *zutrauen*, etwa eine schwierige Sache zu meistern („Das traue ich dir zu“). Diese Bedeutung kann natürlich auch negativ kippen („Dem ist alles zuzutrauen“). Ebenso kann *Zumutung* sowohl positiv („ja, das muate ich dir zu“) als auch negativ verwendet werden („Was ist denn das für eine Zumutung?“)

des Abwehrverhaltens oder gar den drohenden Beziehungsabbruch zu verhindern.

Box 3.11 Klinisch-kommunikative Kompetenzen bei Abwehrverhalten

Im Modus der Selbstbeobachtung bei der ärztlichen Gesprächsführung müssen Ärztinnen und Ärzte fortlaufend eine Beziehungs- und Gesprächsdiagnose durchführen, in der sie im Zusammenspiel ihrer *klinischen* und *professionell-kommunikativen* Kompetenzen die psychodynamischen Risiken bestimmter Arten von Gesprächsfortsetzungen erkennen und *passend* darauf *reagieren*. So müssen sie etwa im Falle eines potentiellen bis manifesten patientenseitigen *Abwehrverhaltens*

- aufgrund ihrer spezifisch *klinischen* Kompetenz die verschiedenen Abwehrformen (Verleugnung, Projektion, Rationalisierung usw.) *kennen* und
- aufgrund ihrer kommunikativen *Verstehenskompetenz* die spezifischen Abwehrformen in laufenden verbalen und nonverbalen Interaktionen *erkennen* und
- aufgrund ihrer *Beziehungskompetenz* die Grenzen des „Zumutbaren“ *ermessen* und gegebenenfalls
- aufgrund ihrer kommunikativen *Formulierungskompetenz* entsprechend *handeln*,
- indem sie von einer eher *konfrontierenden* Fragetechnik zu einer eher *tangentialen* Gesprächsführung (§ 17) wechseln,
- um als *Zielsetzung* des Handelns eine *Verstärkung* des Abwehrverhaltens eines (gekränkten, verletzten, überforderten usw.) Patienten zu *vermeiden* und die Beziehung zu stabilisieren.

Das gekonnte Zusammenspiel aller ärztlichen Kompetenzen gerade bei abwehrbedingten Konflikten schließlich problemorientiert und praxisnah in der Lehre und Fortbildung zu vermitteln, ist selbst eine „didaktische“ Herausforderung, die kaum auf die Vermittlung eines bloß manualisierten *Lehrbuchwissens* zu reduzieren ist. Wie noch auszuführen sein wird, kann das effektive Zusammenwirken der nötigen Einzelkompetenzen nur im Wechsel von Lehre, Übung und Prüfung bei gleichzeitiger Einheit gelernt werden, in der die selbstreflexive Meta-Kompetenz von (angehenden) Ärztinnen und Ärzten zu fördern ist (§ 13-17). Was in der Praxis noch „unbemerkt“ bleiben mag, kann im Nachhinein deutlich zutage treten. So lässt sich in Feedback-Verfahren etwa mit Hilfe von Video-Aufzeichnungen „sichtbar“ machen, was zuvor „verborgen“ blieb. Hier kommen etwa zusätzlich *nonverbale* Phänomene in den Blick (§

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

12), die auch als (An-)Zeichen von Abwehrverhalten aufgefasst werden können (Sheflen 1976, Streeck 2004), aber etwa als „abweisende“ Körper- oder Kopfhaltungen oder „beredtes“ Schweigen der bisherigen Routinebeobachtung entgangen waren.

Bei der mitlaufenden wie der nachträglichen Gesprächsdiagnose ist gleichermaßen der sensible Gesprächsmoment zu bestimmen, bei dem etwa eine gerade noch vorhandene Gesprächs- und Themenbereitschaft des Patienten in eine Abwehrhaltung umzuschlagen droht. Der „kritische Zeitpunkt“ für einen Wechsel von einer konfrontativen zur tangentialen Gesprächsführung wird in der Gesprächspraxis nicht selten „verpasst“. Da wir alle im Nachhinein „klüger“ sind, ist es oft nicht verwunderlich, wenn Ärzte in der Fortbildung etwa einer Balintgruppe (Koerfer et al. 2004) (§ 15) bei der Videobetrachtung ihrer eigenen Gespräche den Zeitpunkt genau bestimmen können, ab dem der Patient „endgültig dicht gemacht“ oder sich „eingemauert“ oder „eingeeigelt“ oder „zurückgezogen“ hat usw., was ihrer Beobachtung *während* des Gesprächs offenbar entgangen ist. Wie in Evaluationsstudien aufgezeigt wurde (§ 40-43), kann die *geschulte Aufmerksamkeit* auf das eigene Gesprächsverhalten und das des Partners hier nicht nur einen kurzfristigen Einstellungswandel, sondern eine langfristige Änderung der Gesprächsführung gerade auch im Umgang mit spezifischen Emotionen bzw. Abwehrformen von Patienten bewirken.

3.2.5 Aufklärungs- und Entscheidungskompetenz

Nicht nur im Falle der mitlaufenden Reflexion von Emotions- und Abwehrprozessen müssen *klinische* und *kommunikative* Kompetenzen produktiv zusammenspielen. In der kritischen Selbstbeobachtungsperspektive des Meta-Arztes gibt es laufend *Korrespondenzen* zwischen der Gesprächsführung und dem „sonstigen“ ärztlichen Handeln. So wird der Arzt noch während einer guten Anamneseerhebung bereits zu einer Verdachtsdiagnose kommen, deren Klärung er noch im Gespräch nachzugehen versucht, bevor er zur körperlichen Untersuchung, ersten Diagnosestellung oder Therapie übergeht, deren Planung schon im laufenden Gespräch entwickelt und mit dem Patienten „besprochen“ werden kann.

Ebenso werden weitere Diagnose- und Therapieschritte nach und in weiteren Gesprächen in Kooperation mit dem Patienten unternommen, so dass sich eine lange *gemeinsame Interaktionsgeschichte* (§ 8) zwi-

schen Arzt und Patient entwickeln kann, in der das *kommunikative* Handeln mit dem *instrumentellen* Handeln (Untersuchung, Labor, Operation, Medikation usw.) eine Allianz eingeht, die im idealen Fall zur Gesundung oder Besserung des Patienten beitragen kann. Diese Allianz von *kommunikativem* Handeln mit dem *instrumentellen* Handeln gehen Arzt und Patient allerdings nicht allein als Individuen in einer rein *dya-dischen* Beziehung ein, sondern es gibt „dritte“ Mitspieler und Instanzen, die in diese Beziehung „hineinragen“. Hierher gehört auch das etwa in Leitlinien kodifizierte ärztliche Professionswissen selbst, das im Gespräch passend zu vermitteln wiederum in die besondere Verantwortung des Arztes fällt, dessen professionell-kommunikative Doppelkompetenz hier besonders herausgefordert wird.

Um diese Herausforderungen ärztlichen Handelns insgesamt zu erfassen, muss die Aufmerksamkeit nicht nur auf das komplexe Zusammenspiel der vorausgehend (Box 3.6) unterschiedenen spezifisch *kommunikativen* Kompetenzen (des *Zuhörens*, *Verstehens*, *Fragens* usw.) *untereinander* gerichtet, sondern auf den Zusammenhang mit weiteren, spezifisch *klinischen* Kompetenzen gelenkt werden, die der Arzt bereits in der Gesprächsführung kommunikativ einzubringen hat, bevor es überhaupt zum ersten *instrumentellen* ärztlichen Handeln (körperliche Untersuchung, Medikation, Operation usw.) kommen kann (§ 8). Diese *klinischen* Kompetenzen umfassen alle *Wissenskompetenzen* (Abb. 3.1), wie sie etwa im medizinischen Aus- und Weiterbildungssystem als *ätiologische*, *nosologische*, *pharmakologische*, *diagnostische* Kenntnisse usw. vermittelt werden, die wiederum den aktuellen Standards einer *evidenz-basierten* Medizin (§ 6, 10) genügen müssen.

Diese professionellen Standards bestimmen und beschränken zugleich den institutionellen Handlungsspielraum, dessen Grenzen Ärzte und Patienten bei ihrer dialogischen Verständigung etwa bei der Entscheidungsfindung (§ 10) gemeinsam akzeptieren müssen. Salopp und mit unterschiedlich metaphorischen Perspektiven formuliert: Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient wird von der evidenzbasierten Medizin „überlagert“ oder „unterfüttert“ (Abb. 3.8), indem die Ärzte bei allen *individuellen Entscheidungskompetenzen* ihren (fach-)spezifischen *Leitlinien* folgen (§ 5, 10), in denen ihr Professionswissen kodiert ist.

Unter Rekurs auf die *Verstehens-* und *Formulierungskompetenz* von Ärzten erfolgt dann in der Gesprächspraxis die entsprechende *alltagspraktische* „Umkodierung“ für den bis dato zumeist „unwissenden“ Patienten, der mit seiner neuen Erkenntnis über seine Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten in seinem Alltag wird „leben lernen“ müs-

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

sen. Hier kommt es (im Sinne von Mishler 1984) auf die kommunikative Vermittlung im *Konflikt* zwischen *Lebenswelt* und *Medizin* an (§ 7), der beide Partner vor besondere Herausforderungen der *Verständigung* stellt.

Diesen Herausforderungen können sich Ärzte mit einer *Doppelkompetenz* stellen, die sie sozusagen *synergetisch* nutzen können: Weil sie sowohl über eine *alltägliche* wie *professionelle* Kompetenz zur Kommunikation verfügen, können sie die spezifischen Verstehensprobleme von Patienten antizipieren und wahrnehmen sowie entsprechende Übersetzungsleistungen erbringen, die nötig sind, um die Patienten auf den für sie „passenden“ Wissenstand zu bringen. Hier muss der Arzt mit einer allgemeinen *Aufklärungskompetenz* die Gradwanderung in der *passgenauen* Dosierung für diesen individuellen Patienten meistern, bei der sowohl eine *Unterdosierung* als auch *Überdosierung* von Informationen vermieden wird, die zudem mit einer spezifischen *Formulierungskompetenz* in der Sprache des Patienten zu vermitteln ist (§ 7, 10, 26, 27). Ein Prototyp für die vom Arzt hier zu erbringende Kommunikationsleistung ist die *Risikokommunikation* (Box 3.12), weil hier besonders viele ärztliche Kompetenzen gebündelt zur Anwendung kommen müssen, um etwa bei Patienten ein angemessenes Risiko-Verständnis für ihre Erkrankungen und Behandlungsoptionen zu erreichen.

Box 3.12 Ärztliche Kompetenzen bei der Risikokommunikation

Bei der Risikokommunikation laufen besonders viele klinisch-statistisch-kommunikative Kompetenzen zusammen (Elwyn et al. 2005, Steckelberg 2005, Gigerenzer 2013, Wegwarth 2013), die Ärztinnen und Ärzte im Gespräch mit Patientinnen und Patienten gekonnt vermitteln müssen:

- spezifisch *klinische* Wissenskompetenzen zu einem bestimmten Krankheitsbild und den damit verbundenen Risiken bei behandelten und unbehandelten Krankheitsverläufen
- spezifische *klinische* Wissenskompetenzen zu Behandlungsoptionen und ihren Risiken
- spezifische *Risiko-Kompetenzen* (Statistik-Kompetenzen) im Umgang mit *relativen* und *absoluten* Risiken (bei Erkrankungen, (Vorsorge-)Untersuchungen und Behandlungsmethoden usw.)
- spezifische *Verstehenskompetenzen*, um mögliche (Miss-)Verständnisse von Fakten und Zahlen zu antizipieren und zu kontrollieren
- spezifische *Formulierungskompetenzen*, um mit einem Mix von Zahlen, Schaubildern, Tabellen, Faktenboxen usw. die relativen

- und absoluten Risiken patientengerecht zu veranschaulichen
- spezifische *empathische* Kompetenzen, wenn etwa bestimmte (lebens-)bedrohliche Risiken sowie „Zahlenwirrwarr“ beim Patienten zu emotional-kognitiven Blockaden führen usw.

Die *wohldosierte* Aufklärung in der Sprache des Patienten ist eine elementare Voraussetzung für die Förderung der Patientenautonomie, die wiederum integraler Bestandteil einer selbstbestimmten Entscheidung ist. Diese sollte allerdings nicht „unqualifiziert“ getroffen werden, nur weil die ärztliche Aufklärung unvollständig geblieben ist oder der Patient seinerseits „abgebrochen“ hat, weil es zwischenzeitlich „zu viel“ wurde. Die nötige Qualifizierung des Patienten fällt insofern in die ärztliche *Aufklärungs- und Entscheidungskompetenz*, als der Arzt nicht nur die richtige Aus-Wahl aus den Behandlungsalternativen für diesen individuellen Patienten „leitliniengerecht“ zu treffen und diese Optionen für ihn zu erklären, sondern den Entscheidungsprozess in Kooperation mit dem Patienten so zu gestalten hat, dass im Idealfall die gemeinsam getroffene Entscheidung hinreichend gereift ist, um eine gewisse Bestandsgarantie auf Dauer erwarten zu können (Koerfer et al. 2008b, Koerfer, Albus 2015). Dabei wird sich die *erstbeste* Entscheidung nicht immer als die *letztlich gültige* Entscheidung erweisen, wenn der Prozess der *Deliberation* (§ 10), bei dem alles Zweifelhafte und Bedenkenswerte thematisch zum Zuge kommen sollte, nicht bis zu einem konsentierten und allseits befriedigenden Ende entwickelt werden konnte, d. h. der Prozess der Aufklärung und Entscheidungsfindung keine hinreichende „Sättigung“ gefunden hat.

In diesem Prozess werden erneut die kommunikativen Quellen für die Entstehung von Beziehungsproblemen auszuräumen sein, wenn etwa Patienten bei der *Entscheidungsfindung* einer Behandlungsmaßnahme (Medikation, OP usw.) nicht aus *Überzeugung*, sondern aus „Verwirrung“ (*confused consent*) (v. Uexküll 1987: 125) zustimmen. Mit einer solchen „Zustimmung aus Verwirrung“ wäre möglicherweise (das wechselseitige *Vertrauen* in) die gegenseitige Beziehung zwischen Arzt und Patient schon grundsätzlich gestört, auch wenn die „Folgeschäden“ erst später manifest werden sollten, etwa mit einer Non-Adhärenz beim Patienten.

Im Falle einer idealen *Transparenz* ärztlichen Handelns bei der Aufklärung und Entscheidungsfindung kann der „mündige“ Patient auf seine Weise vom *professionellen Wissen profitieren*, wenn er bei einer partizipativen Entscheidungsfindung über die Behandlungsoptionen

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

angemessen aufgeklärt wird (§ 10, 26, 27). Ohne aus dem Patienten einen zweiten Arzt werden zu lassen, handelt es sich im Idealfall um einen *Kompetenztransfer*, bei dem etwa die Risikokompetenz des Arztes zur Risikokompetenz des Patienten führt. Der Arzt hilft seinem Gesprächspartner, ein „mündiger“, weil *entscheidungsfähiger* Patient zu werden, der schließlich seinerseits hinreichend kompetent ist, etwa im Falle einer *Gleichwertigkeit* („Equipoise“) von Behandlungsalternativen *passgenau* zu seiner *individuellen* Wirklichkeit „belastbare“ Präferenzen zu entwickeln. Erst wenn diese Präferenzen des Patienten erkennbar stabil bleiben, können die beiden Gesprächspartner gemeinsam zu einer „tragfähigen“ Entscheidung kommen, die einer „rationalen“ Prüfung aus den *beiden* Perspektiven einer *patientenzentrierten* und zugleich *evidenzbasierten* Medizin auf Dauer standhält.

3.3.6 Professionelle Wissens- und Handlungskompetenzen

Als *Wissenskompetenzen* gehen die klinischen Kompetenzen des Arztes den kommunikativen Handlungskompetenzen in der Regel voraus, wenngleich Wissen – im Alltag wie in der Medizin – auch als Erfahrungswissen *beim* Handeln gewonnen werden kann.¹⁰ Insofern können *Wissen* und *Handeln* oft auch als zwei Seiten derselben Medaille aufgefasst werden. Ansonsten könnte weder im Alltag noch in der Medizin eine Einheit von *Lehren* und *Üben* hergestellt werden.¹¹ Dennoch können Probleme und Diskrepanzen zwischen Wissen und Handeln auftreten, wenn in der Praxis die *Passung* verschiedener Kompetenzen *verfehlt* wird. Die Vielfalt von möglichen „Verfehlungen“ kann hier nicht systematisch an einer *Typologie* von Unterlassungen, Fehlanwendungen,

¹⁰ Zu wissens- und professionssoziologischen Perspektiven besonders bei institutioneller Kommunikation sei hier exemplarisch auf Ehlich, Rehbein (1977) und Koerfer (1994/2013) verwiesen. Wenn nachfolgend von „klinischer“ Kompetenz die Rede ist, dann zumeist im Sinne von medizinischer Kompetenz (im engeren Sinn). Dabei sollte klar sein, dass die kommunikative Kompetenz von Ärzten zuallererst als klinische Kompetenz (im weiten Sinn) aufzufassen ist. Zur weiteren Unterscheidung werden wir die Begriffe „kommunikative Alltagskompetenz“, „professionell-kommunikative“ und „klinische Kompetenz“ (im engeren Sinn) benutzen.

¹¹ Unser eigener didaktischer Ansatz zur Gesprächsausbildung (§ 13-14) versucht gerade diesen Zusammenhang zu nutzen und *Kommunikationswissen* mit *Kommunikationskönnen* in der Einheit von *Lehre* und *Übung* zu und *Prüfung* verbinden.

Fehlausführungen usw. differenziert werden, sondern nur an exemplarischen Fällen unter dem Begriff des *Fehlschlags* zusammengefasst dargestellt werden.

So kann es schon beim rein *instrumentellen* Handeln von Ärzten zu „Fehlschlägen“ kommen, wenn etwa die professionellen Wissenskompetenzen (von Chirurgen, Orthopäden, Internisten) bei körperlichen Untersuchungen, Operationen, Medikationen usw. nicht oder nur suboptimal umgesetzt werden. Hier reicht das Spektrum etwa von der Unterlassung oder Fehlmessung (z.B. des Blutdrucks) über die Fehldiagnose bis zur Fehldosierung bei der Medikation usw.

Ebenso können beim *kommunikativen* Handeln „Fehlschläge“ auftreten, wenn etwa ein Arzt im *Verordnungsgespräch* (§ 26) trotz seines klinischen Wissens über die Medikation eine mangelhafte Aufklärung über die Dosierung gibt und es dann nachgeordnet wegen des Informationsdefizits patientenseitig zur Fehldosierung kommt. Ähnliche Missverhältnisse zwischen *klinischen* und *kommunikativen* Kompetenzen können sich bei einem Arzt ergeben, der aufgrund seiner medizinischen Wissenskompetenz mit einem bestimmten Krankheitsbild „an sich“ vertraut ist, aber bei der Detailexploration (§ 21) die bekannten *Begleitsymptome* im Gespräch gerade nicht erfragt. Gegebenenfalls kann diese Unterlassung schwerwiegende Folgen (z.B. Fehldiagnose) haben und insofern ein ebenso „schwerwiegendes“ Versäumnis darstellen. In diesem Fall handelt es sich um eine mangelhafte, defizitäre Umsetzung von professionellem Wissen in der Gesprächspraxis.

Eine wiederum andere Art von „Fehlschlag“ beim kommunikativen Handeln liegt dann vor, wenn der Arzt – möglicherweise sogar „wider besseres Wissen“ – eine Informationsfrage wie in folgendem empirischen Beispiel (B 3.2) in einer „unpassenden“ Form stellt, indem er sie suggestiv formuliert.

B 3.2 „Appetit ist bei Ihnen normal?“

- | | | |
|----|---|--------------------------------------|
| 01 | A | hm . Appetit ist bei Ihnen normal? . |
| 02 | P | jo, der is normal . |
| 03 | A | da hat sich auch nichts verändert? . |
| 04 | P | nein, da hat sich nichts verändert . |
-

Ein Charakteristikum von Suggestivfragen ist, dass der Fragende die Antwort Erwartung nicht wie etwa bei sog. Entscheidungsfragen („Ist .. normal?“) oder Ergänzungsfragen oder Wortfragen („Wie ist ...“) weitge-

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

hend offen hält, sondern seine Antworterwartung wie im vorausgehenden Beispiel mehr oder weniger klar zu erkennen gibt. Unabhängig davon, ob der Arzt hier gegen seine kommunikative Kompetenz verstößt oder ob er „es nicht besser weiß“, das heißt über diese spezifische *Formulierungskompetenz* erst gar nicht verfügt, handelt er sich mit der „unpassend“ formulierten Frage sogar ein längerfristiges interaktives Passungsproblem ein, weil er sich der *Authentizität* einer derart „nahegelegten“ Patientenantwort nicht sicher sein darf, was für die weitere Interaktion folgenreich sein kann: Hier läge unter Umständen sogar ein gravierender „Kunstfehler“ bei der Gesprächsführung vor, weil die Chance, das „heikle“ Thema einer „nicht-normalen“ Essgewohnheit nach einer suggerierten „Normalität“ des Appetits erst einmal verstellt wäre – mit fatalen Folgen etwa im Falle einer Essstörung, die von Patienten ohnehin gern verleugnet wird. In diesem Fall würde die „fehlerhafte“ Gesprächsführung mit dem patientenseitigen Abwehrverhalten eine „unheilige“ Allianz eingehen.

Auf dieses Beispiel und mögliche „passende“ Alternativformulierungen sowie weitere Beispiele mit ähnlichen Passungsproblemen soll im Praxisteil noch ausführlich eingegangen und deswegen hier nur auf die Perspektive einer *komparativen* Gesprächsanalyse (§ 2, 40) verwiesen werden, die sich auf diesen Nenner bringen lässt: Von den offensichtlichen „Fehlschlägen“ der Kommunikation können wir auf die positiven bis idealen Fälle schließen, bei denen die ärztlichen Wissens- und Handlungskompetenzen gut zueinander „passen“.

3.3.7 Das „ideale“ Handeln des kompetenten Arztes

Dieses „passende“ Zusammenspiel *aller ärztlichen* (Typen von) *Kompetenzen*, auf die wir mit weiteren Ausdifferenzierungen gesondert (in § 6) als *Schlüsselkompetenzen* des „guten Arztes“ zurückkommen werden, erweist sich insofern als hochkomplex, als die *kommunikativen* Kompetenzen des Arztes Spezialisierungen von *Alltagskompetenzen* sind, die ihre Funktion nur in Wechselwirkung mit den spezifisch *klinischen* Kompetenzen im aufgezeigten Sinn erfüllen. Der kompetente Arzt bedient sich der Formen der Alltagskommunikation (Abb. 3.6), die er beim *Zuhören, Fragen, Anteilnehmen, Bewerten, Mitteilen, Erläutern, Vorschlagen* usw. im Patientengespräch zu professionellen Kommunikationszwecken *spezialisiert*. Dabei rekurriert er auf seine *medizinischen* Kompetenzen, die er im Gespräch *fallspezifisch* zur Geltung bringt.

Zusammenfassend muss der kompetente Arzt also insgesamt über eine Reihe von *Schlüsselkompetenzen* verfügen, die er im idealen Fall der Anwendung (Performanz) an wechselnde Gesprächsbedingungen kombiniert, kontextsensitiv und kreativ anpasst (Box 3.13). Um diese Anpassungsleistung zu erbringen, muss der kompetente Arzt eine Passungskompetenz als selbstreflexive Meta-Kompetenz entwickeln, die ihm im Modus der kritischen Selbstbeobachtung eine laufende Gesprächskontrolle mit der gegebenenfalls nötigen Gesprächskorrektur erlaubt.

Box 3.13 Passung ärztlicher Schlüsselkompetenzen

Insgesamt müssen Ärzte und Ärztinnen über eine Reihe von Schlüsselkompetenzen verfügen und diese mit ihrer selbstreflexiven *Passungskompetenz* in der Praxis an wechselnde (soziale, kulturelle, individuelle, krankheitsspezifische usw.) Gesprächsbedingungen *kombiniert, kontextsensitiv* und *kreativ* anpassen können:

- Ärztliche Passungskompetenz als selbstreflexive Meta-Kompetenz
- Klinische Kompetenzen zur
 - Ätiologie
 - Nosologie
 - Pathogenese
 - Statistik
 - Diagnostik
 - Therapie
 - usw. bei internistischen, psychosomatischen, orthopädischen, gynäkologischen usw. Erkrankungen
- Allgemeine Kommunikationskompetenzen zur
 - Beziehungsgestaltung
 - Anamneseerhebung
 - Informationsvermittlung (Aufklärung)
 - Entscheidungsfindung
- Spezifische Kommunikationskompetenzen
 - Zuhörkompetenz
 - Verstehenskompetenz
 - Fragekompetenz
 - Formulierungskompetenz
 - Empathische Kompetenz
 - Interkulturelle Kompetenz
 - usw.

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

Ein mit diesen Kompetenzen „bestens“ ausgestatteter Arzt ist sicher eine idealtypische Konstruktion, hinter der die Gesprächspraxis realer Ärztinnen und Ärzte oft zurückbleiben wird. Ebenso wie die Idee vom „guten“ Arzt, der wir noch mit einer empirischen Studie gesondert nachgehen werden (§ 6), wird auch die Idee vom „guten“ Gespräch kontrafaktisch zu unterstellen sein, um eine normative Grundlage für die Evaluation von Gesprächen und zur Förderung kommunikativer Kompetenzen zu gewinnen.

Fälle von mehr oder weniger gelungenen Passungen werden wir im Praxisteil anhand der Gesprächsschritte unseres Manuals im Detail erörtern (§ 18-23). Zur Illustration der Vielfalt der idealen *Passungen* sollen hier für verschiedene Gesprächsphasen und Gesprächszwecke, die von der *Anamneseerhebung* über die *Aufklärung* bis zur *Entscheidungsfindung* reichen (§ 8-10), die folgenden idealtypischen Formulierungen des Zusammenspiels der Schlüsselkompetenzen dienen, bei denen ein „besonders“ kompetenter Arzt unterstellt wird, der wie der „gute Arzt“ (§ 6) über alle notwendigen Schlüsselkompetenzen verfügt, die er optimal anwendet. Dabei sind die möglichen „Fehlschläge“ in der Gesprächspraxis allerdings ebenso *kontrastiv* mitzudenken, weil die oben skizzierten Maximenkonflikte nicht immer so optimal (wie hier unterstellt) gelöst werden können:

- **Erzählen lassen und Zuhören:**

Gerade am Anfang wird der kompetente Arzt dem Patienten „das erste Wort überlassen“. Zum Zwecke einer ersten Anamneseerhebung lässt der Arzt als Zuhörer den Patienten zunächst ausführlich *erzählen* (§ 9, 19) und unterstützt ihn durch aktives Zuhören (§ 19), um etwas „ungefiltert“ und in den „eigenen Worten“ des Patienten über seine Anliegen, Beschwerden, subjektiven Krankheitsvorstellungen, Emotionen (Hoffnungen, Befürchtungen usw.), Präferenzen usw. zu erfahren.

- **Verstehen und Verständnisfragen:**

Der Patient kann beim kompetenten Arzt mit einer guten Verstehenskompetenz rechnen, weil dieser an (hilfe-)suchende (vage bis unklare) Patienten-Formulierungen in der Alltagssprache (Beschwerde-, Schmerzschilderungen usw.) gewöhnt ist und damit routiniert umgehen kann. Dabei unterbricht der kompetente Arzt den Patienten mit einer Verständnisfrage (§ 19) nur „zwischenzeitlich“, um schwerwiegende Unklarheiten zu beseitigen, weil er

sie qua klinischer Kompetenz so nicht „belassen“ kann und sie aus *klinischen* Gründen (sic) rechtzeitig klären muss, bevor die Unklarheiten unverhältnismäßig kumulieren.

- **Detailfragen zur Informationsgewinnung:**

Ebenso rekurriert der kompetente Arzt bei „passender“ Gelegenheit, die sich „am besten“ aus Anlass der Schilderungen und Erzählungen des Patienten ergeben sollten, mit seiner ärztlichen *Fragekompetenz* auf seine *medizinischen* Kompetenzen, indem er sich aufgrund seiner spezifischen Kenntnisse eines bestimmten Krankheitsbildes etwa bei der Anamneseerhebung in nicht-suggestiver Form (sic) nach möglichen *Begleitsymptomen* und weiteren Details (§ 21) (Dauer, Intensität usw.) der Erkrankung erkundigt, um Informationslücken zu schließen, die der Patient aus welchen kognitiven, sozialen oder psychischen Gründen auch immer (Vergessen, Scham, Verdrängung, Verleugnung) gelassen hat.

- **Emotionen und empathische Rückmeldungen:**

Aufgrund seiner *klinischen* Wissens- und Erfahrungskompetenz kann der kompetente Arzt die spezifischen Emotionen (Befürchtungen, Ängste usw.) von Patienten etwa vor Operationen oder schwerwiegenden Krankheitsverläufen antizipieren und auf entsprechende Bekundungen mit seiner *empathischen* Kompetenz reagieren und eine entsprechend verbale oder nonverbale empathische Rückmeldung geben (§ 12, 20). Dagegen kann er patientenseitige Abwehrformen (Verleugnung usw.), die er aufgrund seiner *klinischen* Wissenskompetenz kennt, mit seiner Beziehungskompetenz rechtzeitig antizipieren und mit seiner *Verstehenskompetenz* gegenüber dem faktischen verbalen und nonverbalen Gesprächsverhalten des Patienten *wahrnehmen* (§ 12). In diesem Falle wird der kompetente Arzt wiederum aufgrund seiner Beziehungskompetenz die passende Dosierung des „Zumutbaren“ leisten und aufgrund seiner kommunikativen *Formulierungskompetenz* das Gespräch mit behutsamen, d. h. vor allem *nicht-konfrontativen* Nachfragen im Sinne einer „tangentialen Gesprächsführung“ (§ 17.3) fortsetzen, um das Abwehrverhalten des Patienten nicht weiter zu verstärken und die Beziehung selbst nicht zu gefährden.

- **Aufklärung, Risikokommunikation und Entscheidungsfindung:**

Für eine kompetente Risiko-Kommunikation mit dem Patienten, der über Nutzen und Risiken einer medizinischen Intervention (OP, Medikation) oder ihre Unterlassung eine hinreichende *Aufklärung* erfahren soll, müssen Ärzte über eine dem medizinischen „Sach(ver)stand“ angemessene *Statistik-Kompetenz* verfügen, was nicht immer selbstverständlich ist (§ 10, 26). Die medizinische Kenntnis von Krankheitsverläufen und Behandlungsoptionen (und ihren mehr oder weniger häufigen Risiken) ist eine allererste klinische Kompetenz bei der Entscheidungsfindung – auch oder gerade weil sich die beiden Entscheidungspartner oft genug über „Unwägbarkeiten“ und „Ungewissheiten“ kommunikativ abstimmen müssen usw. Hier kommen erneut die *Verstehens-* und *Formulierungskompetenzen* des Arztes zum Zuge, weil die kommunikative Abstimmung bei der Aufklärung sowie spezifischen Risiko-Kommunikation („Bilder“ und „Sprache“ statt nur „Zahlen“) und schließlich Entscheidungsfindung eben nicht in einer Fachkommunikation (§ 26, 27), sondern eben genau in der „*Allerweltssprache*“ erfolgen muss, die beiden Gesprächspartnern in einer gemeinsamen *Alltagswelt* als gemeinsames Mittel *dialogischer* Verständigung (§ 7, 10) zur Verfügung steht.

Wie mit den hier unterstellten Fällen kompetenten ärztlichen Handelns deutlich wurde und später an empirischen Beispielen weiter zu illustrieren sein wird, ist und bleibt die kommunikative *Alltagskompetenz* immer Ausgangs- und Endpunkt der Verständigung zwischen Arzt und Patient, deren kommunikative Vermittlung mit (dem Sach-Stand) einer evidenzbasierten Medizin allerdings in die professionell-kommunikative Doppel-Kompetenz des Arztes fällt. Hier kommt insgesamt die *Übersetzungskompetenz* als besondere *Passungskompetenz* des Artes zu Geltung, der nicht nur die *Sprache* des Patienten *verstehen* und *sprechen* können muss (bes. § 27), sondern auch die (soziale, kognitive, emotive) Kluft zwischen *Lebenswelt* und *Medizin* zu überbrücken hat, worauf wir gesondert (§ 7) zurückkommen.

Wie dabei insgesamt zu zeigen sein wird, stellt die Professionalisierung der Alltagskommunikation in der ärztlichen Gesprächsführung keineswegs ihre *Vereinseitigung* oder gar *Aufhebung* dar, sondern ihre *Differenzierung* und *Spezialisierung* zu spezifischen ärztlichen Zwecken der Anamneseerhebung, Diagnosemitteilung und Entscheidungsfin-

dung, deren dialogische Verständigungsformen unsere Alltagssprache und Alltagskommunikation wesentlich verhaftet bleiben.

3.4 Gesprächsmaximen und Lernziele

Die Formulierung von *Gesprächsmaximen* dient zugleich der Formulierung von *Lernzielen*, die nicht nur in der Lehre vermittelt, sondern in besonderen Verfahren (OSCE) empirisch überprüft werden können, da sie sich auf beobachtbares Gesprächsverhalten der Studierenden bzw. (angehenden) Ärztinnen und Ärzte erstrecken. Um die Einheit von Lehre und Prüfung zu gewährleisten, haben wir in Analogie zu unserem *Kölner Manual zur Gesprächsführung* einen *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) entwickelt, mit dem (genau) das geprüft werden soll, was zuvor gelehrt wurde. Da dieser Zusammenhang von Lehre und Prüfung noch gesondert ausgewiesen werden soll (§ 13-16, 40-43), beschränken wir uns hier auf den vorgelagerten Zusammenhang von Forschung und Lehre. Dabei kann hier auf den schon (in § 2) ausführlich referierten Stand zur interdisziplinären Gesprächsforschung rückverwiesen werden, der hier lediglich unter dem Aspekt der Formulierung allgemeiner Zielsetzungen der ärztlichen Gesprächsführung wieder aufgenommen werden soll, wie sie als „klassisches“ Lehrbuchwissen zur Gesprächsführung bereits tradiert sind.

3.4.1 Die Formulierungen der Klassiker

Da in der Forschung selten von einer Tabula rasa ausgegangen werden muss (§ 2), können wir auch bei der (Vor-)Formulierung von *allgemeinen Zielsetzungen* der Gesprächsführung auf Vorarbeiten der „Klassiker“ zurückgreifen, die sich ihrerseits auf eine große Erfahrung im Sinne einer klinischen Evidenz berufen können. Seit den behandlungstechnischen Schriften von Freud (1912 u. 1913) erstrecken sich die Vorleistungen der „Klassiker“ - um vorweg einige zu nennen - im vergangenen Jahrhundert über Arbeiten von Karl Jaspers, Viktor v. Weizsäcker, Carl Rogers, Michael Balint bis zu den Begründern der *biopsychosozialen* Medizin, zu denen in den USA besonders George L. Engel und im deutschsprachigen Raum Thure v. Uexküll gehören (§ 4). Bevor wir auf deren Werke unter besonderen Aspekten einer „guten“

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

Arzt-Patient-Kommunikation zurückkommen, soll in dieser Einführung nur eine Arbeit besonders herausgestellt werden, weil sie die Theorie und Didaktik der ärztlichen Gesprächsführung mit der klinischen Erfahrung im kommunikativen Umgang mit Patienten so überzeugend vereint.

In einem ausgezeichneten Lehrbuch, das sicherlich schon als „Klassiker“ gelten kann, haben William L. Morgan und George L. Engel (1969/1977) den „klinischen Zugang zum Patienten“ zuallererst als kommunikativen Zugang beschrieben (§ 1.1), der in der Anamneseerhebung zu suchen ist, bevor die körperliche Untersuchung oder Labormedizin sinnvoll angeschlossen werden kann. In ihrem Kapitel über die Anamneseerhebung führen sie in diesen kommunikativen Zugang zum Patienten in einer „meisterhaften“ Sprache ein, mit der sie vor allem deswegen zu überzeugen wissen, weil sie bei ihren konkreten Ausführungen auf langjährigen klinischen Erfahrungen im kommunikativen Umgang mit ihren eigenen Patienten aufbauen können. Darüber hinaus gelingt es ihnen, nicht zuletzt aus der Perspektive als Mitbegründer der biopsychosozialen Medizin (§ 4), die klinische Erfahrungen in einer theoriegeleiteten Reflexion didaktisch so umzusetzen, dass sie zu Recht im Untertitel den hohen Anspruch einer „Anleitung für Studenten und Ärzte“ erheben.

Schon im ersten Teil ihres Lehrbuchs formulieren sie alles Wesentliche, was bei der ärztlichen Gesprächsführung zu tun oder eben auch zu lassen ist. Auch in der modernen Forschung zur Arzt-Patient-Kommunikation muss das Rad nicht immer wieder neu erfunden werden, sondern können die Vorleistungen der „Klassiker“ produktiv genutzt werden.

Wir haben uns deswegen erlaubt, die bei Morgan und Engel (1969/1977) auf über 40 Textseiten weit verstreuten Sätzen zur ärztlichen Gesprächsführung als wörtliche Zitate in einem Maximenkatalog zu kondensieren (Box 3.14), der auch uns eine erste Orientierung geben soll. Den Mitbegründern der biopsychosozialen Medizin ist hier vor mehr als 40 Jahren bereits eine Vorleistung gelungen, die an Treffsicherheit, Klarheit und Kürze kaum zu überbieten ist. Sie haben Zielsetzungen einer guten Gesprächsführung formuliert, deren Gültigkeit sich bis in die Gegenwart der modernen methodisch-empirischen Forschung aus soziologischer, linguistischer und klinischer Perspektive (§ 2) erhalten hat. Diese Maximen der Klassiker sollen uns noch wiederholt durch das Lehrbuch begleiten und uns insbesondere im Praxisteil (§ 17-23) als Orientierungsleitfaden dienen.

Gesprächsmaximen

1. Der Arzt muß den Patienten ermutigen, frei zu sprechen, denn nur dieser kann ihm erzählen, was er erlebt hat.
2. Das Maß an nötiger Führung ist bei jedem Patienten anders.
3. Der Arzt muß beim Erheben der Anamnese beweglich bleiben und sich der Art des Patienten anpassen.
4. Weder darf er sich passiv von zahlreichen unbedeutenden Einzelheiten überfluten lassen, noch die Anamnese in der Art eines Kreuzverhörs führen.
5. Der Arzt muß ein Thema immer mit offenen Fragen beginnen. Gezielte Fragen benützt er nur, um Lücken zu füllen, Unklarheiten zu beseitigen oder bestimmte Tatsachen zu erhärten.
6. Fragen, die der Patient mit einem einfachen „Ja“ oder „Nein“ beantworten kann, vermeidet er möglichst.
7. Eine Frage muß leicht verständlich sein. Sie darf die Antwort des Patienten nicht beeinflussen.
8. (Der Arzt) übernimmt die Ausdrücke des Patienten, wenigstens bis er versteht, was der Patient damit meint.
9. (Er versucht,) jede Frage an dem anzuknüpfen, was der Patient erwähnt hat.
10. Der Arzt nimmt also den Faden dort auf, wo der Patient aufgehört hat.

Box 3.14:

aus: Morgan, Engel (1969; dt. 1977: 31-75)
(Auswahl und Hervorhebungen von uns)

Sicherlich ist der allgemein gültige *Goldstandard* der ärztlichen Gesprächsführung noch nicht bis in alle Einzelheiten ausformuliert, wie die vorausgehenden Zwischenbilanzen in der Forschung offenbart haben (§ 2), bei denen nach Konsens und Dissens zu differenzieren ist oder auch nur Zweifel und Vorbehalte angemeldet oder Nachfragen gestellt werden können. Ein Konsens dürfte etwa gleich bei der ersten Maxime (in Box 3.14) bestehen, nach der der Patient (vor allem zu Gesprächsbeginn) zu „ermutigen“ ist, „frei zu sprechen“, das heißt ihn eben auch „erzählen“ zu lassen, und zwar aus den guten Gründen, dass

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

nur der Patient über das entsprechende Erfahrungswissen verfügt, das der Arzt notwendig mit ihm zu teilen hat, was gerade den Sinn des Anamnesegesprächs ausmacht. Hierauf werden wir unter dem Aspekt der *(A)Symmetrie des Wissens* (§ 7, 10) ebenso zurückkommen wie unter dem Aspekt des *Erzählens* von Krankengeschichten, was besonders mit der Entwicklung einer „Narrativen Medizin“ (§ 9) berücksichtigt wurde.

Wie die weitere Auseinandersetzung mit der Forschung zeigen wird, sind jedoch auch weiterhin strittige Aspekte einer guten Gesprächsführung noch zu klären. Hierher gehört etwa die Unterscheidung von *offenen* oder *geschlossenen* Fragen (§ 21.2), von der ja auch Morgan und Engel Gebrauch machen. So wird sich zeigen, dass eine Maxime, nach der etwa solche Fragen möglichst zu „vermeiden“ sind, die mit einem einfachen „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können (Box 3.14: Nr. 6), in der Gesprächspraxis nicht immer so einfach (wie von Morgan und Engel offenbar unterstellt) zu handhaben ist.

Welche Grundprinzipien und Maximen der Kommunikation zwischen Arzt und Patient (einvernehmlich mit den „Klassikern“) im Einzelnen als geklärt gelten können, soll uns in diesem Lehrbuch noch ebenso durchgängig beschäftigen wie mögliche Problemfälle, bei denen etwa das „Maß an nötiger Führung“ (Box 3.14: Nr. 2) im individuellen Einzelfall strittig bleiben kann. Anstatt diese Problemfälle in der Theorie und Didaktik der ärztlichen Gesprächsführung zu kaschieren, sind die Zweifel im Sinne unseres *didaktischen* Ansatzes eines *forschenden* Lernens (§ 17) zwischen Lehrenden und Lernenden *ergebnisoffen* zu erörtern.

3.4.2 Gesprächsmanual und Evaluationsbogen

Die vorausgehende Synopse von allgemeinen Gesprächsmaximen der „Klassiker“ soll vorab als Wegweiser bei der laufenden Orientierung in komplexen Kommunikationsfeldern wie der ärztlichen Visite und Sprechstunde dienen. Allerdings müssen die allgemeinen Maximen der ärztlichen Gesprächsführung, die uns die „Klassiker“ als „Erbe“ mit einer Bringschuld zur Weiterführung hinterlassen haben, sowohl typologisch als auch exemplarisch in „empirischen“ Lern-Kontexten weiter spezifiziert werden, in denen die kommunikativen Kompetenzen von (angehenden) Ärztinnen und Ärzten zu fördern sind.

Als Orientierungs- und Strukturierungshilfe für die Förderung kommunikativer Kompetenzen haben wir an unserer Klinik zwei komple-

mentäre Konzepte entwickelt, bei deren Anwendung die Einheit von Lehre und Prüfung gewährleistet werden soll:

- Das *Manual zur Gesprächsführung* dient zugleich als Lernzielkatalog für die Lehre und zum Selbstlernen
- Der *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) wird zur Lernzielkontrolle etwa bei Prüfungen nach dem OSCE-Verfahren mit standardisierten Patienten eingesetzt.

Das *Manual zur Gesprächsführung* ist in der Form eines Leporellos gestaltet, das in die „Kitteltasche“ (angehender) Ärzte passen soll. Der analog dazu entwickelte *Evaluationsbogen* ist im DIN-A4-Format gehalten und kann von Prüfern bei der direkten Beobachtung von Gesprächen oder bei Video-Aufzeichnungen als Rating-Instrument eingesetzt werden kann. Eine Gesamtdarstellung des Evaluationsbogens findet sich im Anhang des Lehrbuchs. Wie wählen hier eine integrative Darstellung von Manual und Evaluationsbogen, wobei sich die Evaluation auf das beobachtbare Gesprächsverhalten (z.B. *Hörersignale, Fragen*) beschränkt (Abb. 3.10). Da die Konzeption und Anwendung des Manuals und Evaluationsbogens noch im Praxisteil ausführlich vorgestellt und erläutert wird (§ 17), soll an dieser Stelle ein Überblick über Inhalte und Haupt-Funktionen genügen.¹²

3.4.3 Lernzielkatalog und Lernzielkontrolle

Im Idealfall der ärztlichen Gesprächsführung lassen sich in einer bestimmten Abfolgestruktur sechs Gesprächsschritte unterscheiden, in denen jeweils bestimmte kommunikative Funktionen wahrzunehmen sind, die auf der Ebene des beobachtbaren Gesprächsverhaltens etwa

¹² *Manual* und *Evaluationsbogen* wurden seit 1998 in mehreren Auflagen in der AG Medizindidaktik unter der Leitung von Karl Köhle entwickelt und in OSCE-Verfahren angewandt und kommen bis heute an unserer Klinik unter der Leitung von Christian Albus in der Lehre und Fortbildung regelmäßig zum Einsatz (§ 13-14). Für die weiterführende Darstellung und Anwendung des Manuals bzw. Evaluationsbogens innerhalb unserer Klinik sei exemplarisch verwiesen auf Koerfer et al. 1999, 2004, 2005a,b, 2008, Köhle et al. 2010, Köhle 2011, Albus 2014), für die direkte bzw. vergleichende Nutzung außerhalb unserer Klinik seien exemplarisch Petersen et al. 2005, Schweickhardt, Fritzsche 2007, Henningsen 2008, Lengerke et al. 2011, Mortsiefer et al. 2014 genannt.

3. Lernziel Kommunikative Kompetenz

zum *Aktiven Zuhören* weiter differenziert werden (Abb. 3.10), das etwa als *Wörtliche Wiederholung* oder als *Paraphrasierung* realisiert werden kann.

<small>Kommunikative Kompetenz Kommunikative Psychologie Kommunikative Psychologie Kommunikative Psychologie Kommunikative Psychologie Kommunikative Psychologie Kommunikative Psychologie</small> Manual und Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)	FUNKTIONEN	⁵ 2010
	1 Beziehung aufbauen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 04
	2 Anliegen anhören	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10
	3 Emotionen zulassen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 08
	4 Details explorieren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
	5 Vorgehen abstimmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
	6 Resümee ziehen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 04
¹ 1998	EVALUATION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 50

Abb. 3.9: Kölner Gesprächsmanual und Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)

Auf diese Weise ergibt sich eine *Lernzieltaxonomie*, bei der sich Richt-, Grob- und Feinlernziele der Gesprächsführung unterscheiden lassen: Die sechs Haupt-Funktionen gliedern sich in weitere Sub-Funktionen, die als handlungsleitende Gesprächsmaximen zu verstehen und nach Möglichkeit bis auf die Handlungsebene der Gesprächsführung operationalisiert und mit Ankerbeispielen zu versehen sind, die als empirische „Manifestationen“ der Feinlernziele gelten können (Box. 3.15). Wie noch weiter auszuführen sein wird (§ 13.2, 17.2), kann die Hierarchie der Lernziele insgesamt in einer Kette von *indem*-Relationen erfasst werden, mit denen sich die Über- und Unterordnungen ebenso wie die additiven

Verknüpfungen („und“) sowie die Alternativen („oder“) sprachlich formuliert erkennen lassen.

<small> Psychologie Psychologie Psychologie Psychologie Psychologie Psychologie Psychologie Psychologie Psychologie Psychologie </small>	2 Anliegen anhören	5 2010
Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)	<ol style="list-style-type: none"> 1 Gespräch offen beginnen <ul style="list-style-type: none"> • Angebot „Was kann ich für Sie tun?“ • Motivfrage „Was führt Sie zu mir?“ • Befinden „Wie geht es Ihnen heute?“ 2 Erzählen fördern <ul style="list-style-type: none"> • Hörsignale <i>hm, ja</i>, Nicken, Blick • Unterbrechungen vermeiden • Pausen tolerieren • Freie Themenentfaltung zulassen 3 Aktiv zuhören - Unterstützen <ul style="list-style-type: none"> • Zum Weitersprechen ermutigen • Äußerungen wörtlich wiederholen • Äußerungen paraphrasieren • Offen weiterfragen: „Wie kam das?“ 4 Verständnis sichern <ul style="list-style-type: none"> • Rückfragen „Versteh ich richtig ...?“ • Zusammenfassen 5 Beziehungsverhalten reflektieren <ul style="list-style-type: none"> • Wie geht P mit Angebot von Hilfe um? • Welches Beziehungsmodell sucht P? 	<p>0 1</p> <p>0 1 2 3 4</p> <p>0 1 2 3 4</p> <p>0 1</p>
1 1998	EVALUATION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10

Abb. 3.10: Auszug (aus: KEK): Schritt/Funktion 2: „Anliegen Anhören“

In der Lehre sind für die Auswahl von Ankerbeispielen nach Möglichkeit empirische Gesprächsfälle aus realen Sprechstunden und Visiten zu nutzen, die wegen ihrer Authentizität den bloß konstruierten Beispielen prinzipiell vorzuziehen sind, wie dies bereits vorausgehend (§ 2.3) begründet worden war. Diese empirische „Eichung“ durch Ankerbeispiele wird Hauptaufgabe im Praxisteil des Lehrbuchs sein (§ 18-23), in dem die sechs Hauptfunktionen der Gesprächsführung in der entsprechenden Kapitelreihe im Detail ausgeführt werden.

Box 3.15 Lernzieltaxonomie zu „Anliegen anhören“ (Auszug)

Die Ärztin praktiziert einen *biopsychosozialen* Versorgungsansatz

- indem sie einem *biographisch-narrative Anamnese* erhebt
 - indem sie sich das Patienten-*Anliegen anhört*
 - indem sie das Gespräch offen beginnt
 - indem sie nach dem Konsultationsmotiv fragt
 - oder indem sie nach dem Patientenbefinden fragt
 - oder indem sie sich selbst als Helferin anbietet („Was kann ich für Sie tun?“)
 - und indem sie die *Patientenerzählung fördert*,
 - indem sie Hörersignale gibt (*Nicken, hm*)
 - indem sie Unterbrechungen vermeidet
 - indem sie Pausen toleriert
 - indem sie eine freie Themenentfaltung zulässt
 - usw.

Das Manual ist insgesamt Grundlage sowohl für die Didaktik der Gesprächsführung (§ 17) als auch für die Evaluation von Gesprächen, bei denen das ärztliche Gesprächsverhalten nach dem entsprechenden *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) relativ zu einer maximalen Punktzahl (von 50) geratet werden kann (s. § 1.6 oder Anhang § 44.2). Wie noch auszuführen sein wird (§ 13, 14, 17), folgt die Kongruenz von *Gesprächsmanual* und *Evaluationsbogen* dem didaktisch-methodischen Grundsatz, genau das zu prüfen, was zuvor gelehrt wurde („Teaching for the test“). Dies bedeutet, dass Prüfungen nur insoweit sinnvoll sein können, wie sie zuvor durch die Lehre vorbereitet wurden, mit der die kommunikativen Kompetenzen der (angehenden) Ärztinnen und Ärzte zu verbessern sind.

Während das Gesprächsmanual im Unterricht die Lernziele mit empirischen Ankerbeispielen vorgibt (§ 18-23), kann mit dem Evaluationsbogen eine Lernzielkontrolle durchgeführt werden. Die dazu notwendige *Standardisierung* beim OSCE-Verfahren („Objective Structured Clinical Examination“) kann dann etwa durch den Einsatz von *Simulationspatienten* (SP) erreicht werden, die wir an unserer Klinik seit fast zwei Jahrzehnten ausbilden und regelmäßig in Lehre und Fortbildung einsetzen, worüber noch gesondert (§ 13, 14, 41) berichtet werden soll.

3.5 Weiterführende Hinweise

Zum Begriff und Konzept der Förderung kommunikativer Kompetenz soll erneut auf die interdisziplinäre Forschung und Literatur verwiesen werden, wie sie im vorausgegangenen Kapitel (§ 2) und spezifisch in der obigen Anmerkung 1 in diesem Kapitel (§ 3) angeführt wurde. Die dort angeführte Literatur wird in spezifischen Kapiteln etwa zur kompetenten Gesprächsführung bei der „biographisch-narrativen“ Anamnesefindung (§ 9) und der medizinischen Entscheidungsfindung (§ 10) ebenso ergänzt wie zum kreativen Umgang mit Metaphern (§ 11) und zur non-verbale Kommunikation (§ 12). In einem spezifischen Kapitel (§ 6) sollen die ärztlichen Schlüsselkompetenzen im Rahmen der Fragestellung nach dem „guten Arzt“ diskutiert werden, wozu wir eine empirische Studie gemacht haben, die auf der professionellen Einschätzungen von Universitätsprofessoren der Medizin und Hausärzten basiert.

Unsere eigenen didaktischen Konzepte zur Förderung der kommunikativen Kompetenz werden später (§ 13, 14) ausführlicher vorgestellt und erläutert. Im Praxisteil IV sollen die Möglichkeiten der Anwendung kommunikativer Kompetenzen vor allem anhand von Gesprächsbeispielen in der Hausarztpraxis aufgezeigt werden (§ 17-23). Ausgewählte fachspezifische Probleme im kommunikativen Umgang mit bestimmten Patientengruppen bzw. Krankheitsbildern werden im Teil V („Spezifische Kompetenzfelder“) behandelt. Spezifische Probleme, Methoden und Ergebnisse der Evaluation werden im Schlussteil (§ 40-43) besprochen, in dem Möglichkeiten und Grenzen der Erweiterung kommunikativer Kompetenzen von (angehenden) Ärztinnen und Ärzten in der Ausbildung und durch Fortbildungsmaßnahmen aufgezeigt werden.

4 Biopsychosoziale Medizin

Armin Koerfer, Laura L. Kilarski, Christian Albus

4.1	Das Leib-Seele-Problem	157
4.1.1	Das humanistische Selbstverständnis	
4.1.2	Der dualistische Interaktionismus	
4.1.3	Der Arztbesuch nach der Drei-Welten-Theorie	
4.2	Paradigmenwechsel zur biopsychosozialen Medizin	163
4.2.1	Somatische versus psychologische Medizin	
4.2.2	Integration von Hierarchieebenen	
4.2.3	Semiotik und Systemtheorien	
4.3	Lerneinheit: „Eine alltägliche Krankengeschichte“	170
4.3.1	Bio-psycho-soziale Anamnese	
4.3.2	Auf- und Abwärtseffekte	
4.3.3	Diagnostisch-therapeutischer Zirkel als Prozess	
4.3.4	Die Binnenperspektive der Kommunikation	
4.3.5	Drehbücher und Rollenspiele	
4.3.6	Sprachlich-kommunikative Akzeptanz	
4.4	Herstellen einer gemeinsamen Wirklichkeit	185
4.4.1	Typen und Rollen	
4.4.2	Beziehungsmedizin und Übertragungsbeziehung	
4.4.3	„Sprechende“ Medizin	
4.5	Weiterführende Hinweise	194

Es wird ein biopsychosoziales Modell vorgeschlagen, das einen Entwurf für die Forschung, einen Rahmen für die Lehre und ein Handlungsmodell für die reale Welt der Gesundheitsversorgung abgibt.

George L. Engel (1977/dt.1979: 84)

Abstract: Nicht von ungefähr fällt die Forderung nach einer „Sprechenden Medizin“ mit dem Paradigmenwechsel von der *biomedizinischen* zu

einem *biopsychosozialen* Verständnis- und Behandlungsansatz zusammen. Wer Patienten nach dem biopsychosozialen Modell versorgen will, muss verstärkt einen kommunikativen Zugang zum Patienten finden, und wer das Gespräch mit Patienten nicht nur duldet, sondern intensiviert, wird zunehmend etwas über die biopsychosozialen Dimensionen seiner Erkrankung und ihrer Behandlungsmöglichkeiten erfahren. Wie noch herausgearbeitet werden soll, ist das biopsychosoziale Modell sowohl ein Erkenntnis- und Behandlungsmodell als auch ein Beziehungs- und Kommunikationsmodell.

Obwohl wir hier keinen historisch-systematischen Abriss geben können (Engel 1977 (dt. 1979), Engel 1996, v. Uexküll, Wesiack 1991, 2011, Roth 2001, Beckermann 2011, Hontschik et al. 2013, Smith et al 2013), sollen doch einige Aspekte zur Begründung und Entwicklung der biopsychosozialen Medizin ausgeführt werden, die damit zu tun haben, dass der traditionelle biomedizinische Verständnisansatz alsbald an seine Grenzen gerät.

Dies gilt einerseits gegenüber eher *externen* Entwicklungen, bei denen die Medizin sich verändernden Krankheitsbildern (akute vs. chronische Erkrankungen, demographischer Wandel, Multimorbidität usw.) und einem neuen gesellschaftlichen Bewusstsein von Krankheit und Gesundheit unter einer aktiven Patientenrolle Rechnung tragen muss. Diesem neuen Anforderungsprofil an das Arztbild der Zukunft soll später in zwei Schritten nachgegangen werden, in denen zunächst der *Struktur- und Funktionswandel* der Medizin (§ 5) beschrieben und dann die dazu notwendigen ärztlichen *Schlüsselkompetenzen* (§ 6) differenziert werden.

Die Grenzen des biomedizinischen Verständnisansatzes lassen sich andererseits ebenso an eher *internen* Entwicklungstendenzen der Medizin festmachen, die mit der notwendigen Überwindung des traditionellen *Dualismus* von Körper und Seele einhergehen. Hierauf wollen wir nachfolgend zunächst mit einer kurzen Betrachtung des *Leib-Seele Problems* eingehen (§ 4.1), um dann den Paradigmenwechsel zur *biopsychosozialen* Medizin zu beschreiben, die sich als integrativer Ansatz für Anamnese, Diagnose und Therapie in der alltäglichen Versorgungspraxis versteht (§ 4.2). Dieser integrative Ansatz soll exemplarisch an einem Fallbeispiel erläutert werden, das v. Uexküll und Wesiack ausführlich dargestellt und analysiert haben und das uns zur Veranschaulichung und zugleich als Grundlage für eine *Lerneinheit* zur Einführung in die biopsychosoziale Medizin dient (§ 4.3). Abschließend gehen wir dem zentralen Beziehungsaspekt der biopsychosozialen Medizin unter

4. Biopsychosoziale Medizin

der Fragestellung nach, wie denn Arzt und Patient „eine gemeinsame Wirklichkeit herstellen“ können (§ 4.4). Alle Abschnitte (bes. § 4.3) sind so konzipiert, dass sie sich zu Unterrichtszwecken als Vorlagen für Lerneinheiten zur Einführung in die biopsychosoziale Medizin nutzen lassen.

4.1 Das Leib-Seele-Problem

Das Leib-Seele-Problem setzt nicht erst mit Descartes' neuzeitlichem Dualismus von *res extensa* und *res cogitans* ein und es ist auch kein bloß philosophisches Problem. Vielmehr betrifft es unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen, mit einer je spezifischen Relevanz für unsere Welt- und Selbstbilder.¹ Diese sind zugleich relevant für unsere Vorstellung von Patienten als selbstbestimmt handelnden Subjekten, die in medizinischen Behandlungsprozessen eine aktive Beteiligungsrolle unter Wahrung ihrer Autonomie (bes. § 10) einnehmen sollen.

4.1.1 Das humanistische Selbstverständnis

Historisch lässt sich das Leib-Seele-Problem von den modernen neurowissenschaftlichen Hirnforschungen bis in die Antike zurückverfolgen (Popper, Eccles 1989, Eccles 1994, Roth 2001, Beckermann 2011). Es erfasst so unterschiedliche theoretische und empirische Wissenschaften wie Philosophie, Theologie, Soziologie, Psychologie, Biologie, Medizin usw., die sich bei allen Distanzierungsversuchen dem Thema eines wie auch immer gearteten Dualismus nicht entziehen können (v. Uexküll, Wesiack 1991, Fuchs 2000, Langenbach, Koerfer 2006, Beckermann 2011, Tress 2011, Herrmann-Lingen 2012). Insgesamt wird mit dem Leib-Seele-Problem oft eine Reihe von Gegensatzpaaren verknüpft, von denen als prominentes Beispiel etwa schon bei Descartes der wesentli-

¹ Wir können hier keinen historisch-systematischen Abriss zum Leib-Seele-Problem geben, sondern wollen lediglich das Problembewusstsein für seine Bedeutung in einer biopsychosozialen Medizin wecken, in die hier problemorientiert und exemplarisch eingeführt werden soll. Vorab sei auf die weiterführende Literatur verwiesen: zur (Analytischen) Philosophie (des Geistes): Popper, Eccles 1989, Beckermann 2011 und spezifisch zur Medizin: v. Uexküll, Wesiack 1991: bes. Kap 6, Alonso 2004, Meyer-Abich 2010, bes. Kap.1-2, Tress 2011, Herrmann-Lingen 2012, Smith et al. 2013.

che Unterschied zwischen Körper und Geist im Verhältnis von Teil und Ganzem erörtert wird (Box 4.1).

Box 4.1 Vom teilbaren Körper und unteilbaren Geist

Nun, erstens bemerke ich hier, daß zwischen Geist und Körper insofern ein großer Unterschied besteht, als der Körper seiner Natur nach stets teilbar, der Geist hingegen durchaus unteilbar ist. Denn in der Tat, wenn ich diesen betrachte, d.h. mich selbst, insofern ich nur ein denkendes Wesen bin, so kann ich in mir keine Teile unterscheiden, sondern erkenne mich als ein durchaus einheitliches und ganzes Ding. Und wenngleich der ganze Geist mit dem Körper verbunden zu sein scheint, so erkenne ich doch, daß, wenn man den Fuß oder den Arm oder irgendeinen anderen Körperteil abschneidet, darum nichts vom Geiste weggenommen ist. Auch darf man nicht die Fähigkeiten des Wollens, Empfindens, Erkennens usw. als seine Teile bezeichnen, ist es doch ein und derselbe Geist, der will, empfindet und erkennt. Im Gegenteil aber kann ich mir kein körperliches, d.h. ausgedehntes Ding denken, das ich nicht in Gedanken unschwer in Teile teilen und ebendadurch als teilbar erkennen könnte, und das allein würde hinreichen, mich zu lehren, daß der Geist vom Körper gänzlich verschieden ist, wenn ich es noch nicht anderswoher zur Genüge wüßte.

Rene Descartes 1641/1960:76f

Nicht erst seit Descartes spielen in der Diskussion um das Leib-Seele-Problem etwa folgende Gegensatzpaare mit einer langen Tradition eine Rolle, die für verschiedene Wissenschaften mit unterschiedlichem Gewicht bedeutsam geworden sind:

- Geist - Materie
- Teil - Ganzes
- Außen - Innen
- Ursache - Wirkung
- Freiheit - Unfreiheit
- Endlichkeit - Unendlichkeit
- Sterblichkeit - Unsterblichkeit usw.

Die empirische Relevanz derartiger Unterscheidungen, die sich als Sprach- und Denkgewohnheiten in wissenschaftlichen Erklärungen ebenso wie in handlungspraktischen Lebensvollzügen immer wieder zu bewähren scheinen, macht gerade die Suggestivität des dualistischen

4. Biopsychosoziale Medizin

Prinzips aus. Bei allen Ansätzen für eine „Lösung“ des Leib-Seele-Problems, wie sie mit verschiedenen Varianten von *Monismus* versus *Dualismus*, *Idealismus* versus *Materialismus* beansprucht werden, treffen sich die Befürworter und Kritiker der verschiedenen Positionen in der Bedeutung der Tragweite des cartesianischen Dualismus, den etwa Ryle als „Mythos vom Gespenst in der Maschine“ (1949/69: 80) zu widerlegen sucht (zur Kritik z. B. Popper, Eccles 1977/dt. 1989: 139ff.). Dabei geht es letztlich um nichts Geringeres als Fragen nach der „Willensfreiheit“ des Menschen, deren Beantwortung unmittelbar unser *humanistisches* Selbstverständnis betreffen.

Wie schon bekannte Metaphern vom „Steuermann eines Schiffes“ (Platon, Popper) oder vom „Herr(n) im eigenen Haus“ (Freud) nahelegen, kann unser menschliches Selbstverständnis auf vielfältige Weise modelliert oder auch radikal in Frage gestellt werden (Langenbach, Koerfer 2006). Die vor allem in der Tradition der (sprachanalytischen) Philosophie immer wieder gestellte Frage nach der „Willensfreiheit“ des Menschen ist keine rein akademische Angelegenheit, sondern betrifft das Problem der Zurechenbarkeit von Handlungen und damit von Verantwortung von Individuen in unser aller Alltagsleben (Koerfer 1994/2013). Wie wir im medizinischen Bereich noch sehen werden, geht es dort oft um die Zurechenbarkeit und Verantwortung gegenüber dem eigenen Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten von Patienten, die etwa ärztliche Fragen nach ihren eigenen Ressourcen („Was können Sie selbst dagegen tun?“) gerne abwehren.

Das Thema der „Willensfreiheit“ ist durch die aktuelle Hirnforschung neu belebt worden, deren Ergebnisse in theoretischen Konzepten und Modellen diskutiert werden, nach denen die Freiheitsgrade einer selbstbestimmten menschlichen Existenz erheblich beschränkt scheinen (Roth 2001, Geyer 2004, Habermas 2004). In den Versuchen zur „Lösung“ des cartesianischen Dualismus geht es also immer zugleich um das Thema der „Vorherrschaft“ von Geist oder Körper, die in Extremfällen jeweils „Gefangener“ des anderen sein können, worauf wir sogleich mit medizinisch relevanten Beispielen zurückkommen.

4.1.2 Der dualistische Interaktionismus

Unserer alltäglichen Intuition, dass Geist und Körper verschiedenen „Sphären“ angehören und dennoch „irgendwie“ miteinander verbunden sind, ist schwer zu entrinnen. Dass unter dieser Voraussetzung Geist

und Körper in einer wie auch immer gearteten Wechselbeziehung stehen, wird selten bestritten, auch wenn eine befriedigende Antwort auf die Frage nach dem *Wie* noch aussteht:

Box 4.2 Das fragliche „Wie“ der Wechselwirkung

Wir wissen, daß Körper und Geist in Wechselwirkung stehen, wir wissen aber nicht, *wie*.

Popper in: Popper, Eccles 1977, dt. 1989: 194 (Hervorhebung dort)

Wie Popper fortfährt, ist dieser Stand der Forschung nicht überraschend, da wir uns noch nicht einmal darüber im Klaren seien, wie jeweils „physische Dinge“ miteinander oder jeweils „geistige Vorgänge“ miteinander in Wechselwirkung stehen. Eine für alle oder auch nur viele Disziplinen schlüssige oder auch nur viable „Lösung“ des Leib-Seele-Problems als Beantwortung der Frage nach dem *Wie* ist nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung (s. o.) nicht zu erwarten, bestenfalls lassen sich einzelwissenschaftliche und interdisziplinäre „Zwischenlösungen“ erkennen. Mehr soll hier auch nicht suggeriert, sondern nur ein Problembewusstsein für Lehrzwecke geweckt werden, wenn wir uns im Folgenden einer spezifischen Variante zur „Lösung“ des Leib-Seele-Problems zuwenden, deren Attraktivität allein darin besteht, dass zwei prominente Vertreter ihrer philosophischen bzw. medizinischen Zunft einen interdisziplinären Diskurs in einer Gemeinschaftsarbeit unternommen haben.²

Eine spezifische Variante zur „Lösung“ des Leib-Seele-Problems stellt der *dualistische Interaktionismus* dar, wie er von dem Philosophen Karl R. Popper und dem Gehirnphysiologen und Nobelpreisträger John C. Eccles teils gemeinsam vertreten wird (Popper, Eccles 1989, Eccles 1994). Hierbei geht es um Wechselwirkungen unter Annahme einer *Drei-Welten-Theorie*, wie sie besonders von Popper (1972, dt. 1994) vertreten, aber von beiden in ihrer gemeinsamen Arbeit über „Das Ich und sein Gehirn“ untermauert wird (1977, dt. 1989). Dort und in einer späteren Arbeit mit dem programmatischen Titel „Wie das Selbst sein Gehirn steuert“ (1994), in der die zentrale Kontrollfunktion des Selbst ge-

² Bei Zeit und Interesse empfiehlt sich nicht nur der wissenschaftliche Teil des Buches von Popper und Eccles (1989), sondern gerade im Anhang die Wiedergabe ihres mündlich geführten Dialogs, der nicht zuletzt von einer offenen, fächerübergreifenden Diskussionskultur zeugt.

4. Biopsychosoziale Medizin

genüber dem Gehirn herausgearbeitet wird, stützt sich Eccles explizit auf Poppers *Drei-Welten-Theorie*, die er mehrfach in übersichtlichen Schaubildern (Abb. 4.1) dargestellt hat.

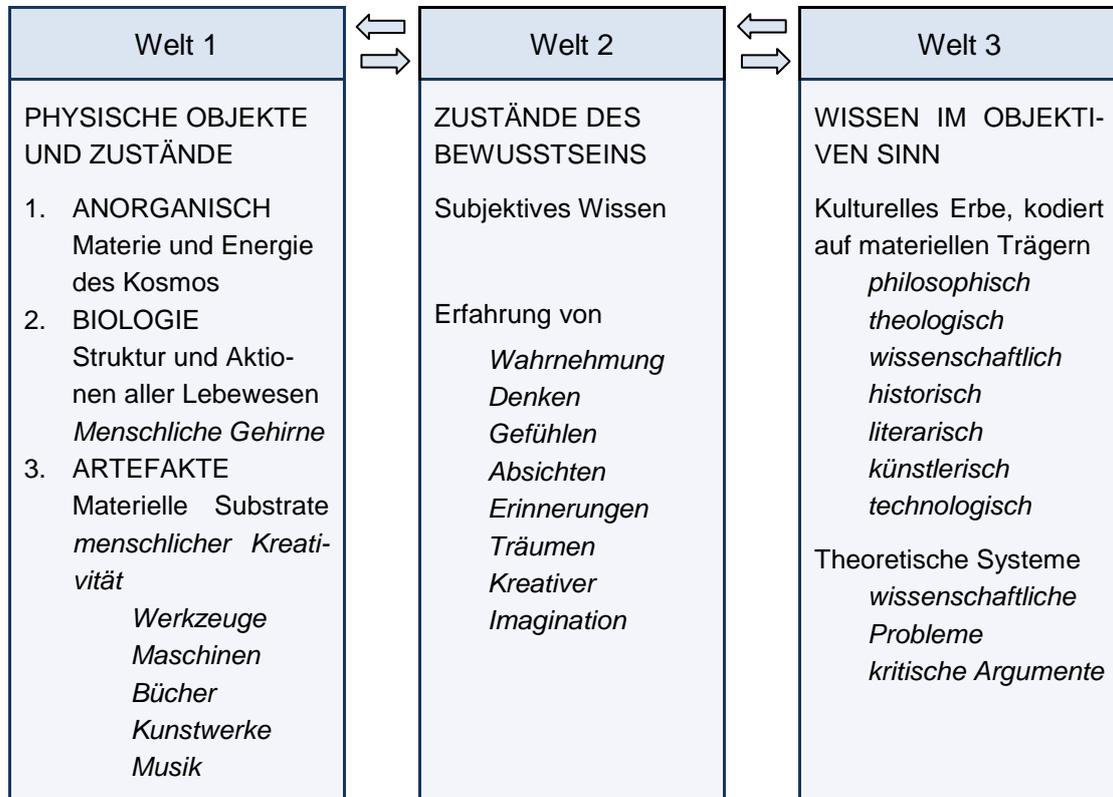


Abb. 4.1: Drei Welten-Theorie von Popper
(Darstellung nach Popper, Eccles 1989: 433, Eccles 1994: 17).

Beide Autoren haben sich in ihrer gemeinsamen Arbeit, aber auch getrennt mit zahlreichen Alternativen und Varianten zu ihrem dualistischen Interaktionismus sowie mit der Kritik an ihrer damit verbundenen erkenntnistheoretischen Position („Objektivismus“, „Szientismus“) auseinandergesetzt, worauf wir hier nur verweisen können.³ Uns soll in diesem Zusammenhang besonders der Aspekt der *Wechselwirkung* inte-

³ Nicht zuletzt wegen dieser (3-Welten-Theorie-)Variante ist der dualistische Interaktionismus von Popper und Eccles vielfältig kritisiert worden, nicht nur prinzipiell aus der Perspektive der Philosophie des Geistes (z. B. Beckermann 2011: bes. Kap. 2.2), sondern auch aus medizinischer Perspektive (z. B. v. Uexküll, Wesiack 1991: dort bes. Kap. 1.6.4), worauf wir unter dem spezifischen Aspekt der „Auf- und Abwärtsbewegungen“ in einem biopsychosozialen Modell sogleich zurückkommen.

ressieren, dem sich auch eine *biopsychosoziale* Medizin (§ 4.2) nicht wird entziehen können.

4.1.3 Der Arztbesuch nach der „Drei-Welten-Theorie“

Popper selbst hat seine Drei-Welten-Theorie mehrfach (Popper, Eccles 1989, Kap P2 und P3) am medizinisch einschlägigen Beispiel eines Zahnarztbesuches illustriert, worauf wir hier näher eingehen wollen: Beim Zahnarztbesuch als Handlung sind sowohl physische Vorgänge in der Welt 1 beteiligt (Karies im Zahn als materieller, psysikochemischer Prozess) als auch psychische Wirkungen in der Welt 2 (bewusste Aufmerksamkeit, Schmerzempfinden) sowie schließlich Vermutungen oder Wissen aus der Welt 3 (Ideen, Pläne und Institutionen). Popper spielt das Beispiel des Zahnarztbesuches anhand konkurrierender Lösungsansätze des Leib-Seele-Problems durch, worauf wir hier nur verweisen können, obwohl er eine Reihe interessanter Detaillierungen des Beispiels gibt, die sich gut verlängern lassen: So werde ich nicht nur im Fall akuter Zahnschmerzen mein Gedächtnis bemühen und entsprechend die richtige Telefonnummer meines Zahnarztes wählen, sondern qua Kulturwissen (Welt 3) mir auch aus Gründen der *Prävention* einen Termin beim Zahnarzt geben lassen wollen, selbst wenn ich aktuell keine Zahnschmerzempfindungen (Welt 2) haben sollte.

Damit käme eine andere Art von „Kausalität“ („gute“ *Gründe, Motive* usw.) ins Spiel, durch die mein Gesundheitshandeln bestimmt wäre. Dass ich aus präventiven Gründen biologischer Funktionserhaltung zum Zahnarzt gehe, „damit ich auch morgen kraftvoll zubeißen kann“, schließt nicht aus, dass ich mich auch aus ästhetischen Gründen zum Zahnarztbesuch entschließen könnte, weil etwa ein „lückenloses Gebiss“ zu meinem persönlichen Selbstbild gehört.

Andererseits können Selbstbilder, die ja vor allem in Wechselwirkung mit der Welt 3 (Kultur usw.) „unterhalten“ werden, zu einem biologisch dysfunktionalen Verhalten führen. So verführt der Schönheitswahn in der Variante des Schlankheitswahns möglicherweise zu einem selbstschädigenden Krankheitsverhalten, bis das Vollbild einer Anorexie entwickelt ist - mit allen biologischen Folgen von „Organerkrankungen“ (Welt 1) usw. Gegenüber dem dann einmal entwickelten (Mager-) Suchtverhalten stellt sich die Frage nach der „Gefangenschaft“ im Verhältnis von Geist und Körper oft als sehr komplex dar – wie bei allen Suchterkrankungen, die deswegen auch schwer zu therapieren sind. In

4. Biopsychosoziale Medizin

vielen Fällen ist sogar damit zu rechnen, dass der Arztbesuch ganz vermieden wird, weil die (Ernsthaftigkeit der) Erkrankung verleugnet wird.

In wiederum anderen Fällen kann das Krankheitsverhalten auch gegen das „eigentlich“ präferierte Selbstbild aufrechterhalten werden. Ein selbstschädigendes Verhalten wird „wider besseres Wissen“ fortgesetzt, weil sich Patienten etwa gegenüber ihrer „Drogensucht“ oder „Fettsucht“ als „machtlos“ erleben, (so dass sich hier erneut Freuds Frage danach stellt, wer denn eigentlich der Herr im Hause ist). Darauf werden wir mit einem Fallbeispiel einer adipösen Patientin zurückkommen (§ 4.3), an dem das Leib-Seele-Problem in Form von „Auf- und Abwärtsbewegungen“ im Rahmen einer biopsychosozialen Medizin erläutert werden soll.

4.2 Paradigmenwechsel zur biopsychosozialen Medizin

Noch zu Beginn dieses Jahrhunderts erklärt v. Uexküll (2001) die aktuelle „Krise der Medizin“ aus dem Dualismus in der alltäglichen medizinischen Versorgungspraxis, der darin besteht, einerseits in einer *somatischen* Medizin „Körper ohne Seelen“ und andererseits in einer *psychologischen* Medizin „Seelen ohne Körper“ zu behandeln. Eben dieser Dualismus in der Versorgungspraxis ist in einem integrativen Ansatz aufzuheben, der einen *Paradigmenwechsel* von einer *biomedizinischen* zu einem *biopsychosozialen* Verständnismodell verlangt. Diesem Paradigmenwechsel auf der „Sachebene“ entspricht der Wechsel auf der „Gesprächsebene“, auf der ein kommunikativer Zugang zu biopsychosozialen Themen gesucht werden muss. Wie noch zu zeigen sein wird, sind diese teils „heiklen“ Themen nur durch eine andere Art von Gesprächsführung zu gewinnen, mit der die Reduktionen der traditionellen, rein biomedizinischen Anamneseerhebung zu überwinden sind.

4.2.1 Somatische versus psychologische Medizin

Der traditionelle Dualismus zwischen einer *somatischen* und *psychologischen* Medizin wird häufig metaphorisch als „Dualismus der Hand und des Wortes“ beschrieben, so etwa von v. Uexküll und Wesiack

(2011) (Box 4.3) in ihrem wissenschaftstheoretischen Einleitungskapitel zum Lehrbuch der „Psychosomatischen Medizin“.

Box 4.3 Dualismus von Hand und Wort

Unser Gesundheitsversorgungssystem leidet an einem Dualismus: Auf der einen Seite gibt es eine somatische Medizin, die den Körper nach dem biomechanischen Modell deutet und mit direkten oder indirekten Manipulationen *be-,handelt*“. Auf der anderen Seite haben wir eine psychologische Medizin, die sich nicht um den biomechanisch gedeuteten Körper kümmert und für ihre Interventionen seelische Phänomene annimmt, die sie nach einem ganz anderen Modell *interpretiert*.

Man kann diese Divergenz als Dualismus einer Lehre für Eingriffe der „Hand“ und einer ganz anderen Lehre für Interventionen mit „Worten“ beschreiben und von einem Dualismus der Hand und des Wortes sprechen. Unter Eingriffen der Hand versteht man dann alle Maßnahmen von der physikalischen Therapie über die Behandlung mit ionisierenden Strahlen, die Verschreibung molekularer Wirkstoffe, die auf bestimmte Zellen oder Organe wirken, bis zu chirurgischen Eingriffen. Unter Interventionen mit Worten kann man alle psychotherapeutischen Maßnahmen psychoanalytischer, verhaltenstherapeutischer oder suggestiver Art zusammenfassen.

v. Uexküll, Wesiack 2011: 27

Dieser Dualismus zwischen einer *somatischen* und *psychologischen* Medizin, der wesentlich durch den „Dualismus der Hand und des Wortes“ bestimmt ist, wird uns durchgängig beschäftigen, besonders aber unter der Fragestellung, wie denn eine Aufhebung des Dualismus möglich ist, das heißt eine Integration von *instrumentellen Interventionen* („Hand“) und *kommunikativen* Interventionen („Wort“) des Arztes erreicht werden kann (§ 7, 8). Die Probleme und Folgen einer dualen Medizin sind von v. Uexküll und anderen in vielfältigen Formen herausgearbeitet worden, wobei die theoretischen Ausführungen teils sehr komplex sind (v. Uexküll, Wesiack 1991, 2011). Diese Texte sind relativ umfänglich und nicht immer leicht verständlich, zumal sie gewisse grundlagentheoretische und wissenschaftshistorische Kenntnisse (zur Wissenschaftstheorie, Systemtheorie, Entwicklungspsychologie, Psychoanalyse, Semiotik usw.) voraussetzen.

Zum leichteren Verständnis haben wir deswegen die Unterschiede zwischen einer *somatischen* und *psychologischen* Medizin in einer kon-

4. Biopsychosoziale Medizin

trastiven Darstellung zusammengestellt, die so auch als Tafelbild in der Lehre genutzt werden kann (Abb. 4.2). Unsere tabellarische Darstellung folgt gut verständlichen Texten (v. Uexküll 1991, 2001, 2002), die sich unter dem Aspekt der didaktischen Reduktion unserer Erfahrung nach auch im Unterricht bewährt haben.

	Duale Medizin	
	Somatische Medizin	Psychologische Medizin
Begriffe/Metaphern	„Hand“ Mechanische Einwirkung	„Wort“ Psychische Intervention
Krankheitstheorie	Räumlich lokalisierbare Störung in technischen Gebilden	Folge eines individuellen Sozialisierungsversagens
Gegenstand	Offenes System: „triviale Maschine“	Geschlossenes System: „nicht-triviale Maschine“
Beispiel	Klappendefekt im Herzen Enzymdefekt in Leber	Zwangsneurose Vermeidungsreaktion
Disziplin	Chirurgie, Kardiologie usw.	Psychoanalyse, Verhaltenstherapie usw.
Behandlung/ Intervention	Manuelle Eingriffe: direkt: chirurgisch indirekt: medikamentös	(Be)Sprechen: Bewältigung durch biogra- phische (Selbst)Aufklärung, Verhaltensvorschläge
Ziel	„Reparatur“	„Problemlösung“
Reduktion/Folge	Medizin für: „Körper ohne Seelen“	Medizin für: „Seelen ohne Körper“

Integrierte Medizin Biopsychosoziales Modell
--

Abb. 4.2: Duale und integrative Medizin (Tabellen-Übersicht von uns zusammengestellt nach Texten von v. Uexküll 1991, 2001, 2002, v. Uexküll, Wesiack 1991, 2011).

Was in dieser Darstellung (Abb. 4.2) zunächst noch unter der Metaphorik einer Versorgung per „Hand“ oder „Wort“ getrennt aufgeführt ist, soll nun in einer *integrierten* Medizin zusammengeführt werden, die sowohl in Diagnostik als auch Therapie sämtliche für die Erkrankung und Heilung relevanten bio-psycho-sozialen Aspekte berücksichtigt.

Um zunächst möglichen Missverständnissen vorzubeugen: Der vor allem von George Engel (1979, 1996) sowie Thure v. Uexküll und Wolfgang Wesiack (1991, 2011) geforderte *Paradigmenwechsel* von einer biotechnischen zu einer *biopsychosozialen* Medizin bedeutet keineswegs, die modernen biomedizinischen Errungenschaften und die daraus gewonnenen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten zu vernachlässigen oder gar zu ignorieren, sondern eben eine Integration auf allen Erkenntnis- und Behandlungsebenen zu erreichen:

Die medizinisch indizierte Behandlung mit der „Hand“ (Bypass-OP, Medikation) wird ebenso uneingeschränkt durchgeführt wie die Behandlung mit „Worten“ bei einem „organegesunden“ Patienten fortgeführt wird, der nach gründlicher Untersuchung und Diagnose „ohne Organbefund“ in der Sprechstunde regelmäßig über „Herzschmerzen“ klagt. Der Patient mit „hohem Blutdruck“ wird „medikamentös“ behandelt, während zugleich seine persönlichen Möglichkeiten zur Änderung seines „riskanten“ Lebensstils in der Sprechstunde gemeinsam mit dem Arzt „besprochen“ werden. Der bereits „gut eingestellte“ Patient mit Diabetes mellitus (Typ 1) kann gleichwohl einen Wechsel der Behandlungsformen („Spritzen“ versus „Pumpe“) zum Thema machen, bei dem Arzt und Patient gemeinsam die Vor- und Nachteile der beiden Behandlungsalternativen angesichts der persönlichen Motive („Spritzenphobie“ als „seelisches Problem“) des Patienten und seiner Lebensumstände (Beruf) „besprechen“, worauf wir mit einer konkreten Sprechstundenanalyse ausführlich (§ 22.5) zurückkommen werden.

4.2.2 Integration von Hierarchieebenen

Um den Dualismus zwischen einer somatischen „Medizin für den Körper“ und einer psychologischen „Medizin für die Seele“ mit allen dazugehörigen Dichotomien zu überwinden (Abb. 4.2.), hat eine biopsychosoziale Medizin in der Theorie und Praxis eine Integration von verschiedenen hierarchischen Ebenen zu leisten, auch wenn dies nach dem Stand der Kunst in Theorie und Praxis mehr oder weniger gelingen kann. Hier gilt der mit Popper oben (§ 4.1.2) bereits skizzierte Vorbe-

4. Biopsychosoziale Medizin

halt, dass die Forschung zum „Wie“ einer Wechselbeziehung zwischen Körper und Geist noch in den Anfängen steht, auch für die Medizin als Einzeldisziplin, die sich nicht von ungefähr einer interdisziplinären Kooperation mit anderen Disziplinen (Biologie, Bio-Psychologie, Neurowissenschaften usw.) zu öffnen beginnt. Wie in anderen Disziplinen, so geht es eben auch in einer biopsychosozialen Medizin um die Integration von verschiedenen Ebenen in hierarchischen Systemen (Abb. 4.3), die von kleinsten Einheiten (Partikel, Molekül usw.) bis schließlich zu größten Einheiten (Gesellschaft, Biosphäre) reichen.

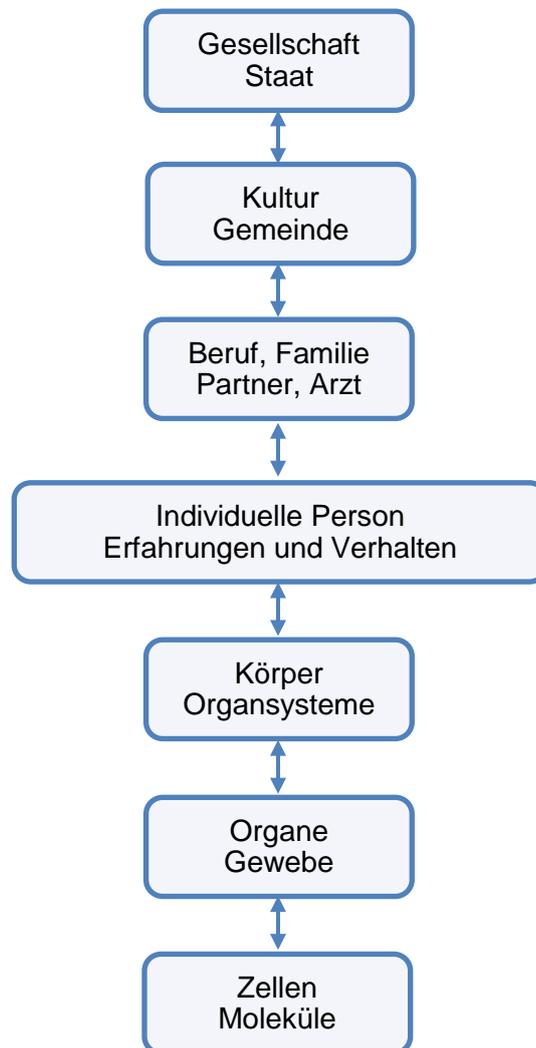


Abb. 4.3: Hierarchische Systemdarstellung des biopsychosozialen Modells
(vereinfacht nach v. Uexküll, Wesiack 1991, Smith et al. 2013)

Die in dieser Abbildung (4.3) zunächst schematisch dargestellten Zusammenhänge sollen nachfolgend konkretisiert und an einem Fallbeispiel spezifiziert werden, das von v. Uexküll und Wesiack in ihren gemeinsamen Arbeiten zur Illustration ihres Ansatzes vielfach benutzt und erörtert haben und das uns hier zur Grundlage für eine Unterrichtseinheit zur biopsychosozialen Medizin dienen soll.

Obwohl die Postulate und Aufgaben zur Überwindung des Dualismus im Rahmen einer *Integrativen* Medizin inzwischen vielfältig ausgeführt worden sind (v. Uexküll, Wesiack 1991, v. Uexküll et al. 2002, Hontschik et al. 2013, Smith et al. 2013), beschränken wir uns nachfolgend im Wesentlichen auf die *semiotischen* und *systemtheoretischen* Begründungskonzeptionen einer integrativen Medizin.

4.2.3 Semiotik und Systemtheorie

Die Begründung und Entwicklung einer biopsychosozialen Medizin ist wesentlich beeinflusst von *semiotischen* (zeichentheoretischen) und *systemtheoretischen* Traditionen, auf die wir hier nur verweisen können (v. Uexküll 1981, Nöth 2000, v. Uexküll 1997/2013, 2000/2013). Beide Ansätze und ihre Verschränkung gründen wiederum auf der Rezeption der Umweltlehre des Biologen Jakob v. Uexküll, die (sein Sohn) Thure v. Uexküll in Konzeptionen einer *Biosemiotik* weiterentwickelt hat (1981, 1996, 1997) (vgl. § 7.2). Wie beziehen uns hier in einer kurzen Darstellung zunächst auf eine Überblicksarbeit zum „Problem einer biopsychosozialen Theorie“ (1991) (Box 4.4), die uns unter dem Aspekt der didaktischen Reduktion auch als Einführungstext in der Lehre besonders geeignet erscheint, um den komplexen Zusammenhängen zwischen verschiedenen *Zeichentypen* (genetische, optische, taktile, akustische Zeichen usw.) und hierarchischen *Systemen* (Moleküle, Organe, Organismus, Gruppe, Gesellschaft, Biosphäre usw.) zu verdeutlichen.

Box 4.4 Zeichen und Systeme

Lebewesen orientieren sich in ihrer Umgebung an Zeichen der verschiedensten Art, die ihnen die Objekte für ihr Verhalten zeigen. Immer wieder stellen Zeichen zwischen Lebewesen und bestimmten, relevanten Teilen ihrer Umgebung Beziehungen her, die beide, das Lebewesen und die relevanten Teile der Umwelt, zu Einheiten, d. h. zu Systemen, zusammenschließen – „integrieren“. Diese Beziehungen mögen noch so

4. Biopsychosoziale Medizin

flüchtiger Natur sein, sie zeigen trotzdem das Prinzip, nach dem lebende Systeme entstehen. Dadurch, daß immer wieder einfachere Systeme zu komplexeren und diese wiederum zu noch komplexeren Systemen zusammengesprochen werden, entstehen „Suprasysteme“ mit hierarchischen Strukturen und „Integrationsstufen“, auf denen „emergent“, d. h. unvorhersehbar, neue Eigenschaften auftreten, Eigenschaften, welche bei den Systemen der einfacheren Integrationsstufe nicht vorhanden sind. Auf diese Weise sehen wir, wie sich biologische, psychische und soziale Systeme bilden und auf verschiedenen Integrationsstufen voneinander abgrenzen.

v. Uexküll 1991: 16

Vom wissenschaftshistorischen Aspekt, den wir hier nicht weiter verfolgen können, ist interessant, dass sich v. Uexküll und Wesiack bei ihren weiteren systemtheoretischen Betrachtungen nicht nur auf den Begründer der biopsychosozialen Medizin, George Engel, beziehen, was ohnehin nahe liegt, sondern *explizit* auch auf Popper (in Popper, Eccles 1989: Kap P1: 34ff.) berufen, wenn sie dessen Auffassung von „Wechselwirkungen von Emergenzstufen“ für die Idee von „Aufwärts- und Abwärtsbewegungen“ zwischen hierarchischen (Sub-) und (Supra-) Systemen gerade im medizinischen Bereich zu begründen suchen (v. Uexküll, Wesiack 1991: 103ff, 155ff, 2011: 34). Da trotz aller erkenntnistheoretischen Differenz, die wir hier beiseitelassen müssen,⁴ diese Auffassung von „Aufwärts- und Abwärtsbewegungen“ zwischen den Systemebenen für die biopsychische Modellbildung zentral ist, soll sie hier ausführlich wiedergegeben werden (Box 4.5), bevor wir sie in mehreren Schritten zu konkretisieren suchen.

Box 4.5 Bio-psycho-soziale Auf- und Abwärtsbewegungen

Die hierarchische Ordnung (...) läßt sich als „bio-psycho-soziales Modell“ oder „bio-psycho-soziale Theorie“ beschreiben. Sie gibt dem Arzt ein Orientierungsschema; denn auf jeder Integrationsstufe hierarchisch aufgebaut, lebender Systeme können Störungen auftreten, die über „somato-

⁴ Trotz der expliziten Anlehnung an Popper in der Frage der Wechselwirkungen zwischen Systemebenen grenzen sich v. Uexküll, Wesiack (1991: 53ff) gegen Popper als „Verfechter einer ‚objektiven Erkenntnis‘“ sowie Poppers und Eccles Drei-Welt-Theorie (s. o. § 4.1) ab, zugunsten eher der Position des *Konstruktivismus*, wie sie etwa von Glasersfeld (1981) vertreten wird. Es sei hier dahingestellt, inwieweit die Übernahme des einen Ansatzes bei Ablehnung des anderen konsistent ist.

psychosoziale Aufwärts-Effekte“ von der Zelle bis zur sozialen Gruppe, und über „sozio-psycho-somatische Abwärtseffekte“, von der sozialen Ebene bis zur Zelle, Auswirkungen in dem System als Ganzem haben. Der Arzt kann mit Hilfe des Orientierungsschemas Störungen auf den verschiedenen Integrationsebenen „lokalisieren“. Er kann Störungen auf der Ebene der Zellen, z. B. einen Immundefekt, mit Störungen auf der Ebene der Organe und des Organismus, die als Folgen des Immundefekts entstehen, und diese wieder mit Problemen in Verbindung bringen, die bei einer solchen Störung auf der psychischen und sozialen Integrationsebene auftreten (...) Anstelle der traditionellen Theorie, die Reaktionen lebender Gebilde als Folgen mechanischer Einwirkungen auffasst, deutet die biosemiotische Theorie Reaktionen als Antworten lebender Systeme auf Zeichen.

v. Uexküll 1991: 16f

Um das Modell der bio-psycho-sozialen Wechselwirkung von Integrationsebenen zu konkretisieren, haben v. Uexküll und Wesiack in verschiedenen Arbeiten eine Reihe von Krankheitsfällen diskutiert, von denen wir hier den Fall einer Patientin genauer betrachten wollen (§ 4.3), die zu Beginn der Sprechstunde über nächtliche „Anfälle von akuter Atemnot“ berichtet. Das Fallbeispiel soll hier in eine Lerneinheit eingebettet werden, die so oder so ähnlich in der Lehre und Fortbildung oft erprobt wurde.

4.3 Lerneinheit: „Eine alltägliche Krankengeschichte“

Das folgende Fallbeispiel ist von v. Uexküll und Wesiack immer wieder zum Ausgangspunkt ihrer Begründung einer biopsychosozialen Medizin genommen worden, so als „eine alltägliche Krankengeschichte“ in ihrer „Theorie der Humanmedizin“ (1991) wie auch in verschiedenen Varianten ihres wissenschaftstheoretisch orientierten Einleitungskapitels zum Lehrbuch der „Psychosomatischen Medizin“. Wir beziehen uns hier auf die neuste Auflage (2011), aus der zunächst der Fallbericht (Box 4.6) wörtlich wiedergegeben wird, der um einen zweiten Teil (aus: v. Uexküll, Wesiack 1991) ergänzt wird. Der Fallbericht dient zugleich als Einstieg in eine Lerneinheit zur bio-psycho-sozialen Medizin, wie sie im Unterricht in unserer Klinik in mehreren Schritten entwickelt und ausdifferenziert wurde.

Box 4.6 „Ein exemplarischer Krankheitsfall“

(Teil 1) Das Sprechzimmer betritt erstmals eine etwa 50jährige Frau und berichtet, dass sie in den letzten drei Wochen zweimal nachts Anfälle von akuter Atemnot bekommen habe. Die Luft sei ihr weggeblieben, und sie habe gemeint, sterben zu müssen. Auf die Bitte des Arztes, die Umstände zu schildern, unter denen die Atemnotanfälle aufgetreten seien, berichtet sie unter tiefem Seufzen, dass sie mit einem Ausländer in schlechter Ehe verheiratet sei; er vernachlässige sie und bleibe oft nächtelang weg. Die so bedrohlich empfundenen Atemnotanfälle seien aufgetreten, als ihr ältester Sohn (18 Jahre) erklärt habe, er wolle sich von der Familie trennen und wegziehen. Nachdem sie dies alles in recht vorwurfsvollem Ton vorgebracht hat, bricht sie in Tränen aus.

Während des Berichts der Patientin ändert sich die Stimmungslage des Arztes. Beim Eintreten nahm er eine kleine, adipöse – sie wog, wie sich später herausstellte, bei 161 cm Größe 108 kg – und kurzatmige Frau mit etwas zyanotischen Lippen wahr, die auf ihn zunächst einen „schmuddeligen“ und unsympathischen Eindruck machte, obwohl sie, wie er später bemerkte, keineswegs ungepflegt war. Diese ablehnende Stimmung des Arztes, die der erste Eindruck hervorgerufen hatte, wandelte sich während des Berichts der Patientin in wohlwollendes Interesse und Hilfsbereitschaft.

Die weitere Untersuchung der Patientin ergab Anzeichen einer durch Adipositas und leichte Hypertonie bedingten Herzinsuffizienz mit Linkshypertrophie des Herzens sowie eine leichte Erhöhung der Blutfette.

(Teil 2) Später berichtet sie, dass sie sich schon im Elternhaus ungeliebt und abgelehnt gefühlt hatte, in der Schule bereits wegen ihrer beginnenden Adipositas von den Mitschülern gehänselt worden sei und bereits mit 18 Jahren schwanger geworden und in die Ehe geflüchtet sei, in der sie aber auch wiederum keine Liebe und Wärme sondern nur Ablehnung erfahren habe.

v. Uexküll, Wesiack 1991: 13 (= Teil 2) und 2011: 4 (=Teil 1)

Wir können diesen Fall, den v. Uexküll und Wesiack sowohl in ihrem wissenschaftstheoretischen Einleitungskapitel (2011) als auch ihrem Buch zur „Theorie der Humanmedizin (1991) (über mehr als 600 Seiten verteilt) immer wieder zwischendurch zur Erläuterung ihrer Theorie der biopsychosozialen Medizin unter vielfältigen (semiotischen, systemtheoretischen, konstruktivistischen, entwicklungspsychologischen, psychoanalytischen usw.) Aspekten diskutieren, hier nur rudimentär besprechen. Dabei versuchen wir hier eine didaktische Reduktion für Lehr-

zwecke, die im Bedarfsfall wieder aufzuheben ist – im Zweifel durch Rekurs auf die genannten Originalquellen.

Wir stellen die Besprechung des Falles in einer Lerneinheit zunächst so dar, wie sie in der Praxis der Lehre an unserer Klinik so oder so ähnlich schon oft verlaufen ist. Im Idealfall können die Kenntnisse zur Kritik an der dualen Medizin sowie zur Begründung des Paradigmenwechsels zur biopsychosozialen Medizin – wie vorausgehend (§ 4.2) ausgeführt – bereits vorausgesetzt werden. Die Fallbesprechung kann dann in den Mittelpunkt der folgenden Lerneinheit gestellt werden, wobei der Lehr-Lern-Prozess etwa folgenden Verlauf mit folgenden didaktisch-methodischen Schritten nehmen kann.⁵

4.3.1 Biopsychosoziale Anamnese

Werden Teilnehmer (im Unterricht) zunächst (als bis dahin „unbefangene“) Beobachter gebeten, die durch den Bericht erhaltenen „Informationen“ zur Anamnese in „wesentlichen Stichpunkten“ zusammenzufassen, so wird man – wie in der Unterrichtspraxis oft so oder so ähnlich geschehen – etwa folgende Liste erhalten, die wir hier nur der leichteren Bezugnahme wegen durchnummerieren:

1. Geschlecht: weiblich
2. Alter: 52 Jahre
3. Größe: 164 cm
4. Gewicht: 108 kg
5. Adipositas
6. Atemnotanfälle (Dyspnoe)
7. (Todesangst)
8. Verheiratet (frühe Flucht in Ehe)
9. Ehe tendenziell zerrüttet
10. Sohn (zieht demnächst aus)
11. Linkshypertrophie der Herzens (mäßig)
12. Hypertonie (mäßig)

⁵ Wir stellen im Folgenden eine Lerneinheit zur biopsychosozialen Medizin an diesem exemplarischen Fall dar, die so oder so ähnlich in unserer Klinik wiederholt erprobt wurde, wobei die Realisierung der einzelnen didaktisch-methodischen Schritte auch eine Frage der Zeiteinheit ist, weswegen diese Lerneinheit entsprechende Kürzungs- bzw. Erweiterungsmöglichkeiten bietet.

4. Biopsychosoziale Medizin

13. Hyperlipidämie (mäßig)
14. Ablehnung (in Kindheit, Jugend, Ehe)
15. Depression (?)

Diese exemplarische Liste zur Anamnese ist wie gesagt nur eine „Stoffsammlung“ zum berichteten Fall, die so oder so ähnlich etwa von Studierenden zusammengestellt wird, mit oder auch ohne die Ergänzungen (hier in Klammern), die bei „minimalistischen“ Stoffsammlern oft weggelassen werden.⁶

In einer ersten Lernphase führen Instruktionen zur weiteren Gliederung, Sortierung, Klassifizierung usw. dann häufig zu Einteilungen etwa nach „Befunden“ oder „Diagnosen“, die nach unterschiedlichen Typen der „Datenerhebung“ differenziert werden können. Danach werden etwa grob „Daten“ danach unterschieden, ob sie „erst später“ durch körperliche Untersuchungen und Labor oder „bereits sofort“ in der Sprechstunde selbst gewonnen werden können, und zwar auf verschiedenen Ebenen der „Beobachtung“, in der ein Arzt mehr oder weniger aufmerksam etwa bestimmte nonverbale Daten („Seufzer“) wahrnehmen oder auch „überhören“ oder „übersehen“ kann. Insgesamt werden in diesem Fallbeispiel etwa folgende Typen von Daten unterschieden, die

- unmittelbar durch „Augenschein“ („Adipositas“) wahrgenommen
- durch kommunikative (nonverbale) Wahrnehmungen wie Tonfall, Seufzer, Tränen usw. („Depression“) vermittelt
- gesprächsweise durch mitgeteilte Inhalte („Ablehnung“ in Kindheit, Jugend, Ehe usw.) erfahren
- durch Untersuchungen und Labor („Hypertonie“, Hyperlipidämie“ usw.) erst später gewonnen wurden.

Eine weitere Einteilung nach *bio-psycho-sozialen* Themenbereichen führt in der Lerngruppe zumeist zu folgender Zuordnung der (oben durchnummerierten) Themen:

- *bio* (1-6, 11-13)
- *psycho* (7, 14-15)
- *sozial* (8-10)

⁶ Die Eindrücke zur Arzt-Patient-Beziehung selbst, d.h. Phänomene zur Übertragung und Gegenübertragung („unsympathisch“), spielen in einer ersten Stoffsammlung der Studierenden zumeist noch keine Rolle, sie sollen aber später in einem weiteren Schritt (§ 4.4) berücksichtigt werden.

Sind die so herausgearbeiteten „Daten“ für die Lerngruppe erst einmal in dieser Form als „Stoffsammlung“ gegenwärtig, sollen Zusammenhänge hergestellt werden, die tendenziell eine Diagnose und mögliche Therapie als plausibel erscheinen lassen. In der Lehre kann zu diesem Zweck eine Darstellung des Falles (Abb. 4.4) benutzt werden, die idealerweise als „Tafelbild“ während und nach der Lektüre ausgewählter Textpassagen (aus: v. Uexküll, Wesiack 1991, 2011) im Unterricht laufend interaktiv mit den Lernenden entwickelt, ergänzt oder korrigiert werden kann.

Das „Tafel“- oder „Folienbild“ (Abb. 4.4), das also sowohl (bei Zeitknappheit) deduktiv eingesetzt als auch im Unterricht induktiv mit den Studierenden bei der Textarbeit gemeinsam entwickelt werden kann, soll das Textverständnis fördern helfen und nachfolgend vor allem der Erarbeitung der zirkulären *Auf- und Abwärtsbewegungen* im biopsychosozialen Modell dienen.

4.3.2 Auf- und Abwärtseffekte

Ausgangspunkt in der Lehre ist zumeist der *aktuelle* Konsultationsgrund der Patientin, der im Fallbericht als „nächtliche Atemnotanfälle“ ausgewiesen wird. Folgt man im Unterricht zunächst den Fragen des behandelnden Arztes (nach den „Umständen“) und dem Erzählduktus der Patientin, dann wird in der Regel der Auszug des Sohnes zwar als „Auslöser“ für die aktuellen „Symptome“ der Patientin erkannt, eine „Erklärung“ allerdings auf einer „tieferen“ Ebene der Entwicklung von *Beziehungsmustern* in einer „älteren“ Vergangenheit angesiedelt, die über die inzwischen zerrüttete Ehe hinaus bis in die frühe Kindheit zurückreicht (Abb. 4.4).

Diese für die Patientin biographisch bedeutsamen Zusammenhänge, die sich also von der frühen Kindheit bis in die Gegenwart ihrer nächtlichen Atemnotanfälle erstrecken, werden durch v. Uexküll und Wesiack auf folgende Weise (Box 4.7), wiederum mit Bezug auf Popper (s. o.), als „Aufwärts- und Abwärtseffekte in einem hierarchischen System“ beschrieben.

4. Biopsychosoziale Medizin

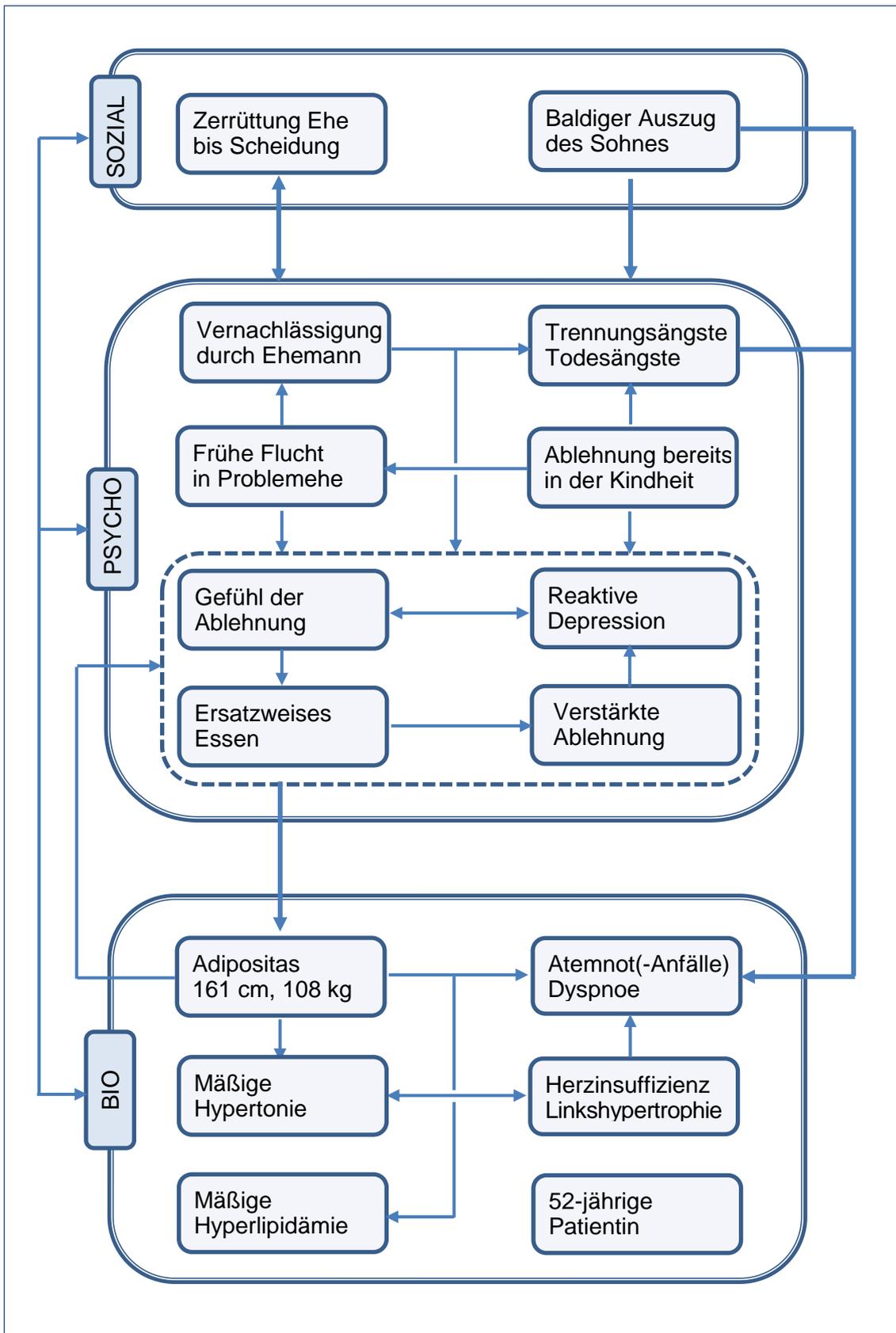


Abb. 4.4: Schematische Darstellung („Tafelbild“) der biopsychosozialen Auf- und Abwärtseffekte (nach Texten von v. Uexküll 1991, v. Uxküll, Wesiack 2011)

Box 4.7 Auf- und Abwärtseffekte im hierarchischen System

Auf der Ebene des Organismus vermitteln Hormone und Nervenaktionsströme den Informationstausch zwischen Organen; und auf der nächst komplexeren Ebene vermitteln psychische Prozesse die Verbindung zwischen Organismus und Umgebung. Das Problem, wie man sich die Verbindungen zwischen diesen verschiedenen Ebenen vorstellen soll, lässt sich systemtheoretisch als die Frage formulieren, wie *Aufwärts- und Abwärtseffekte* in einem hierarchischen System (Popper 1977) zustande kommen. Es lässt sich mit der Annahme lösen, dass die Zeichensysteme der verschiedenen Ebenen durch Übersetzungen bzw. Transmutationen verbunden werden.

Im Rahmen einer solchen Betrachtungsweise ist das sog. psychophysische Problem nur eines unter anderen. Für das Problem, das uns die eingangs geschilderte Patientengeschichte aufgibt, bieten diese Hintergründe dem Praktiker Klärung und Orientierung in seiner alltäglichen Arbeit: Die somatischen Zeichensysteme endokriner und nervaler Art, welche die Herz-, Kreislauf- und Lungenfunktionen der Patientin regulieren, sind mit psychischen Zeichensystemen gekoppelt, welche die Patientin über die – für sie vitale – Aspekte ihrer Umwelt informieren. Ehemann und Sohn sind Bedeutungsträger, d.h. sie vermitteln Nachrichten, die entscheiden, welchen Aspekt die Umwelt für die Patientin hat und welche somatischen Bereitstellungen der Organe jeweils erforderlich sind. Bedeutungskopplungen, in denen Bezugspersonen eine derartige Wichtigkeit erlangen, sind meist schon in der frühen Kindheit geknüpft worden.

v. Uexküll, Wesiack 2011: 34f

Mit den so beschriebenen Bedeutungskopplungen lassen sich sowohl die aktuellen Konflikte als auch die bisherigen Bewältigungsmuster der Patientin erkennen, die gegenwärtig zu versagen drohen. Suchte die Patientin bisherige Konfliktsituationen der Ablehnung und Kränkung durch ersatzweises Essen zu kompensieren, was an sich schon selbstschädigend genug ist, versagt diese Art der Bewältigungsversuche angesichts der bevorstehenden Trennung von ihrem Sohn.

Während der „Auszug“ eines erwachsenen Kindes – trotz aller Ablöseprobleme auf beiden Seiten – in der Regel als erwarteter „Normalfall“ ohne größere Probleme ins alltägliche Familienleben integriert werden können sollte, gerät in diesem Fall der Ablösevorgang angesichts der Vorgeschichte der Patientin zu einer individuellen Katastrophe, in der sie Atemnotanfälle mit Todesangst entwickelt: „die Luft sei ihre weggeblieben, und sie habe gemeint sterben zu müssen“. Dramatischer kann

4. Biopsychosoziale Medizin

ein Arztbesuch als Hilfeersuchen kaum begründet werden, was unter dem Aspekt der Beziehungsgestaltung zwischen Arzt und Patientin noch genauer zu betrachten ist. Zuvor ist mit v. Uexküll und Wesiack das „diagnostische“ Resümee festzuhalten, das die Patientin in einem *Circulus vitiosus* beschreibt (Box 4.8), der sich bereits in ihrer Kindheit entwickelt hat und bis in ihre Gegenwart prägend ist.

Box 4.8 *Circulus vitiosus*

Es wird erkennbar, dass es sich um einen Menschen handelt, der schon in der Primärfamilie abgelehnt wurde, von dort in die Ehe flüchtete, in der sich die Patientin wiederum abgelehnt fühlte, reaktiv depressiv wurde und ersatzweise vermehrt zu essen begann, wodurch sich ein *Circulus vitiosus* von Gewichtszunahme, verstärkter Ablehnung und vermehrter Nahrungsaufnahme entwickelte. In diesem *Circulus vitiosus* können wir sehr gut die Bedeutungskopplungen zwischen den verschiedenen Integriationsebenen und die durch sie gebahnten Abwärts- und Aufwärtsbewegungen von der psychosozialen Systemebene zur körperlichen und von hier wieder zurück beobachten. Weil sich die Patientin abgelehnt fühlt, beginnt sie vermehrt zu essen und wird adipös. Durch diese körperliche Veränderung stößt sie nun vermehrt auf Ablehnung, wodurch sie verstärkt depressiv wird und noch mehr Nahrung zu sich nimmt.

v. Uexküll, Wesiack 2011: 39

Was die „Vollständigkeit“ der Fallanalyse angeht, sind abschließend mit v. Uexküll und Wesiack weitere Auf- und Abwärtsbewegungen zu ergänzen, die etwa darin bestehen, dass es durch die Gewichtszunahme allmählich zu Folgeerkrankungen kam (relative Herzinsuffizienz mit Linkshypertrophie des Herzens, leichte Hypertonie, Verdacht auf Asthma-cardiale-Zustände), mit der Schlussfolgerung: „Jetzt ist die Patientin ‚herzkrank‘“ (2011: 39). Unter diesem Aspekt könnte sich dann die Perspektive einer rein organbezogenen Behandlung (Herz bzw. Kreislaufsystem) einstellen, die als (einzige) therapeutische Perspektive der Komplexität des Falles sicher nicht gerecht werden würde.

4.3.3 Diagnostisch-therapeutischer Zirkel als Prozess

Ist der Fall erst einmal so komplex entwickelt, ist die Rückkehr zu einem *reduktionistischen* Krankheitsverständnis verstellt, nach dem ein-

zelne Phänomene bzw. Symptome („Atemnot“, „Hypertonie“, „Adipositas“) isoliert behandelt werden könnten. Hier bestünde erneut die Gefahr, in einen Behandlungsdualismus zu verfallen, bei dem „Körper ohne Seelen“ oder aber „Seelen ohne Körper“ getrennt behandelt würden (§ 4.2). Eine Integrative Medizin zeichnet sich darüber hinaus auch durch eine Integration von Diagnose und Therapie aus, was v. Uexküll und Wesiack (1991: 291ff, 2011: 39) wiederholt auch an diesem Beispiel als „diagnostisch-therapeutischen Zirkel“ beschrieben haben (Box 4.9), der vor allem ein kontinuierlicher *Kommunikationsprozess* zwischen Arzt und Patient ist.

Box 4.9 Diagnostisch-therapeutischer Zirkel

Der Patient empfängt die über verschiedene verbale und nonverbale Kanäle vom Arzt zu ihm kommenden Informationen und reagiert darauf mit Vertrauen oder Mißtrauen und Angst. Er wird sich dementsprechend verhalten und weitere Informationen geben oder zurückhalten. So bildet sich jener spezifische Kommunikationsprozeß zwischen Arzt und Patient, den wir den diagnostisch-therapeutischen Zirkel nennen möchten, weil die diagnostischen und therapeutischen Bemühungen des Arztes von Anfang an fast unlösbar ineinander verklammert sind. Mit Recht haben deshalb erfahrene Ärzte immer wieder darauf hingewiesen, daß die Behandlung des Patienten mit dem ersten Händedruck beginnt und der diagnostische Prozeß nie ganz abgeschlossen ist, solange Arzt und Patient miteinander umgehen.

v. Uexküll, Wesiack 1991: 292

Obwohl im diagnostisch-therapeutischen Zirkel Zwischenbilanzen möglich und sinnvoll sind, ist der Kommunikationsprozess prinzipiell für neue Entwicklungen offenzuhalten.⁷ Geschieht dies nicht, können wertvolle diagnostische Erkenntnisse und therapeutische Handlungsmöglichkeiten verloren gehen, wie sich nach v. Uexküll, Wesiack (1991) (Box 4.10) am vorausgehenden Fallbeispiel leicht aufzeigen lässt, wenn man sich als Arzt auf die Perspektive eines biomedizinischen Behandlungsansatzes reduzieren würde.

⁷ Natürlich anerkennen v. Uexküll und Wesiack (2011: 39) die Logik der Reihenfolge, dass das Erkennen dem Handeln vorausgeht, betonen aber die Einheit in dem Sinn, dass Erkennen ohne Handeln nicht möglich sei.

Box 4.10 Biomedizinische Reduktion

Ein ausschließlich an den somatischen Befunden interessierter Arzt würde seine diagnostischen Bemühungen abbrechen, sobald er die Adipositas, die relative Herzinsuffizienz, die Hypertonie und die leichte Hyperlipidämie diagnostiziert und darüber hinaus festgestellt hätte, daß sich zur Zeit ein akut bedrohliches Organgeschehen ausschließen läßt.

v. Uexküll, Wesiack 1991: 294

Das Ausmaß der Reduktion kann im Unterricht am vorausgehenden „Tafelbild“ (Abb. 4.4) in den Blick genommen werden, bei dem deutlich wird, welche Informationen verloren gehen, wenn man bei der Betrachtung auf das „untere biomedizinische Drittel“ fokussiert und „alles andere“ sowie die Bezüge zwischen den „biopsychosozialen“ Daten ignoriert. Diese Art von „Daten“ hätte ein rein biomedizinisch orientierter Arzt, der sich überwiegend auf „objektive“ Symptome beschränkt hätte, im Anamnesegespräch erst gar nicht erhoben.

Ebenso wird die Reduktion auf verbleibende Therapien von Adipositas, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Hyperlipidämie deutlich. Hier werden sich mit Sport- und Diätempfehlungen sowie Medikamenten (zur Unterstützung des Herz-Kreislauf-Systems, Lipidsenker usw.) langfristig kaum Erfolge erzielen lassen, wenn nicht der oben beschriebene *Circulus vitiosus* berücksichtigt und entsprechend die Krankheitseinsicht der Patientin gefördert wird. Diese Förderung der Krankheitseinsicht kann wiederum nur *gesprächsweise* erreicht werden, und zwar in Fortsetzung einer Art Sprechstunde, wie sie ja laut Fallbericht schon begonnen worden war. Wollen Arzt und Patientin hier weiterhin erfolgreich zusammenarbeiten, müssen sie sich erneut auf den beschriebenen *diagnostisch-therapeutischen Zirkel* als *kommunikativen* Prozess (Box 4.9) einlassen, worauf nachfolgend näher eingegangen werden soll.

4.3.4 Die Binnenperspektive der Kommunikation

Indem wir uns nun dem (mutmaßlichen) kommunikativen Verlauf der Sprechstunde zuwenden, wechseln wir von der bisherigen Außenperspektive auf die *Binnenperspektive* der Kommunikation, in der wir uns versuchsweise auf den Standpunkt der beteiligten Akteure (Patientin, Arzt) stellen. Obgleich die Übernahme der Teilnahmeperspektive der Handelnden spezifische Probleme birgt, ist sie methodisch nicht zu hin-

tergehen (Habermas 1981, Stern 1998, 2010, Koerfer 1994/2013). Soll die Handlungs- und Kommunikationsanalyse gegenüber den Verständigungsleistungen der handelnden Subjekte nicht „blind“ bleiben, muss sie – wie auch immer approximativ – die teilnehmende Binnenperspektive zu übernehmen versuchen. Dieser methodische Ansatz, den wir insbesondere bei unseren empirischen Kommunikationsanalysen (§ 18-23) praktizieren werden, kann hier wegen der reduzierten Datenlage eines Fallberichts nur bedingt zum Zuge kommen.

Damit ist im Unterricht ein weiterer Schritt zu vollziehen, nämlich hypothetisch die „Sprechstunde“ als „diagnostisch-therapeutischen Kommunikationsprozess“ (s. o.) fallbezogen zu rekonstruieren. Denn der Fallbericht, den uns von Uexküll und Wesiack in ihrer Zusammenfassung (auf weniger als einer Seite) (Box. 4.6) präsentieren, beruht ja auf einem längeren Kommunikationsprozess zwischen Arzt und Patientin, der schließlich das alles formal und inhaltlich zutage gefördert haben muss, was uns letztlich als „kommuniziertes“ Ergebnis in Berichtsform kondensiert vorliegt.

Wie wir eingangs (§ 2) zur Methodik der Gesprächsanalyse ausgeführt haben, sind Berichte über erinnerte Kommunikation nicht mit der Kommunikation selbst zu verwechseln. Deswegen war dort ein Plädoyer für die audiovisuelle Aufzeichnung und Transkription (Verschriftung) von Arzt-Patient-Kommunikation gehalten worden. Eine derart empirisch basierte Kommunikationsanalyse würde im vorliegenden Fall etwa folgenden Fragen zum möglichen Gesprächsverlauf nachgehen, die sich so oder so ähnlich in loser Reihenfolge auch in einer Lerngruppe stellen, wenn man vom Fallbericht auf die real zugrunde liegende Kommunikation rückschließen soll:

- Wie hat der Arzt das Gespräch eröffnet?
- Wie hat die Patientin ihr Anliegen, ihre Beschwerden eingeleitet („Eintrittskarte“, „Präsentiersymptom“)?
- Was wurde dann in welcher Form thematisch entwickelt?
- Wann und wie kam es speziell zur Besprechung der „heiklen“ psychosozialen Themen („Auszug des Sohnes“, „zerrüttete Ehe“)?
- Welche konkreten Gesprächstechniken (verbalen und nonverbalen Interventionen) des Arztes haben diese psychosozialen Themenentwicklungen gefördert (eingeleitet, aufrechterhalten, vertieft)?

4. Biopsychosoziale Medizin

- Welche Gesprächstechniken haben diese psychosozialen Themenentwicklungen behindert (ausgebremst, abgeschlossen, abgebrochen)?
- Wann genau „bricht die Patientin in Tränen aus“?
- Ab wann und wodurch genau änderte sich die Wahrnehmung und Stimmung des Arztes von „Ablehnung“ zu „wohlwollendem Interesse und Hilfsbereitschaft“?
- Inwiefern hat sich dieser Einstellungswandel des Arztes in einem geänderten Gesprächsverhalten („Empathische Rückmeldung“) niedergeschlagen?
- Wie hat sich sein mögliches empathisches Gesprächsverhalten auf das Gesprächsverhalten der Patientin und den weiteren Themenverlauf ausgewirkt?
- Wann und wodurch genau kam es eigentlich zur Thematisierung der Kindheit und Jugend der Patientin?
- Wann wurde der Begriff der „Ablehnung“ von wem eingeführt und wann – wenn überhaupt – wurde der dazu passende Begriff der „Kränkung“ von wem benutzt?
- Inwieweit kam es unter dem Aspekt des diagnostisch-therapeutischen Zirkels (s. o.) ansatzweise zu einer Förderung der Krankheitseinsicht der Patientin (im Sinne des oben aufgezeigten *Circulus vitiosus*)?
- Wie sind Arzt und Patientin mit welcher Behandlungsperspektive weiterhin verblieben?

Während einige dieser Fragen (vor allem nach der Reihenfolge) durch entsprechende Hinweise im Fallbericht ungefähr beantwortet werden können (vgl. Bericht in Box 4.6: „nachdem“, „später“, „während“), zeigt sich schnell, dass viele der Fragen, die die konkrete kommunikative Gestalt des Falles betreffen, unbeantwortet bleiben müssen. In der Lerngruppe wird deutlich, wie wenig man trotz eines guten Fallberichts über die konkrete „Gesprächswirklichkeit“ zwischen Arzt und Patientin in Erfahrung gebracht hat, was im weiteren Unterrichtsverlauf herausgearbeitet werden soll.

4.3.5 Drehbücher und Rollenspiele

Um die kommunikative Erfahrungslücke ansatzweise zu schließen, können weitere Unterrichtsimpulse durch folgende didaktisch-metho-

dische Schritte gesetzt werden. Dabei können die Unterrichtsmaterialien entweder schon vorbereitet oder gemeinsam in der Gruppe erarbeitet werden.

- Drehbuch
- Rollenspiel
- Akzeptanzprüfung

Alle drei Unterrichtsvarianten dienen der Übernahme der Teilnahmeperspektiven aus der Binnenperspektive von Patientin und Arzt. Im Rollenspiel können die Rollenspieler die Kommunikation quasi „am eigenen Leib erfahren“, was ja gerade den Sinn des Rollenspiels ausmacht (§ 13.5). In unserem Fall kann die Erfahrung etwa unter den folgenden Fragestellungen strukturiert werden:

- Patientin: „Wie fühlt sich das an, wenn ich die adipöse Patientin spielen soll, die ‚von allen abgelehnt‘ wird?“
- Arzt: „Wie komme ich mit einer Patientin klar, die mir erzählt, dass sie ‚von allen abgelehnt‘ wird, und wie reagiere ich darauf?“

Die drei Unterrichtsformen (Rollenspiel, Drehbuch, Akzeptanzprüfung) wurden allgemein, aber auch spezifisch an diesem Fallbeispiel erprobt. Sie können auch kombiniert zur Anwendung kommen. Bekanntlich können Rollenspiele sowohl als *freie* Rollenspiele als auch in der Form von (tran)skriptgestützten Rollenspielen („Drehbücher“) gestaltet werden (Koerfer et al. 1996, 2008), worauf wir gesondert im Zusammenhang mit OSCE-Prüfungen eingehen, die mit *Schauspielerpatienten* (SP) (§ 13.41) durchgeführt werden.

Skriptgestützte Rollenspiele bedürfen naturgemäß der Vorbereitung, die sich in unserem Fall als „Hausaufgabe“ für die nächste Stunde anbietet, und zwar an eine Studentin, die sich auf die Rolle der „adipösen“ Patientin vorbereitet. Wenn die „Hausaufgabe“ bereits entsprechend vorher vergeben wird – evtl. unter Mitwirkung der Dozentin – kann das Rollenspiel zum vorliegenden Fall der Rolle der Patientin so eingesetzt werden, dass die Arztrolle von Lernenden auch „blind“ gespielt werden kann, weil der Fall eben noch nicht bekannt ist.

Ob der Fall nun einigen/allen Gruppenmitgliedern vorher bekannt ist oder nicht: In allen Spielvarianten erfahren die Teilnehmer, wie die „Gesprächswirklichkeit“ bei vergleichbarem „Input“ (Rollenskript als „Drehbuch“ basierend auf dem obigen Fallbericht) sehr unterschiedlich

ausfallen kann, vor allem was die Platzierung und Entwicklung von „heiklen Themen“ im Gespräch anlangt.

Dennoch gibt es trotz aller Varianz auch hier „kommunikative Regeln“, die einer allgemeinen Interaktionslogik und Psychodynamik von Gesprächen folgen. Danach muss man auch oder gerade in der Arzt-Patient-Beziehung bis zu einem gewissen Grad Vertrauen aufgebaut haben, bevor man weiteres Vertrauen fassen kann, um etwa „heikle“ Themen anzusprechen (§ 20, 21). Diese Regel, nach der „heikle“ Themen genügend Vertrauen und Gesprächszeit voraussetzen, lässt sich auch im Unterricht ohne größere Vorbereitung „entdecken“, indem die Teilnehmer ihre eigene kommunikative Kompetenz durch Akzeptanzprüfungen nutzen, was nachfolgend am Fallbeispiel veranschaulicht werden soll.

4.3.6 Sprachlich-kommunikative Akzeptanz

Die Geltung von Kommunikationsregeln im Alltag wie beim Arztbesuch lässt sich dadurch „entdecken“, dass man strittige oder fragliche Fälle einer *Akzeptanzprüfung* unterzieht (Koerfer, Neumann 1982, Koerfer 1994/2013, Koerfer et al. 2008). Dieses Verfahren lässt sich auch im Unterricht auf unseren Fall anwenden, indem man kreativ mögliche wie unwahrscheinliche Fälle („Drehbücher“) konstruiert und auf ihre Akzeptabilität testet: Im Unterricht wurden am oben besprochenen Fall der Patientin etwa spontan folgende Beispiel-Konstruktionen als Fälle der „Unwahrscheinlichkeit“ von Gesprächsanfängen zurückgewiesen, unabhängig davon, auf welchen Typ von Eröffnungsfrage des Arztes die Patientin letztlich antwortet:⁸

⁸ Im Unterricht gibt es je nach Zeit eine aktive und eher passive Variante des Lernens, um Aha-Effekte zu erreichen: Man lässt die Lernenden selbst „unwahrscheinliche“ Eröffnungsfälle bilden oder legt sie Ihnen nacheinander vor, was zumeist heitere Reaktionen auslöst, was zugleich für alle Beteiligten ein Zeichen für die „Inakzeptabilität“ der Beispiele (1-3) ist.

B 4.1	Eröffnungssequenz (Konstruktion 1)		Kommentar
01	A	so Frau A, was führt Sie her? .	Eröffnungsfrage: Konsultations- grund
02	P	mein Sohn zieht aus ...	Unwahrscheinliche Antwort 1

B 4.2	Eröffnungssequenz (Konstruktion 2)		Kommentar
01	A	so Frau A, was liegt an? .	Eröffnungsfrage: Anliegen
02	P	ich bin früh in eine Ehe geflüchtet, die jetzt zu scheitern droht ...	Unwahrscheinliche Antwort 2

B 4.3	Eröffnungssequenz (Konstruktion 3)		Kommentar
01	A	so Frau A, wie kann ich für Sie tun? .	Eröffnungsfrage: Angebot
02	P	ich bin schon in der Kindheit oft gehänselt worden ...	Unwahrscheinliche Antwort 3

Obwohl es sich in allen Fällen um einen gängigen *Typ von ärztlicher Eröffnungsfrage* handelt, worauf wir noch gesondert zurückkommen (§ 19.2), sind die ersten drei hypothetischen Patientenantworten sämtlich „unwahrscheinlich“ oder „deviant“, während die vierte Antwort höchstwahrscheinlich, jedenfalls voll akzeptabel, weil „normal“ ist.

B 4.4	Eröffnungssequenz (Konstruktion 4)		Kommentar
01	A	so Frau A, was führt Sie her? .	Eröffnungsfrage: Konsultations- grund
02	P	ich hab in der letzten Zeit so Atemnot, vor allem nachts ...	Wahrscheinliche Antwort 4

Offenbar gilt in der Sprechstunde die kommunikative (Verhaltens-) Regel, mit „somatischen“ Beschwerden als „Eintrittskarte“ (*ticket of entry*) (§ 18.7, 19.4, 23.4) beginnen zu müssen, d.h. umgekehrt man kann

4. Biopsychosoziale Medizin

nicht „mit der Tür in Haus fallen“ und etwa mit seinen Eheproblemen oder gar seiner „schwierigen“ Kindheit beginnen. Hier wird schnell klar, welche Gebote/Verbote für uns alle beim Arztbesuch gelten: Seit den „Doktorspielen“ der Kindheit sind wir auch durch reale Arztbesuche alle so sozialisiert, dass wir wissen, „mit was man zum Arzt gehen“ kann und womit nicht; oder anders: was akzeptable („gültige“) *Eintrittskarten* in die Sprechstunde sind und was tunlichst, wenn überhaupt, erst später „vorgebracht“ werden kann.

Mit dieser Selbstzensur von Patienten („Schiere im Kopf“) muss jeder gute Arzt rechnen und alsbald für eine Gesprächsatmosphäre sorgen, in der Patienten möglichst früh „alles zu Sprache bringen“ können, was sie „auf dem Herzen haben“. Dass Ärzte oft das Gegenteil tun, indem sie ihren Patienten keine *Brücken zur Aussprache bauen*, sondern vielmehr *Steine in den Weg legen*, werden wir an empirischen Sprechstunden- und Visitenanalysen noch ausführlich erörtern.

Dabei geht es grundsätzlich um das Problem, inwieweit es Arzt und Patient gelingt, eine „gemeinsame Wirklichkeit herzustellen“ (v. Uexküll, Wesick 1991, 2011). Bevor wir unter diesem Aspekt auch auf die vorausgehend besprochene „alltägliche Krankengeschichte“ einer „adipösen“ Patientin mit „Atemnotanfällen“ abschließend zurückkommen, wollen wir zunächst die Perspektive der Einzelfallanalyse wechseln und die Funktion einer biopsychosozialen Medizin im Spektrum tradierter Arzt-Rollen betrachten, die bis heute mehr oder weniger bewusst eingenommen und praktiziert werden.

4.4 Herstellen einer gemeinsamen Wirklichkeit

Vorausgehend war die Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin zunächst an einer Einzelfallanalyse und dann exemplarisch anhand der koronaren Herzerkrankung erläutert worden. Um im Unterricht die Möglichkeit zu eröffnen, die „Gesprächswirklichkeit“ von Arzt und Patient quasi „am eigenen Leib erfahren“ zu können, hatten wir (in § 4.3) skriptbasierte und freie Rollenspiele sowie Dialog-Erprobungen aus der Arzt- und Patientenperspektive vorgeschlagen. Um diese bisherigen Erfahrungen aus der Binnenperspektive der handelnden Subjekte zu erweitern, sollte im Unterricht abschließend der Aspekt behandelt werden, dass Arzt und Patient in der „Sprechstunde“ vor allem „eine gemeinsame Wirklichkeit herstellen“ müssen (v. Uexküll, Wesick 1991:

398ff, 554ff, 2011: 13ff). In diesem Prozess nehmen sie reziprok Typisierungen vor und üben komplementäre Rollen aus, durch die sie ihre Beziehung in actu immer wieder neu aushandeln und gestalten.

4.4.1 Typen und Rollen

In der Sprechstunde kommt nur spezialisiert zur Anwendung, was auch sonst in der sozialen Begegnung von Menschen geschieht und in der Tradition der *Verstehenden Soziologie* (Schütz 1932/1974) als „gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit“ beschrieben wurde (Berger, Luckmann 1966/1980). Diese sozialen Konstruktionen gelten nicht nur im Alltag, sondern eben auch in institutioneller Kommunikation (Koerfer 1994), in der sie wie in der Sprechstunde eine institutionenspezifische Ausprägung erfahren. Unsere alltägliche und institutionelle Kommunikation funktioniert nur deswegen weitgehend reibungslos, weil sich die Akteure auf ihr Alltags- sowie Institutionswissen verlassen können, das sie bei allen Problemen, Konflikten, Missverständnissen immer wieder routiniert anwenden, sei es als *Professionswissen* von Lehrern, Richtern, Ärzten usw. oder als *Laienwissen* von Schülern, Angeklagten oder eben Patienten, die oft ihre eigenen subjektiven Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit haben (§ 22). Auf diesen *wissenssoziologischen* Ansatz rekurrieren auch von Uexküll und Wesiack, wenn sie im Anschluss an die von Berger und Luckmann (1966) beschriebenen Typisierungen in „Vis-a-vis-Situationen“ entsprechende Folgerungen (Box 4.11) für die Situation zwischen Arzt und Patient ziehen.

Box 4.11 Arzt- und Patiententypen und -Rollen

Für die Medizin heißt das: Der Arzt erfasst den Patienten als Typus (z. B. als Neurotiker, als Herzpatient usw.) und der Patient erfasst seinerseits den Arzt ebenfalls als Typus (z. B. als omnipotenten Vater, als distanzierenden, zurückweisenden Fremden oder als warmherzig und verständnisvoll wie die Mutter, usw.). Beide befinden sich außerdem in einer typischen Situation (nämlich der von der Gesellschaft vorgeschriebenen Arzt-Patient-Handlung und ihrem Rollensystem). Die Typen, nach denen der Arzt den Patienten erfasst, nennen wir „Diagnosen“; über die Typen, nach denen der Patient seinen Arzt einordnet, gibt es bisher noch relativ wenige Untersuchungen.

v. Uexküll, Wesiack 1991: 555

4. Biopsychosoziale Medizin

Trotz des beklagten Mangels an Forschung differenzieren Uexküll und Wesiack immerhin eine Reihe von *Arztrollen*, wie sie sich historisch entwickelt haben und im gemeinsamen „Rollenspiel“ immer wieder ausgeübt oder aber dem Arzt vom Patienten als „Mitspieler“ angetragen werden. Die von v. Uexküll und Wesiack (1991: in einem eigenen Kapitel 8.1 auf ca. 30 Seiten) ausführlich beschriebenen *Arztrollen* sollen hier für Lehrzwecke in *Kurzform* charakterisiert werden:

1. *Der Arzt als Magier.*

Hier wirkt die Funktion des Medizinmanns und Schamanen nach, deren Rituale und Zauber sich bis in die heutige Zeit als *Suggestionstherapie* erhalten haben mögen. Als ontogenetische Wurzel kann die Mutter-Kind-Beziehung gelten, in der die Mutter durch Worte und Streicheln zu beruhigen und Sicherheit zu geben versteht.

2. *Der Priesterarzt.*

Auf einer späteren Entwicklungsstufe (1. und 2. Jahrtausend v. Chr.), die durch die *Selbstverantwortung* und dadurch Schuldfähigkeit des Menschen und die „Entdeckung des Logos, der Kraft des Wortes und des Gedankens“ (1991: 580) gekennzeichnet ist, wird die Rolle des Heilkundigen eng mit dem Priestertum verbunden.

3. *Der Arzt als Pädagoge.*

In der abendländischen Philosophie sind von der Antike (Sophisten, Sokrates) bis in die neuere Kultur- und Geistesgeschichte die aufklärerischen und pädagogischen Elemente tradiert, die zu der neuen *Arztrolle* des Lehrers geführt haben: „Der Arzt, der Gelehrte, der ‚Doktor‘ weiß, was für den Patienten gut oder schlecht ist“ (1991: 582). In dieser Tradition steht auch die spezifische Art der Dialogführung, die als *Hebammenkunst* (*maieutike techne*) auch in die Psychotherapie Eingang gefunden hat, auf die wir gesondert (§ 9.5) zurückkommen werden.

4. *Der Arzt als Freund.*

In der *hippokratischen* Tradition übt der Arzt nicht nur seine ärztliche Kunst aus (*techne iatrike*), sondern verknüpft diese besonders mit der Liebe zu Menschen (*philanthropia*), aber auch mit der Liebe zur Heilkunst selbst (*philotechnia*), zur Natur (*physiophilia*)

und schließlich zur Weisheit (*philosophia*). Eine historisch-kritische Betrachtung hat allerdings zu berücksichtigen, dass „standesgesellschaftliche“ Unterschiede sich etwa in der Behandlung von „Sklaven“ und „Freien Bürgern“ mit unterschiedlichen Arzt-Einstellungen niederschlug (vgl. auch Meyer-Abich 2010: 121ff), was sich bis zu heutigen „Versorgungsmentalitäten“ auf beiden Seiten fortsetzen mag.

5. *Der Arzt als Steuermann oder Gärtner*

Die Vorstellung von Gesundheit als „Gleichgewicht der Kräfte“ und die Lehre der Humoralpathologie, die eine Fehlmischung von Körpersäften annimmt, waren Voraussetzungen für die Auffassung vom Menschen als Teil der umfassenden Natur, in der der Arzt nunmehr „nichts Originäres erschaffen“, sondern seine Patienten nur noch als *Gärtner* und *Steuermann* pflegerisch und beschützend betreuen kann.

6. *Der Arzt als Samariter*

Unter dem Einfluss der christlichen Anthropologie wird dem wesentlich Gedanken von christlicher Nächstenliebe und Wohltätigkeit (*caritas*) sowie von Mitleid und Barmherzigkeit (*mesericordia*) Rechnung getragen, der unterschiedslos gegenüber allen, auch armen oder unheilbar Kranken gelten sollte, denen Hilfe schließlich auch gegenüber ihren sozialen Nöten und Ängsten zu gewähren ist.

7. *Der Arzt als Techniker (homo faber)*

Mit der Entwicklung der Naturwissenschaften und Technik in hochindustrialisierten Gesellschaften, in der sich die Fortschritte der Medizin in messbaren und sichtbaren Ergebnissen zur Lebensverlängerung (etwa durch Organtransplantation) niederschlagen, werden Ansprüche an eine technische „Wundermedizin“ oder an „Halbgötter in Weiß“ gestellt, die den Arzt zum omnipotenten Macher und Kontrolleur von Gesundheit werden lassen.

8. *Der Arzt als Partner*

Als Kehrseite des naturwissenschaftlich-technischen Fortschritts wurde der Arzt zunehmend zum Spezialisten und Experten, der sich selbst zum objektiven Beobachter und den Patienten zum Beobachtungsobjekt machte. Es ist nicht nur die (auch in der

4. Biopsychosoziale Medizin

Tradition von v. Weiszäcker) geforderte *Wiedereinführung des Subjekts in die Medizin*, die beide Akteure zu „gleichwertigen Interaktionspartnern“ machen sollte, sondern (über den damaligen Stand von v. Uexküll und Wesiack hinaus) die aktuelle Diskussion um die gemeinsame Entscheidungsfindung (*shared decision making*) (§ 10), die in der modernen Medizin eine partnerschaftliche Beziehungsgestaltung (überwiegend) als *passend* erscheinen lässt.

Manche der vorausgehend charakterisierten Arztrollen mögen historisch überholt sein, andere in „kaschierter“ Form fortwirken. Die beschriebenen Arztrollen kommen in der Praxis sicherlich nicht nur alternativ zum Tragen, sondern können auch in Kombination auftreten, so etwa wenn der Arzt zugleich Freund, Partner und Experte ist oder auch so vom Patienten wahrgenommen wird. So *resümieren* auch v. Uexküll und Wesiack (1991) (Box 4.12) ihren *historisch-kritischen* Überblick über die Arztrollen folgendermaßen:

Box 4.12 Ärztliche Aufgaben- und Rollenvielfalt

Alle bisher erwähnten Arztrollen, die jeweils in verschiedenen Epochen vorherrschend waren, beanspruchen nicht nur historisches Interesse. Auch der Arzt der Gegenwart kann seine vielfältigen Aufgaben nur optimal bewältigen, wenn er in der Lage ist, je nach Erfordernis der Situation allen erwähnten Rollen gerecht zu werden.

v. Uexküll, Wesiack 1991: 596

Diese *situationsgerechte* Rollenübernahme wird uns hier durchgängig unter Aspekten der Beziehungsgestaltung beschäftigen, von denen hier einige vorweg nur benannt werden sollen: Die Rolle des Arztes wird bis in die Gegenwart unter theoretischen und praktischen Aspekten für die Beziehungsgestaltung zwischen Arzt und Patient diskutiert (bes. § 8-10). So ist etwa Balints (1964) Dictum von der „apostolischen Funktion“ des Arztes oder von der „Droge Arzt“ allein schon unter dem empirischen Aspekt der Placebo-Wirkung in der Medikamentenforschung (z. B. Brody et al. 2012) weiterhin aktuell.

Unter dem Aspekt der medizinischen Entscheidungsfindung (*shared decision making*) werden wir im Detail erörtern (bes. § 10), inwieweit der Arzt auf eine strikt *partnerschaftliche* Rolle festgelegt werden kann oder inwieweit er weiterhin *paternalistische* Funktionen (eines väterlichen

Freundes) wahrnehmen soll, wenn Patienten ihm diese Rolle in den konkreten Interaktionen antragen.

In seiner Aufklärungsfunktion wird der Arzt zumeist eine wie auch immer geartete *Lehrerrolle* oder *Erzieherrolle* behalten, wie tolerant, streng oder strafend er sie auch immer ausüben mag. Unter dem moderneren Titel von *patient education* wird deutlich, dass ein Arzt Patienten auch „pädagogisch“ anleiten und führen muss, was zuallererst mit der Motivation zu einer Verhaltensänderung beginnt, die letztlich auf Lernprozessen beruht, wie sie besonders durch einen guten „Lehrer“ in Gang gesetzt werden können.

Die Aufgabe des Arztes, „das Mögliche aus dem Patienten herauszuholen“, gelingt am besten mit der Hebammenkunst (*maieutike techne*) (§ 9.5), die das zutage fördern hilft, was der Patient zur Lösung des Problems aus eigener Kraft beitragen kann (Ressourcenaktivierung), ohne es schon zu wissen. Mit dieser Gesprächsführungstechnik des Arztes werden wir uns ebenfalls durchgängig und besonders unter dem Aspekt der *tangentialen* Gesprächsführung (§ 17) beschäftigen, mit der eine „Überforderung“ von Patienten hinsichtlich ihrer Selbstexploration gerade vermieden werden soll.

Schließlich geht es in der Arzt-Patient-Kommunikation auch immer um den Umgang mit Wahrheit, bei dem der Arzt leicht in einen Maximenkonflikt zwischen *Schonung* oder *Aufklärung* geraten kann, so dass *schonende Aufklärung* von vornherein als *contradictio in adjecto* erscheinen mag (§ 10). Dies mag der Arzt als einen Konflikt etwa zwischen seiner *Expertenrolle* (Wahrheit) und *Samariterrolle* (Schonung) erleben, was allein schon deutlich macht, welchen Rollen- und Ambivalenzkonflikten Ärzte oftmals ausgesetzt sind.

4.4.2 Beziehungsmedizin und Übertragungsbeziehung

In der ärztlichen Sprechstunde handelt es nicht nur um die *Krankheits-* und *Krankengeschichte* von Patienten, sondern es wird zwischen Arzt und Patient auch immer eine gemeinsame *Beziehungsgeschichte* entwickelt. In dieser Beziehungsgeschichte müssen Arzt und Patient eine *gemeinsame* Wirklichkeit herstellen, in der ihre *individuellen* Wirklichkeiten hinreichend vermittelt sind. Keinesfalls kann der Arzt seine eigene individuelle Wirklichkeit ausschließen, sondern er muss sie geradezu als diagnostisches und therapeutisches Instrument in der *Übertragungsbeziehung* zum Patienten nutzen (Box 4.13), der oftmals in einer

4. Biopsychosoziale Medizin

ganz eigenen, schwer zugänglichen Wirklichkeit leben kann, die eine besondere professionelle Kommunikation (zur *Dekodierung*) verlangt.

Box 4.13 Gemeinsame Wirklichkeit und Übertragungsbeziehung

Kranke leben oft in Wirklichkeiten, die sich von den Wirklichkeiten gesunder Menschen erheblich unterscheiden. Ein Austausch von Zeichen führt nur dann zu einer Kommunikation, wenn beide Seiten den gleichen Kode zu deren Dekodierung finden (...) Die Chance des Arztes mit einem Patienten eine gemeinsame Wirklichkeit aufzubauen, beruht auf der Tatsache, daß der Arzt ein Bestandteil der sozialen Umgebung des Kranken werden kann, und daß es soziales Lernen gibt (...) Wenn der Arzt gelernt hat, in dieser Weise die Bilder, nach denen er seine individuelle Wirklichkeit aufbaut, zu reflektieren, und in der Interaktion mit dem Patienten zu modifizieren, kann der Patient in der Regel auch lernen, das Bild, das er vom Arzt hat, soweit zu korrigieren, daß ein gemeinsamer Kode entsteht (...) Anders formuliert: um eine gemeinsame Wirklichkeit mit dem Patienten aufzubauen, muß der Arzt seine individuelle Wirklichkeit als diagnostisches und therapeutisches Instrument in der Interaktion mit dem Patienten einbringen, oder, wie die Psychoanalyse es nennt, mit Übertragung und Gegenübertragung umgehen können.

v. Uexküll, Wesiack 1991: 619f

Dieser letzte Aspekt der Herstellung einer gemeinsamen Wirklichkeit, die sich nicht nur *kognitiv* im gemeinsamen Wissen der Krankheits- und Krankengeschichte erschöpft, sondern die *emotional* um das Zusammenspiel von Übertragung und Gegenübertragung ergänzt werden muss, war ja auch dem behandelnden Arzt im vorausgehend (§ 4.3) besprochenen Fall klar geworden, als er zunächst der Patientin ebenso ablehnend begegnet war, wie die Patientin es von ihrer relevanten Umgebung her gewohnt war.

In diesem spezifischen Fall der 52jährigen Patientin ging es also nicht allein um die *Krankheitsgeschichte* der Adipositas oder Herzinsuffizienz sowie die *Krankengeschichte* einer langjährigen *Kränkung* der Patientin, die sich von der Kindheit bis in die Gegenwart der zerrütteten Ehe erstreckte, sondern es entwickelte sich auch „die Geschichte einer Arzt-Patient-Beziehung“ (v. Uexküll, Wesiack 2011: 5). In dieser Geschichte verhielt sich der Arzt eben nicht, wie es die „klassische Medizin von ihm verlangt“, als „neutraler Beobachter“, sondern er bemerkte seine zunächst ablehnende Haltung gegenüber der Patientin, die anfänglich

„unsympathisch“ auf ihn gewirkt hatte, ebenso wie seinen Gefühlswandel, der sich in „wohlwollendem Interesse, Mitgefühl und Hilfsbereitschaft“ niederschlug (ebd., vgl. o. Box 4.6). Erst dieser selbst wahrgenommene und reflektierte Gefühlswandel ließ ihn zu einem anderen Verständnis der Patientin kommen, das sie als Person betrifft: Erst durch diese dritte Geschichte der Beziehung zwischen Arzt und Patientin kann die erste Geschichte der Krankheit und die zweite Geschichte der Kranken als Person ins rechte Licht gerückt werden (Box 4.14).

Box 4.14 Krankheits-, Kranken- und Beziehungsgeschichte

Damit wurde die Patientin zu einer anderen Person: Aus dem „unsympathischen und schmutzigen Wesen“ wurde eine „durchaus gepflegte“, unglückliche Frau, die in ihrem Leben nur Kränkungen und Enttäuschungen erleben musste. Beim Arzt entstand die Frage nach Zusammenhängen sozialer Zurückweisung, psychischer Kränkung und körperlicher Erkrankung. Mit der zweiten und dritten Geschichte hatte sich die „Sache der Medizin“ verändert: Ein biomechanisches Geschehen und sachliche Daten einer Anamnese hatten sich zur Geschichte eines unglücklichen menschlichen Lebens verdichtet, das den Arzt „berührte“. Jetzt suchte er ihre Krankheit als Folge eines Zusammenwirkens biologischer, psychischer und sozialer Vorgänge zu verstehen. Aus einer Medizin, die mit zweierlei – dem Kranken und der Krankheit – zu tun hatte, war eine Medizin geworden, die, wie im *Corpus hippocraticum* (ca. 410 v. Chr.) definiert, dreierlei umfasst: die Krankheit, den Kranken und den Arzt.

v. Uexküll, Wesiack 2011: 5

Wenn auch nicht explizit, so paraphrasieren v. Uexküll und Wesiack hier wohl nicht unabsichtlich den bekannten Buchtitel von Balint, der „die Sache der Medizin“ mit einer triadischen Beziehung in anderer Reihenfolge formuliert hat: „Der Arzt, der Patient und seine Krankheit“ (Balint 1964). Damit ist das Programm einer *Beziehungsmedizin* formuliert, auf das wir auch mit Balint wiederholt zurückgreifen werden, insbesondere bei der Begründung des kommunikativen Paradigmenwechsels von der *interrogativen* zur *narrativen* Anamnesetechnik (§ 9, 19), die mit dem vorausgehend aufgezeigten Paradigmenwechsel von der Biomedizin zur biopsychosozialen Medizin einhergeht.

Diesen Zusammenhang herzustellen, nachdem das biopsychosoziale Modell zugleich als ein *Erkenntnis- und Kommunikationsmodell* aufzu-

fassen ist, wird uns in diesem Lehrbuch als Dauerproblem nicht nur in der Theorie, sondern in der empirischen Gesprächsanalyse beschäftigen, in der die ärztliche Gesprächsführung einer kritischen Evaluation zu unterziehen ist.

4.4.3 „Sprechende“ Medizin

Bevor wir in den nachfolgenden Kapiteln des Lehrbuchs der Theorie, Didaktik, Empirie und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung weiter nachgehen, soll hier abschließend mit v. Uexküll und Wesiack das *humanistische* und zugleich *rationale* Plädoyer für eine „Sprechende Medizin“ (Box 4.15) angeführt werden, in der Arzt und Patient schließlich eine „gemeinsame Wirklichkeit“ herstellen müssen.

Box 4.15 „Gemeinsame Wirklichkeit“ in einer „Sprechenden Medizin“

Eine Sprechende Medizin, die gemeinsame Wirklichkeiten zwischen Ärzten und Patienten zu konstruieren weiß, ist nicht allein das Gebot der Humanität. Sie ist zugleich der Weg, die dualistischen Idiosynkrasien der Heilkunde in Theorie und Praxis zu überwinden.

v. Uexküll, Wesiack 2011: 40

Die *Konstruktion* einer gemeinsamen *Wirklichkeit* geschieht in einer *institutionellen* Kommunikationssituation, die nicht von ungefähr als „Sprechstunde“ ausgewiesen ist, in der sich individuelle Akteure mit ihren individuellen Wirklichkeiten begegnen. Entsprechend sind die noch recht *impersonalen* Formulierungen in dem Plädoyer von v. Uexküll und Wesiack so zu wenden, dass wir nach den *personalen* Akteuren der „Sprechenden Medizin“ selbst und ihren Handlungsmöglichkeiten fragen, die sie wahrnehmen oder ungenutzt lassen können.

Im Weiteren soll uns also interessieren, wie denn in einer „Sprechenden Medizin“ *individuelle* Ärzte und Patienten in ihren jeweils wechselnden Sprecher- und Hörerrollen ihre *gemeinsamen* Wirklichkeiten „zu konstruieren wissen“ und wie sie dabei welche *Themen* in welchem *Kontext* zu welchem *Zeitpunkt* in welcher *Reihenfolge* und zu welchem *Zweck* „zur Sprache bringen“ oder aber im Gegenteil: Wie sie welche Themen „verklausulieren“, „verschleiern“ oder gar ganz „verschweigen“ oder „tabuisieren“, so dass die gemeinsame Verständigung „ver-

mieden“ oder „verhindert“ und damit die Herstellung einer gemeinsamen Wirklichkeit *verfehlt* wird. Wie aber schon unter methodischen Aspekten einer *komparativen* Gesprächsanalyse ausgeführt wurde (§ 2), können Erkenntnisse über *ideale* Kommunikation gerade auch aus der Analyse ihrer *Fehlschläge* in dem Sinn gewonnen werden, dass man bekanntlich auch „aus Fehlern lernen“ kann.

4.5 Weiterführende Hinweise

Gut verständliche Einführungen in die biopsychosoziale Medizin stellen die relativ kurzen Artikel von Engel (dt. 1979) (zuerst 1977 in: *Science* 196, 129-136) und v. Uexküll (1991) dar. Eher anspruchsvoll sind die wissenschaftstheoretischen orientierten Arbeiten von Engel (1988) (dt. 1996) sowie von v. Uexküll und Wesiack (2011).

Historische und systematische Überblicke über das Leib-Seele-Problem geben Popper, Eccles 1989, Roth 2001, Meyer-Abich 2010, Beckermann 2011; spezifisch aus medizinischer Sicht argumentieren Alonso 2004, Tress 2011, Herrmann-Lingen 2012, Smith et al. 2013. Der von Hontschek et al. 2013 herausgegebene Sammelband enthält neben (Wieder-Abdrucken von teils älteren) Arbeiten von v. Uexküll themenspezifische Beiträge zur biopsychosozialen Medizin. Ein Überblick über Entwicklungen und Perspektiven der psychosomatischen Medizin wird von Herzog et al. (2013) und Deter (2018) gegeben.

Die Konsequenzen einer biopsychosozialen Medizin für die Ausbildung werden unter der Frage der Entwicklung von ärztlichen Schlüsselkompetenzen (§ 6) und in den Beiträgen zum Hauptteil III („Didaktik und Methodik“) ausgeführt.

Die weiteren Konsequenzen einer biopsychosozialen Medizin für die ärztliche Gesprächsführung werden z.B. von Koerfer et al. 2000, 2008, Smith et al. 2013 und in diesem Lehrbuch fortlaufend und besonders unter den Aspekten einer *dialogischen* Medizin (§ 7) und der *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung (§ 9, 19) sowie bei spezifischen Krankheitsbildern (in Hauptteil V: „Spezifische Kompetenzfelder“) erörtert.

5 Struktur- und Funktionswandel der Medizin

Armin Koerfer, Sandro Philippi, Christian Albus

5.1	Sozio-ökonomischer Wandel	197
5.1.1	Entwicklungstendenzen	
5.1.2	Institutionalisierung und Individualisierung	
5.2	Mortalitätsspektrum und ärztliches Kompetenzprofil	204
5.2.1	Akute und chronische Erkrankungen	
5.2.2	Personenfokussierte Behandlung multimorbider Patienten	
5.2.3	Tangentiale Gesprächsführung bei somatoformen Störungen	
5.2.4	Pathogenetische und salutogenetische Perspektiven	
5.2.5	Präventives bis palliatives Behandlungsspektrum	
5.3	Gesundheits- und Krankheitskonzepte	213
5.3.1	Der weite Begriff des ‚Wohlbefindens‘	
5.3.2	Kritik und Anwendungsprobleme	
5.4	Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien	218
5.4.1	Leitlinienempfehlungen und Entscheidungsautonomie	
5.4.2	Probleme der Implementierung in der Praxis	
5.4.3	Ärztliche Passungskompetenz	
5.5	Weiterführende Hinweise	226

Arzt zu sein war einmal ein schöner Beruf. Zufriedene Ärzte gibt es auch heute noch, aber sie sind selten geworden. Ihre medizinische Kompetenz ist größer denn je, und doch müssen sie sich immer häufiger Kritik gefallen lassen. Diese bezieht sich sowohl auf die steigenden Kosten des medizinischen Handelns als auch auf eine wachsende Diskrepanz zwischen den Erwartungen, welche die Medizin erfüllt, und denen, die sie enttäuscht.

Meyer-Abich 2010: 13

Abstract: Das gesundheitliche Versorgungssystem befindet sich in einer Krise, die nicht mehr allein durch die verstärkte Nutzung des technisch-naturwissenschaftlichen Fortschritts im reduktionistischen Sinne

einer Biomedizin (§ 4) zu meistern ist, sondern vielmehr eine grundlegende *Veränderung* der *Beziehung* zwischen Arzt und Patient verlangt. Wie nachfolgend weiter ausgeführt werden soll, bedarf gerade die Entwicklungstendenz von der Versorgung *akuter* Krankheiten hin zu *chronischen* Erkrankungen einer stärkeren Beteiligung und Mitarbeit von Patienten bei der Entscheidungsfindung und Therapie (§ 10, 22, 26, 29). Diese Therapie kann vom Arzt nicht mehr einfach nur nach dem traditionellen, paternalistischen Modell „angeordnet“ oder „verordnet“ werden, sondern ist von beiden Partnern in einer vertrauensvollen Beziehung gemeinsam auszuhandeln und zu verantworten. Insgesamt hat der Struktur- und Funktionswandel im Gesundheitswesen zu einer kommunikativen Wende der Medizin geführt, die in der BRD bereits früh von Paul Lüth (1986) auf den Begriff gebracht wurde, indem er programmatisch eine Entwicklung „Von der stummen zur sprechenden Medizin“ gefordert hat.

Diesen beiden Entwicklungstendenzen, sowohl dem veränderten Krankheitsspektrum als auch der dadurch notwendig gewordenen kommunikativen Neugestaltung der Arzt-Patient-Beziehung, muss in einer Reform der medizinischen Aus- und Fortbildung Rechnung getragen werden, die sich bereits heute an einem „Arztbild der Zukunft“ zu orientieren hat. Die Diskrepanzen zwischen dem traditionellen und einem zukünftigen Arztbild sind in vielfältigen Forschungen und Gutachten herausgearbeitet worden (z.B. Wissenschaftsrat 1992, Murrhardter Kreis 1995, Dörner 2001, Troschke 2004, Sachverständigenrat 2009, Meyer-Abich 2010). Bei allen Differenzen im Detail besteht weitgehend darin Konsens, dass der zukünftige Arzt vor allem bestimmte Schlüsselkompetenzen erwerben muss, die eine flexible Anpassung an veränderte Anforderungsprofile der ärztlichen Profession erlauben (§ 6). Dazu gehören vor allem Kommunikations-, Kooperations- und Teamfähigkeiten, aber auch Fähigkeiten des Lernens selbst („Lebenslanges Lernen“), die sowohl im kollegialen Austausch wie in der alltäglichen Praxis der Patientenversorgung unter Beweis zu stellen sind.

Diese Schlüsselkompetenzen des Arztes sind vielfältigen Entwicklungsbedingungen in der medizinischen Forschung und Praxis sowie der Studienreform und Fortbildung unterworfen, die ihrerseits gesellschaftlichen, demographischen, ökonomischen, institutionellen usw. Bedingungen unterliegen. Wir beginnen (§ 5.1) mit einer kurzen Darstellung des soziökonomischen Struktur- und Funktionswandels der Medizin im Gesundheitswesen und beschreiben dann (§ 5.2) die Veränderung des Mortalitätsspektrums und des entsprechend veränderten

5. Struktur- und Funktionswandel in der Medizin

Kompetenzprofils des Arztes, der verschiedenen Gesundheits- und Krankheitskonzepten Rechnung tragen muss (§ 5.3). Abschließend gehen wir auf die Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Probleme von evidenzbasierten Leitlinien in der Medizin (§ 5.4) ein, die uns erneut bei der medizinischen Entscheidungsfindung (§ 10) beschäftigen werden.

Dieser Exkurs zur Leitliniendiskussion erscheint uns notwendig, weil es perspektivisch um die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien zur Arzt-Patient-Kommunikation geht. Dazu soll auch unser Lehrbuch nach seiner Struktur und Funktion einen möglichen theoretischen, didaktischen und empirischen Beitrag leisten, wie er auch im englischsprachigen Raum von Lehrbüchern (z.B. Fortin et al. 2012) explizit beansprucht wird.

5.1 Sozio-ökonomischer Wandel

Trotz verbesserter Aus- und Weiterbildung stehen Ärzte weiterhin in der Kritik und enttäuschen einen Teil ihrer Patienten, wie dies eingangs im Motto aus Meyer-Abichs Buch zur „Philosophie der Medizin“ (2010) (Untertitel) zitierend vorausgeschickt wurde. Diese Kritik ist weniger persönlichem Versagen als vielmehr strukturellen Bedingungen geschuldet, deren Missachtung oder Veränderung die Möglichkeiten individueller Ärzte oft übersteigt. Nachfolgend soll das ärztliche Kompetenzprofil, das auch schon vorausschauend vom Murrhardter Kreis (1995) zum „Arztbild der Zukunft“ entworfen wurde, unter den aktuellen gesellschaftlichen und institutionellen Entwicklungstendenzen beschrieben werden (§ 5.1), bevor wir anschließend (§ 5.2) im Detail auf die notwendige Adaptation der Arzt-Patient-Beziehung und -Kommunikation an das veränderte Krankheitsspektrum eingehen.

5.1.1 Entwicklungstendenzen

Der *Struktur- und Funktionswandel* der Medizin ist ein komplexer Entwicklungsprozess, der kaum auf wenige Parameter reduziert werden kann. Dass der traditionell ausgebildete Arzt den heutigen und zukünftigen Erfordernissen der medizinischen Versorgung nicht mehr gewachsen ist, ist vielfältig herausgearbeitet worden (z.B. Wissenschaftsrat 1992, Murrhardter Kreis 1995, Dörner 2001, Troschke 2004, Sachver-

ständigenrat 2009, Meyer-Abich 2010, Herzog et al. 2013). Ohne die hippokratische Tradition grundsätzlich in Zweifel zu ziehen, kann das ärztliche Handeln nicht mehr allein an einer *Tugendethik* bemessen werden, nach der sich der Arzt vor allem durch persönliche Eigenschaften wie *Hilfsbereitschaft*, *Uneigennützigkeit*, *Wahrhaftigkeit*, *Verschwiegenheit*, *Klugheit* usw. auszeichnet. Bei aller Notwendigkeit einer multifaktoriellen Erklärung können in etwa folgende, teils widerstreitende Entwicklungstendenzen in der Medizin unterschieden werden, die weitgehend zu einer Veränderung des traditionellen Arzt-Ideals sowie der Arzt-Patient-Beziehung beigetragen haben.¹

1. *Technisierung*

Die Gefahr einer verselbständigten Eigendynamik bio- und medizintechnischer Entwicklungen, die bereits Karl Jaspers (1958/86) kritisch reflektiert hat, wirft nicht nur die Frage nach sich ständig verändernden, neuartigen Behandlungszielen und -methoden auf, sondern auch die Frage nach der medizinethischen Zulässigkeit des Machbaren und Wünschbaren, die die Kompetenzen sowohl des individuellen Arztes als auch seines Patienten oft übersteigt. Deswegen werden gerade „dritte“ Instanzen (z.B. Gesundheitsbehörden Verbände, Versicherungen, Ethikkommissionen usw.) in der dyadischen Beziehung zwischen Arzt und Patient zu unsichtbaren, aber einflussreichen „Mitspielern“, die ins „Zwiesgespräch“ zwischen Arzt und Patient gleichsam „hineinreden“.

2. *Spezialisierung*

Neben der Technisierung kann die zunehmende fachliche Spezialisierung zu einem Verlust an allgemeinmedizinischen sowie psychosozialen Kompetenzen führen, die für eine ganzheitliche Behandlung von Patienten unumgänglich sind. Der nicht nur von von Uxküll beklagte *Dualismus* zwischen einer *Medizin ohne Seelen* und einer *Psychologie ohne Körper* (§ 4) wird nicht nur perpetuiert, sondern erfährt in beiden Bereichen eine weitere Spezialisierung, die

¹ Für allgemeine Überblicke mit je spezifischen Schwerpunkten sei exemplarisch verwiesen auf Anschütz 1988, Pellegrino 1988, Pellegrino, Thomasma 1981 und 1988, Viefhues 1989, Wieland 1986, Wolff 1989, Veatch 1989, Koerfer et al. 1996, Woopen, 2001, Schmacke 2006, Noelle et al. 2006, Sachverständigenrat 2009, Meyer-Abich 2010, Pilnick, Dingwall 2011, Gigerenzer, Muir Gray 2013).

5. Struktur- und Funktionswandel in der Medizin

den so ausgebildeten Akteuren (ganz im Sinne Parsons 1951/70) enge fachliche Handlungsgrenzen auferlegt.

3. *Standardisierung*

Angesichts dieser technisch-wissenschaftlichen Entwicklungen sind die individuellen Entscheidungskompetenzen des Arztes und des Patienten zunehmend begrenzt. Ihre Entscheidungen müssen Standards genügen, wie sie etwa von medizinischen Ethikkommissionen oder im Sinne einer *evidenzbasierten* Medizin (EbM) von allgemeinen und fachspezifischen *Leitlinien* der Versorgung formuliert werden (§ 5.4, 10.3, 29). Das mag im individuellen Fall als Vereinfachung, Entlastung und Sicherheit oder aber als Einschränkung und Bevormundung ärztlichen Handelns („Kochbuchmedizin“, „Vorschriften“-Medizin) gesehen werden, so etwa, wenn evidenzbasierte Medizin mit einer partnerschaftlichen Entscheidungsfindung (*shared decision making*) zu konfliktieren scheint, worauf wir gesondert (§ 10, 22) zurückkommen werden.

4. *Ökonomisierung*

Arztpraxen und Kliniken sind zunehmend als Unternehmen herausgefordert, die das ärztliche Handeln unter dem Diktat der *Wirtschaftlichkeit* zu bilanzieren genötigt sind. Unter dieser Perspektive müssen beim gegenwärtigen Abrechnungsmodus etwa zeitraubende Gespräche als unattraktiv gelten, so dass sie trotz ihrer nachweislichen *Effektivität* bzw. *Effizienz* (§ 1.1) als zentrales Anamnese-, Diagnose- und Therapieinstrument zurückgedrängt werden. Zugleich wird der Arzt zum *gate keeper* funktionalisiert (z.B. schon Pellegrino, Thomasma 1988), der sich angesichts knapper gesellschaftlicher Ressourcen etwa Problemen der *Verteilungsgerechtigkeit* und *Sozialverträglichkeit* ausgesetzt sieht und damit keineswegs immer zum Besten „seines“ individuellen Patienten handeln kann. Nicht zuletzt unter dem ökonomischen Aspekt der Optimierung werden Arzt und Patient in ein umfassendes Kontrollsystem eingebunden (z.B. durch Leistungskataloge, Abrechnungsverfahren usw.). Bei allen unbestreitbaren Vorzügen der Gesundheitsvorsorge (Prävention) bestehen etwa durch etablierte Zielgrößen (Idealgewicht, Blutdruckwerte, Cholesterinwerte usw.) Gefahren einer vorgängigen *Normierung* von Gesundheit und Lebensqualität, so dass deren konkrete Ausgestaltung zwischen Arzt und Patient gar nicht mehr zur individuellen Disposition steht. Hier ist mehr oder weniger re-

regelmäßig mit Konflikten zwischen normiertem ärztlichem Handeln und individuellen Patientenpräferenzen (§ 10) zu rechnen.

5. *Institutionalisierung*

Das ärztliche Handeln im alltäglichen Klinik- und Praxisbetrieb ist insgesamt Prozessen der Institutionalisierung unterworfen, die sich nicht nur durch Tendenzen der Spezialisierung, Standardisierung und Ökonomisierung (s.o.) auszeichnen, sondern auch Tendenzen zunehmender Bürokratisierung und Verrechtlichung unterliegen (s.u.). Die persönliche *Bindung* und *Verantwortung* zwischen Arzt und Patient ist zunehmend erschwert. Ärztliches Handeln wird anonym, indem sich der Handelnde in formalisierten Handlungssystemen bewegt und sich dort in nur noch an einer je spezifischen Institutionenethik orientiert (z.B. Wieland 1986, Sass 1991, Koerfer 1994, Woopen 2001, Pilnick, Dingwall 2011). Die prinzipielle Austauschbarkeit der Handlungssubjekte hat zur Folge, dass sie mangels persönlicher Vertraulichkeit, Nähe und gewachsener Bekanntschaft kaum Vertrauen entwickeln können, wie dies bereits von Jaspers in den 60ziger Jahren auf den Punkt gebracht wurde: „Zwischen Arzt und Kranken treten Mächte, nach denen sie sich richten müssen. Das Vertrauen von Mensch zu Mensch geht verloren“ (Jaspers 1958/86: 43). Wie das *Vertrauen* dennoch bewahrt oder wiedergewonnen werden kann, soll uns fortlaufend und besonders (§ 7, 10) unter dem Aspekt einer *dialogischen* Beziehungsgestaltung zwischen Arzt und Patient interessieren.

6. *Bürokratisierung*

In den vielfältigen Formen von Krankenblättern, Fragebögen, Arztbriefen, Diagnoseschlüsseln, Abrechnungen usw., die als Dokumentationswesen eine Eigendynamik entwickeln können, besteht die Gefahr einer Bürokratisierung, die zur weiteren Standardisierung und Automatisierung etwa in Form von Expertensystemen führen kann (z. B. Dieckmann 1981, Ehlich 1993, Koerfer 1994). Dadurch wird die Kommunikation zwischen Arzt und Patient selbst zunehmend *präformuliert*, bestenfalls bewegt sie sich zwischen kommunikativen „Leitplanken“ auf festgefahrenen Wegen. Das „echte“ Gespräch, das im Sinne Martin Bubers (1954/1986) zunächst immer ergebnisoffen geführt werden muss (§ 7, 10), gerät zum Austausch von gestanzten Kommunikationsfragmenten im Sinne von Textbausteinen des schriftlichen Verkehrs, wie er inner-

5. Struktur- und Funktionswandel in der Medizin

halb und zwischen Institutionen normiert ist. Insgesamt droht der Dialog zwischen Arzt und Patient zu einem automatisierten Entscheidungsverfahren zu degenerieren.

7. *Verrechtlichung*

Das *ärztliche* Handeln wird nach einer bloß *legalistischen* Ethik gerechtfertigt, was wiederum verstärkt einer Defensivmedizin Vor-schub leisten kann, die sich in Überdiagnostik und Übertherapie zu verlieren droht (Taupitz 1987, Wolff 1989, Gigerenzer, Muir Gray 2013). Oft werden (in Form von kurz kommentierten Aufklärungsbögen) bloß Minimalstandards erfüllt, die dem rechtlichen (Selbst-) Schutz der handelnden Akteure dienen sollen, aber unter Zeitnot kaum dem Anspruch einer aufgeklärten und aufklärenden Medizin genügen können, die den Patienten zu einer qualifizierten Beteiligung bei der Entscheidungsfindung (im Sinne von *empowerment*) (§ 10) befähigen könnte.

8. *Kooperativität und Interdisziplinarität*

Trotz oder gerade wegen aller Restriktionen (Normierung, Spezialisierung, Anonymisierung usw.) ist ärztliches Handeln gleichzeitig zunehmend auf Kooperativität der Beteiligten angewiesen, nicht nur mit dem Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung (§ 10), sondern auch mit Kollegen, und mit diesen nicht nur innerhalb des OP-Teams im Operationssaal (Uhmann 2010), sondern auch in der Praxis und auf Station, sowie in der kollegialen Kommunikation im Team, in Konferenzen, Gremien, auf Forschungskongressen und gegenüber der Öffentlichkeit (NKLM 2015, BMBF 2017, Cracknell, Cooper 2018). Die Kooperation erstreckt sich dabei nicht nur auf den eigenen fachlichen Handlungsbereich, sondern verlangt eine Interdisziplinarität, die nicht nur bei Überweisung oder Konsil mit den Nachbarfächern besteht, sondern auch mit anderen Professionen aus dem Gesundheitswesen (Pflege, Psychologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Seelsorgern usw.) gesucht werden muss.

9. *Demokratisierung*

Prozesse der Demokratisierung auch des Gesundheitswesens lassen Patienten dem Arzt gegenüber als „mündige“ Bürger mit Recht auf Information und Selbstbestimmung auftreten, so dass sich die *Beziehung* im Vergleich zum traditionell "fügsamen" Patienten (Stichwort: *Compliance*) als schwieriger erweisen kann (§ 10). Prob-

leme ergeben sich hier nicht primär wegen persönlicher Differenzen, Animositäten, Unzulänglichkeiten usw. der Akteure, sondern sie sind strukturell bedingt, u. a. weil in einer demokratischen und Gesellschaft die Vielfalt der Ansichten und Meinungen aus guten Gründen geschützt bleibt. Dies gilt für den Patienten und Arzt gleichermaßen, auch wenn die Patientenpräferenz unter dem Strich im Zweifel „ausschlaggebend“ sein sollte, wie wir bei der dialogischen Entscheidungsfindung (§ 10) noch sehen werden.

10. *Pluralismus*

In einer demokratischen Gesellschaft, die sich durch soziokulturelle Vielfalt auszeichnet, sind Werte-Konflikte zwischen Arzt und Patient zugleich möglich und gerechtfertigt, so dass der Dissens zulässig bleibt (§ 10). *Konsens* ist nicht selbstverständlich, sondern muss möglicherweise erst mühsam hergestellt werden, besonders wenn es bei Angehörigen verschiedener Kulturen um interkulturelle Kommunikation geht (§ 28). Zum Zwecke der *Verständigung* sollten im Arzt-Patient-Gespräch diskursive Verfahren konstitutiv sein, deren Ausgang im Sinne eines „echten“ Gesprächs (Buber 1954/86: 296) prinzipiell ungewiss ist (§ 7, 10). Im problematischen Fall ist die Auflösung der Arzt-Patient-Beziehung gegenüber der Fortsetzung einer „unheiligen Allianz“ zu präferieren.

Einige dieser thesenartig skizzierten Entwicklungstendenzen in der Medizin werden wir später wieder aufnehmen, insbesondere unter den Aspekten der *partnerschaftlichen* Beziehungsgestaltung bei der medizinischen Entscheidungsfindung, bei der nicht zuletzt Konflikte zwischen der *Lebenswelt* der Patienten und der *Berufswelt* des Arztes zu bewältigen sind (§ 10). Hier kommen etwa widerstreitende Tendenzen der Institutionalisierung und Bürokratisierung versus Demokratie und Pluralität zur Geltung. Prinzipiell besteht Erklärungsbedarf vor allem hinsichtlich der *relativen* Gewichtungen, mit denen die einzelnen Faktoren beim ärztlichen Handeln zusammenwirken. So mögen sich die Tendenzen der *Ökonomisierung* und *Verrechtlichung* noch wechselseitig verstärken, insofern etwa Überdiagnostik und Übertherapie sowohl finanziell einträglich sein können als auch helfen mögen, die Rechtsproblematik ärztlichen Handelns zu reduzieren.

5.1.2 Institutionelles und individuelles Handeln

Mit dem Hinweis auf faktische Entwicklungen in der Praxis soll aber keineswegs der *Normativität des Faktischen* das Wort geredet werden. Vielmehr stehen Alternativen zur Diskussion, die sich die ärztliche Profession insgesamt zu Eigen machen kann. Bestimmten, teils widerstrebenden Entwicklungstendenzen kann der individuelle Arzt mehr oder weniger nachgeben oder widerstehen, womit sich eben bestimmte Handlungsspielräume ergeben, die der Arzt zur individuellen Ausgestaltung der Beziehung zum Patienten nutzen kann.

Allerdings ist zu bezweifeln, dass sich der Arzt etwa der Tendenz der Institutionalisierung so weitgehend entziehen könnte, wie dies offenbar noch Wieland (1986) unterstellt (Box 5.1), der ärztliches Handeln zunächst zum "Musterbild natürlichen Handelns überhaupt" erklärt und dann folgert:

Box 5.1 Arzt-Patient-Beziehung als „unbeeinflussbarer“ Archetyp

Deshalb konnte sich auch die Beziehung von Arzt und Patient zum Muster einer zwischenmenschlichen Beziehung von fast archetypischem Rang entwickeln, die von Institutionen in ihrem Kernbereich nicht beeinflusst werden kann.

Wieland 1986: 54

Mit der gleichen Begründung könnte auch erzieherisches Handeln eines Lehrers in den Rang „natürlichen“ Handelns erhoben werden, das gegen die Institutionalisierung immunisiert wäre. Umgekehrt müssen mit der Annahme einer zunehmenden Institutionalisierung Handlungsspielräume der Institutionsvertreter wie Lehrer, Richter, Ärzte ja nicht geleugnet werden (Koerfer 1994/2013, Brock, Meer 2004). Ansonsten könnte man Prinzipien des „Unterrichtens als Dialog“ weder für die Schule noch für die Hochschule gelten lassen, wenn sie allein durch die vorherrschende Unterrichtswirklichkeit zu widerlegen wären (Ehlich 1981, Koerfer, Zeck 1983, Koerfer 1994/2013). Was den von Wieland reklamierten Kernbereich der Arzt-Patient-Beziehung anlangt, sind verbliebene Handlungsspielräume des Arztes in empirischen Analysen zu beschreiben, dessen Handlungen eben nicht vollständig, sondern teilweise eingeschränkt sind, nicht zuletzt durch die Handlungsspielräume,

die den Patienten einzuräumen sind, um ihrerseits eine Gesundheitskompetenz entwickeln zu können (Koerfer et al. 1994, Woopen 2001, Pilnick, Dingwall 2011, Gigerenzer, Muir Gray 2013). Was die Entscheidungsspielräume des einzelnen Arztes anlangt, so ist bereits von Pellegrino (1988: 16f.) die konkrete Alternative zwischen den Unternehmer- und Angestelltenperspektiven betont worden, unter denen sich der Arzt je spezifischen, mehr oder weniger direkt vermittelten Zwängen der Ökonomisierung, Institutionalisierung, Verrechtlichung etc. ausgesetzt sieht, denen er sich mehr oder weniger erfolgreich widersetzen kann.

Gerade weil aber bestimmte Entwicklungstendenzen in der Medizin insgesamt noch im Fluss sind und die Handlungsspielräume des Arztes keineswegs als vollständig und endgültig fixiert gelten können, erklären sich die gegenwärtigen Kontroversen in einer ausgeprägten Debatte um das adäquate Modell der Arzt-Patient-Beziehung und die Prinzipien ärztlichen Handelns in einer posthippokratischen Medizinethik, worauf noch gesondert (§ 6, 7, 10) einzugehen ist. Zunächst ist jedoch dem veränderten *Mortalitätsspektrum* nachzugehen, auf das sich der „Arzt der Zukunft“ mit einem entsprechenden *Kompetenzprofil* einzustellen hat.

5.2 Mortalitätsspektrum und ärztliches Kompetenzprofil

Die Vermittlung von *Schlüsselkompetenzen* hat sich vor allem an einem veränderten *Krankheitsspektrum* zu orientieren, das sich durch eine Verschiebung von *akuten* zu *chronischen* Erkrankungen und durch eine Zunahme von *Komorbidität* und *Multmorbidität* vor allem in fortgeschrittenem Alter auszeichnet. Entsprechend stellt der Sachverständigenrat in seinem Gutachten (2009) (Box 5.2) einen erheblichen Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung fest

Box 5.2 Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung

Das deutsche Gesundheitswesen ist derzeit immer noch stark von Mustern der Akutmedizin und der fachspezialistischen Versorgung geprägt, die – auch auf dem Gebiet der chronischen Erkrankungen – bedeutsame Fortschritte (z.B. den Rückgang der Mortalität der koronaren Herzkrankheit, KHK) zu verzeichnen hat. Das Problem einer alternden Bevölkerung (...) mit einer zunehmenden Zahl chronischer Erkrankungen erfordert je-

5. Struktur- und Funktionswandel in der Medizin

doch einen Versorgungsansatz, der eine möglichst kontinuierliche (in der Regel lebenslange) patientenorientierte Versorgung ermöglicht.

Sachverständigenrat 2009: 311

Wie ebenfalls vom Sachverständigenrat konstatiert, steigen mit den chronischen Erkrankungen zugleich die Mehrfacherkrankungen, besonders im fortgeschrittenen Alter, das die Menschen bzw. Patienten nicht von ungefähr gerade auch dem medizinischen Fortschritt zu verdanken haben: „Mit dem medizinischen Fortschritt und dem demographischen Wandel steigt die Zahl chronisch kranker, multimorbider Patienten“ (2009: 257). Insgesamt verlangt dieses veränderte Krankheitsspektrum ein anderes Versorgungskonzept mit einem dafür passenden ärztlichen Kompetenzprofil, mit dem Ärzte aller Fachrichtungen bei aller notwendigen Spezialisierung auf die längerfristige medizinische Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen, Mehrfacherkrankungen, gesundheitlichen, körperlichen und psychischen Beschwerden, Einschränkungen und Beeinträchtigungen vor allem im Alter usw. eingestellt sind. Dies gilt nicht erst für die „Ärzte der Zukunft“, sondern bereits in der Gegenwart, wie dies nachfolgend deutlich gemacht werden soll.

5.2.1 Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen

Eine wesentliche Entwicklung ist die Schwerpunktverschiebung von den *akut* lebensbedrohlichen Krankheiten, zu denen vor allem die Infektionskrankheiten gehörten, zu den *chronischen Erkrankungen*, die von Patienten vor allem im Alter als lebensbegleitende Krankheiten erfahren werden:

Box 5.3 Dominanz chronischer Erkrankungen

Während in den heute entwickelten Industrienationen zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch akute, meist infektiöse Krankheiten wie Tuberkulose oder Diphtherie die häufigste Todesursache bildeten, dominieren heute chronische Krankheiten, wie Diabetes und Asthma oder Krebserkrankungen.

Sachverständigenrat 2009: 70

Bei derartig chronischen Erkrankungen, durch die die Lebensqualität der Patienten erheblich eingeschränkt sein kann, ist eine langfristige medizinische Betreuung erforderlich, die die Arzt-Patient-Beziehung vor besondere Herausforderungen stellt. Je nach Kontrollergebnis (z.B. „Die Werte haben sich verschlechtert“) müssen die Patienten im Gespräch immer wieder zur Mitarbeit motiviert werden, um einer *Non-Adhärenz* vorzubeugen oder zu begegnen, wie etwa beim Diabetes oder der koronaren Herzerkrankung, bei der die Therapietreue sehr zu wünschen übrig lassen kann (Albus 2006, Albus et al. 2005, 2010, Albus, Matthes 2014, Matthes, Albus 2014). Insgesamt werden allein die ökonomischen Kosten der Non-Adhärenz in den USA auf 100 Milliarden Dollar (O'Connor 2006) geschätzt, von den ökonomischen Folge-Kosten und vor allem der Verlängerung des individuellen Leidens der Patienten ganz zu schweigen.

Trotz optimaler Behandlungskonzepte ist in der Arzt-Patient-Beziehung oft mit Rückschlägen oder Verschlechterungen des Befindens zu rechnen, die nicht nur auf das Fehlverhalten der Patienten bei der Medikation zurückzuführen sind, sondern ebenso auf ihre mangelnde Bereitschaft, ihren *riskanten Lebensstil* (Fehlernährung, Bewegungsmangel, Nikotin-, Alkoholabusus) zu ändern (§ 29). Dazu sollte in Rechnung gestellt werden, dass gerade Patienten mit einem niedrigen Bildungsstatus vermehrt von den gesundheitlichen Folgen derart riskanter Lebensstile betroffen sind, wie dies in aktuellen Studien (Brähler et al. 2012) noch einmal eindrücklich belegt wurde.

Ungeachtet dieses Zusammenhangs von *Bildung* und *Gesundheit* weiß jeder Arzt aus eigener Erfahrung, wie schwer es ist, gegen bestimmte „schlechte Lebensgewohnheiten“ von Patienten anzusteuern, Hier ist auf beiden Seiten des Gesprächs mit Frustrationen der Gesprächspartner zu rechnen, die vom Arzt eine hohe professionelle Verantwortung und Toleranz im kommunikativen Umgang mit diesen Patienten erfordern. Sie werden oft als „schwierige“ Patienten (§ 34) erlebt, denen die Ärzte dann ihrerseits mehr oder weniger bewusst mit Ablehnung begegnen, so dass sich hier ein maladaptiver „Teufelskreis“ ergeben kann, der zu einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes dieser Patienten führt.

5.2.2 Personenfokussierte Behandlung multimorbider Patienten

Die Lebensqualität von Patienten mit körperlichen (chronischen) Erkrankungen kann oft durch eine *Komorbidität* (Angst, Depression) eingeschränkt sein (Schüßler et al. 2017), die nicht selten verkannt wird und zu lange unbehandelt bleibt (§ 29). Das ärztliche Handeln ist dann ganz auf die Behandlung einer chronischen Erkrankung (z.B. Diabetes) fokussiert, und der Arzt verkennt möglicherweise, dass eine mangelnde Therapietreue auf eine nachlassende Selbstfürsorglichkeit des depressiven Patienten zurückzuführen ist (§ 29) (Albus et al. 2004, Kruse et al. 2006). Angesichts der hohen *Prävalenz* von *psychischen* Erkrankungen und ihren Auswirkungen auf die Gesundheit von chronisch kranken Patienten, fordert deshalb der Sachverständigenrat (2009) (Box 5.4) ihre stärkere Berücksichtigung bereits bei der Messung von Multimorbidität.

Box 5.4 Psychische Komorbidität

Der ausgeprägte Effekt auf den Gesundheitszustand wird besonders deutlich in einer in 60 Ländern durchgeführten aktuellen Studie der World Health Organisation (WHO) zur Prävalenz und Bedeutung der Depression. Danach haben 9.3 bis 23% der Patienten mit mindestens einer chronischen Erkrankung eine Depression als Komorbidität. Dies ist der wichtigste Faktor im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen bezüglich der Verschlechterung des Gesundheitsschicksals der Patienten (...) Psychische Erkrankungen müssen folglich unbedingt bei der Messung der Multimorbidität einbezogen werden.

Sachverständigenrat 2009: 252

Trotz der hohen Prävalenz und Bedeutung von körperlichen und/oder oder psychischen Mehrfacherkrankungen mangelt es nicht nur in an der zureichenden medizinischen *Versorgung* der Patienten, sondern auch an evidenzbasierten *Leitlinien*, die sich nur in Ausnahmefällen auf zwei und mehr Erkrankungen in Kombination beziehen. Hier besteht Nachhohlbedarf nicht nur in der Forschung und den Fachgesellschaften, die hier bei der Erarbeitung von Empfehlungen interdisziplinär zusammenarbeiten müssen, sondern auch in der medizinischen Ausbildung und Fortbildung, wie dies ebenfalls vom Sachverständigenrat (2009: 256ff) angemahnt wird. Ebenso ist die Behandlung von *Multi-*

morbidity oft ungenügend (Box 5.5), wie sie auch unabhängig von einer Grunderkrankung und vor allem bei älteren Patienten auftreten kann.

Box 5.5 Definition und Spektrum von Multimorbidität

Unter Multimorbidität versteht man die Anwesenheit mehrerer, wiederkehrender, chronischer oder akuter Erkrankungen oder Symptome innerhalb einer Person zur gleichen Zeit, wobei diese im Gegensatz zur Komorbidität von einer Grunderkrankung (Indexerkrankung) unabhängig sind (...) Bei Multimorbidität liegt eine komplexe Struktur mit mehreren individuellen Krankheiten vor. Dabei ist die Multimorbidität mehr als die Summe der Einzelerkrankungen. Für die Beurteilung der Krankheitslast für den Patienten durch mehrere gleichzeitig bestehende Erkrankungen sind das Krankheitsmuster, die zeitliche Entwicklung sowie soziale Faktoren wichtig (...) Zusätzlich treten emergente Syndrome (wie beispielsweise Inkontinenz, Verwirrtheit, Sturzgefährdung und komplexe Schmerzzustände) auf, und es entstehen Funktionseinschränkungen und Behinderungen für den Patienten, die sich auf seine Fähigkeiten, den Alltag zu bewältigen, auswirken.

Sachverständigenrat 2009: 251

Liegt kein akuter Behandlungsfall (z.B. nach einem Sturz mit Fraktur) vor, bei dem Evidenz der situativen und kognitiven Umstände wegen gegeben sein mag, sind all diese Erkrankungen bzw. Syndrome erst *gesprächsweise* mit dem Patienten zu *explorieren*, etwa durch Fragen nach der Mobilität im Allgemeinen oder der Sicherheit, mit der sich der Patient durch den Alltag bewegt (Orientierung, Sturzneigung, Schwindel usw.), oder nach der Therapietreue bei der Medikation, die durch „Vergesslichkeit“ eingeschränkt sein könnte. Unter Umständen ist eine verminderte Therapieadhärenz eben nicht auf eine *mangelnde Motivation* des Patienten (§ 29), sondern auf *kognitive Defizite* zurückzuführen, von der insbesondere ältere Patienten (§ 37) betroffen sein können.

Mitunter sind die Probleme der Verständigung zwischen Arzt und Patient auch ganz „banaler“ Natur, wenn die Kommunikation mit älteren Patienten durch *Schwerhörigkeit* gestört ist (Egbert, Deppermann 2012). Die Schwerhörigkeit kann vom Arzt auch gerade deswegen unbemerkt bleiben, weil der Patient seine Beeinträchtigung zu verleugnen und zu kaschieren sucht. Ähnliches *Verleugungsverhalten* (als Abwehrform) ist natürlich auch bei anderen Beeinträchtigungen zu erwarten, die das Selbstwertgefühl gerade älterer Menschen (z.B. bei Inkonti-

5. Struktur- und Funktionswandel in der Medizin

nenz) betrifft. Hier ist in einer *tangentialen Gesprächsführung* (s.u.) auf einen *behutsamen*, aber bestimmten Umgang mit „heiklen Themen“ (§ 21.6) zu achten, zu denen neben den Problemen der Verdauung und Ausscheidung oft auch Beeinträchtigungen bei der Sexualität gehören.

Mit dem Wandel des Morbiditätsspektrums ist zugleich ein Einstellungswechsel in der Behandlungsperspektive nötig, in der der Arzt seine Aufmerksamkeit nicht länger auf einzelne Krankheiten richten kann. Aus der Zunahme von Mehrfacherkrankungen gerade im Alter leitet der Sachverständigenrat (2009) (Box 5.6) die Forderung nach der Abkehr von einer *krankheitsfokussierten* und Hinwendung zu einer *personenfokussierten* Behandlung ab:

Box 5.6 Personenfokussierter Behandlungsschwerpunkt

Bei Patienten mit Mehrfacherkrankung und insbesondere bei einer geriatrischen Multimorbidität sollte der Schwerpunkt der Behandlung nicht mehr erkrankungsfokussiert, sondern personenfokussiert sein.

Sachverständigenrat 2009: 251

Soll dieser Wandel zur personenfokussierten Versorgung in der Praxis vollzogen werden, muss der Arzt der Zukunft nicht nur die Details gründlicher explorieren (Krankheitssymptome), sondern das Ausmaß der „Gesamtkrankheitslast“ des Patienten als Person im Alltagsleben sowie seine verbliebenen *Bewältigungsressourcen* herausarbeiten (§ 5.2.4). Nur so wird der Arzt im Bedarfsfall die nötigen diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Maßnahmen (z.B. geriatrisches Konsil, soziale Dienste) erkennen und diese Maßnahmen mit dem Patienten oder seinen Angehörigen besprechen und gegebenenfalls einleiten und schließlich im Einverständnis mit allen Beteiligten kontrollierend und supportiv begleiten können.

5.2.3 Tangentiale Gesprächsführung bei somatoformen Störungen

Weiterhin hat es der Arzt mit Patienten zu tun, die periodisch oder dauerhaft unter *funktionellen bzw. somatoformen Störungen* ohne objektifizierbaren organischen Befund leiden (Ronel et al. 2007, Rudolf 2008, Henningsen 2007, Lahmann et al. 2010, Hausteiner-Wiehle et al. 2013,

Hausteiner-Wiehle, Henningsen 2015). Bereits unter epidemiologischen Aspekt stellen sie eine relevante Gruppe von Patienten dar, wobei die Angaben zu den Prävalenzraten schwanken: Sie werden für die Primärversorgung mit 25-35% angegeben. Diese Gruppe von Patienten stellt im Allgemeinen eine besondere klinische Herausforderung für den Arzt dar (Box 5.7)

Box 5.7 Somatoforme Störungen

Somatoforme Störungen zeichnen sich durch anhaltende oder häufig wiederkehrende, subjektiv als beeinträchtigend erlebte Körperbeschwerden aus, für die auch nach angemessener somatischer Diagnostik keine ausreichende organmedizinische Erklärung im Sinne einer kausalen Organpathologie gefunden werden kann. Somatoforme Störungen sind ein weltweit verbreitetes Phänomen und stellen in fast allen Bereichen der Medizin eine klinische Herausforderung dar (...) Das Krankheitsbild bedingt eine überproportionale, dysfunktionale und vor allem kostenintensive Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und geht insbesondere bei schweren oder chronischen Verläufen mit einer Häufung von Angst-, depressiven oder Persönlichkeitsstörungen einher.

Lahmann et al. 2010: 453

Der Umgang mit diesen Patienten erweist sich oft als schwierig, was sich bereits in häufigen Therapieabbrüchen und Arztwechseln („doctor hopping“) manifestiert. Die Patienten lassen sich weiterhin von ihrer „subjektiven Krankheitstheorie“ leiten (§ 21, 29), nach der ihre massiv und bedrohlich erlebten Beschwerden eine „organische Ursache“ haben (müssen), und reagieren mit heftigem Widerstand, wenn dies in Zweifel gezogen wird. Oft haben sie eine „Odyssee“ von Arztbesuchen und Untersuchungen hinter sich, die zudem mit einer oft „kränkenden“ Diagnosemitteilung („Sie haben nichts“) abgeschlossen wurden, was ihre Enttäuschungen oder ihren Ärger noch verstärkt, weil sie sich als Person mit ihrem Leiden nicht ernst genommen fühlen.

Um bei Patienten mit somatoformen Störungen den immer drohenden, frühzeitigen Abbruch der Beziehung zum Arzt zu verhindern, hat sich hier eine besondere Art der Beziehungsgestaltung sowie der Kommunikation mit diesen Patienten bewährt, für die sich die Bezeichnung „tangential“ Gesprächsführung etabliert hat, auf die wir noch ausführlich zurückkommen werden (§ 17.3, 32). Mit dieser Art der Gesprächsführung versucht der Arzt, sich den Einstellungen des Patienten, d.h.

5. Struktur- und Funktionswandel in der Medizin

seinen Überzeugungen, Erwartungen, Hoffnungen, Befürchtungen, sukzessive zu nähern. Mit indirekten und impliziten verbalen Interventionen kann es dem Arzt gelingen, die fraglichen Themen, die für den Patienten zunächst *Tabuthemen* sind, allmählich und schrittweise oder auch auf Umwegen „zur Sprache zu bringen“. Dies gilt vor allem gegenüber emotional besetzten Themen, bei denen der Arzt den impliziten „Hinweisen“ von Patienten zu „lauschen“ hat, die man leicht „überhören“ kann.

Diesem kommunikativen Phänomen („Voiced but unheard“) ist in der Forschergruppe um Salmon et al. (2004, 2007) nachgegangen worden, die insbesondere die indirekte Kommunikation („psychological cues“) bei Patienten mit „medical unexplained symptoms“ (MUS) untersucht haben. Unter einer anderen Terminologie, die weiterhin uneinheitlich ist (Burbaum et al. 2010, Creed et al. 2010, Klaus et al. 2011, Hausteiner-Wiehle, Henningsen 2015), wird hier ein sensibler Umgang mit Patienten empfohlen, deren Beschwerden zunächst anzuerkennen sind, bevor weitere ärztliche Interventionen zur Förderung der Krankheitseinsicht und -verarbeitung greifen können.

Bevor nachgeordnet Interventionen „höheren“ Typs („Klarifikationen“) überhaupt sinnvoll platziert werden können, ist hier zunächst die ärztliche Kunst des *aktiven, empathischen Zuhörens* gefragt (§ 20, 21), die der Arzt allgemein, aber besonders gegenüber Patienten beherrschen sollte, bei denen Probleme im emotionalen Zugang schon vom Krankheitsbild her zu antizipieren sind. Durch eine *tangentiale* Gesprächsführung (§ 17.3, 32) soll der Patient zwar „berührt“, aber in seinem aktuellen Selbstbild nicht so „gestört“ werden, dass er unnötig zu Abwehrprozessen verleitet und so der therapeutische Erfolg verstellt oder auch nur erschwert wird.

Zum „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ sind inzwischen *Leitlinien* entwickelt worden (Hausteiner-Wiehle et al. 2013, AWMF (Hg.) 2012), die konkrete *Praxistipps* auch mit *Formulierungsbeispielen* enthalten. Wir haben in Form eines *Manuals* zur ärztlichen Gesprächsführung (2010) (§ 1, 3, 17) ebenfalls eine Sammlung von Ankerbeispielen zu Gesprächsmaximen zusammengestellt, die im Einklang mit den Leitlinien durch empirische Beispiele (§ 18-23) aus einem umfangreichen Gesprächskorpus ergänzt werden sollen.

5.2.4 Pathogenetische und salutogenetische Perspektiven

Mit den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Medizin verschieben sich einerseits die Grenzen des Behandelbaren, andererseits kommen die Unterschiede zwischen „krankmachenden“ und „gesundheitsfördernden“ Faktoren stärker in den Blick. Nicht von ungefähr ist inzwischen das traditionell *pathogenetische* Konzept in der Medizin, dem ein dichotomisches Begriffspaar von *Gesundheit* und *Krankheit* zugrunde liegt, durch ein *salutogenetisches* Konzept ergänzt worden, das von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ausgeht und die heilsamen Ressourcen („salutary resources“) berücksichtigt, die den Organismus in Richtung auf den Gesundheitspol im Kontinuum bewegen (vgl. Antonowsky 1987, 1997, Köhle, Obliers, Faber 1994, Ventegodt et al. 2005, Meyer-Abich 2010). Die hypothetische Frage an den Patienten ist nicht mehr nur die nach seinen Defiziten („Wo fehlt’s denn?“), sondern auch nach seinen verbliebenen Fähigkeiten („Was können Sie tun?“), („Was trauen Sie sich zu?“) (§ 22.2). Auch diese Themen lassen sich selten direkt erfragen, wie hier hypothetisch unterstellt, sondern sind passend im Gesprächskontext zu entwickeln.

Um sowohl die Mängel und Verluste von Patienten als auch ihre Gesundheitsressourcen in Erfahrung zu bringen, ist eine andere als eine ausschließlich *interrogative* Fragetechnik vonnöten. Bestimmte Lebenserfahrungen von Patienten und ihre Selbstdarstellungen können kaum nach dem Frage-Antwort-Muster exploriert werden, sondern lassen sich am Besten in eigenständigen Patientenerzählungen vermitteln, für die der Arzt allerdings durch entsprechende Stimulationen („Erzähleinladungen“) gesprächsweise Raum zu schaffen hat (§ 9). Dass in diesem Sinn eine *biographisch-narrative* Anamneseerhebung gegenüber einer interrogativen Gesprächstechnik effektiver und effizienter ist, soll ebenfalls an einer Reihe von Gesprächsanalysen im Detail (§ 19, 20) aufgezeigt werden.

5.2.5 Präventives bis palliatives Behandlungsspektrum

Sicherlich bleibt die *kurative* Funktion ärztlichen Handelns eine Zentralfunktion der Medizin. Angesichts des veränderten Krankheitsspektrums und der wachsenden öffentlichen Aufmerksamkeit gegenüber den Notwendigkeiten und Möglichkeiten einer vorsorgenden

5. Struktur- und Funktionswandel in der Medizin

Medizin gehört die Früherkennung bzw. Prävention schon zu den Aufgaben der Kinder- und Jugendmedizin (Bürgin, Rost 2011, Resch 2017), deren Entwicklung vom Sachverständigenrat (2009) ein besonderer Schwerpunkt eingeräumt wird. Hier sind u.a. auch psychosoziale Probleme in der Familie frühzeitig zu erkennen, um den Folgen etwa von Trennung oder häuslicher Gewalt zu begegnen.

Schließlich hat der Arzt über die traditionell *kurative* Funktion im engeren Sinn hinaus vermehrt *rehabilitative* und nicht zuletzt wegen der sozio-demographischen Entwicklung unserer Gesellschaft *geriatrische* und zunehmend *palliative* Versorgungsfunktionen wahrzunehmen, die besondere kommunikative Kompetenzen verlangen (Kissane et al. 2011, Obliers, Köhle 2017, Köhle 2017, Söllner, Keller 2017). Vor allem die Kommunikation mit diesen Patienten stand früher weniger im Fokus ärztlichen Handelns, oft wurde sie (an Angehörige und die Pflege) delegiert. Noch immer sind Lehrstühle zur palliativen Medizin nicht die Regel, aber ihre Zunahme verdeutlicht diese Entwicklungstendenz, nach der bestimmte Patientengruppen nicht länger zureichend in einem engeren biomedizinischen Sinn versorgt werden können.

In die gleiche Richtung weist die Entstehung von sog. „Bindestrich“-Disziplinen, wie etwa der *Psychokardiologie* (Albus et al. 2011, 2014) oder *Psychoonkologie* (Tschuschke 2011, Söllner, Keller 2017) oder auch *Psychoneuroendokrinologie* (Fries et al. 2017) usw., die stärker an einem ganzheitlichen Erklärungs- und Versorgungsmodell orientiert sind, wie dies mit einem *biopsychosozialen* Verständnisansatz (§ 4) beansprucht wird. Die ganzheitliche Behandlungsperspektive einer Vielzahl von Erkrankungen wird insbesondere in der Hausarztpraxis gefordert, auf die wir noch gesondert (§ 25) mit empirischen Praxisbeispielen eingehen werden.

5.3 Gesundheits- und Krankheitskonzepte

Mit dem breiten Behandlungsspektrum des Arztes, das von einer präventiven Gesundheitsförderung bis hin zur palliativen Versorgung von sterbenskranken Patienten reicht (§ 38), stellt sich die Frage nach Gesundheits- und Krankheitskonzepten, über die sich Ärzte und Patienten – bei allen individuellen Unterschieden – bis zu einem gewissen Grad gemeinsam in ihrer Kommunikation verständigen müssen, wenn sie zusammen erfolgreich handeln wollen.

Sowohl in der gesellschaftspolitischen als auch medizin(-eth)ischen Diskussion bleibt weiterhin strittig, was überhaupt behandlungsbedürftig oder auch nur behandlungswürdig ist. In dieser Diskussion werden mehr oder weniger weite bzw. enge Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriffe benutzt.

5.3.1 Der weite Begriff des ‚Wohlbefindens‘

Ein sehr weites, oft zitiertes, aber selten uneingeschränkt akzeptiertes Gesundheits- bzw. Krankheitskonzept hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits vor mehr als 6 Jahrzehnten entworfen (Box 5.8). Dabei geht es vor allem um eine Abgrenzung gegenüber einem restriktiven Gesundheitsbegriff, der sich allein durch Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen auszeichnet:

Box 5.8 Wohlbefinden (well-being) nach der WHO

Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen

WHO 1948, zit. n. Anschütz 1988: 100

Diese Gesundheitsdefinition wird wegen ihres umfassenden Anspruchs einerseits positiv gesehen, andererseits gerade deswegen kritisiert. Am Konzept der WHO wird zunächst geschätzt, dass es alle drei Dimensionen von Gesundheit berücksichtigt, nämlich die *physische*, *psychische* und *soziale* Dimension, wovon etwa auch nachgeordnete Begriffe wie *Lebensqualität* (Box 5.9) profitieren können:

Box 5.9 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Weithin akzeptiert wird aber, dass die in diesem Begriff enthaltene Vorstellung, dass Gesundheit aus drei Komponenten besteht: einer physischen, einer psychischen und einer sozialen. Diese drei Komponenten werden deshalb auch gerne verwendet, um den Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität weiter einzugrenzen. Gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigt sich dementsprechend darin, wie zufrieden Menschen

5. Struktur- und Funktionswandel in der Medizin

mit ihrem physischen, psychischen und sozialen Gesundheitszustand sind, oder – anders ausgedrückt – wie sie diese Aspekte ihrer Gesundheit bewerten.

Konerding, Schell 2001: 139

Wie wir darüber hinaus bereits gesehen haben, kommt der dreidimensionale Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff dem Verständnis einer *biopsychosozialen* Medizin entgegen (§ 4), die zugleich von einem umfassenden Erkenntnis- und Behandlungskonzept ausgeht. Bei aller objektiven Erhebung krankheitsrelevanter Daten steht das subjektive Krankheitserleben des Patienten im Mittelpunkt, der als erkrankte Person offenbar selbst am besten über die eigene Gesundheit befinden können sollte.

5.3.1 Kritik und Anwendungsprobleme

Mit der Kritik am weiten Gesundheitsbegriff der WHO wird oft ein überhöhtes Anspruchsdenken verbunden, dem individuelle Patienten maßlos unterliegen könnten. An der Gesundheitsdefinition der WHO wird zunächst kritisiert, dass die Kriterien so hoch angesetzt sind, dass schließlich fast alle Menschen krank wären. Diese Kritik kulminiert zumeist in einem Illusionsvorwurf, insofern die mit dieser weiten Definition von Gesundheit verbundenen Ansprüche des Individuums an sich selbst wie die Gesundheitsversorgung unrealistisch, weil unerfüllbar seien (Anschütz 1988, Konerding, Schell 2001). So befindet etwa Anschütz (1988) (Box 5.10) die Gesundheitsdefinition der WHO zugleich als „philiströs“ und „naiv“, nicht zuletzt deswegen, weil angesichts des hohen Glücks- und Gesundheitsanspruchs in der westlichen Welt das Altern konsequenterweise als Krankheit aufzufassen wäre.

Box 5.10 Kritik am hohen Glücks- und Gesundheitsanspruch

Der hohe Glücks- und Gesundheitsanspruch der westlichen Welt wird zudem noch gefördert durch die öffentliche Suggestion des sog. Machbaren, durch ein ausgesprochenes Streben nach Heil, Wahrheit, Glück, Macht, Reichtum. Hier ist ein Anspruch ins Extrem gesteigert, welcher nicht mehr zu verwirklichen ist. Und dieser Anspruch ist so allgegenwärtig und scheint so selbstverständlich, daß niemand sich von ihm ganz frei machen kann. Der heutige Mensch fühlt sich offenbar sozial nur dann im Gleichgewicht, wenn er ins Ausland fahren kann, auf Autobah-

nen sehr mobil ist (...) wenn er seinen unruhigen Geist mit Alkohol oder gar Schlafmitteln euphorisiert und wenn sein Leben sozial, beruflich, familiär so geordnet ist, wie es seinen Vorstellungen entspricht. Die Medizin hat sich diesem Anspruch weitgehend angepaßt, der Chirurg durch Lifting störender Falten, der Internist durch die Tablette für alle Lebenslagen (...). In Wirklichkeit muß jeder früher oder später mit irgendeinem Gebrechen selber fertig werden, indem er sich i.S. einer Selbsterziehung an seine spätestens im Alter eintretende abnehmende Leistungsfähigkeit anpaßt. Alle Gesundheitsdefinitionen, welche das Wohlbefinden und die erhaltende körperliche Integrität und Adaptationsfähigkeit in den Mittelpunkt stellen, müssen das Altern als Krankheit auffassen.

Anschütz 1988: 100-101

Die Kritik erscheint oft ebenso überzogen wie das kritisierte Gesundheitskonzept der WHO. Zwar beschreibt Anschütz zu Recht mögliche Extreme, aber das einzelne Individuum kann mit der nahegelegten „Selbsterziehung“ zur Anpassung an die altersbedingte Leistungsabnahme gerade überfordert und eben wegen dieser Überforderung zum Patienten werden. Hier kann der Arzt wiederum helfen, die individuell angemessene Balance „zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ zu finden.

Das Problem des *Wohlbefindens* des Patienten als oberstes Behandlungsziel bleibt jedoch ein Problem sowohl in der Forschung als auch in der Versorgungspraxis. Das Problem ist mit der bloßen Dichotomie von *Objektivität* und *Subjektivität* keineswegs schon gelöst, ebenso wenig mit traditionellen Unterscheidungen von *disease und illness, symptom* und *sign* (Krankheitszeichen) oder *Befund* und *Befinden* (Erleben). Mit diesen Begriffen werden nach von Uxküll und Wesiack (1991) nur analytisch Aspekte unterschieden, die in einer *biopsychosozialen Medizin* (§ 4) zu integrieren sind.

Dabei geht es allerdings auch um die „Rechtfertigung“ von medizinischen Behandlungszielen im „engeren“ Sinne (z.B. die „medizinische“ Einstellung eines Diabetikers), die ihren Sinn nur in der Hierarchie von sog. *Endpunkten* höherer Ordnung haben (§ 8), womit letztlich wiederum die „Lebensqualität“ des Patienten ins Spiel kommt, der seine persönliche Vorstellung von einem „guten“ Leben hat, das er subjektiv als eingeschränkt erleben kann usw.

In seiner aktuellen Kritik an Krankheits- und Gesundheitsdefinitionen sowie Untersuchungsmethoden der Medizin und Psychologie beklagt Kagan (2012) den Mangel an kontextsensitiven Studien auch zu Konzepten wie *well-being* oder *happiness*, deren Ambiguitäten nur kul-

5. Struktur- und Funktionswandel in der Medizin

tur-, geschichts-, sprach-, schicht-, geschlechts-, altersspezifisch usw. zu untersuchen und zu verstehen seien. Insofern man nach Kagan (2012) (Box 5.11) der *Ambiguität* vermeintlich ähnlicher Selbstauskünfte von Individuen nicht prinzipiell entrinnen kann, darf man sich erst recht nicht auf die erstbesten Verbalisierungen befragter Personen verlassen, sondern muss diese im jeweiligen Kontext systematisch hinterfragen und im jeweils gültigen semantischen Netzwerk der Befragten passend einordnen.

Box 5.11 Ambiguity of well-being

The meaning of life satisfaction, or well-being, does not escape this ambiguity. Most adults who have sufficient food and shelter and are free of serious chronic illness rely on a judgment of the ethical quality of their lives when they answer the few questions that define well-being: “How satisfied are you with your life?” “Have you gotten most of things that you wanted in life?” and “All things considered, how satisfied are you with your life these days?” The judgments of individuals from diverse societies would change only a little if the question were “All things considered, have you lived the life of a good person?” However, because the semantic networks for good vary across historical eras and cultural settings, the meaning of a low, moderate, or high level of well-being must also vary. Put simply, individuals who report the same level of well-being could have behaved in different ways, achieved different goals, held different values, and experienced different feelings over their lifetimes.

Kagan 2012: 78f

Die methodisch-systematische Erforschung solcher Konzepte wie *well-being* und *happiness* ist eine Sache, die Kommunikation mit individuellen Patienten über ihre *lebensweltlich* bedeutsamen Behandlungsziele eine andere. Dem Problem der *Ambiguität* dessen, was der Patient als sein *finales* Interesse an der ärztlichen Behandlung *formuliert* (§ 8.4), muss sich der Arzt in der Kommunikation mit seinem individuellen Patienten stellen. Im kommunikativen Austausch müssen sich die beiden Gesprächspartner wechselseitig vergewissern, dass sie „am selben Strang ziehen“, wenn sie etwa die *Lebensqualität* des Patienten, die in der Medizin ein etabliertes Konzept mit erprobten Messinstrumenten ist (Bellebaum, Barheier 1994, Konerding, Schell 2001, Pukrop 2003, Herzberg, Brähler 2017), als oberstes *Leitziel* der Behandlung zu verbessern suchen, dem andere Behandlungsziele unterzuordnen sind.

Diesem Problem der Bestimmung (von Hierarchien) von sog. *Endpunkten* ärztlichen Handelns werden wir sowohl systematisch (§ 8) als auch an empirischen Fällen (§ 21-22) weiter nachgehen, in denen es beispielsweise um das Anliegen eines Diabetes-Patienten geht, der seine *Lebensqualität* durch eine „Umstellung von Spritze auf Pumpe“ erheblich *verbessert* sieht.

Unter dem besonderen Aspekt der *palliativen* Medizin (§ 38) (Kissane et al. 2011, Obliers, Köhle 2017, Köhle 2017, Söllner, Keller 2017) wird das Problem behandelt, dass Patienten gerade an ihrem erwartbaren Lebensende oftmals noch einen sog. *Werte-Wandel* vollziehen, den sie in der Kommunikation mit ihren Betreuern in dieser Form wahrscheinlich erstmals selbst erkennen bzw. erkennen lassen. Hier wird den Patienten offenbar erst im Gespräch am Lebensende klar, was ihnen im Leben wichtig war bzw. geworden ist – ein nochmaliger methodischer Hinweis darauf, dass der Arzt nicht den erstbesten Selbstauskünften von Patienten qua *Befragung* folgen sollte, sondern gegebenenfalls wiederholt das Gespräch suchen muss, um die Ambiguitäten und Ambivalenzen des Patienten, auch wenn sie prinzipiell nicht hintergangen werden können, doch möglichst so zu reduzieren, dass für beide Partner eine gewisse Sicherheit entsteht, in einem erkennbaren Patienteninteresse zu handeln, das zumindest bis auf Widerruf in der „Sprechstunde“ intersubjektive „Geltung“ haben sollte.

5.4 Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien

Zwar bleibt die individuelle Versorgung oberstes Prinzip ärztlichen Handelns, der Patient hat aber ebenso ein Recht auf optimale Behandlung „nach allen Regeln der Kunst“. Diese können sich allerdings mit dem Fortschritt auch ändern, so dass beide Akteure ihr Handeln gegebenenfalls auf jeweils aktuelle Standards im Sinne einer „Evidence-based Medicine“ (EBM) abzustimmen haben. Bevor wir darauf systematisch (§ 10) und empirisch mit Praxisbeispielen (§ 22) zurückkommen, soll der ärztliche Handlungsspielraum beschrieben werden, dem der individuelle Arzt im individuellen Fall mit seinem individuellen Patienten verbleibt, wenn die gemeinsamen Entscheidungen gleichwohl *evidenzbasiert* zu treffen ist.

5.4.1 Leitlinienempfehlungen und Entscheidungsautonomie

Zunächst bezieht sich der Begriff der Evidenz nicht auf subjektive Erfahrungsgewissheiten einzelner Ärzte, sondern vielmehr auf Evidenzen in einem durch Studien objektivierbaren Sinn, wie dies von Henningsen, Rudolf (2000) (Box 5.12) explizit betont wird.

Box 5.12 Objektivierbare Evidenzen im Plural

EBM bezieht sich nicht auf „Evidenz“ im Singular, als subjektive Erfahrung eines in sich stimmigen Zusammenhangs, sondern, gerade im Gegenteil, auf Evidenzen im Plural, im Sinne objektivierbarer Belege, Anhaltspunkte oder Beweismittel.

Henningsen, Rudolf 2000: 367

Seit gut zwei Jahrzehnten werden zunächst im englischsprachigen Raum (Kanada, USA, GB) und dann in Deutschland Leitlinien zur medizinischen Versorgung entwickelt und angewandt, mit denen Standards, wie sie immer schon angestrebt wurden, systematisch zusammengefasst und vermittelt werden, um die für die Patienten relevanten Gesundheitsziele zu erreichen (Bollschweiler 2001, Redaelli et al. 2001, Schmacke 2006, Sachverständigenrat 2009, Kopp 2011, Farin et al. 2011, Charles et al. 2011, Smith 2013, Dietsche 2018). Evidenzbasierte Leitlinien dienen der Qualitätssicherung ärztlichen Handelns (Box 5.13), die letztlich den Patienten zugutekommen soll.

Box 5.13 Funktion von Leitlinien

Vorrangiges Ziel von Leitlinien ist die Verbesserung der medizinischen Versorgung durch Vermittlung von Wissen. Leitlinienautoren haben dabei die Aufgabe, den Erkenntnisstand im Sinne der bestverfügbaren wissenschaftlichen Evidenz zu speziellen Fragestellungen

- explizit darzulegen,
- unter methodischen und klinischen Aspekten zu bewerten,
- gegensätzliche Standpunkte zu klären sowie
- unter Abwägung von Nutzen und Schaden und
- Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten

- das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren (...)

Konkrete Handlungsempfehlungen in Leitlinien sollten also auf einer Nutzenbewertung der jeweils geprüften Interventionen aus methodischer, klinischer und Patientenperspektive beruhen.

Kopp 2011: 160

Vom Anspruch her handelt es sich bei Leitlinien immer um *Empfehlungen*, die nicht schematisch zu befolgen, sondern in konkreten Behandlungssituationen unter Einbeziehung individueller Patienteninteressen zu berücksichtigen sind. Ihrem Selbstverständnis nach sollten Leitlinien also keineswegs als „Kochbuchmedizin“ oder „Vorschriften-Medizin“ (miss-)verstanden werden (teils weiterhin kritisch: Redaelli et al. 2001, Schmacke 2006, Sachverständigenrat 2009: 256f, Henry et al. 2008, Charles et al. 2011, Smith 2013, Dietsche 2018). Vielmehr bleibt die Vorrangstellung der klinischen Urteilsbildung des Arztes bestehen, die durch Leitlinien prinzipiell nicht „überstimmt“ werden kann, wie dies auch vom Sachverständigenrat (2009) (Box 5.14) eigens herausgestellt wird.

Box 5.14 Vorrangstellung der ärztlichen Urteilsbildung

Evidenzbasierte Leitlinien sind systematisch entwickelte Handlungs- und Entscheidungskorridore für Patienten und Leistungserbringer. Sie sollen zu einer individuell angemessenen gesundheitlichen Versorgung und zu Transparenz führen (...) Eine Therapie nach evidenzbasierten Leitlinien impliziert jedoch, dass von ihnen individuell abgewichen werden kann oder muss, wenn die klinische Entscheidung unter Würdigung der Gesamtsituation dies erfordert oder wenn die Patientenpräferenz einer Therapie entgegensteht. Daher sollten gute Leitlinien nicht den Charakter einer „Vorschriften-Medizin“ (...) annehmen und stellen keine Bedrohung der Autonomie des eigenen innovativen Potenzials und der intellektuellen Entwicklungsfähigkeit des therapeutisch tätigen Arztes dar. Sie sind Werkzeuge zur Verbesserung der Behandlungsqualität. Dabei „überstimmen“ Leitlinien niemals die Urteilsbildung des Arztes bei der Behandlung des individuellen Patienten, zumal der Arzt außer seiner Beurteilung der besonderen Bedingungen des Einzelfalls die Patientenpräferenz einbeziehen muss.

Sachverständigenrat 2009: 256f

5. Struktur- und Funktionswandel in der Medizin

Insofern die Entscheidungsautonomie im individuellen Fall von beiden Gesprächspartnern (Arzt, Patient) jeweils auf ihre Weise wahrgenommen werden kann (§10), scheinen die Befürchtungen einer Entmündigung durch höherrangige Instanzen, deren Vorgaben ohne weiteres zu befolgen wären, unbegründet. Vielmehr könnten beide Interaktionspartner von evidenzbasierten Leitlinien gleichermaßen profitieren. Trotz der Entwicklung zahlreicher Leitlinien auf einem hohen Niveau (Kopp 2011, Farin 2011) wird die Implementierung in der Praxis aber weiterhin als unzureichend eingeschätzt, was auf eine Reihe von Gründen zurückzuführen ist.

5.4.2 Probleme der Implementierung in der Praxis

Als Barrieren der Implementierung von Leitlinien werden vielfältige Gründe angeführt, zu denen vor allem die mangelnde Praxisorientierung, die wissenschaftliche Informationsüberflutung und praktische Dokumentationslast sowie der weiterhin befürchtete Autonomieverlust von Ärzten und ihren Patienten gehören, was insgesamt schon vom Sachverständigenrat (2009: 257 ff) (Box 5.15) kritisch zusammengestellt wurde.

Box 5.15 Gründe für die unzureichende Umsetzung

Es ist weiterhin von einer noch unzureichenden Umsetzung der medizinischen Leitlinien auszugehen. Die Gründe sind mannigfaltig:

- Fehlende Praxisorientierung, lediglich wissenschaftsorientiert und daher schwer anzuwenden (Leitlinien als Dialog zwischen Forschern).
- Leistungserbringer sehen in den Leitlinien eine Begrenzung ihrer Autonomie, eine Bevormundung.
- Ärzte oder andere Gesundheitsberufe stimmen nicht mit der Meinung der Leitlinienersteller überein (...)
- Die Leitlinienempfehlungen laufen den Patientenpräferenzen entgegen.
- Ärzte oder andere Gesundheitsberufe entscheiden, Leitlinien aufgrund von hoher Patientenfluktuation, Zeitknappheit, „Überflutung“ mit wissenschaftlichen Informationen u.a. zu ignorieren.

Sachverständigenrat 2009: 257

Zur Überwindung der Probleme wird eine Reihe von Implementierungsstrategien diskutiert, die möglichst in Kombination zu nutzen sind. Dazu werden vom Sachverständigenrat gerechnet: *Edukation* (Aus-, Weiterbildung, Fortbildung; teach the teacher); *Feedback* (Qualitätszirkel); *Partizipation* der Zielgruppen; *Finanzielle* Anreize usw. Bei der *Evaluation* sollten einerseits die gängigen Kriterien (Erreichen der Behandlungsziele, Rückgang der Krankenhausaufenthalte, Überweisungspraxis) überprüft werden, aber auch Parameter wie Patientenzufriedenheit, Adhärenz und Lebensqualität berücksichtigt werden, auf die wir im Einzelnen bei der Formulierung von *Therapiezielen* ärztlichen Handelns (§ 8) zurückkommen werden.

Fehlinformation, Vorurteile, Abneigungen und Widerstände von Ärzten gegenüber der Anwendung von Leitlinien sind nur das eine Problem, der Mangel an bestimmten Leitlinien zu spezifischen Krankheitsbildern ein anderes. Insbesondere werden vom Sachverständigenrat (2009) Defizite bei der Entwicklung von Leitlinien zur Behandlung *multimorbider* Patienten beklagt: „Es gibt nur sehr wenige Leitlinien, die sich auf Patienten mit mehreren Erkrankungen beziehen“ (259). Das Dilemma besteht darin, dass im Bedarfsfall eine befriedigende Lösung nicht einfach durch die Addition mehrerer Leitlinien erreicht werden kann. Auch hier gilt, dass das Ganze mehr ist als die Summe der Teile (Box 5.16).

Box 5.16 Desiderate bei Leitlinien vor allem zur Multimorbidität

Da Multimorbidität mehr als die Summe der Einzelerkrankungen ist, stellen Leitlinien, die für diese Patienten entwickelt werden, nicht die Summe der Leitlinien der einzelnen Erkrankungen dar. Sie müssen Behandlungsprioritäten setzen, auf den Gesamtzustand des Patienten adaptiert sein, und das mit jedem Medikament steigende Risiko von Interaktionen berücksichtigen. Insbesondere müssen sie einem patientenorientierten statt einem erkrankungsorientierten Ansatz folgen und die Lebenserwartung und die ganz individuelle Situation des Patienten berücksichtigen. Sie helfen somit Entscheidungen zu treffen, nehmen sie dem Arzt aber bei der Komplexität der Situation keineswegs ab.

Sachverständigenrat 2009: 261

Wegen der Komplexität der Situation können Leitlinien bald an ihre Grenzen gerade bei mehrfach erkrankten Patienten geraten, gegenüber denen weiterhin die individuelle Kompetenz des Arztes gefragt ist, sich Leitlinien als Entscheidungshilfen zu Nutze zu machen, die jeweils ge-

5. Struktur- und Funktionswandel in der Medizin

nügend Entscheidungsspielraum lassen. Die Entscheidungs- und Handlungsspielräume werden aber nicht nur *gewährt*, sondern den individuellen Ärzten zugleich *aufgelegt*. Deren Kompetenz wird gerade in komplexen Behandlungssituationen herausgefordert werden, in denen sie sich nur bedingt auf *die eine* bestimmte „leitliniengerechte“ Empfehlung berufen können. So beschreibt Smith (2013) (Box 5.17) die von ihm so bezeichnete „Kluft zwischen Evidenz und Praxis“, die sich über Großbritannien hinaus sicher verallgemeinern lässt, an einem drastischen Beispiel, das hier wegen seiner Anschaulichkeit ausführlich wiedergegeben werden soll.

Box 5.17 „Die Kluft zwischen Evidenz und Praxis“

Auch evidenzbasierte Leitlinien vermehrten sich explosionsartig. Es ist jedoch unklar, ob und wie sehr diese Informationsaufbereitung letztlich evidenzbasiertes Handeln vorangebracht hat. Auch Ärzte scheinen diese Serviceprogramme bei der Behandlung von Patienten kaum zu nutzen. Ein Grund dafür mag sein, dass es schwierig ist, Evidenz auf einzelne Patienten anzuwenden, weil die Fragen, die in der Praxis aufkommen, normalerweise nicht lauten „Was ist die beste Behandlung für einen Patienten mit Vorhofflimmern?“, sondern eher „Was ist die beste Vorgehensweise bei einer 75-jährigen Frau, die Vorhofflimmern hat, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, leichte Demenz, große Mengen Alkohol trinkt, raucht, alleine lebt und den Arzt nur aufsucht, wenn ihr Sohn sie entsprechend unter Druck setzt?“ In der Realität lauten die Fragen in der täglichen Praxis wesentlich häufiger wie die letztere und nicht wie die erstere (...). Folglich ist es kein Wunder, dass evidenzbasierte Interventionen schwer anzuwenden sind.

Smith 2013: 287

So berechtigt die Kritik im Grundsatz sein mag, sollte aber „das Kind nicht mit dem Bade ausgeschüttet werden“. Auch im vorliegenden Fall, dessen komplexe Problematik plausibel veranschaulicht wird, kann die Kenntnis von krankheitsspezifischen, etwa psychokardiologischen Leitlinien durchaus von Nutzen sein (Ladwig et al. 2013), auch wenn die weitere Behandlung der Patientin sicher nicht auf das „Vorhofflimmern“ reduziert werden kann. Eine solche biomedizinische Reduktion hatte sich schon im Falle der „Herz“-Problematik einer Patientin als wenig zielführend erwiesen, deren komplexe Krankengeschichte mit von Uexküll und Wesiack (1991, 2011) unter einer biopsychosozialen Erkennt-

nis-, Kommunikations- und Behandlungsperspektive ausführlich erörtert worden war (§ 4). Bei derart komplexen Fällen wird die *Passungskompetenz* des Arztes besonders herausgefordert, die eben auch in der selektiven Nutzung von einschlägigen Leitlinien besteht, die flexibel anzuwenden sind.

5.4.3 Ärztliche Passungskompetenz

Resümiert man den vorausgehend von Smith (hypothetisch) unterstellten Fall, so kann dem (unterstellen) Arzt zugleich eine gute Gesprächsführung zugeschrieben werden, weil bei der Anamneseerhebung doch schon eine Menge biopsychosozialer „Daten“ erhoben wurde. Der Arzt konnte offenbar gesprächsweise bei einer möglichen Grunderkrankung eben auch die *Ko-Morbidität* der Patientin (u.a. Demenz), ihre spezifischen *Risikofaktoren* (Alkohol, Rauchen, „Alleinleben“) sowie ihr insgesamt *maladaptives* Verhalten explorieren (§ 29). Die Selbstschädigung der Patientin besteht ja nicht nur in dem Alkohol- und Nikotinabusus, sondern eben auch in der *Abwehr* (Verleugnung) der Patientin, die nur auf Druck ihres Sohnes den Arzt aufsucht.

Bei dieser komplexen „Gemengelage“ hat der Arzt eine Relevanz-Hierarchie von Entscheidungen in Absprache mit der Patientin zu wählen, was auch mit einer evidenz-basierten Prioritätensetzung zu geschehen hat (§ 10). Möglicherweise ist aufgrund aktueller Befunde eine kardiologische Behandlung vorrangig, noch bevor „heikle“ Themen wie das Alkohol- oder Nikotinproblem vertieft werden können (§ 21.6, 22.2). Entsprechend müssen bestimmte Probleme nachrangig (behandelt) bleiben, damit die vordringlichen Aufgaben nicht einer verstärkten Abwehr zum Opfer fallen usw.

Auch in ähnlich komplexen Fällen kann sich der Arzt nicht ohne weiteres auf *die eine* „leitliniengerechte“ Empfehlung berufen, sondern er muss - wie auch sonst im Leben und Beruf - gegebenenfalls konfligierenden Handlungsmaximen flexibel gerecht werden. Diese Flexibilität wird auch im Umgang mit konfligierenden Gesprächsmaximen erwartet, wenn sich Ärzte in einer komplexen Gesprächssituation etwa zwischen einer *konfrontativen* oder *tangentialen* Gesprächsführung immer wieder neu entscheiden müssen (§ 3, 17, 32). Diese Herausforderung war vorausgehend (§ 5.2.3) schon am Beispiel des Umgangs mit somatoformen Störungen thematisiert worden, auf die sich der Arzt mit einer *klini-*

5. Struktur- und Funktionswandel in der Medizin

sehen und *kommunikativen Passungskompetenz* einstellen muss, um dem spezifischen Krankheitsbild dieser Patienten gerecht zu werden.

Die situationsangemessene Entscheidung sowohl beim *kommunikativen* Handeln (*konfrontative* versus *tangentiale* Gesprächsführung) als auch beim *instrumentellen* Handeln (OP versus konservative Maßnahme) zu treffen (§ 7, 8), erfordert durchgängig eine ärztliche *Passungskompetenz* (§ 3.3, 17), die durch Aus- und Fortbildung zu erwerben und letztlich durch eine langjährige Berufserfahrung weiterzuentwickeln ist.

Zu dieser ärztlichen Passungskompetenz gehört insgesamt auch die situationsangemessene Auswahl und Anwendung von „leitliniengerechten“ Empfehlungen. Wie der Begriff der Empfehlung (*recommendation*) schon nahelegt, kann sie nach „reiflicher“ Überlegung eben auch ausgeschlagen werden. Leitlinien zu berücksichtigen, bedeutet eben nicht, ihnen wie nach Schema F zu folgen. Wie dies mit dem Sachverständigenrat schon ausgeführt wurde (Box. 5.14), wird die ärztliche Handlungsautonomie durch Leitlinien keineswegs beschränkt, die in ihrer Funktion als Entscheidungshilfe die ärztliche Urteils- und Handlungskompetenz ohnehin nicht „überstimmen“ können sollte. Entsprechend kommt der Sachverständigenrat (2009) insgesamt zu einer Funktionsbestimmung von Leitlinien, nach der bei aller Notwendigkeit und Möglichkeit der Standardisierung und Handlungserleichterung für den Arzt die Grenzen von Leitlinien mehr oder weniger fließend bleiben, so dass sie insbesondere bei Mehrfacherkrankungen bestenfalls „Handlungskorridore“ (Box 5.18) für den Arzt eröffnen.

Box 5.18 Einfache Entscheidungsbäume und Handlungskorridore

Hiermit ist eines der Ziele von Leitlinien, die Reduktion der Variation in Diagnostik und Therapie, nur begrenzt zu erreichen, da die Gesamtkrankheitslast, Lebenserwartung und die sozialen Strukturen in dieser Patientengruppe sehr unterschiedlich sind und das ärztliche und pflegerische Vorgehen hieran adaptiert werden muss. Dennoch sind Handlungskorridore wichtig, wenn sie auch nicht zu einfachen Entscheidungsbäumen führen, sondern dem Arzt mehr die Instrumente und Kriterien an die Hand geben, die gemeinsam mit dem Patienten und anderen an der Betreuung Beteiligten (wie Krankenpfleger, Physiotherapeut, Angehörigen) zu einer Entscheidung führen.

Sachverständigenrat 2009: 262

Gerade weil Leitlinien in der Praxis nicht als „einfache Entscheidungsbäume“ genutzt werden können, ist ihre individuelle Anwendung im Einzelfall durch den behandelnden Arzt weiterhin unverzichtbar. Wie wir nachfolgend zunächst theoretisch und dann anhand empirischer Fälle aufzeigen wollen, sind *Entscheidungspfade* zuallererst *Kommunikationspfade*, die der Arzt im Gespräch mit seinem Patienten gehen muss (§ 8). Auf diesen Kommunikationspfaden ist zunächst die volle Komplexität der *Gesamtkrankheitslast* des Patienten thematisch zu entfalten, bevor sie gegebenenfalls reduziert werden kann.

Dabei ist der *personenorientierte* Ansatz gegenüber dem *krankheitsorientierten* Ansatz allein schon deswegen zu präferieren, um einer Einführung auf eine „erstbeste“ Einzelerkrankung von vornherein begegnen zu können. Vor allem zu Beginn ist das Gespräch mit dem Patienten in alle Richtungen „ergebnisoffen“ (im Sinne Bubers 1954/86: 296) (§ 7.5) zu führen und nichts voreilig auszuschließen.

Aber auch im weiteren Behandlungsprozess sind immer wieder *kommunikative* Prüfverfahren einzubauen, die Revisionen oder Modifikationen einmal getroffener Entscheidungen erlauben, sofern dies faktisch (noch) möglich ist. Insbesondere bei ungewissen Krankheitsverläufen können sich neue *Behandlungsprioritäten* ergeben, die in kommunikativen Aushandlungsprozessen neu zu bestimmen sind. Dabei ist auch in Rechnung zu stellen, dass sich Patientenpräferenzen im Krankheits- und Behandlungsverlauf ändern können, was wiederum neue Kommunikationspfade mit neuen Entscheidungen zur Folge haben kann (§ 8, 10, 22), die zwischen Arzt und Patient gesprächsweise abgestimmt werden müssen, um zu einem tragfähigen Konsens für die weitere Behandlung kommen zu können.

5.5 Weiterführende Hinweise

Durch die Querverweise auf nachfolgende Kapitel waren schon Hinweise auf die Wiederaufnahme von spezifischen Themen gegeben worden, zu denen dann weitere Literatur etwa zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF oder SDM) (§ 10) angeführt wird. Weitergehende Literaturhinweise etwa zur tangentialen Gesprächsführung bei somatoformen Störungen werden in spezifischen Kapiteln sowohl in der Theorie als auch mit Praxisbeispielen gegeben (§ 17, 32). Fragen zur Ko-Morbidität bzw. Multimorbidität von Patienten werden im Praxisteil durchgängig

5. Struktur- und Funktionswandel in der Medizin

und unter dem Aspekt der „Kommunikation mit chronisch körperlich Kranken“ (§ 29) spezifisch erörtert.

Von der vorausgehend schon angeführten Literatur soll zu ausgewählten Aspekten nochmals exemplarisch auf folgende Arbeiten verwiesen werden: Für den Einstieg in die Diskussion um das ideale Bild vom „Arzt der Zukunft“ sind die frühen Arbeiten des Murrhardter Kreises (1995) sowie die Monographien von Dörner (2002) und Troschke (2004) sowie der Sammelband von Simon (2005) geeignet, der Beiträge aus unterschiedlichen Fachgebieten (Innere Medizin, Urologie, Chirurgie, Dermatologie usw.) versammelt. Ebenfalls einschlägig sind die Beiträge zum „guten Arzt aus interdisziplinärer Sicht“ und zur „Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin“ in den beiden Sammelbänden von Witt (2010) und Deter (2010).

Einen informativen und durchaus kritischen Überblick über die Entwicklung des Gesundheitswesens und die Notwendigkeiten einer Reform gibt der Sachverständigenrat (2009), während die immer noch aktuellen Desiderate im „Masterplan Medizinstudium 2020“ vom BMBF (2017) formuliert werden. Einen programmatischen Entwurf („Die medizinische Ausbildung neu denken“) gibt Davis (2013), der insbesondere für ein interdisziplinäres, lebenslanges Lernen eben auch am Arbeitsplatz wirbt.

Für kritische Überblicke über den Stand der Forschung zur Entwicklung und Vermittlung einer evidenzbasierten Medizin und zur Leitliniendiskussion sei exemplarisch auf die Sammelbände von Lauterbach, Schrappe (Hg.) (2001) und Hensen, Stamer (Hg.) (2018) verwiesen sowie auf die Arbeiten von Kopp (2011), Farin et al. (2011), Donner-Banzhoff et al. (2013) und Smith (2013), der die „Kluft zwischen Evidenz und Praxis“ besonders kritisch beschreibt. Eine Auswahl von deutschen Leitlinien wird von Hausteiner-Wiehle, Henningsen (2015: 193) gegeben.

Zum spezifischen Problem der Lebensqualität sei über die bereits genannte Literatur hinaus (Konerding, Schell 2001, Pukrop 2003, Obliers, Köhle 2017) auf das einschlägige Kapitel zur „Lebensqualität am Lebensende“ (§ 22.6) und zur „Kommunikation mit Sterbenden“ (§ 38) verwiesen.

Bevor das kommunikative Zusammenspiel zwischen Arzt und Patient in einem dialogischen Entscheidungsmodell (§ 7, 10, 22) weiter ausdifferenziert werden kann, ist zuvor der aktuellen Diskussion um Leitbilder vom „guten“ Arzt nachzugehen, der schließlich über eine Reihe von *Schlüsselkompetenzen* (§ 6) verfügen muss, um die Kommunikation mit dem Patienten „leitliniengerecht“ führen zu können. Hierzu

werden im nachfolgenden Kapitel auch eigene empirische Studien zur Frage: „Wann ist ein Arzt ein guter Arzt?“ vorgestellt, die sowohl Professoren der Medizin als auch Hausärzten gestellt wurde.

Zur Didaktik der Vermittlung insbesondere der kommunikativen Schlüsselkompetenzen soll auf das Kapitel zum „Lernziel Kommunikative Kompetenz“ (§ 3) und die Kapitel zur klinischen Kommunikationsaus- und -fortbildung (§ 13-16) verwiesen werden.

6 Ärztliche Schlüsselkompetenzen

Stefan Herzig, Armin Koerfer

6.1	Das Leitbild vom guten Arzt	230
6.1.1	Gute Ärzte führen gute Gespräche	
6.1.2	Freiheitsgrade ärztlichen Handelns	
6.2	Ärztliche Schlüsselkompetenzen	233
6.2.1	Der gute Arzt aus Sicht der Profession	
6.2.2	Hausärztliche Kompetenzprofile	
6.2.3	Professionsmodelle ärztlichen Handelns	
6.3	Der Arzt als Kommunikator	243
6.3.1	Der kommunikationsintensive Arztberuf	
6.3.2	Team- und Öffentlichkeitsarbeit	
6.4	Ärztliche Reflexionskompetenz	247
6.4.1	Der selbstkritische Meta-Arzt	
6.4.2	Entwicklungsstadien der Selbstreflexion	
6.4.3	Persönlichkeitsbildung im Gruppenlernen	
6.5	Weiterführende Hinweise	260

A 'good' doctor is defined not just by what he does but by the way he or she does it.

Harden et al. 1999a: 11

Abstract: Mit dem Paradigmenwechsel zu einer biospsychosozialen Medizin einerseits (§ 4) und dem gesellschaftlichen Wandel sowie dem veränderten Mortalitätsspektrum andererseits (§ 5) hat sich ein neues Anforderungsprofil an den *Arzt der Zukunft* ergeben, dem die traditionelle medizinische Ausbildung nicht mehr genügen kann (Murrhardter Kreis 1995, Sachverständigenrat 2009, BMBF 2017). Die Forderungen nach Reformen in Ausbildung und Fortbildung beziehen sich auf die Vermittlung von *Schlüsselkompetenzen*, mit denen der zukünftige Arzt sowohl dem *Stetigen* (Kontinuität) als auch dem *Wandel* (Diskontinuität) in sei-

nem Berufsfeld sowohl *routiniert* als auch *flexibel* nachkommen kann. Wie wir gesehen haben, können *evidenzbasierte Leitlinien* (§ 5) bestenfalls eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe sein, die den Arzt jedoch nicht aus seiner professionellen Verantwortung entlassen können, sondern von ihm gerade eine kreative Anwendung der Empfehlungen von Experten der fachspezifischen Profession auf „seine“ individuellen Patienten verlangt.

Einleitend (§ 6.1) wird die Frage nach dem Leitbild vom „guten“ Arzt gestellt, der schließlich ein gutes Gespräch führen können soll. In einem zweiten Schritt (§ 6.2) sollen die Kompetenzprofile eines guten Arztes differenziert werden, wie sie sich im Selbstverständnis der Professionsvertreter spiegeln. Dazu werden die Ergebnisse aus eigenen empirischen Studien berichtet, die anhand von Interviews gewonnen wurden. Auf dieser Basis sollen Professionsmodelle ärztlichen Handelns erörtert werden, bei denen sich verschiedene ärztliche Schlüsselkompetenzen mit einer spezifischen Gewichtung in ein Verhältnis setzen lassen, in dem sie im idealen Fall der Interaktion mit dem Patienten zusammenwirkend zur Geltung kommen. Über die besonderen Anforderungen im Patientenkontakt hinaus, ist weiterhin die ärztliche Rolle als „Kommunikator“ wahrzunehmen (§ 6.3), bei der es auf die Kommunikation im Team- und gegenüber der Öffentlichkeit ankommt. Abschließend (§ 6.4) sollen die besonderen Herausforderungen an die (Selbst-)Reflexionskompetenz beschrieben werden, mit der im Sinne des ständigen Weiterlernens nicht nur die Ausbildung (fach-)spezifischer Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten zu fördern, sondern auch die allgemeine ärztliche Persönlichkeitsbildung zu fördern ist, was besonders im gemeinsamen Gruppenlernen gelingen kann.

6.1 Das Leitbild vom guten Arzt

Gerade weil sich das Wissenschaftsverständnis der Medizin gewandelt hat und die Bedingungen ärztlichen Handelns (Gesellschaft, Morbiditätsspektrum, Professionalität) geändert haben (§ 4, 5), ist auch das professionelle Selbstverständnis der Arztrolle (als *Retter, Freund, Helfer, Dienstleister, Experte usw.*) zunehmend in die (Selbst-)Kritik geraten ist.¹ In einer ausgeprägten Debatte um den „guten“ Arzt geht es um die

¹ Auf diese verschiedenen Arztrollen sind wir vorausgehend schon eingegangen (§ 4.4). Verwiesen sei deshalb auf die ausführlichen Rollenbeschrei-

6. Ärztliche Schlüsselkompetenzen

Klärung von professionellen Schlüsselkompetenzen, die einem Arztbild der Zukunft genügen sollen (Dörner 2001, Troschke 2004, Simon 2005, Schubert et al. 2005, Kiessling et al. 2010, Witt (Hg.) 2010). Dass der (Be-)Ruf des Arztes derart „ins Gerede gekommen“ ist, kann als Symptom dafür genommen werden, dass sich die Profession ihrer ärztlichen Leitbilder erneut vergewissern muss.

Die Frage nach dem „guten“ Arzt hat zurzeit Hochkonjunktur, eben weil das bisher Selbstverständliche, das zunächst noch in einer post-hippokratischen Medizinethik Bestand hatte, auf dem Prüfstand gebracht wird, was ja durchaus zulässig ist und nützlich sein kann. Allerdings verbieten sich eindimensionale oder gar monokausale Antworten auf die Frage nach dem „guten“ Arzt ebenso wie nach dem „guten“ Gespräch, das er schließlich führen können soll. Diesen Zusammenhang von Eigenschaften von professionellen Sprechern und Gesprächen im ärztlichen Handlungsfeld gilt es nachfolgend weiter aufzuklären, was wir hier punktuell und im Verlauf des Lehrbuchs in regelmäßigen Zwischenbetrachtungen bei der Evaluation mehr oder weniger „guter“ Gespräche versuchen wollen, wie sie von mehr oder weniger „guten“ Ärzten geführt werden.

6.1.1 Gute Ärzte führen gute Gespräche

Nimmt man etwa die derzeit zu Recht hochgehandelte *kommunikative Kompetenz* des Arztes als *Schlüsselkompetenz*, wird schnell klar, dass sie weder in Aus- und Fortbildung isoliert vermittelt noch in der Praxis unspezifisch angewandt werden kann. Zwar lässt sich zunächst der einschlägige Zusammenhang noch recht einfach formulieren: Ein „guter“ Arzt sollte vor allem mit seinem Patienten ein „gutes“ Gespräch führen können, womit sich die Definitions- und Beweiskraft allerdings nur zu verschieben scheint. Was aber ist ein „gutes“ Arzt-Patient-Gespräch? Und spezifischer gefragt: Was ist ein *gutes Gespräch* mit „internistischen“ oder „chirurgischen“ Patienten? Oder noch spezifischer: Was ist ein *gutes Gespräch* mit „kardiologischen“, „gastroenterologischen“, „urologischen“, „orthopädischen“, „psychiatrischen“ Patienten usw. – mal

bungen von v. Uexküll und Wesiack (1991) in ihrer „Theorie der Humanmedizin“, in der sie unterscheiden zwischen den Rollen als Magier, Priesterarzt, Pädagoge (sokratischer Dialog), Freund, Steuermann oder Gärtner, Experte (Homo faber), (kenntnisreicher) Partner.

unterstellt, „gute“ Ärzte könnten ihre Patienten immer so „gut“ einteilen?

Was ist weiterhin ein „gutes“ Gespräch mit „multimorbiden“ Patienten, die auch von „guten“ Ärzten leicht verkannt werden können, weil Mehrfacherkrankungen ihre Fach-Kompetenzen übersteigen und sie zudem kaum auf entsprechende Leitlinien zur Multimorbidität zurückgreifen können, wie dies vorausgehend (§ 5) schon mit dem Sachverständigenrat beklagt worden war? Was ist ein „gutes“ Gespräch mit *älteren* Patienten (§ 37), die nicht nur häufig mehrfach erkrankt sind, sondern in ihrem Hör-, Sprach- und Weltverständnis derart eingeschränkt sind, dass das Gespräch in der aktuellen Sprechstunde selbst schon beeinträchtigt ist, worauf sich der „gute“ Arzt in besonderer Weise einzustellen hat? Wie ist schließlich mit sog. „schwierigen“ Patienten (§ 34) umzugehen, die ein „gutes“ Gespräch von vornherein zu gefährden scheinen?

6.1.2 Freiheitsgrade ärztlichen Handelns

Derartige Fragen nach dem „guten“ Arzt, der eben auch in „schwierigen“ Fällen ein mehr oder weniger „gutes“ Gespräch führen können muss, werden hier nicht bloß rhetorisch gestellt, sondern sie sollen in diesem Lehrbuch durchgängig und kapitelweise in Theorie, Didaktik, Empirie und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung „mitlaufen“, wobei schrittweise Antworten gegeben werden, die zu einem plausiblen Gesamtverständnis dessen führen sollen, was den „guten“ Arzt und das „gute“ Gespräch auszeichnen. Dabei ist unter einem methodologischen Aspekt zu beachten:

Sprecher und *Gespräch* sollten zwar als *Einheit* gesehen werden, schon weil man die handelnden Personen nicht prinzipiell von ihren Handlungen trennen kann, aber es lassen sich analytisch strukturelle und funktionale Unterscheidungen treffen, die zunächst in einer *Ding-Struktur-Ereignis-Sprache* formuliert sein mögen, bevor sie im Prinzip in einer *Personen-Handlungs-Sprache* wieder aufgehoben werden (Schnädelbach 1982, Koerfer 1994/2013). Ein strikt *systemtheoretische* Betrachtung von Kommunikation, wie sie spätestens seit und mit Luhmann (1964, 1984) reklamiert wird, verkennet, dass Kommunikationsfehlschläge bei allen strukturellen Bedingungen auf individuelle Handlungen zurückzuführen sind, die von *Handlungssubjekten* vollzogen werden, die auch anders hätten handeln können (Koerfer 1994/2013),

6. Ärztliche Schlüsselkompetenzen

wenn man entsprechende Freiheitsgrade des Handelns unterstellt, das heißt von Extremfällen (von *Ritualität*, *Zwang*, *Gewalt*) absieht, bei denen definitiv keine Handlungswahl besteht.

Um das Problem auf unser ärztliches Handlungsfeld zu beziehen: Hier werden nachfolgend etwa *interrogative* von *narrativen* Interviewtypen unterschieden und strukturell beschrieben, aber es ist im Einzelfall der gesprächsführende Arzt, der – ob unter den systemischen Bedingungen von Zeitdruck oder nicht – ein „Verhörgespräch“ führt (§ 19), indem er (sic) einerseits eine Batterie von suggestiven Informationsfragen stellt oder wiederum den Patienten laufend unterbricht und andererseits alle Formen aktiven Zuhörens und empathischer Rückmeldung vermissen lässt. Umgekehrt kann sich der „gute“, weil etwa „aufmerksame“ und „empathische“ Arzt gerade dadurch auszeichnen, dass er sich in „seinen“ Gesprächen „variantenreicher“ Interventionen des entsprechenden Typs (z.B. „Empathische Rückmeldung“) (§ 20) durchgängig bedient.

Diese empirischen Nachweise zu erbringen, wird gerade die Aufgabe von quantitativen und qualitativen Gesprächsanalysen sein, wie sie in diesem Lehrbuch durchgängig erfolgen oder als Ergebnisberichte präsentiert werden. Darüber hinaus lässt sich nachfolgend ein Kompetenzprofil des „guten“ Arztes erstellen, das zumindest als „gute“ Voraussetzung für eine „gute“ ärztliche Gesprächsführung gelten kann.

6.2 Ärztliche Schlüsselkompetenzen

Ohne also im Folgenden die Frage nach dem „guten“ Arzt unnötig zu personalisieren, sollen (Typen von) (gewichteten) „Eigenschaften“ des „guten“ Arztes ermittelt werden, die ein *Kompetenzprofil* erkennen lassen, das eine individuelle Orientierung des praktizierenden Arztes am Idealtyp erlaubt, der potentiell über die nötigen Gesamtressourcen verfügt. In einer eigenen Studie (Herzig, Koerfer 2005, Herzig et al. 2006) haben wir eine Befragung von „professoralen“ Professionsvertretern ausgewertet, denen jeweils in der *Deutschen Medizinischen Wochenschrift* die Frage vorgelegt wurde: „Wann ist ein Arzt ein guter Arzt?“ Wie stellen kurz das Verfahren der Inhaltsanalyse dar, deren Ergebnisse anschließend erörtert werden sollen.

6.2.1 Der gute Arzt aus Sicht der Profession

Das gegenstandsbezogene Erkenntnisinteresse unserer Pilotstudie galt der Rekonstruktion von Bedeutungskonstituenten für den „guten Arzt“ im Spiegel der medizinischen Professionsvertreter (n=83), deren Urteile bei der Beantwortung der Frage nach dem guten Arzt einer inhaltsanalytischen Untersuchung unterzogen wurden. Dabei sollte eine Reihe von methodischen Aspekten der Inhaltsanalyse berücksichtigt werden, deren Erkenntnismöglichkeiten eben nicht einer falsch verstandenen Dichotomie von quantitativen und qualitativen Verfahren in der empirischen Sozialforschung folgen sollte (Ritsert 1972, Lamnek 1995, Mayring 1997). Was „zählbar“ werden soll, muss vielmehr zuvor und zwi-schendurch immer wieder qualitativ bestimmt und gegebenenfalls mehrfach korrigiert werden.

Die Inhaltsanalyse der Antworten folgte insgesamt den Prinzipien einer zirkulären, gegenstandsbezogenen Rekonstruktionsmethode im Sinne einer *Grounded Theory* (Glaser, Strauss 1967, Strauss 1994). Die Analysekategorien wurden also nicht vorgängig, abstrakt und gegenstandsunabhängig, sondern sukzessive, konkret und in der Bewährungsprobe am Datenmaterial gewonnen. Zur Illustration des Kodierverfahrens, der Einheiten- und Kategorienbildung sei hier exemplarisch die Kodierung der Antwort von W. Stremmel angeführt (Tab. 6.1), die in 5 Kategorien überführt wurde.

Die Kategorien wurden maßgeschneidert am Textmaterial entwickelt. Beim zirkulären, offenen Kodieren werden Kategorienentwürfe an prospektiven Texteinheiten erprobt, korrigiert oder verworfen (und vice versa), bis eine Sättigung der Bewährung erreicht ist. Die Kategorien wurden von mehreren Kodern (teils unabhängig) in mehrfachen Durchläufen durch das Material kodiert und nach Gruppenkonsens rekodiert. Bei der Kategorienbildung ist es nicht als methodische Schwäche, sondern als methodische Stärke einer Inhaltsanalyse anzusehen, wenn angesichts der großen Datenmenge nicht Gleiches, sondern Ähnliches unter einer Kategorie zusammengefasst werden soll.

Dabei müssen allerdings Unterschiede nivelliert werden, die im bloß paarweisen Vergleich von Textelementen bestehen bleiben. Dies ist der Preis für die Vergleichbarkeit großer Textvorkommen, deren Gemeinsamkeiten nur unter Vernachlässigung gewisser Unterschiede erfasst werden können.

6. Ärztliche Schlüsselkompetenzen

Nr.	Interviewter	Nr.	Text-Einheiten	Kategorien	n
53	Stremmel	53.1	Ein guter Arzt besitzt großes medizinisches Wissen	Fachkompetenz	5
		53.2	und ist neugierig, Neues zu erlernen und sich auf den neuesten Stand des Wissens zu halten.	Lernbereitschaft	
		53.3	Noch wichtiger ist jedoch die Fähigkeit, dieses Wissen individuell auf seinen Patienten anzupassen	Patientenorientierung	
		53.4	und dessen psychologische – und Lebenssituation zu berücksichtigen.	Empathie	
		53.5	Deshalb hat die samariterische Einstellung als helfender Arzt die höchste Priorität.	Helfer	

Tab. 6.1: Einheiten- und Kategorienbildung (aus Herzig et al. 2006)

Als Beispiele seien einige Exemplare für die Kategorie „Empathie“ aufgelistet, die von den Interviewten mit recht unterschiedlichen Paraphrasen realisiert wird. In den drei angeführten Beispielen (Tab. 4.2) enthält nur ein Beispiel (Nr. 50.5) direkt den Ausdruck „Empathie“, der als Name für die gesamte Kategorie fungiert, in die eben auch andere Ausdrücke (wie „Einfühlen“, „Hineinversetzen“ usw. oder eben wie in Beispiel 20.1: „emotionale Kompetenz“) als Paraphrasen aufgenommen werden.

Nr.	Interviewter	Nr.	Text-Einheiten	Kategorien	n
20	Usadel	20.1	Wenn (fachliche und) emotionale Kompetenz kongruent sind	Empathie	3
50	Maisch	50.5	Ein guter Arzt hat (...) Empathie für seine Patienten	Empathie	
51	Neundörfer	51.3	und den Kranken in seiner besonderen Situation zu verstehen.	Empathie	

Tab. 6.2: Kategorienbildung zu „Empathie“ (aus Herzig et al. 2006)

Der beschriebene zirkuläre Kodier- und Rekodierprozess stabilisierte sich am Ende bei 9 Kategorien, mit denen das von den Interviewten (n=83) entfaltete Kompetenzspektrum für den „guten Arzt“ fast vollständig ($\geq 95\%$) und hinreichend differenziert erfasst werden konnte, so dass lediglich 12 (=5%) von insgesamt 261 Texteinheiten in einer Restkategorie verblieben (wie etwa: „muss Vorbild sein“, „Metamorphose vom Mediziner zum Arzt“, „trotz derzeitiger ökonomischer und bürokratischer Widrigkeiten“). Für die 9 inhaltsanalytischen Kategorien werden hier in einer Übersicht (Tab. 4.3) jeweils prototypische Exemplare als Zitate, Paraphrasen oder Schlüsselwörter angeführt.

Nr.	Kategorie	Exemplarische Prototypen
1	Fachkompetenz	<i>wissenschaftlich medizinische Kompetenz</i> „Ein Arzt sollte über ein hohes und aktuelles Fachwissen verfügen“, „Kriterien der evidenzbasierten Medizin“, „profunde auf Wissenschaftlichkeit basierende Kenntnisse der Erkrankungen“
2	Handlungskompetenz	<i>Handwerk, Geschick, Können</i> „Ein guter Arzt muss richtig handeln, nicht vorschnell, aber rechtzeitig und konsequent“ „Ein Arzt sollte (...) manuelles Geschick haben“, „sein Handwerk bestens beherrscht“
3	Empathie	<i>Einfühlungsvermögen, emotionale Kompetenz, Empathie</i> „Ein guter Arzt hat [...] Empathie für seine Patienten“, „seine Patienten mit Einfühlungskraft versteht“, „den Kranken verstehen“, „großes Einfühlungsvermögen für die Patienten zeigen“
4	Patientenorientierung	<i>Zum Wohle des Patienten, Individualität</i> „Wenn der Patient immer im Mittelpunkt seines ärztlichen Handelns steht“ „(wenn der Arzt) diese (hervorragende Kompetenz) jederzeit den Wünschen des Patienten anpasst“, „salus aegroti summa lex“, „zu dessen Wohl bis zum Ende begleiten“, „wenn der Patient im Mittelpunkt steht“
5	Authentizität	<i>Offenheit, Ehrlichkeit, Wahrheit</i> „Wenn er oder sie die Patienten (...) ehrlich über mögliche Handlungsoptionen informiert“ „Wie würde ich selbst behandelt werden wollen“, „(...) und ehrlich“

6. Ärztliche Schlüsselkompetenzen

Nr.	Kategorie (Forts.)	Exemplarische Prototypen (Forts.)
6	Helferrolle	<i>Helfender Partner, Samariter</i> „Deshalb hat die samariterische Einstellung als helfender Arzt die höchste Priorität“, „seinen Patienten (...) ein helfender und respektvoller Partner ist“, „gerne anderen Menschen hilft“
7	Reflexivität	<i>Kennen eigener Grenzen, Grenzen der Medizin, Kritikfähigkeit, Weisheit</i> „Einsicht in die Grenzen der Medizin“, „humanes Augenmaß bei therapeutischen Entscheidungen“, „die Grenzen des eigenen Wollens und Könnens beachtet“, „wenn er sich und seine Leistung immer wieder in Frage stellt“
8	Lernbereitschaft	<i>Aktuelles Wissen, lebenslanges Lernen, ständige Fortbildung</i> „Ein guter Arzt (...) ist neugierig, Neues zu erlernen und sich auf den neuesten Stand des Wissens zu halten“, „wenn sein Wissen auf der Höhe der Zeit bleibt“, „Bereitschaft zu kontinuierlicher Fortbildung“, „lebenslange Bereitschaft für Neues“
9	Kooperativität	<i>Zuhören können, Informieren, gemeinsame Entscheidung, Patient als Partner, Teamfähigkeit</i> „Fähigkeit (...) mit dem Patienten als Partner zu kommunizieren“, „wenn er oder sie die Patienten (mitfühlend und ehrlich) über mögliche Handlungsoptionen informiert, um auf dieser Grundlage zu gemeinsam getragenen Entscheidungen zu gelangen, ohne sich selbst der Verantwortung zu entledigen“, „Ein guter Arzt muss gut zuhören können – seinem Patienten, seinen Kollegen“, „Austausch mit Anderen“

Tab. 6.3: Kategorien und prototypische Exemplare

Die Analyse und Interpretation anhand der Vorkommenshäufigkeiten der Kategorien legen eine Dominanzstruktur nahe, deren Tendenzen in weiteren, komparativen Studien zu überprüfen wären (Herzig et al. 2006). Zunächst erweisen sich nach den quantitativen Auswertungen die 4 Kategorien *Fachkompetenz*, *Handlungskompetenz*, *Empathie* und *Patientenorientierung* als wesentlich, die ca. 2/3 des gesamten Spektrums ausmachen, wobei *Fachkompetenz* und *Empathie* jeweils (> 20%) dominieren (Abb. 6.1). Mit erheblich geringeren Vorkommenshäufigkei-

ten wird das Arztbild um die Kategorien „Kooperativität“, „Lernbereitschaft“, „Reflexivität“, „Authentizität“ und „Helferrolle des Arztes“ ergänzt.

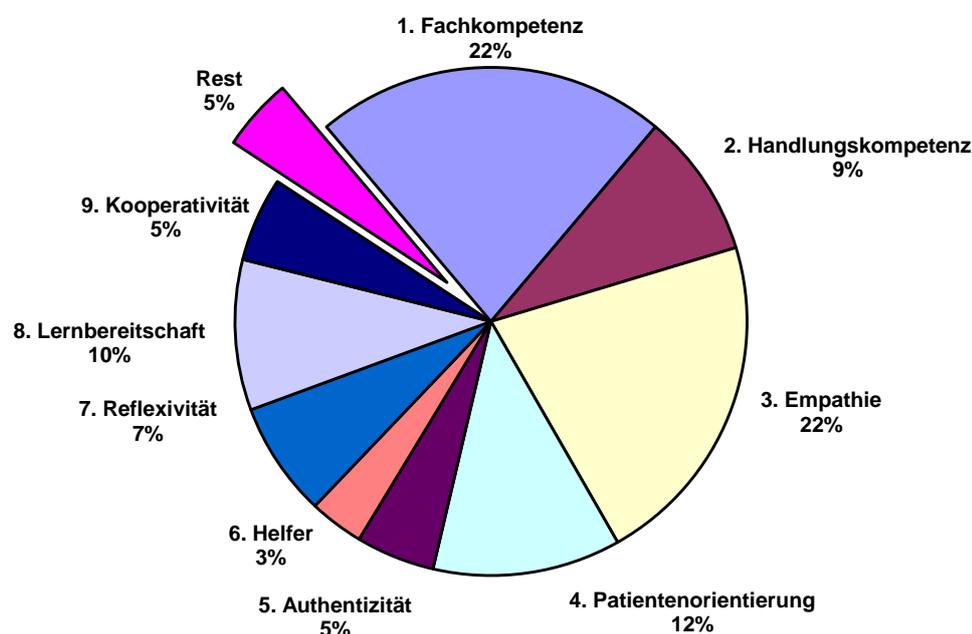


Abb. 6.1: Kategorien 1-9 (n. Herzig et al. 2006)

Diese ersten Ergebnisse unserer Studie sind insofern unter einen methodischen Vorbehalt zu stellen, als hier mit einem spezifischen Bias zu rechnen ist: Schließlich handelt sich um Professionsurteile von Professoren der Medizin, die die Frage: „Wann ist ein Arzt ein guter Arzt?“ zudem für eine wissenschaftliche Zeitschrift (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*) beantworten sollten. Hier konnte also von vornherein ein recht *akademisch* geprägtes Arztbild erwartet werden, das zwar von einer sehr relevanten Berufsgruppe (Medizinprofessoren) gezeichnet wird, die wegen ihrer doppelten Forschungs- und Lehrfunktion eine hohe Multiplikatorfunktion (*Vorbild*) für angehende und praktizierende Ärzte wahrnehmen, aber nicht das ganze Spektrum dessen repräsentieren kann, was in den Heilberufen insgesamt als „guter Arzt“ gelten soll.

6.2.2 Hausärztliche Kompetenzprofile

Um das Spektrum der ärztlichen Profession zu erweitern, haben wir in Richtung auf eine komparative Studie (Herzig, Koerfer 2005) dieselbe Frage („Wann ist ein Arzt ein guter Arzt?“) praktizierenden Hausärzten

6. Ärztliche Schlüsselkompetenzen

(n= 51) gestellt, mit teils kongruenten, teils divergenten Ergebnissen (Abb. 6.2). Diese Unterschiede lassen sich als unterschiedliche Gewichtungen im „Theorie-Praxis“-Verhältnis interpretieren, bei dem die Hausärzte einerseits die *Handlungskompetenz* und *Patientenorientierung* gestärkt sehen möchten und andererseits mehr die *Reflexivität* betonen.

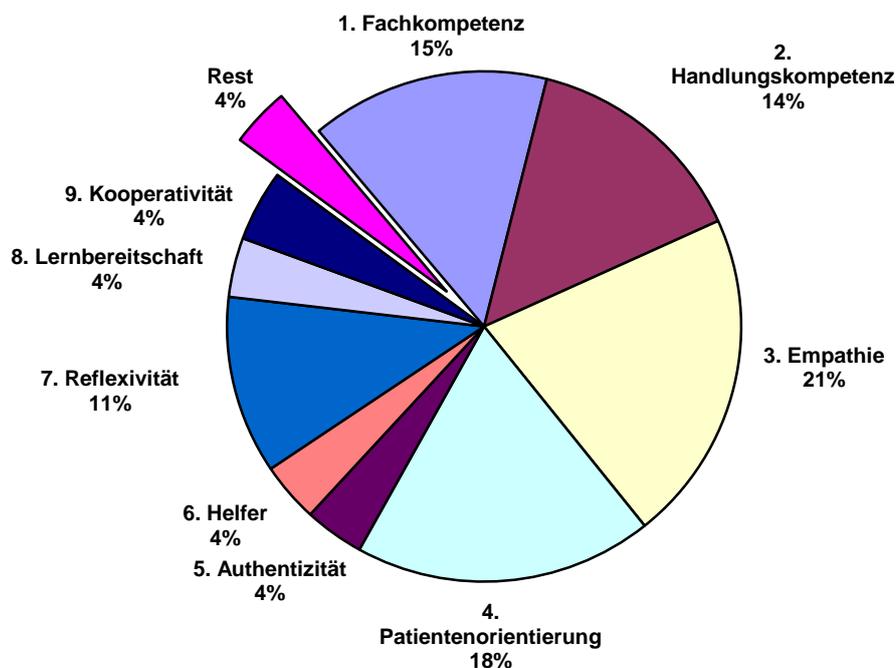


Abb. 6.2: Kategorien 1-9 (Hausärzte) (n. Herzig, Koerfer 2005)

Um solchen (vorläufigen) Tendenzen systematisch weiter nachzugehen, wäre vor allem die Datenbasis zu erweitern und zu differenzieren, auch um *komparative* Studien zwischen verschiedenen Gruppen zu ermöglichen. Hier wären mögliche Unterschiede zwischen Hausärzten und Fachärzten sowie Fachärzten (Internisten, Chirurgen usw.) untereinander (z.B. Simon 2005), Ärzten und anderen Heilberufen sowie Ärzten und Medizinstudierenden und schließlich allgemein zwischen Professionsvertretern und Laien (Patienten) zu ermitteln, um ein differenziertes Gesamtbild vom „guten Arzt“ zu erhalten.

6.2.3 Professionsmodelle ärztlichen Handelns

Die vorausgehenden Inhaltsanalysen der Aussagen von professoralen und hausärztlichen Professionsvertretern zur Frage: „Wann ist ein Arzt ein guter Arzt?“ ergaben ein erstes mehr oder weniger ideales Selbstbild

der medizinischen Profession, das durch eine relative Gewichtung von kategorial zugeschriebenen Eigenschaften bzw. Kompetenzen des Arztes strukturiert war. Über diese relativen Gewichtungen der insgesamt neun Kategorien im Sinne einer Rangordnung hinaus lässt sich eine dreidimensionale Ordnung gewinnen, wenn man einem im angelsächsischen Raum entwickelten Modell zur Professionalitätsentwicklung folgt, das unter dem Titel „The Scottish doctor“ bekannt geworden ist und vielfältig weiterentwickelt wurde (Harden et al. 1999a, 1999b, Simpson et al. 2002, Ellaway et al. 2007). In diesem „three-circle-model“ wird zwischen drei Arten von Kompetenzen unterschieden (Abb. 6.3), wobei „competences“ mit „intelligences“ synonym gesetzt werden:

Box 6.1 Three-circle-model

- (1) The inner circle represents what the doctor is able to do, e.g. the physical examination of a patient. This can be thought of as ‘doing the right thing’. It can be equated with technical intelligence (...).
- (2) The middle circle represents the way the doctor approaches the tasks in the inner circle, e.g. with scientific understanding, ethically, and with appropriate decision taking and analytic strategies. This can be thought of as ‘doing the thing right’ and includes the academic, emotional, analytic and creative intelligences.
- (3) The outer circle represents the development of the personal attributes of the individual – ‚the right person doing it‘. It equates with the personal intelligences.

Harden et al. 1999b: 547

In Analogie und Modifikation zu diesem schottischen Professionsmodell (Abb. 4.3) lassen sich die in unserer Studie insgesamt gefundenen neun Kategorien in drei zentripetal gegliederte Bereiche aufteilen, die dann in der Summe jeweils (pro Kreis) mit annähernd gleichen Nennungshäufigkeiten (Abb. 4.4) belegt sind.

Bei beiden Professionsmodellen handelt es sich um analytische Unterscheidungen von (Bereichen von) ärztlichen Kompetenzen, die in der Praxis nur im Zusammenspiel zur Geltung kommen können. Die Gemeinsamkeiten zwischen beiden Professionsmodellen bestehen in der Dreiteilung der Kompetenzbereiche, die allerdings mit unterschiedlichen Zuordnungen spezifiziert werden: Während im „schottischen“ Professionsmodell lediglich die Berufsrollen und persönlichen Entwicklungen des Arztes „äußere“ Voraussetzungen dafür sind, dass die „richtige“

6. Ärztliche Schlüsselkompetenzen

Person handelt („outer circle“), differenziert das „Kölner“ Modell eine Reihe weiterer Qualifikationen, die der „gute“ Arzt als Person auf sich vereinigen muss, um die Kernkompetenzen ärztlichen Handelns im direkten Umgang mit dem Patienten zur Geltung bringen zu können:

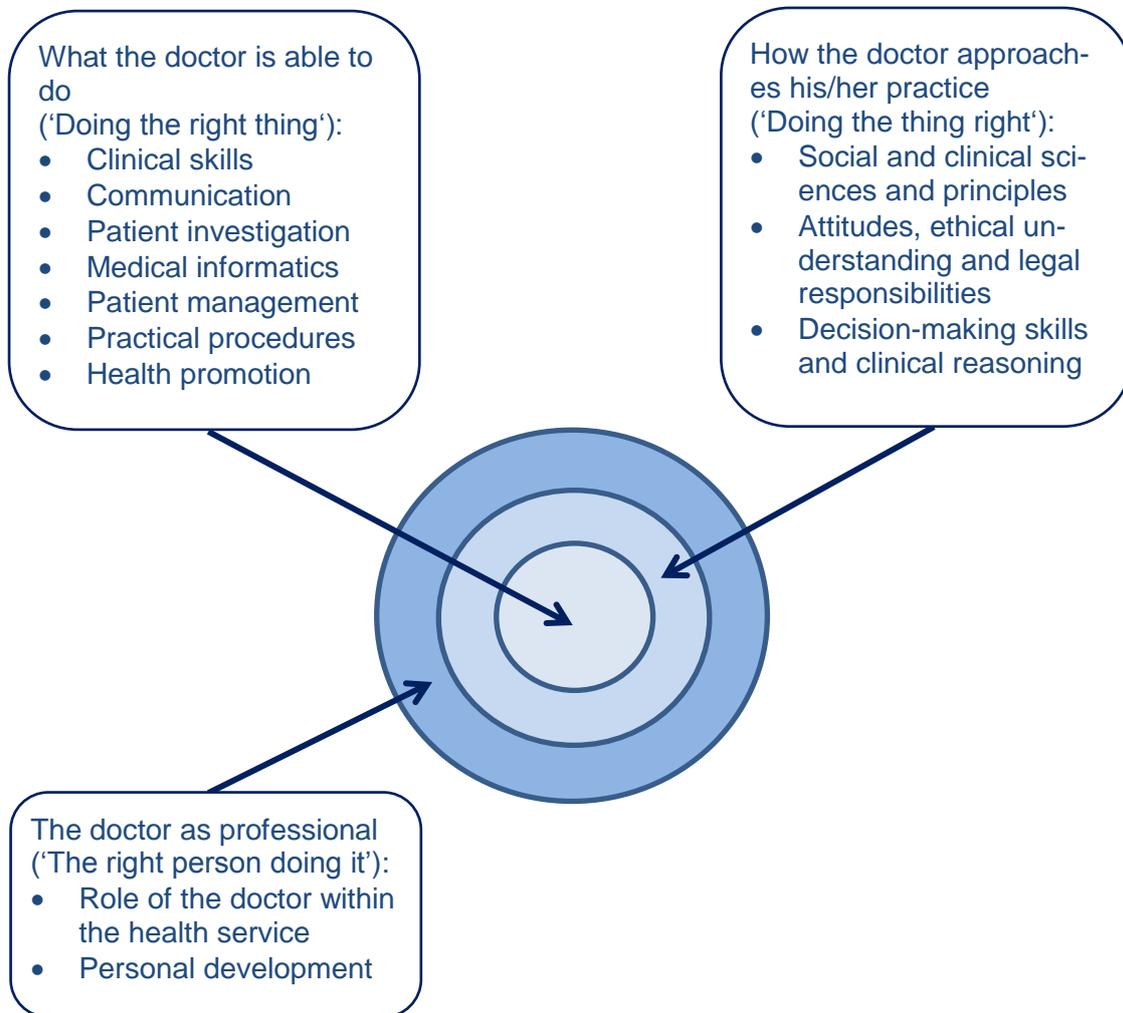


Abb. 6.3: Professionsmodell (Harden et al. 1999a, b, Simpson et al. 2002)

Um seine *Fach-* und *Handlungskompetenzen* („innerer Zirkel“) gegenüber dem Patienten mit der nötigen *Patientenorientierung* und *Empathie* („mittlerer Zirkel“) angemessen wahrnehmen zu können, muss die handelnde Person eine Reihe von individuellen Qualifikationen erworben haben („äußerer Zirkel“), die sie in der Interaktion mit ihren Handlungspartnern laufend unter Beweis stellen muss. Hierzu gehören eben die ständige *Lernbereitschaft*, *Reflexivität*, *Kooperativität*, *Authentizität* und nicht zuletzt die ärztliche *Hilfsbereitschaft*, die auch in einer post-hippokratischen Medizinethik primäre Tugend bleibt.

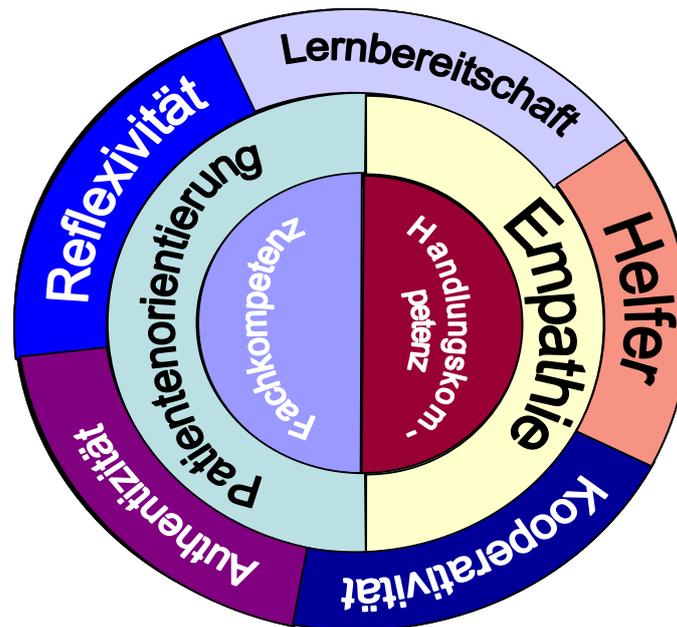


Abb. 6.4: Ärztliches Professionsmodell (n. Herzig et al. 2006)

Im Vergleich beider Modelle sollte hier keine Präferenz reklamiert, sondern lediglich eine mögliche Variante zur Diskussion gestellt werden, die einer weiteren analytischen wie empirischen Prüfung bedarf. Die Analogie und Modifikation des schottischen Modells („The Scottish doctor“) war hier den empirischen Befunden unserer Kölner Studie zu der Frage nach dem „guten“ Arzt geschuldet, deren quantitative Auswertung eine bestimmte gewichtete Akzentuierung nahelegte, die nachfolgend an zwei Kompetenzbereichen exemplarisch weiter ausgeführt werden soll.

Ungeachtet der Probleme einer relativen Gewichtung und Zuordnung werden wir in diesem Lehrbuch auf alle Kompetenzbereiche ärztlichen Handelns, die wir auf der Basis der Inhaltsanalysen zur Frage nach dem „guten“ Arzt differenziert hatten (Abb. 4.1-2), regelmäßig zurückkommen und wollen an dieser Stelle vorweg nur zwei zentrale Kompetenzen hervorheben:

Diese sind einerseits die *Kommunikationskompetenz*, die zusammenfassend mit der ärztlichen Rollenfunktion als „Kommunikator“ nicht nur in der Kommunikation mit dem Patienten, sondern auch in der Team- und Öffentlichkeitsarbeit gefordert wird (Ringsted 2006, NKLM 2015), und andererseits die *Reflexionskompetenz* des Arztes, die mit v. Uexküll, Wesiack (1991) als *Metakompetenz* eines *Meta-Arztes* aufzufas-

sen ist (§ 3.3), der zum eigenen kritischen Beobachter seines ärztlichen Handelns wird, sei es nun instrumentelles oder kommunikatives Handeln.

6.3 Der Arzt als Kommunikator

Die kommunikative Kompetenz des Arztes ist insofern eine *Schlüsselkompetenz*, als sie in fast allen Praxisfeldern ärztlichen Handelns beteiligt ist. Um die „Allgegenwärtigkeit“ der kommunikativen Kompetenz zunächst durch eine Umkehrfrage pointiert zu thematisieren: Wann geschieht ärztliches Handeln überhaupt „sprachlos“? Ohne auf die zweifellos möglichen, aber seltenen Ausnahmen (Notfallmedizin, Radiologie usw.) weiter einzugehen, soll hier ein prototypischer Fall benannt werden: Selbst beim „rein“ chirurgischen Handeln während einer Operation, das der Sache nach wesentlich auf einer *instrumentellen* Handlungskompetenz des Arztes beruht (§ 8), ist inzwischen gut untersucht (Uhmann 2010), wie die kommunikative Koordination im Team eine wesentliche Voraussetzung für den Handlungserfolg beim Operieren ist.

Bevor es jedoch überhaupt zu solchen *instrumentellen* „Eingriffen“ (Untersuchung, Operation) kommen kann, war das ärztliche Handeln zuvor im Anamnese- und Aufklärungsgespräch wesentlich *kommunikatives* Handeln, wie es dies auch *nach* jedem instrumentellen Handeln sein sollte, wenn der Patient über die Ergebnisse und Befunde informiert und in den weiteren Entscheidungsprozess dialogisch eingebunden wird. Bevor dieser Wechsel von kommunikativen und instrumentellen Handlungsphasen in einem idealtypischen Ablaufschema ärztlichen Handelns im Detail konkretisiert wird (§ 8), soll hier die *kommunikative Kompetenz* als *Schlüsselkompetenz* im kommunikationsintensiven Arztberuf beschrieben werden.²

6.3.1 Der kommunikationsintensive Arztberuf

Von welcher Schwerpunktsetzung in welcher institutionellen Umgebung ärztlichen Handelns auch immer im Einzelnen auszugehen sein wird, die „Allgegenwärtigkeit“ der Kommunikation in Klinik und Praxis steht

² Zu verschiedenen Begriffen und Konzepten der *kommunikativen Kompetenz* in unterschiedlichen Wissenschaftstraditionen sei auf die vorausgehend angeführte Literatur verwiesen (§ 3).

außer Frage: Der Arztberuf ist und bleibt einer der kommunikationsintensivsten Berufe, vergleichbar mit dem des Lehrers, Pastors, Journalisten usw.

Auch nach dem „schottischen“ Professionsmodell sind kommunikative Kompetenzen in allen anderen Kompetenzbereichen mehr oder weniger explizit beteiligt. Im Professionsmodell nach Harden et al. (1999a, b) und Simpson et al. (2002) wird eine besondere Domäne für Kommunikation ausführlich und im Detail beschrieben, auf der andere Bereiche aufbauen, was hier nur in Auszügen (Box 6.2) wiedergegeben werden soll.

Box 6.2 Good Communication

Good communication underpins all aspects of the practice of medicine. All new graduates must be able to demonstrate effective communication skills in all areas and in all media, e.g. orally, in writing, electronically, by telephone etc.

- *General principles of good communication*
This could include: being able to listen and use other appropriate communication techniques including an appreciation of non-verbal communication/body language (one's own and the interviewee's), gathering and giving information with good record and correspondence skills, mediating, negotiating and dealing with complaints, making oral presentations and writing reports/papers, telephone usage.
- *Communicating with patients/relatives*
This could include: answering questions and giving explanations and/or instructions, strategies for dealing with 'difficult' consultation including aggression, breaking bad news and admitting lack of knowledge or mistakes, making requests, e.g. post-mortem, organ donation, obtaining informed consent, confidentiality.

Simpson et al. 2002: 139f

Diese vielfältig differenzierte Kommunikation mit dem Patienten ist sicherlich der *Kernbereich* ärztlichen Handelns, mit dem wir uns auch hier zentral beschäftigen werden und den es weiter auszdifferenzieren und mit empirischen Ankerbeispielen anhand unseres Gesprächsmanuals zu konkretisieren gilt (§ 18-23). Der komplexe Begriff der *kommunikativen Kompetenz* (§ 3) offenbart sich aber schon vorausgehend in unseren Inhaltsanalysen von Interviews mit Professionsvertretern, die

6. Ärztliche Schlüsselkompetenzen

überwiegend Aspekte einer patientenorientierten Kommunikation beschreiben (Tab. 4.3), bei der etwa der „individuelle“ Patient „im Mittelpunkt stehen“ soll, um zu seinem „Wohle“ handeln zu können.

Obwohl in unserem inhaltsanalytisch gewonnenen Professionsmodell keine spezifische Kategorie zur Kommunikation gebildet wurde, ist die kommunikative Kompetenz des Arztes in allen Kategorien mehr oder weniger direkt beteiligt, wie dies schon aus den einzelnen Statements der Professionsvertreter erhellt (Tab. 4.1-3). Eben weil die kommunikative Kompetenz ubiquitär ist, erwies sich in methodischer Hinsicht eine eigenständige Kategorie als obsolet, die im Kontext der Frage nach dem „guten“ Arzt zu unspezifisch gewesen wäre. Hier hätte die Inhaltsanalyse zu problematischen Mehrfachkodierungen und unzulässigen Redundanzen geführt.

Geht man die Statements der Professionsvertreter zur Frage nach dem „guten Arzt“ im Einzelnen durch (Tab. 4.1-3), ist offensichtlich, dass etwa die geforderte *Kooperation* mit den Patienten bzw. Kollegen wesentlich auf Kommunikation beruht (Statements: „mit Patienten als Partner kommunizieren“, „gut zuhören können“) (§ 19). Ebenso können sich *Ehrlichkeit* und *Offenheit* (Statement: „ehrlich informieren“) oder *Empathie* (Statement: „Einfühlungsvermögen“) (§ 20) nur im kommunikativen Umgang mit dem Gesprächspartner erweisen.

Insgesamt können *Kooperation*, *Empathie* und *Wahrhaftigkeit* beim ärztlichen Handeln keine abstrakten Größen im „sprachlosen Raum“ sein, sondern sie werden beim kommunikativen Handeln mit dem Patienten etwa als *Authentizität* gelebt und erlebt, so dass der Handelnde auch dann „beim Wort genommen“ werden kann, wenn es später primär um „wortloses“ Handeln gehen sollte. Schließlich steht alles Handeln unter einer potenziellen Geltungsprüfung qua Kommunikation, sei es im Verhältnis zu einer „stillschweigenden“ Übereinkunft oder aber zu einem eigens durch Verabredung geltenden Wort, wie dies besonders bei einer partizipativen Entscheidungsfindung (§ 10, 22, 26) zum Ausdruck kommt.

Bei allen Binnen-Differenzierungen der unmittelbaren Kommunikation mit dem Patienten ist zu ergänzen, dass über diesen kommunikativen Kernbereich hinaus auch der *institutionelle* Rahmen der gesamten Patientenversorgung zu berücksichtigen ist, der über die unmittelbare Arzt-Patient-Beziehung hinausweist und sie zugleich *institutionell* überformt (§ 5). In diesem Sinn muss der Arzt auch mit und gegenüber anderen personellen und institutionellen Ansprechpartnern des Gesundheitswesens kommunikativ handeln oder die Kommunikation zwischen

ihnen vermitteln. So wird der Arzt in der Routine des Klinik- oder Praxishandelns zum „Kommunikator“ nach allen Seiten, von dem gerade in besonderen Konfliktlagen spezifische Konfliktlösungen erwartet werden.

6.3.2 Team- und Öffentlichkeitsarbeit

Insgesamt werden auch im schottischen Professionsmodell (Harden 1999a, 1999b, Simpson et al. 2002) Kommunikationskompetenzen des Arztes nicht nur im Umgang mit den Patienten und ihren Angehörigen, sondern auch im Kontakt mit den unmittelbaren Mitgliedern im Versorgungsteam sowie den mit- und weiterbehandelnden Kollegen gefordert. Weiterhin werden die ärztlichen Kommunikationskompetenzen im Umgang mit anderen Angehörigen und Institutionen des Gesundheitswesens (soziale, medizinische Dienste, Versicherung usw.) sowie im Umgang mit den Medien bis hin zur gesamten Öffentlichkeit herausgefordert (Ringsted 2006, NKLM 2015, BMBF 2017, Cracknell, Cooper 2018). So wird die kommunikative Kompetenz etwa auch eine besondere Ausprägung in der ärztlichen Funktion als *Lehrer*, *Gelehrter* oder *Experte* erfahren, der in Ausklärungsgesprächen oder der Öffentlichkeitsarbeit sein professionelles Wissen den Bedürfnissen gegenüber allen personellen oder institutionellen Typen von Gesprächspartnern entsprechend angepasst vermitteln können muss, was sich unter anderem in einem *verständlichen Sprachgebrauch* (§ 10, 27) niederschlagen sollte.

In all diesen Funktionen übernimmt der Arzt die Rolle eines „Kommunikators“, der seine kommunikative Kompetenz in vielfältigen (Typen von) Gesprächssituationen mit wechselnden kommunikativen Aufgaben und Kooperationspartnern alltäglich unter Beweis stellen muss, nicht nur mündlich, sondern auch schriftlich, bei der Datendokumentation für die Patientenübergabe im Schichtdienst bis zum Arztbrief für den Kollegen zur Weiterbehandlung des Patienten usw.

Diese ubiquitäre Funktion des Arztes als „Kommunikator“ ist zugleich seine Funktion als „Moderator“, der Konfliktlagen zu erkennen und zu bearbeiten hilft, sei es, indem er selbst als Partei beteiligt ist, wie in der Arzt-Patient-Kommunikation oder im eigenen Team als Chef oder Mitarbeiter, sei es, dass er die Moderation gegenüber „dritten“ (Angehörigen, Pflegefachkräften, Kollegen, Verwaltung, Gutachtern, Medien usw.) wahrnimmt.

Weiterhin sind natürlich wissenschaftliche und ethische Einstellungen, Prinzipien und Standards, wie sie auch im schottischen Modell

6. Ärztliche Schlüsselkompetenzen

postuliert werden (Abb. 4.3, Simpson et al. 2002: 140f), nicht im „sprachlosen Raum“ wirksam, sondern zumeist insofern kommunikativ vermittelt, als sie im kommunikativen Handeln selbst manifest werden oder im Falle ihrer Verletzung einer besonderen verbalen Rechtfertigung bedürfen, sei es weil dies von den Patienten oder ihren Angehörigen eingeklagt wird oder weil der Arzt ohnehin einem *Transparenzgebot* seines Handelns folgt (§ 10). Dies ist etwa unter dem „heiklen“ Aspekt der „Konfliktkommunikation“ bedeutsam, die sich über Probleme bei der kollegialen Zusammenarbeit etwa am Arbeitsplatz einer Praxis oder Klinik (Hoefert 2008) bis hin zu möglichen ärztlichen „Kunstfehlern“ erstreckt, die nicht zu kaschieren, sondern offensiv in der Kommunikation mit den Betroffenen zum Thema zu machen sind usw.

Wegen all dieser sensiblen Anwendungsbedingungen kommunikativer Kompetenzen möchten wir hier ebenfalls abweichend vom schottischen Modell nicht von technischen Kompetenzen („technical competences or intelligences“) reden, ganz gleich, ob es um Kommunikation mit Patienten, Kollegen oder anderen Gesprächspartnern im Heilberuf geht. Vielmehr handelt es sich hier um *kreative* Kompetenzen, die eine kontextsensitive Anwendung erfahren (z.B. Salmon, Young 2011, Skelton 2011), was noch als „Kunst der ärztlichen Gesprächsführung“ (§ 17) auszuweisen sein wird.

6.4 Ärztliche Reflexionskompetenz

Wie vorausgehend schon bei der Lernzielbestimmung ausgeführt wurde (§ 3), stellt die ärztliche *Reflexionskompetenz* eine *Meta-Kompetenz* dar, unter der die fachlichen und kommunikativen Kompetenzen des Arztes in der konkreten Handlungspraxis ins rechte *Passungsverhältnis* zu setzen ist. Dabei ist die ärztliche (Selbst-)Reflexionskompetenz in einem lebenslangen Lernprozess auszubilden, in dem das ärztliche Handeln sowohl als *instrumentelles* Handeln (Medikation, OP) wie auch als *kommunikatives* Handeln (Anamnese, Aufklärung, Entscheidungsfindung) laufend einer kritischen Prüfung zu unterziehen ist.

In der reflexiven Selbst- und Fremdbeobachtung der instrumentellen wie kommunikativen Handlungspraxis ist dem individuellen Patienten Rechnung zu tragen, der in der gemeinsamen Beziehungsentwicklung hinreichend zu fördern ist, ohne ihn zu überfordern. Bei der Beziehungsgestaltung muss auch der Arzt den komplexen Prozessen der

Übertragung und Gegenübertragung genügen können, die sich nicht einfach unbemerkt hinter seinem Rücken vollziehen oder offensiv in der Kommunikation „Bahn brechen“ dürfen. Was im Gesprächen mit Patienten geschieht oder unterbleibt, entzieht sich als „blinde Flecken“ oft der noch so kritischen Selbstbeobachtung, die sich oft erst beim gemeinsamen Gruppenlernen verbessern lässt.

6.4.1 Der selbstkritische Meta-Arzt

Bei den komparativen Inhaltsanalysen von Interviews war die vorläufige Tendenz ermittelt worden, dass die *Reflexionskompetenz* von den Hausärzten stärker als von den Professoren der Medizin betont wurde (§ 6.2.2). Es sei dahingestellt, ob dies dem täglichen Handlungsdruck in der Praxis eines Hausarztes geschuldet ist. Dieser Handlungsdruck mag subjektiv zu einem erhöhten Reflexionsbedarf führen, dem der Hausarzt in seinem Selbsterleben offenbar weniger nachgehen kann als der Kliniker an einer Universitätsklinik, in der eine Einheit von Forschung und Versorgung eher selbstverständlich scheint und von daher weniger stark als Desiderat formuliert werden muss.

Ungeachtet solcher möglichen Unterschiede im Detail wurde aber die Reflexionskompetenz zusammen mit der Lern- und Fortbildungsbereitschaft des „guten“ Arztes unisono von beiden Befragungsgruppen markiert betont. Die Statements der Professionsvertreter liegen hier ganz auf der Linie der Aus- und Fortbildungsforschung, in der es u.a. um die Selbstreflexion der eigenen Praxis ärztlichen Handelns geht. Diese Kompetenz zu fördern ist gerade das erklärte Anliegen etwa von Balint-Gruppen, die sich sowohl in der Ausbildung von Medizinstudierenden („Anamnesegruppen“ oder „Junior-Balintgruppen“) als auch in der Fortbildung von praktizierenden Ärzten (Rosin 1989, Köhle et al. 2001, Koerfer et al. 2004, Cataldo 2005, Köhle, Janzen 2011) bewährt haben.

An diese Tradition knüpfen v. Uexküll und Wesiack an, wenn sie im Anschluss an ihre „Theorie der Humanmedizin“ (1991) in einer „Schlussbetrachtung“ ausführlich die Rolle des „Meta-Arztes“ beschreiben, der sich gleichsam selbst beim Handeln kritisch über die eigene Schulter beobachtet und dabei einen selbstreflexiven „Reisebericht“ über die gemeinsame Interaktionsgeschichte mit dem Patienten erstellt, worauf wir einleitend bei der Lernzielbestimmung der kommunikativen Kompetenz schon eingegangen waren (§ 3.3). Da wir auf dieses Verfah-

6. Ärztliche Schlüsselkompetenzen

ren der kritischen Selbstbeobachtung des *Meta-Arzt* wiederholt zurückgreifen werden, sei es an dieser Stelle, wenn auch stark gekürzt, dennoch ausführlich in den eigenen Worten der Mitbegründer der biopsychosozialen Medizin wiedergegeben (Box. 6.3), nicht ohne hierbei die Lektüreempfehlung für das ganze Original (1991: 649-659) auszusprechen.

Box 6.3 Kritische Selbstreflexion der ärztlichen Handlungspraxis

Der Reisebericht soll die Reflexionen festhalten, mit denen der Arzt – gewissermaßen als sein eigener Beobachter – wir wollen ihn seinen *Meta-Arzt* nennen – seine Empfindungen, Feststellungen, Überlegungen, Entscheidungen und Handlungen begleitet und kommentiert.

Der *Meta-Arzt* muss im Idealfall von dem Arzt immer wieder Rechenschaft über die handlungsleitenden Theorien fordern, die hinter seinen Interpretationen und seinem Verhalten stehen (...) Hat der Arzt unter Kontrolle seines *Meta-Arzt*es, d.h. seines kritischen wissenschaftstheoretischen Gewissens, bei einem Patienten das Zentrum des Störfeldes identifiziert (...), dann hat er ein Erklärungsmodell für die „Krankheit“ oder eine „Diagnose“ gefunden (...); der Entwurf eines realistischen Therapieplans kann nur in beidseitigem Einverständnis erfolgen (...).

Die Instanz, die wir den *Meta-Arzt*- genannt haben, kann man auch als die notwendige Wächterfunktion bezeichnen, mit der jeder Arzt überprüfen muß, wieweit sein Verhalten dem Patienten gegenüber gerecht wird. Unter diesem Aspekt hat der *Meta-Arzt* nicht nur die Aufgabe im differentialdiagnostischen Prozeß verschiedene kognitive Erklärungsmodelle gegeneinander abzuwägen; er muß auch bei seinen diagnostischen und therapeutischen Eingriffen prüfen, wie sie von dem Patienten affektiv erlebt werden; er muß sich über deren ethische Dimension Rechenschaft geben, die darüber entscheidet, ob die mit den Eingriffen verbundenen Risiken dem Patienten zumutbar sind, ob die Belastungen und Gefahren in einem vertretbaren Verhältnis zu dem zu erwartenden Erfolg stehen.

Dieser letzte Punkt bedeutet, daß der *Meta-Arzt* als eine wesentliche Funktion die Aufgabe eines Anwalts des Patienten hat. Er muss definieren, was „Erfolg“ in den Augen des Patienten bedeutet, und darüber wachen, daß die letzte Entscheidung über eine diagnostische und/oder therapeutische Maßnahme niemand anderem zusteht als dem Patienten selbst.

Auszug aus: v. Uexküll, Wesiack 1991: 649-659

Auf eine Reihe der hier benannten Funktionen des *Meta-Arzt*es werden wir systematisch zurückkommen, insbesondere auf die *Anwaltsfunktion*

gegenüber Patienten bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung (§ 10) sowie die kritische Selbstevaluation der eigenen Kommunikationspraxis des Arztes (§ 40-43). Hier soll vorweg unter der Fragestellung nach dem „guten“ Arzt das Risiko einer Selbstüberforderung des „perfektionistischen“ Arztes angesprochen werden.

Möglicherweise kann der hehre Anspruch an die Reflexionskompetenz eines „Meta-Arztes“, wie er von v. Uexküll, Wesiack postuliert wird, in den Niederungen der täglichen Versorgungspraxis mit Patienten nicht nur zu einem Benefit (an Einsichten, Zufriedenheit usw.), sondern auch zu Frustrationen führen. So können Ideale ärztlichen Handelns überhaupt, nicht nur der Kommunikation, natürlich geeignet sein, nicht nur das „kritische wissenschaftstheoretische Gewissen des Meta-Arztes“ (s.o.) zu fördern, sondern auch sein „schlechtes Gewissen“, in der Praxis seinen eigenen Ansprüchen nicht genügen zu können.

Unter dem Aspekt der Psycho-Hygiene kann dieser mögliche „Frust“ aus Selbstüberforderung gerade auch in der Fortbildung in Balint-Gruppen thematisiert und bearbeitet werden, in denen es nicht um die Zielsetzung der Verbesserung der Patientenzufriedenheit, sondern auch um die Steigerung der ärztlichen Berufszufriedenheit geht (Rosin 1989, Köhle et al. 2001, Koerfer et al. 2004, Cataldo et al. 2005, Köhle, Janzen 2011). Unter der Leitung eines erfahrenen Arztes (mit psychoanalytischer Ausbildung) kann die solidarische Kritik der vielen kollegialen „Meta-Ärzte“ nicht nur kompensierend „Trost spenden“, sondern das „richtige“ Maß zu bestimmen helfen, mit dem sich der „gute“ Arzt erfolgreich zu bescheiden versteht, ohne sich und die ihm anvertrauten Patienten zu überfordern.

Diese „Bescheidenheit“ resultiert aus der Einsicht, sich in der Praxis für seine Patienten „nur“ als „hinreichend gut“ erweisen zu müssen („to be good enough“), wie dies bereits von D.W. Winnicott für die Bindungsforschung formuliert wurde, nach der auch Mütter gegenüber ihren Kindern möglicherweise unter einem überhöhten Selbstideal leiden können. Analog wären die Erkenntnis und Anerkennung eigener Grenzen auch allererste Voraussetzungen für einen „guten“ Arzt (§ 2.1), der nicht unbedingt der „Beste“ sein wollen muss.

Wie bereits in der Einleitung (§ 1) deutlich wurde und zum Abschluss bei der Evaluation (§ 40-43) nochmals detailliert werden soll, ist auf dem Weg zur „Meisterschaft“ mit vielen Hürden zu rechnen, die in individuellen Lernprozessen zu Umwegen und auch Rückschritten führen können, bevor schließlich ein stabiles Kompetenzniveau erreicht wird. Auf diesem Weg lassen sich Beobachtungs- und Entwicklungssta-

dien bei der Selbstreflexion unterscheiden, sich gegenständlich von der Veränderung konkreten Gesprächsverhaltens beim *aktiven Zuhören* (§19) über die Intensivierung der *empathische* Kommunikation (§ 20) bis zum Wechsel des *Beziehungsmodells* bei der medizinischen Entscheidungsfindung reichen können (§ 10, 22). Die damit verbunden Lernprozesse lassen sich am besten im Gruppenlernen stimulieren und stabilisieren, wie dies etwa in der Balintgruppenarbeit geschieht.

6.4.2 Entwicklungsstadien der Selbstreflexion

In der Tradition der Balint-Gruppenarbeit, an die v. Uexküll, Wesiack mit ihrem Konstrukt des (selbst-)kritischen *Meta-Arztes* anschließen, ist die kritische Fallbesprechung, mit der sich ein Arzt mit einem Beispiel aus seiner Praxis dem kritischen Urteil der Gruppe stellt, ein Kernstück der ärztlichen Fortbildung. Inzwischen haben die modernen Aufzeichnungsmedien (Audio, Video) Möglichkeiten an die Hand gegeben, den „Datenverzerrungen“ bloß erinnertes und erzählter Patienten-Fälle zu entgehen (§ 2.3). Angereichert durch das authentische Ton- und Bildmaterial, das durch Aufnahmen aus den laufenden Arzt-Praxen entstanden ist, konnte Balints alte Forderung nach *training cum research* eine neue Dimension gewinnen, von der sowohl die Gruppe als auch einzelne Teilnehmer profitierten.³ So ließen sich individuelle Lernfortschritte als auch Gruppeneffekte in einem intersubjektiven Prüfverfahren nachweisen (Köhle et al. 2001, 2010, Koerfer et al. 2004, Cataldo et al. 2005), das später (§ 40) im Detail erläutert werden soll.

Im Vorgriff auf die spätere Darstellung von Design und Ergebnissen von Evaluationsstudien sollen hier zunächst exemplarisch die Lern- und Berufssituationen des selbstreflexiven *Meta-Arztes* skizziert werden, der sich als „Kommunikator“ in vielen Handlungsfeldern zu bewähren hat, von denen die unmittelbare Patientenversorgung der Kernbereich bleibt. Was der Arzt dort als kommunikative Schlüsselkompe-

³ Der Einsatz von zunächst Tonbandgeräten und später modernen AV-Medien hat in der Aus- und Fortbildung sowie Begleitforschung zur Arzt-Patient-Kommunikation hat bereits eine lange Tradition (z.B. Rogers 1942/1985, Byrne, Long 1976, Köhle, Raspe 1982, Bahrs et al. 1996, Köhle et al. 1995, 2001). Als eine Variante des Verfahrens hat sich inzwischen die „method of video elicitation interviews“ etabliert (z.B. Henry et al. 2012), nach der Interviews etwa mit Ärzten oder Patienten auf der Basis von videografierten Arzt-Patienten-Gesprächen durchgeführt werden, die also zugleich Stimulation und Gegenstand der Interviews sind.

tenz praktiziert, lässt sich auf andere Bereiche ärztlichen Handelns übertragen, so etwa auf die Kommunikation mit Angehörigen, Kollegen, Medien (s.o.), die von der selbstreflexiven Meta-Kompetenz ebenso profitieren können wie die Patienten selbst. Wie dies vorausgehend schon kurz skizziert wurde (§ 3.3), lässt sich die (selbst-)reflexive Rolle des Meta-Arztes etwa aus der Fortbildungsperspektive einer Balintgruppe in einer Konstellation von drei Beobachtungs- und Entwicklungsstadien (Abb. 4.) differenzieren, die nachfolgend weiter beschrieben werden sollen:

1. Beobachtung 1. Ordnung – Interaktion: „Hier und Jetzt“.

Der Arzt führt (wie gewohnt) sein Gespräch mit einem Patienten. In diesem Gespräch tritt der Arzt gleichsam aus sich selbst heraus und beobachtet die Interaktionsszene, ohne den Gesprächskontakt zum Patienten zu verlieren. Diese Wahrnehmung der Beobachtungsrolle als Meta-Arzt gehört gerade zur *Kunst* der ärztlichen Gesprächsführung, die am Anfang Probleme auch der Konzentration bereiten mag und später zur Alltagsroutine des „guten“ Arztes wird.

In der selbstreflexiven Beobachtung der Interaktionsszene im „Hier und Jetzt“ nimmt der Arzt sich selbst, den Patienten und ihre gemeinsame Kommunikation wahr. Die erste kritische Selbstbeobachtung 1. Ordnung in der Dyade von Arzt und Patient kann bereits zu Selbstwahrnehmung von „Fehlern“ oder Schwächen führen („Ich unterbreche häufiger als ich dachte“, „Ich bin ungeduldiger als angenommen“) und erste spontane Selbstkorrekturen einleiten, die als *Probehandeln* erneut unter die Selbstbeobachtung des Meta-Arztes gestellt werden können usw.

Weiterhin kann der Arzt nicht nur die Verlegenheit seines Patienten registrieren, der erröten oder verlegen wegblicken mag, sondern den Zusammenhang bemerken, dass er selbst mit seiner Frage die Verlegenheit interaktiv ausgelöst hat, weil er ein bestimmtes Thema (Essgewohnheiten, Rauchen, Alkohol usw.) angesprochen hat, das für den Patienten offensichtlich „heikel“ ist (§ 21.6). Ebenso bemerkt der Arzt an sich selbst möglicherweise bestimmte Gefühlsreaktionen (von Sympathie, Mitleid oder auch Aggressionen), die der Patient durch sein Verhalten in ihm ausgelöst hat.

6. Ärztliche Schlüsselkompetenzen

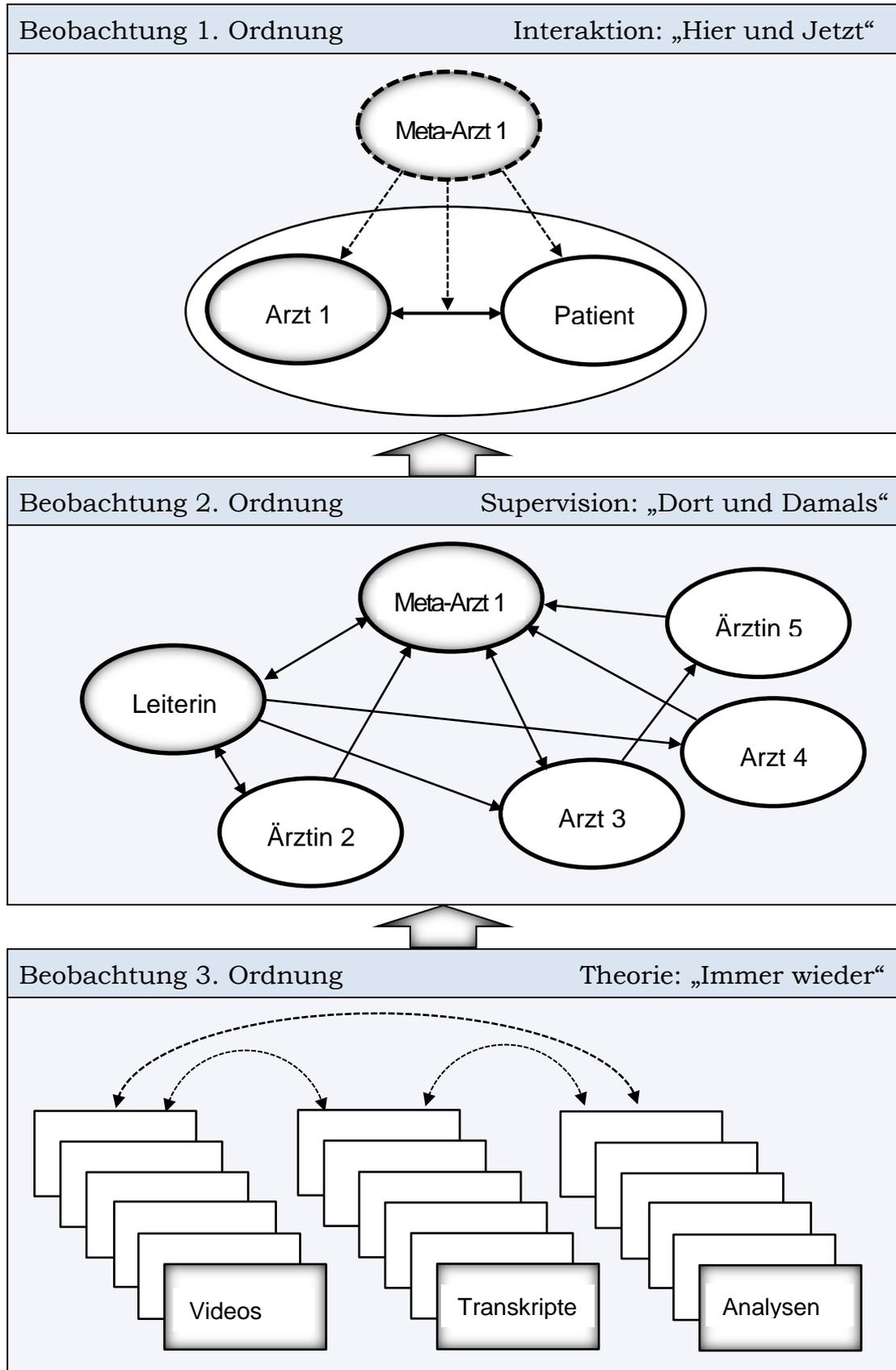


Abb. 4.5: Beobachtungs- und Entwicklungsstadien 1.-3. Ordnung

Diese Gefühlsreaktionen werden gleichsam vom Meta-Arzt wahrgenommen, ohne jedoch vom handelnden Arzt in der aktuellen Gesprächssituation unkontrolliert ausagiert zu werden. Vielmehr erlaubt die reflexive Einstellung des Meta-Artes zur Gegenübertragung des Artes ihre kontrollierte Nutzung zu diagnostisch-therapeutischen Zwecken im „Hier und Jetzt“ der Arzt-Patienten-Beziehung.

2. Beobachtung 2. Ordnung – Supervision: „Dort und Damals“

Die vorausgehend in der Beobachtung 1. Ordnung unterstellte Reflexionskompetenz des Meta-Artes ist in der Regel nicht „vorgängig“ vorhanden, sondern muss in Aus- und Fortbildung und durch Selbsterfahrung im Beruf oft mühsam erworben werden. Zumeist ist gerade die wiederkehrende Erfahrung des Arztes im Umgang mit sog. *Problempatienten* (§ 34), die sich etwa durch häufigen Arztwechsel, Mangel an Adhärenz (§ 10, 26) oder wiederholten Rückfall in Suchtverhalten auszeichnen, die allererste Motivation für die Teilnahme an einer Fortbildung. Die klassischen Klagen von Ärzten in Fallberichten von Balintgruppen sind häufig, dass sie an ihre Patienten nicht „herankommen“, dass sie sich immer wieder in dieselben Themen „verstricken“ lassen, dass sie immer wieder in einer „Sackgasse landen“, dass sie sich mit ihren Patienten „im Kreis drehen“ würden, dass sie sich „geschwätzig“ oder „klagenden“ oder „fordernden“ Patienten hilflos ausgeliefert sehen und dass sie ihnen deshalb frühzeitig mit Ungeduld, Themenwechsel oder gar Abbruch der Sprechstunde begegnen würden usw.

Diese Phänomene wie eben auch die Reaktion der Ungeduld oder des abrupten Abbruchs können sich dann etwa auch in der Videobeobachtung (2. Ordnung) im distanzierten Rückblick auf das „Dort und Damals“ an empirischen Beispielen zeigen, unabhängig davon, ob sie nun vorausgehend schon bemerkt wurden oder der direkten Beobachtung des Meta-Artes verschlossen blieben. So werden die gemeinsamen Beobachtungen nicht nur des betroffenen Arztes, sondern aller Gruppenmitglieder die Stärken und Schwächen der ärztlichen Gesprächsführung aufzeigen helfen, die sich in frühzeitigen Unterbrechungen oder am Mangel empathischer Rückmeldungen oder in vorschneller Verordnungen ohne Aufklärung und Zustimmung des Patienten usw. zeigen können, dessen Non-

6. Ärztliche Schlüsselkompetenzen

Adhärenz dann in der nächsten Sprechstunde „neuen Ärger“ bringt usw.

Hier können sowohl direkte Feedbacks aus der Gruppe („zu viele Informationsfragen“, „kaum Pausen“, „insgesamt zu hektisch“) als auch der solidarische Erfahrungsaustausch der Teilnehmer untereinander („Was mache ich in solchen Fällen?“) zu ersten Empfehlungen führen („Gib selber Gelegenheit zu Fragen“, „Erkundige dich nach den Patientenerwartungen“). Weitergehende Hilfestellungen könnten sich auf den Umgang mit allzu klagenden oder fordernden Patienten mit spontanen Arztbesuchen erstrecken, für die sich eine regelmäßige Einbestellung, aber mit größerem Abstand und klar definierter Aufgabenstellung und Sprechstundendauer als geeignet erweisen können usw.

Der kompetente Umgang mit Enttäuschungen etwa beim Rückfall von Suchtpatienten verlangt sicherlich größere Bewältigungsressourcen, die über das normale Maß der Erwartung gegenüber Patienten hinausgehen, deren Abwehr (Verleugnung usw.) eben nicht „mit Gewalt gebrochen“ werden sollte, sondern in einer *tangentialen* Gesprächsführung (§ 3, 17, 20) behutsam zu bearbeiten ist.

3. Beobachtung 3. Ordnung – Theorie: „Immer wieder“ (Regeln, Muster)

An diesem Problem der Abwehr wären einerseits die Theoriekenntnisse in Bezug etwa auf besondere Erkrankungen zu vertiefen, bei denen die Verleugnung oft selbst zum Krankheitsbild gehört (Alkoholabhängigkeit, Anorexie, somatoforme Störungen usw.), und andererseits Konzepte und Techniken der genannten *tangentialen* Gesprächsführung zu erörtern. Diese können zugleich in der Gruppe im Rollenspiel oder an simulierten Patienten trainiert werden, bevor sie gegenüber realen Patienten praktiziert werden, was wiederum durch die neue „Theoriebrille“ des Meta-Artes beobachtet werden kann. Der ständige Wechsel von *Verhaltensanalyse*, *Theorieerweiterung* sowie *Erprobung* neuer Verhaltensmuster unter erneuter Beobachtung 2. Ordnung (qua Videoaufzeichnung) führt zur Entdeckung und Vertiefung von Regeln der Kommunikation, wie sie etwa im geduldigen Umgang mit Problempatienten bekannt sein und praktiziert werden sollten („Immer wieder“). So kann die Wiederkehr alter Kommunikationsmuster allmählich durch regelmäßige Übernahme neuer Kommunikationsmuster abgelöst werden, bis diese

neuen Muster Teil der Alltagsroutine sind und als solche auch aus der Beobachtungsperspektive des Meta-Arztes erneut reflektiert, verstärkt oder korrigiert werden können usw.

Die Veränderung eingespielter Kommunikationsmuster ist keineswegs eine leichte Aufgabe, weil sie mit Beziehungsmustern einhergehen, die nicht zuletzt die Persönlichkeit des Arztes tangieren, der möglicherweise an einer *autoritär-paternalistischen* Beziehungsgestaltung „immer wieder“ festhält, ohne dies in der Kommunikation mit seinen Patienten aus der eigenen Beobachtungsperspektive als Meta-Arzt überhaupt zu bemerken. Diese Wahrnehmungslücke zu schließen, ist gerade die Aufgabe der Gruppenarbeit aus der Beobachtungsperspektive 2. Ordnung. Entsprechend erhält der Meta-Arzt in dieser Rolle ein Feedback zum „Dort und Damals“ nicht nur zu seiner (Art der) Gesprächsführung, sondern auch zu seiner (Art der) Beziehungsgestaltung zum Patienten, die ja immer wieder durch dieselben Kommunikationsmuster stabilisiert werden kann.

Das kollegiale Feedback geschieht in der Haltung einer solidarischen Kritik, von der letztlich alle Mitglieder profitieren (§ 6.4.3), zumal bei wechselnder Fallvorstellung jedes Mitglied die Rolle des Meta-Artes übernimmt. Das Feedback erfolgte in der 2. Beobachtungsperspektive zunächst spontan durch regen Austausch in der Gruppe, in der „Eindrücke“, „Anmutungen“, „Einfälle“ gesammelt werden, die nunmehr in der Beobachtungsperspektive 3. Ordnung unter der Anleitung der Gruppenleitung strukturiert und analysiert werden.

Diese Aufgabe wird zumeist durch eine(n) erfahrene(n) Ärztin/Arzt wahrgenommen, die/der oft über eine psychotherapeutische bzw. psychoanalytische Ausbildung verfügt, die es erlaubt, der Psychodynamik der Interaktion 1. Ordnung in der Arzt-Patient-Dyade ebenso wie auch der Interaktion 2. Ordnung in der Gruppe Rechnung zu tragen, die wie jede (Klein-)Gruppe ja ihrerseits nicht konfliktfrei interagieren muss. Über die Analyse des direkten Gesprächsverhaltens hinaus geht es in diesem 3. Beobachtungs- und Lernstadium auch um weitergehende Analysen von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen (§ 3, 20), wie sie in jeder Arzt-Patient-Beziehung zu berücksichtigen und gerade im Umgang mit sog. *Problempatienten* (Non-Adhärenz, häufiger Arztwechsel, Suchtverhalten usw.) besonders zu reflektieren sind.

In der Beobachtung 3. Ordnung kann schließlich unter der Anleitung der erfahrenen Gruppenleitung ein vertiefendes Selbst- und

6. Ärztliche Schlüsselkompetenzen

Gruppenstudium eingeleitet werden, in dem theoretische Anleihen (etwa von Rogers, Balint oder Engel zum Konzept des „aktiven Zuhörens“ als Kommunikationsmuster des „Immer Wieder“) gemacht oder die Verhaltensanalysen über den Umweg einer wissenschaftlichen Begleitforschung (Bahrs et al. 1996, Köhle et al. 2001, 2010, Koerfer et al. 2004, 2010) ergänzt werden. Auf diese Weise können über die individuellen Gruppenempfehlungen hinaus weitere Instruktionen an den Meta-Arzt ergehen, die zur Verbesserung seiner ärztlichen Gesprächsführungspraxis und Beziehungsgestaltung zum Patienten beitragen sollen.

Im ständigen Wechsel von Reflexion und Erprobung neuer Kommunikationsmuster, deren Praxis wiederum durch erneute Aufzeichnung zum Gegenstand weiterer Beobachtungen gemacht werden kann, können sich selbstreflexive Beobachtungs- und Lernprozesse mit entsprechenden Rückkopplungen in der Gruppenarbeit entwickeln, von der alle Gruppenmitglieder profitieren können. Dabei werden im Idealfall des Lernens im Sinne Batesons (1985) die Teilnehmer ihre individuellen Lernerfolge in der eigenen Gesprächspraxis selbst bemerken, was sie selbst in empirischen Beispielen (Koerfer et al. 2004, 2008) (§ 42-43) ausführen.

6.4.3 Persönlichkeitsbildung im Gruppenlernen

Für die selbstreflexive Veränderung von Mustern der Gesprächsführung ist nach Balint die Gruppenarbeit besonders geeignet, in der sich die kollektiven Lernprozesse in der Gruppe mit den individuellen Lernprozessen der einzelnen Mitglieder wechselseitig befördern helfen. Dabei ist das Lernen in Balintgruppen nur ein Prototyp des Lernens in Gruppen überhaupt, dessen Vorteile in einem Transfer auf andere Lern-Settings zu nutzen sind. Analog lässt sich das beschriebene (selbst-)reflexive Verfahren nicht nur in der Fortbildung mit Ärzten, sondern mit einer didaktischen Reduktion auch in der Gesprächsausbildung von Studierenden (§ 13, 14) anwenden.

An dieser Stelle sei abschließend lediglich mit Balint der Sinn und Zweck der Gruppenarbeit herausgestellt, in der es eher als in der reinen Selbstbeobachtung möglich ist, die eigenen „Fehler, blinden Flecken und Grenzen“ zu erkennen und gegebenenfalls auch damit umzugehen bzw. sie zu korrigieren. Unter der idealen Zielsetzung einer „begrenzten,

aber wesentlichen Umstellung der Persönlichkeit“ des Arztes beschreibt Balint (1964) (Box 6.4), wie die von ihm begründete Lerngruppenmethode zur Persönlichkeitsbildung des Arztes beitragen kann, wenn die (Selbst-)Kritik in einer guten freundschaftlichen Atmosphäre stattfindet, in der alle Gruppenmitglieder voneinander profitieren können, indem sie nicht nur von eigenen, sondern auch von den „Fehlern“ anderer lernen, um ihre persönlichen Defizite auszugleichen.

Box 6.4 *Begrenzte, aber wesentliche Umstellung der Persönlichkeit*

Intellektuelle Belehrung, und sei sie noch so gescheit, hat so gut wie keine Wirkung auf diesen Prozess der Befreiung und allgemeinen Lockerung. Was wir brauchten, war eine emotionell freie und freundschaftliche Atmosphäre, in welcher die Erkenntnis verarbeitet werden konnte, daß unser tatsächliches Verhalten oft gänzlich verschieden ist von unseren guten Absichten und wenig mit der Vorstellung übereinstimmt, die wir bisher davon hatten. Die Wahrnehmung dieser Diskrepanz zwischen unserem tatsächlichen Verhalten einerseits und unseren Absichten und Überzeugungen andererseits ist keine leichte Aufgabe. Aber wenn der Zusammenhalt in der Gruppe gut ist, können die Fehler, blinden Flecken, und Grenzen jedes einzelnen Mitglieds ans Licht gebracht und wenigstens zum Teil von ihm akzeptiert werden. Die Gruppe entwickelt, sowohl kollektiv als auch individuell, ein immer besseres Verständnis für die eigenen Probleme. Der einzelne kann die Wahrnehmung seiner Fehler leichter ertragen, wenn er fühlt, daß die Gruppe diese Fehler versteht und sich darin mit ihm identifizieren kann, und wenn er sieht, daß er nicht der einzige ist, der Fehler macht. Ferner dauert es ja nicht lange, bis die Gruppe entdeckt hat, daß die Technik jedes Mitglieds, einschließlich des psychiatrischen Gruppenleiters, ein Ausdruck seiner Persönlichkeit ist, was natürlich auch für seine gewohnheitsmäßigen Fehler gilt (...) Solange die wechselseitige Identifizierung der Mitglieder stark genug ist, kann der einzelne Belastungen ertragen, weil er sich von der Gruppe akzeptiert und unterstützt fühlt. Er hat nicht das Gefühl, daß seine Fehler und Mißerfolge, so beschämend sie sein mögen, ihn für die Gruppe wertlos machen, im Gegenteil, er fühlt, daß er dadurch, daß seine Fehler als Diskussionsgrundlage benutzt werden, zum Fortschritt der Gruppe beigetragen hat.

Balint 1964/1988: 405f

Die (An-)Erkennung der eigenen persönlichen Begrenzungen ist also ein erster Schritt in der persönlichen Weiterentwicklung des Arztes, der mögliche Vorbehalte und Hemmungen gegenüber der selbst-kritischen

6. Ärztliche Schlüsselkompetenzen

Reflexion in der Gruppenarbeit überwinden muss. Erst in der solidarischen Kritik der Gruppe können „Fehler, blinde Flecken und Grenzen“ erkannt und bearbeitet werden, die der individuellen Selbstbeobachtung verborgen zu bleiben drohen, eben weil die „gewohnheitsmäßigen“ Fehler des einzelnen schon „Ausdruck seiner Persönlichkeit“ sein können, was sich der Selbstbeobachtung des Einzelnen leicht entziehen kann. Erst durch die wechselseitige Beobachtung und Kritik von Fehlern profitieren alle Mitglieder mit dem Gruppenfortschritt nach und nach von der „Entdeckung“ ihrer individuellen „Blindheit“.

Die von Balint so beschriebene Methode des Lernens in der Gruppe lässt sich als (selbst-)reflexives Verfahren nicht nur in der Fortbildung mit Ärzten, sondern auch schon in der Gesprächsausbildung von Studierenden anwenden, entweder in den inzwischen etablierten Junior-Balint-Gruppen oder auch im problemorientierten Gruppenlernen der universitären Lehre, in der die Gesprächsführung von Studierenden mit realen oder simulierten Patienten (SP) unter der Anleitung des Dozenten „supervidiert“ werden kann (§ 13-16, 40-43). Die Transferprobleme und Möglichkeiten der Lehre zur Gesprächsführung im Studierendenunterricht werden wir bei der Vorstellung des Curriculums an unserer Klinik ausführlich darstellen (§ 13, 14). Dort soll aufgezeigt werden, wie der Grundstein für (selbst-)reflexive Schlüsselkompetenzen des Meta-Arztes möglichst schon im Studium für angehende Ärztinnen und Ärzte zu legen ist. Im Prinzip gilt das vorausgehend dargestellte Verfahren der kritischen Selbst- und Fremdbeobachtung des Meta-Arztes in der Gesprächsausbildung wie –fortbildung gleichermaßen.

Ein erster Transfer kann bereits durch entsprechende Nutzung dieses Lehrbuchs entweder beim individuellen Lernen oder in der gemeinsamen Gruppenarbeit hergestellt werden. Indem wir hier anhand der Beispiele im Lehrbuch, die häufig der Balintgruppenarbeit entstammen, die gesprächsführenden Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Gesprächsführung beobachten können, kann die Rolle eines Meta-Arztes/einer Meta-Ärztin auch aus der Lektüreperspektive simuliert werden, wenn wir hier zur Betrachtung/Lektüre eines Gesprächstranskriptes einladen. Dabei kann jede(r) Leser(in) an jeder Gesprächsstelle innehalten und sich oder andere fragen (lassen): „Wie würde ich anstelle der Ärztin/des Arztes das Gespräch fortsetzen?“ und diesen fiktiven Vorschlag für eine ärztliche Intervention mit der realen Gesprächsfortsetzung des realen Arztes evaluativ abgleichen. Wir haben dieses Simulationsverfahren an anderer Stelle (Koerfer et al. 1996, 1999, 2008) ausführlicher beschrieben und hier einige entsprechend aufbereitete Übungsbeispiele zusammen-

gestellt, die individuell und im Gruppenunterricht genutzt werden können.

Da wir hier nachfolgend mit unserem komparativen Forschungs- und Lehransatz laufend „negative“ mit „positiven“ Beispielen kontrastieren, sei das damit verbundene Problem des Umgangs mit Kritik angesprochen. Bei der Beobachtung von „negativen“ Beispielen der Gesprächsführung sollte dieselbe Solidarität in der Kritik gelten, wie dies in der Tradition der ärztlichen Fortbildung oder im Studentenunterricht selbstverständlich ist. Lernen am negativen Modell kann ebenso produktiv sein wie am positiven Modell. So ist auch in diesem Lehrbuch die Kritik an einem Interviewstil, der bei näherer Betrachtung „manches zu wünschen übrig lässt“, nicht mit „Kollegenschelte“ zu verwechseln, sondern als Beitrag zur „Fehler“-Diskussion zu verstehen, die im Sinne Balints (s.o.) zum Erkenntnisfortschritt beitragen kann.

Wer sich allerdings selbst nur im Fall der Fremdbeobachtung anderer als Meisterkritiker geriert, sollte es einmal selbst versuchen, sich per Video-Aufzeichnung und Transkript zum „Objekt“ der kritischen Beobachtung anderer zu machen. Vielleicht genügt im ersten Schritt schon die kritische Selbstbeobachtung nach Selbstaufzeichnung eigener Gesprächspraxis. Mag die Arztrolle schon schwer genug sein, ist die Rolle des eigenen Meta-Arztes nicht eben leichter. Sich in dieser Rolle des Meta-Arztes selbstreflexiv der kritischen Beobachtung anderer offen zu stellen, kann die eigene Gesprächsführung in der Arztrolle erheblich verbessern helfen.

6.5 Weiterführende Hinweise

Die Herausforderungen an das „Arztbild der Zukunft“, zu dem die frühen Analysen und Perspektiven des Murrhardter Kreises (1995) wegweisend waren, wurden vorrausgehend mit neueren Entwicklungen zum „Struktur- und Funktionswandel der Medizin“ (§ 5) beschrieben. Zur spezifischen Frage des „guten“ Arztes sei nochmals auf die Monographien von Dörner (2001) und v. Troschke (2004) sowie die Sammelbände von Simon (Hg.) 2005 und Witt (Hg.) (2010) verwiesen, in denen ärztliche Kompetenzen auch unter interdisziplinären, historischen, fachspezifischen und didaktischen Aspekten erörtert werden. Die verschiedenen Arzt-Rollen waren in einem historischen Überblick mit v. Uexküll und Wesiack (1991) vorausgehend im Kapitel zur „Biopsychosozialen Medizin“ (§ 4.4) differenziert worden, neuere Beschreibungen von Arzt-

6. Ärztliche Schlüsselkompetenzen

Rollen und –Funktionen finden sich mit weiterführender Literatur etwa in Ringsted (2006) und im NKLM (2015). Verschiedene Beziehungsmodelle (Paternalismus, Dienstleistung, Kooperation) und ihre Varianten werden mit weiterführender Literatur im Kapitel 10 („Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge“) und Kapitel 26 („Verordnungsgespräch“) ausführlich erörtert, Analysen von Beispielen sind bes. in den Kapiteln 22 („Vorgehen abstimmen“) und Kapitel 24 („Visitenkommunikation“) zu finden. Didaktische Konzepte zur Vermittlung von kommunikativen Kompetenzen werden in den einschlägigen Kapiteln 3, 13-16 sowie in den Kapiteln zu unserem Gesprächsmanual (18-23) vorgestellt, in denen die Gesprächspraxis insbesondere anhand von negativen und positiven Beispielen (*best practice*) kritisch analysiert werden soll, bevor im Schlussteil zur Evaluation (§ 40-43) Möglichkeiten und Grenzen der Kompetenzerweiterung aufgezeigt werden.

7 Dialogische Kommunikation und Medizin

Armin Koerfer, Katharina Koerfer

7.1	Vorbemerkungen zur Didaktik	264
7.2	Semiotische Modelle der Kommunikation	266
7.2.1	Funktionskreis- und Situationskreismodell	
7.2.2	Organon-Modell und Ich-Hier-Jetzt-Origo	
7.3	Sprechhandlungs- und Kommunikationstheorien	276
7.3.1	Sprachphilosophie und Sprechakttheorie	278
7.3.1.1	Gegenstand und Kategorien der Sprechaktanalyse	
7.3.1.2	Sprechaktklassifikation	
7.3.1.3	Institutionelle Kommunikation	
7.3.2	Linguistische Pragmatik und Gesprächsanalyse	286
7.3.2.1	Analyseaspekte und Themenschwerpunkte	
7.3.2.2	Institutionelle Bindung ärztlichen Handelns	
7.3.2.3	Direkte und indirekte Arzt-Patient-Kommunikation	
7.3.3	Kooperationsprinzip und Konversationsmaximen	297
7.3.3.1	Rationalität und Kooperation	
7.3.3.2	Maximenkonflikte	
7.3.3.3	Kritik und Anwendungsperspektive	
7.3.4	Theorie des strategischen und kommunikativen Handelns	303
7.3.4.1	Leitidee der idealen Sprechsituation	
7.3.4.2	Instrumentelles, strategisches, kommunikatives Handeln	
7.3.4.3	Offen und verdeckt strategisches Handeln	
7.3.4.4	Angewandte Diskursethik in der Medizin	
7.4	Kommunikationspsychologische Beziehungsmodelle	312
7.4.1	Pragmatische Axiome der Kommunikation	312
7.4.1.1	Kommunikationsbegriff und methodische Probleme	
7.4.1.2	Inhalts- und Beziehungsaspekt	
7.4.1.3	Interpunktion und gestörte Kommunikation	
7.4.1.4	Symmetrie und Komplementarität	

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

7.4.2	Kommunikationsquadrat und Vier-Ohren-Modell	321
7.4.2.1	Das Botschaftsgeflecht einer Nachricht	
7.4.2.2	Vier-Ohren-Modell: Das „Machwerk“ des Empfängers	
7.4.2.3	Kritik und Anwendungsperspektive	
7.5	Dialogzentrierte Medizin	327
7.5.1	Philosophie des Dialogs und dialogisches Prinzip	
7.5.2	Von der arztzentrierten zur dialogzentrierten Medizin	
7.5.3	Dialogische Symmetrie und Diskursethik	
7.5.4	Der Dialogwürfel der Gesprächsführung	
7.5.5	Vertrauen im Dialog: Lebenswelt und Medizin	
7.6	Schlussbemerkungen zur Terminologie	362
7.7	Weiterführende Hinweise	364

Both physician and patient ‘teach’ one another in dialogue.

Pellegrino, Thomasma 1981: 65

Abstract: Nach einleitenden Vorbemerkungen zur Didaktik (§ 7.1) sollen ausgewählte Kommunikationsmodelle und Theorien der Kommunikation vorgestellt werden, die auch für die empirische Analyse der Arzt-Patient-Kommunikation bedeutsam geworden sind (§ 7.2-7.4). Neben verschiedenen Kriterien (der Interdisziplinarität, Relevanz, Praktikabilität usw.) bestimmt sich die Auswahl vor allem danach, wie die verschiedenen (*semiotischen, (sprach-)philosophischen, linguistischen, gesprächsanalytischen, kommunikationspsychologischen* usw.) Modelle und Ansätze zur Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen *alltäglicher* und *medizinisch-therapeutischer* Kommunikation beitragen können, die auch im institutionellen Handlungsrahmen wesentlich als *dialogische* Kommunikation aufzufassen ist. So sollte auch die Kommunikation zwischen Arzt und Patient wesentlich *verständigungsorientiert* sein, so dass ein *strategisches* Handeln, das etwa bei einem strikt paternalistischen Modell auf *Zwang* oder bei einem extremen Dienstleistungsmodell auf *Manipulation* setzt, weitgehend verpönt ist.

Bei allen institutionellen Einschränkungen ist auch in der ärztlichen Sprechstunde und Visite ein „dialogisches Prinzip“ zur Geltung zu bringen, nach dem sich Arzt und Patient zwar als ungleiche, aber gleichberechtigte Partner in einem „echten“ Gespräch begegnen können. Im An-

schluss an die hierfür einschlägige *Philosophie des Dialogs* (7.5.1) soll in einem kurzen historischen Überblick die Entwicklung nachgezeichnet werden, bei der das Pendel zunächst von der rein *arztzentrierten* zu einer rein *patientenzentrierten* Medizin ausschlug, bevor diese Extreme in einer *beziehungs-* und *dialogzentrierten* Medizin vermittelt werden konnten (§ 7.5.2). Entsprechend sind traditionelle Konzepte und Analysen zur *Asymmetrie* der Beziehung und Kommunikation zwischen Arzt und Patient einer kritischen Reflexion zu unterziehen, bevor für eine *dialogische Symmetrie* plädiert wird, die im Rahmen einer Diskursethik zu begründen ist (§ 7.5.3). Die Konsequenzen für die Evaluation und Didaktik der Arzt-Patient-Kommunikation werden abschließend an einem Dialog-Würfel aufgezeigt (§ 7.5.4), in dem die dialogischen Sub-Prinzipien (der *Kooperation*, *Relevanz*, *Rationalität* usw.) zusammengefasst werden, die uns mit Themenschwerpunkten durch das Lehrbuch insgesamt begleiten sollen. Abschließend (§ 7.5.5) soll die Brückenfunktion des Dialogs für die Vermittlung zwischen der *Lebenswelt* des Patienten und der *Medizin* perspektiviert werden, bei der das *Grundvertrauen* in die Arzt-Patient-Beziehung eine wesentliche Rolle spielt.

Da es sich bei diesem Lehrbuch auch um ein *interdisziplinäres* Projekt handelt, bei dem Autorinnen und Autoren aus sehr unterschiedlichen (*medizinischen*, *psychologischen*, *soziologischen*, *linguistischen* usw.) Traditionen beitragen, sollen zum Schluss (§ 7.6) einige Bemerkungen zur *Terminologie* gemacht werden, die insgesamt möglichst „leserfreundlich“ gehalten werden soll, auch wenn die einzelnen Disziplinen es sich gelegentlich gegenseitig (unnötig) schwer machen.

7.1 Vorbemerkungen zur Didaktik

Bei der folgenden Vermittlung ausgewählter Kommunikationsmodelle und Theorien der Kommunikation haben wir uns unter didaktischen Aspekten um eine allgemeinverständliche Darstellung bemüht, wie sie auch für Lehrzwecke in „fachfremden“ Lernkontexten genutzt werden kann, für die die thematische Beschäftigung mit Sprache und Kommunikation weniger zentral ist.¹ Wem diese Einführung in Themenfelder

¹ Neben der Auswahl und Gestaltung nach Kriterien der Interdisziplinarität, Relevanz sowie Praktikabilität für Lehrzwecke sollen hier nicht zuletzt Lernzielforderungen Rechnung getragen werden, wie sie etwa im Nationalen Lernziel Katalog Medizin (NKLM 2015) formuliert sind, die ausdrück-

und Problembereiche der Kommunikationsforschung aufgrund der notwendigen didaktischen Reduktionen zu „verkürzt“ erscheint, sei so gleich auf die weiterführende Literatur zum Schluss (§ 7.7) oder die Originalquellen der „Klassiker“ verwiesen.

Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Kapitel und Gesprächsanalysen zur Arzt-Patient-Kommunikation soll hier eine Reihe von ausgewählten *Begriffen, Kategorien und Konzepten* vorgestellt werden, zu denen einige „Klassiker“ der Sprach- und Kommunikationsforschung möglichst „in ihren eigenen Worten“ ausführlich „zur Sprache kommen“ sollen. Dabei werden hier einige *fachsprachliche* Grundbegriffe und Kategorien eingeführt und erläutert, die im Gang der weiteren Argumentation und empirischen Analyse zur Arzt-Patient-Kommunikation möglichst in umgangssprachlichen „Übersetzungen“ angewendet werden sollen, wozu wir abschließend (7.6) einige Bemerkungen zur Terminologie in diesem Lehrbuch machen werden.

Bereits die Zusammenstellung der nachfolgend ausgewählten Modelle und Theorien der Kommunikation unter einem jeweils einheitlichen „Label“ (wie *Kommunikationspsychologie, Sprechakttheorie, Linguistische Pragmatik, Conversation Analysis (CA), Discourse Analysis (DA), Konversationsanalyse* oder (einfach) *Gesprächsanalyse* usw.) ist nicht unproblematisch. Ihr Bezug und Wirkungszusammenhang untereinander ist nicht immer eindeutig, auch wenn er teils explizit beansprucht wird. Ebenso bleibt eine strikte Abgrenzung verschiedener Kommunikationsmodelle und -theorien oft ebenso strittig oder zumindest schwierig wie ihre Rezeptionsgeschichte unterschiedlich ausfällt. So hat etwa das lange verkannte *Organon-Modell* von Karl Bühler (§ 7.2.2) inzwischen eine breite, *interdisziplinäre* Resonanz in ganz verschiedenen Forschungsströmungen erfahren, so etwa allgemein für die Semiotik („Zeichenlehre“), aber auch spezifisch für „kommunikationspsychologische“ Ansätze (§ 7.4.2) und besonders für „linguistisch-pragmatische“ Forschungsrichtungen (§ 7.3.2.). Insgesamt soll nachfolgend für Lehrzwecke in medizinischen, aber auch sozialwissenschaftlichen Fächern ein kurzer Überblick über spezifische Probleme der Kommunikationsforschung mit einer unterschiedlichen Darstellungstiefe für ausgewählte Modelle und Theorien der Kommunikation sowie ihre Analysemethoden gegeben werden.² Diese Einführungen treffen sicher bei der Lektüre auf unter-

lich Kenntnisse der „Klassiker“ (wie Bühler, Uexküll, Watzlawick, Schulz von Thun usw.) ins Curriculum aufnehmen (vgl. auch Anhang § 44.1)

2 Die Auswahl und Darstellungstiefe war einerseits (wie immer) von eigenen Erkenntnissen und Interessen abhängig, andererseits haben wir uns auch

schiedliche Grundlagenkenntnisse und spezifische Wissensstände, weswegen hier eine möglichst voraussetzungsfreie Darstellung versucht wurde, die hoffentlich dennoch Anfänger wie Fortgeschrittene gleichermaßen „anzusprechen“ vermag.

7.2 Semiotische Modelle der Kommunikation

Wegen seiner unmittelbaren Relevanz für die Medizin wird das *Funktions- und Situationskreismodell* hier vorangestellt, wie es von dem Biologen Jacob von Uexküll entworfen und den beiden Medizinerinnen Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack in zahlreichen Arbeiten weiterentwickelt und konkretisiert wurde. Daran anschließend soll das *Organon-Modell* von Karl Bühler hier als *semiotisches* Modell vorgestellt werden, weil es über die Grenzen von Einzeldisziplinen (wie der *Psychologie, Sprachwissenschaft*) hinaus in einer umfangreichen Rezeptionsgeschichte bekannt geworden ist, die sich unter einem allgemeinen Begriff der *Semiotik* („Zeichenlehre“) zusammenfassen lässt.

7.2.1 Funktions- und Situationskreismodell

In den vorausgegangenen Ausführungen zum *biopsychosozialen* Modell war bereits auf die *wissenschaftshistorischen* und *erkenntnistheoretischen* Grundlagen dieses Modells aufmerksam gemacht worden (§ 4). In der Entwicklung und Begründung ihrer umfangreichen „Theorie der Humanmedizin“ (1991) rekurren Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack ebenso wie in ihrem Grundlagen-Artikel im „Uexküll-Lehrbuch“ zur „Psychosomatischen Medizin“ (2011) bereits auf stark *interdisziplinäre* Traditionen, die schon bei George Engel (§ 1) den erkenntnistheoretisch engen Rahmen einer rein *biomedizinisch* orientierten Forschung und medizinischen Versorgung aufzuheben suchen.

Insbesondere Thure von Uexküll hat das Modell des *Funktionskreises*, wie es sein Vater, der Biologe Jakob von Uexküll am Tierverhalten

von der Rezeptionsgeschichte leiten lassen, nach der sich die Relevanz bestimmter Ansätze auch im curricularen Einfluss (z.B. in der Erwachsenenbildung) niederschlägt.

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

entwickelt hat, aus der spezifischen Sicht der *Semiotik* („Zeichenlehre“) in mehr als 30 Jahren zu einem Modell des *Situationskreises* (Abb.7.1) erweitert (Uexküll 1981, Uexküll, Wesiack 1991, Uexküll, Wesiack 2011). Diese semiotische Grundlegung und Erweiterung des ursprünglich aus biologischer Perspektive entwickelten *Funktionskreismodells* betrifft vor allem das für das menschliche Problemlöseverhalten charakteristische *Probehandeln*, wie es insbesondere vor und beim *sprachlichen* Handeln zur Geltung kommt.

Das *Probehandeln* ist konstitutiv für die menschliche Existenz und steht nicht von ungefähr im Zentrum des Situationskreises (Abb. 7.1). Bereits im Kindesalter erwerben wir die nötigen Kompetenzen, die laufend weiterentwickelt werden, bis sie schließlich zur alltagspraktischen oder wissenschaftlichen Hypothesenbildung gesteigert werden. Im probehandelnden Umgang mit der Umwelt können sich aber auch schon frühzeitig *Passungsstörungen* ergeben, die nach Uexküll und Wesiack zu Anpassungsstörungen führen, die sich schließlich in Krankheiten niederschlagen können. Wir können die von Uexküll und Wesiack in diesem Zusammenhang vielfältig beschriebenen *soziologischen*, (entwicklungs-) *psychologischen*, *systemtheoretischen* und vor allem *semiotischen* Perspektiven und Anwendungen des Situationskreismodells hier im Einzelnen nicht nachzeichnen, sondern nur auf die Ausführungen zur *biopsychosozialen* Medizin und zum *Leib-Seele-Problem* (§ 4) rückverweisen.

Unter beiden *Aspekten* war auch das ausführlich von v. Uexküll und Wesiack (1991, 2011) interpretierte *Anwendungsbeispiel* zum Situationskreismodell in der hausärztlichen Sprechstunde erörtert worden, bei der die Aufgabe des Arztes als Interpret grundsätzlich darin liegt, die *Problemsituation*, „die aus Zeichen (besteht), die der Patient mitbringt“ (2011: 38), zu erkennen und zu lösen. In diesem ausführlich (§ 4.3) besprochenen Fall mit einer adipösen Patientin ging es in mehreren Gesprächsrunden um die *Bedeutungserprobung*, *Bedeutungserteilung* und schließlich die *Bedeutungsverwertung* der von der Patientin dramatisch erzählten *Patientengeschichte*.



Diese erstreckte sich als *Krankengeschichte* von der schwierigen Kindheit über die gescheiterte Ehe bis zu aktuellen Verlusten und Trennungssängsten, die angesichts des drohenden Auszuges des Sohnes die aktuellen nächtlichen Atemnotanfälle mit weiteren medizinisch bedeutsamen *Begleitzeichen* auslösten. Die Entstehung der aktuellen Beschwerden und Symptome war von Uexküll und Wesiack (1991, 2011) in *Auf- und Abwärtsbewegungen* im biopsychosozialen Modell erklärt

worden, deren Zeichenbedeutungen sich Arzt und Patientin erst mühsam und geschäftsweise vergewissern mussten.

Diese Rekonstruktion zeichenhafter Bedeutungen gelingt nicht mit einer traditionellen Anamneseerhebung und Gesprächsführung. Wie das vorausgehend (§ 4.3) ausführlich besprochene Beispiel schon deutlich machte: Wer als Arzt einer *biopsychosozialen* Medizin folgen will, muss sich verstärkt auf *biotische*, *psychische* und *soziale* Themen einlassen, und wer sich als Arzt auf diese Themen einlassen will, muss eine andere Art der Gesprächsführung wählen, als sie nach Balint (1964/1988: 171, 186) bei der traditionellen, *biomedizinischen* Anamneseerhebung üblich ist. Eben weil Lebensgeschichten und Krankengeschichten in ihren individuellen Bedeutungen für die Patienten nicht hinreichend *erfragt*, sondern nur *erzählt* werden können, müssen Ärzte bereit sein, ihre traditionelle Gesprächsführung von einer *interrogativen* Anamneseerhebung, die nach Balint (1964/88: 382) aus einer „fast völlig durchgeformten Fragefolge“ besteht, auf eine eher *narrative* Anamneseerhebung umzustellen (§ 9), bei der Patienten erzählend zu Wort kommen.

Wie vorausgehend bereits beschrieben und im weiteren Verlauf des Lehrbuchs weiter auszuführen ist: Das biopsychosoziale Modell ist nicht nur als *Erkenntnis-* und *Behandlungsmodell*, sondern als *Kommunikationsmodell* auszuweisen, in dem eine geänderte Gesprächsführung einem veränderten medizinischen Versorgungsmodell folgt. Hierzu werden wir wiederholt auf das *Situationskreismodell* zurückkommen, so etwa wenn mit Uexküll und Wesiack (1991: 291ff) zu beschreiben ist, wie Arzt und Patient schon gleich zu *Beginn* der Sprechstunde (§ 9.2) „szenische Informationen“ austauschen, die sie wechselseitig sowohl bei der verbalen als auch der nonverbalen Kommunikation (§ 12) gewinnen und für weitere Prozesse der *Bedeutungserprobung* zu nutzen verstehen.

7.2.2 Organon-Modell und Ich-hier-jetzt-Origo

Die Bedeutung des *Psychologen* Karl Bühler, der nicht zuletzt wegen seines Studiums in der *Medizin* und *Philosophie* (jeweils mit Promotionen) noch als natur- und geisteswissenschaftlicher Universalgelehrter gelten kann, ist zunächst lange verkannt worden. So findet es Sebeok nicht nur aus der Perspektive der *Semiotik* („Zeichenlehre“) noch zu Beginn der 80ziger Jahre „beklagenswert, daß sich ein Großteil der Forscher auf diesem Gebiet, ob sie sich nun in amerikanischen oder in eu-

ropäisches Instituten abmühen, nur in einem sehr geringen Maße bewußt ist, auf Bühlers breiten Schultern zu stehen“ (Sebeok 1981: 223). Erst in den 60er Jahren hat Bühler etwa durch den Phonetiker und Kommunikationswissenschaftler Gerold Ungeheuer eine vielfache Rezeption erfahren (vgl. z.B. Schmitz 1990), die bis heute verstärkt anhält.

Ausgangsbeispiel für „Dialogschrauben ohne Ende“

In seiner Sprachtheorie (1934/1982) stellt Bühler sein inzwischen breit rezipiertes *Organon-Modell* vor, das er zuvor in mehreren Skizzen entwickelt. Dabei geht er zunächst von einem einfachen Beispiel aus („es regnet“), dessen Tragweite sich für Sprecher und Hörer in „Dialogform“ bis zu einer „Schraube ohne Ende“ (Box 7.1) entfalten kann.

Box 7.1 Beispiel für eine „Schraube ohne Ende“ in „Dialogform“

Zwei Menschen im Zimmer – der eine betrachtet ein Prasseln, blickt zum Fenster und sagt: *es regnet* – auch der andere blickt dorthin zum Fenster, sei es direkt vom Hören des Wortes oder sei es vom Blick auf den Sprecher dazu verleitet. Das kommt vor und dabei ist der Zirkel ja in der schönsten Weise geschlossen. Wem’s beliebt, der kann nun das Geschehen in dem so geschlossenen Kreise sogar fortlaufen lassen wie auf einer Schraube ohne Ende. Ist das Ding oder Ereignis reich genug für immer neue Anregungen, die abwechselnd der eine oder der andere Partner aufnimmt, spricht der Vorfall die beiden ausgiebig an (wie man markant zu sagen pflegt), so werden sie sich eine Zeit lang im beobachtenden Abtasten und Reden des Dinges oder der Affäre in Dialogform ergehen.

Bühler 1934/1982: 25f. (Hervorhebungen im Original)

Es lässt sich über Bühler hinaus leicht phantasieren, wie sich solche „dialogischen Schrauben ohne Ende“ entwickeln können, die vom einfachen Beispiel („Es regnet“) ihren harmlosen Anfang nehmen (B 7.1), von dem aus dann (wie hier konstruiert) „ein Wort das andere ergeben“ kann, worauf wir mit weiteren (und dann empirischen) Beispielen aus der Arzt-Patient-Kommunikation zurückkommen werden.

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

B 7.1 „Es regnet“ – mit einer „Dialog-Schraube ohne Ende“		
01	A	Es regnet.
02	B	Ja.
03	A	Da kommt ganz schon was runter. Die Gartenstühle werden ganz nass.
04	B	Willst du, dass ich die Gartenstühle reinhole?
05	A	Kannst du machen.
06	B	Mach du doch!
07	A	Na gut, dann hol ich sie rein.
08	B	Nimm den Schirm mit. Sonst wirst du ganz nass.
09	A	Wo ist der Schirm?
10	B	Was fragst du mich das?
11	A	Du hast ihn doch zuletzt gehabt!
12	B	Such doch selber!
13	A	Du wirst ihn mal wieder verlegt haben.
14	B	Immer ich.
15	A	[Zitiert ironisch Schiller:] Heilige Ordnung, segensreiche Himmelstochter.
16	B	[aggressiv] Musst du gerade sagen, du Besserwisser! Guck dich doch mal in deinem Zimmer um! Wie Sodom und Gomorra sieht's da aus!

Schon auf den ersten Blick wird deutlich, dass es um „mehr“ geht als den bloßen Bezug auf eine „äußere“ Welt, in der es regnet und Gartenstühle nass werden, sondern dass die Dialogpartner in ihrer „inneren“ Welt etwa *Einstellungen* (Wünsche, Vorlieben, Absichten usw.) haben und verfolgen, die sie auch wechselseitig zu beeinflussen suchen, damit es etwa zu Handlungen kommt, die gegebenenfalls auch Veränderungen in der „äußeren“ Welt zur Folge haben (wenn z.B. die Gartenstühle ins Trockene geholt wurden). Bevor wir später auf derartige „Dialog-Schrauben“ als dialogische Sequenzen auch bei der Arzt-Patient-Kommunikation weiter eingehen, bei denen es mit Bezug auf die *Sprechaktheorie* (§ 7.3.1) auch um die Frage der „indirekt“ realisierten „Sprechhandlungen“ geht, wollen wir zunächst den Ausführungen von Bühler im Anschluss an sein einfaches Dialogbeispiel („Es regnet“) (Box 7.1) weiter folgen.

Organon-Modell

Nach einem wissenschaftshistorischen Exkurs, bei dem er u.a. die Unterscheidung von „Merkzeichen“ und „Wirkzeichen“ durch den Biologen Jakob von Uexküll thematisiert (§. 7.1), entwickelt Bühler dann über vorbereitende Skizzen systematisch die endgültige Abbildung des *Organon-Modells*, das er explizit im Anschluss an Platon begründet: „Ich denke, es war ein guter Griff PLATONS, wenn er im Kratylos angibt, die Sprache sei ein *organum*, um einer dem anderen etwas mitzuteilen über die Dinge“ (1934/82: 24). Im Zentrum des Organon-Modells steht das *Zeichen (=Z)*, dessen Stellung und Relationen hier mit den eigenen Worten von Bühler selbst auszugsweise (in Abb. 7.2) beschrieben werden sollen.

Ursprünglich noch von einer anderen Terminologie ausgehend (*Kundgabe, Auslösung, Darstellung*), lässt sich Bühler bei der terminologischen Neuorientierung durchaus von seinerzeit aktuellen wissenschafts- und alltagspraktischen Erwägungen leiten, wenn er etwa bei der Wahl von „Ausdruck“ den Tendenzen „im Kreise der Sprachtheoretiker“ folgt oder bei „Appell“ über „speech appeal“ hinaus Assoziationen zu „sex appeal“ berücksichtigt.

Box 7.2 Zur Terminologie: *Ausdruck, Appell, Darstellung*

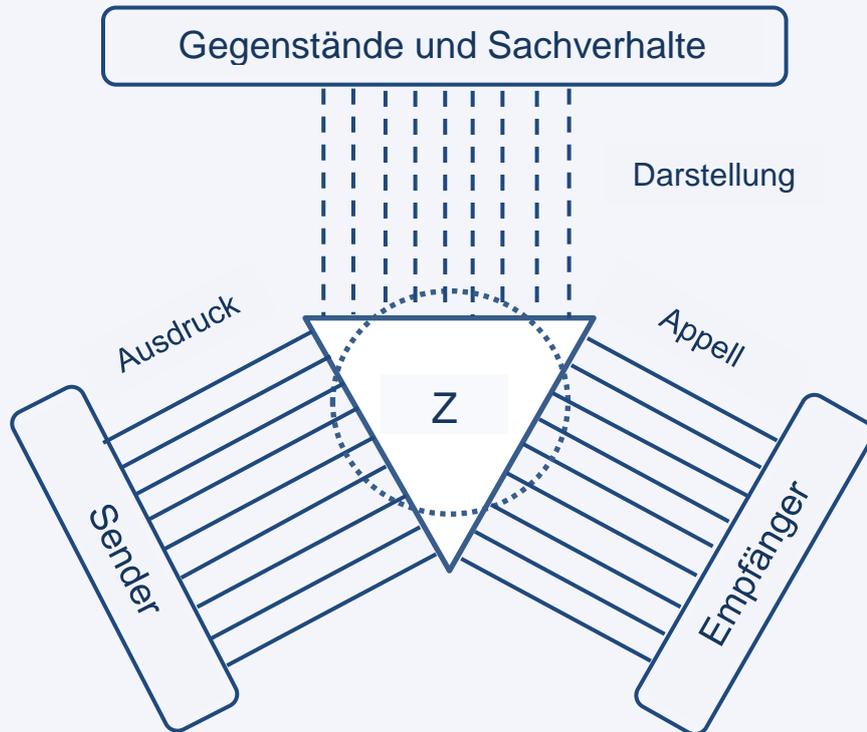
Heute bevorzuge ich die Termini: *Ausdruck, Appell* und *Darstellung*, weil ‚Ausdruck‘ im Kreise der Sprachtheoretiker mehr und mehr die hier geforderte präzise Bedeutung gewinnt und weil das lateinische Wort ‚appellare‘ (englisch: appeal, deutsch etwa: ansprechen) treffend ist für das zweite; es gibt, wie heute jeder weiß, einen sex appeal, neben welchem der *speech appeal* mir als ebenso greifbare Tatsache erscheint.

Bühler 1934/1982: 28f. (Hervorhebungen im Original)

Es ist sicher ein besonderes Verdienst von Bühler, neben der traditionellen *Darstellungsfunktion* auch die *Ausdrucks-* und *Appellfunktion* der Sprache und des Sprechens in den Aufmerksamkeitsfokus gerückt zu haben. Obwohl auch Bühler die gemeinhin angenommene *Dominanz* der Darstellungsfunktion nicht grundsätzlich bestreiten will, möchte er sie doch relativieren in dem Sinn, dass auch die beiden anderen Grundfunktionen einzeln oder zusammen in den Vordergrund treten können.

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

Oben/unten 0,7: super integriert?



Der Kreis in der Mitte symbolisiert das konkrete Schallphänomen. Drei variable Momente an ihm sind berufen, es dreimal verschieden zum Rang eines Zeichens zu erheben. Die Seiten des eingezeichneten Dreiecks symbolisieren diese drei Momente (...) Die Linienscharen symbolisieren die semantischen Funktionen des (komplexen) Sprachzeichens. Es ist *Symbol* kraft seiner Zuordnung zu Gegenständen und Sachverhalten, *Symptom* (Anzeichen, Indicium) kraft seiner Abhängigkeit vom Sender, dessen Innerlichkeit es ausdrückt, und *Signal* kraft seines Appells an den Hörer, dessen äußeres oder inneres Verhalten es steuert wie andere Verkehrszeichen.

Abb. 7.2: Organon-Modell (n. Bühler 1934/82: 28)

Als Beispiele führt Bühler die dominante *Appellfunktion* der *Kommandosprache* an, aber auch das „Gleichgewicht“ von Appell und Ausdruck bei „Kose- und Schimpfwörtern“, wobei es hier wie bei der Musik gerade auf den „Ton“ ankomme. Auch bei der obigen „Dialogschraube“ (B 7.1) können wir uns den ironischen bis aggressiven Ton der „Austauschpartner“ dazu phantasieren. Wie wir noch sehen werden, sind solche *paralinguistischen* („redebegleitenden“) Phänomene auch oder gerade in

der Arzt-Patient-Gesprächen bedeutsam, was unter dem Aspekt der *nonverbalen* Kommunikation noch besonders (§ 12, 18) Thema sein wird.

Bei der systematischen Begründung seines Organon-Modells bedient sich Bühler insgesamt bereits einer modernen, jedenfalls heute noch gebräuchlichen Beschreibung der „Sprechsituation“, in der sich „Sender“ und „Empfänger“ als „Subjekte“ und „Adressaten“ einer „Sprechhandlung“ begegnen, gegenüber der sie als „Austauschpartner“ schließlich „eigene Positionen“ (Box 7.3) einnehmen können.

Box 7.3 Der „Aufbau der Sprechsituation“

(...) das andere ist wahr, daß im Aufbau der Sprechsituation sowohl der Sender als Täter der Tat des Sprechens, der Sender als *Subjekt* der Sprechhandlung, wie der Empfänger als Angesprochener, der Empfänger als *Adressat* der Sprechhandlung eigene Positionen innehaben. Sie sind nicht einfach ein Teil dessen, worüber die Mitteilung erfolgt, sondern sie sind Austauschpartner, und darum letzten Endes ist es möglich, daß das mediale Produkt des Lautes je eine eigene Zeichenrelation zum einen und zum anderen aufweist.

Bühler 1934/1982: 31 (Hervorhebungen im Original)

Diese Bestimmungen der konstitutiven Merkmale beim „Aufbau der Sprechsituation“ können schon als wesentliche Vorleistungen für ein modernes Kommunikationsmodell gelten, das zugleich auf die *Intersubjektivität* und *Individualität* der sprechhandelnden Austauschpartner abstellt, die beim kommunikativen Handeln reziprok aushandeln, was von allen möglichen Kommunikationsfunktionen für sie in einer gegebenen Sprechsituation von Interesse und Relevanz sein soll.

Ich-Hier-Jetzt-Origo

Mit der Entwicklung und Begründung des triadischen Organon-Modells perspektiviert Bühler zugleich eine gegliederte Aufgaben- und Themenstellung für die weitere (sprach-)wissenschaftliche Forschung, die er folgendermaßen resümiert:

Box 7.4 Forschungsaufgaben und -themen

Die entscheidende wissenschaftliche Verifizierung unserer Konstitutionsformel, des Organon-Modells der Sprache, ist erbracht, wenn es sich herausstellt, dass jede der drei Relationen, jede der drei Sinnfunktionen der Sprachzeichen ein eigenes Gebiet sprachwissenschaftlicher Phänomene und Fakta eröffnet und thematisiert.

Bühler 1934/1982: 32

Damit hat Bühler ein Forschungsprogramm ausgewiesen, zu dem er bereits im selben Werk beizutragen sucht. Schon im nachfolgenden Kapitel (1934/82: 79ff) entwirft Bühler ein spezifisches Theorie- und Untersuchungskonzept, das vor allem durch die von ihm so bezeichnete „Origo des Zeigfeldes“ bekannt wurde, zu der die „Grundzeigwörter“ *hier*, *jetzt* und *ich* in ihrer „Funktion als sprachliche Ortsmarke, Zeitmarke, Individualmarke“ gehören. Dieses Konzept der *Ich-Hier-Jetzt-Origo* (lat. *Ursprung*) ist vielfältig genutzt worden und hat etwa in der linguistischen Pragmatik zu zahlreichen allgemeinen und einzelsprachlichen Untersuchungen zur Personen-, Raum- und Zeitdeixis in Texten und Gesprächen geführt (z.B. Ehlich 1979, Levinson 1983/2000). Diese *deiktischen* Phänomene und Ausdrücke (gr. *deiknymi*, „zeigen“) spielen etwa in der Arzt-Patient-Kommunikation eine spezifische Rolle im „Hier und Jetzt“ einer Sprechstunde, so bei der

- *Anamneseerhebung* (§ 9), wenn Patienten als *Ich*-Erzähler in der aktuellen Erzählsituation *hier* und *jetzt* einem personalen Gegenüber („Sie“) ihre Krankengeschichte von „Dort und Damals“ erzählen
- *Detailexploration* (§ 22), wenn es um die *temporalen* und *lokalen* Dimensionen von Beschwerden oder speziell um Schmerzlokalisationen (§ 33) etwa bei Schmerzen geht, die von einer bestimmten Körperregion („hier“) losgehen und dann in eine andere Richtung („dahin“) ziehen können
- *Aufklärung* (§ 10, 26, 27, 39), wenn Ärztinnen neben der mündlichen Information auch bei Bildgebungsverfahren mit „hier“ und „dort“ auf bestimmte „Stellen“ verweisen oder entsprechend Graphiken oder spontane Zeichnungen zur Veranschaulichung be-

nutzen, bei denen es mit „hier“ und „da“ etwas zu zeigen gibt usw.

Bevor wir in *diesen* (späteren) Kapiteln, auf die *hier* nur verwiesen werden soll, empirische Fälle anführen, sei *hier* zunächst an unser aller Alltagserfahrung appelliert, dass es bei *deiktischen* Phänomenen leicht zu Missverständnissen kommen kann, wenn etwa Gastgeber verbal und mit einer Zeigegeste dem Gast den Platz *hier* anbieten, weil *dort* schon *jemand* (anderes) sitzen soll (und man anschließend trotz Zeigegeste auch nicht klüger ist, wo genau man denn nun Platz nehmen soll). Was im Alltag oft problemlos auflösbar erscheint, kann in der Sprechstunde ein *Verständigungsproblem* mit fatalen Folgen werden, wenn nicht in einem abgewandelten Sinn von Bühler mittels einer „dialogischen Schraube mit gutem Ende“ beizeiten mit einer *Verständnissicherung* (§ 27, 19) gegengesteuert wird.

Insgesamt hat Böhlers wissenschaftliches Werk, das nicht auf sein bekanntes triadisches *Organon-Modell* und die *Ich-hier-jetzt-Origo* reduziert werden kann, zwar verzögert, dann aber umso stärker einen interdisziplinären Einfluss ausgeübt. Ohnehin für die *Linguistik* und *Psychologie* einschlägig, hat Bühler sowohl die *Semiotik* („Zeichenlehre“) inspiriert (z. B. Sebeok 1981, Nöth 2000) als auch Einfluss auf die *Philosophie* genommen, wie etwa auf Karl Popper, der bei ihm (mit Promotion) Psychologie studiert hat. So haben Böhlers Unterscheidungen der drei Sprachfunktionen auch bei Poppers Entwicklung seiner *Drei-Welten-Theorie* Einfluss gehabt (Popper 1972/94, Popper, Eccles 1977/94), auf die bereits vorausgehend (§ 4) bei der Erörterung des *Leib-Seele-Problems* eingegangen wurde.

In einem *kommunikationspsychologischen* Ansatz hat vor allem Friedemann Schulz von Thun (1981/92) schließlich Böhlers Organon-Modell zu einem *Kommunikationsquadrat* und *Vier-Ohren-Modell* erweitert, das wegen seiner weiten Verbreitung später noch gesondert (§ 7.4) dargestellt werden soll.

7.3 Sprechhandlungs- und Kommunikationstheorien

Die mit sprachlichen Handlungen und Sprache (im engeren Sinn) befassten Sprach- und Handlungswissenschaften haben spätestens mit und seit John Austins Erscheinen von „How to do things with words“

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

(1962) wenn nicht ihren Anstoß, so doch einen enormen Auftrieb erhalten, mit dem nach der sog. *linguistischen* Wende die sog. *pragmatische* Wende eingeleitet wurde (z.B. Karl-Otto Apel 1990). Dass die „Entdeckung“, dass wir durch unser Sprechen Handlungen vollziehen, so lange auf sich warten ließ, wird aus philosophischer Sicht von Wolfgang Stegmüller (1975) als „beschämender Skandal“ (Box 7.5) charakterisiert.

Box 7.5 Ein „beschämender Skandal“

Eigentlich ist es ein Skandal. Und zwar ist es ein beschämender Skandal für alle diejenigen, welche sich in den letzten 2500 Jahren in irgendeiner Weise mit Sprachen beschäftigten, daß sie nicht schon längst vor J. L. *Austin* dessen Entdeckung machten, deren Essenz man in einem knappen Satz ausdrücken kann: *Mit Hilfe von sprachlichen Äußerungen können wir die verschiedensten Arten von Handlungen vollziehen (...)* Für die Behauptung Schopenhauers, daß es uns besonders schwer fällt, das Alltägliche und Nächstliegende zum Problem zu erheben, weil es infolge seiner Selbstverständlichkeit unserer Aufmerksamkeit entgeht, dürfte es kaum eine bessere Bestätigung geben als das Phänomen der Sprechakte.

Stegmüller (1975: 64f)

Nachfolgend sollen die mit dieser radikalen Wende verbundenen Entwicklungen so skizziert werden, dass ihre Bedeutung auch für die empirische Analyse von Arzt-Patient-Kommunikation deutlich wird. Zunächst soll die *Sprechakttheorie* von John Austin selbst vorgestellt und in einige *Grundbegriffe* der Sprechhandlungsanalyse eingeführt werden, die in den Weiterentwicklungen durch John Searle sowie in der *Linguistischen Pragmatik* und *Gesprächsanalyse* bis heute aktuell sind. Wegen ihrer interdisziplinären Wirkung werden anschließend das *Kooperationsprinzip* und die *Konversationsmaximen* von Paul Grice erörtert, die er in seiner Theorie der *konversationellen Implikatur* entwickelt hat. Zum Schluss dieses Kapitels soll die *Theorie des kommunikativen Handelns* von Jürgen Habermas vorgestellt und ihre Anwendungsperspektive für eine Diskursethik auch in der Medizin aufgezeigt werden, die im weiteren Lehrbuch immer wieder unter dem Aspekt der *Evaluation* von Arzt-Patient-Gesprächen konkretisiert werden soll.

7.3.1 Sprachphilosophie und Sprechakttheorie

Mit seiner *Theorie der Sprechakte* („How to do things with words“) hat John Austin (1962/72) sicher einen *Paradigmenwechsel* (Kuhn 1973) eingeleitet, der sich bis in die Gegenwart auswirkt. Natürlich gibt es wie bei (fast) allen Paradigmenwechseln Vorläufer und Vorboten der Entwicklung, für die man im Fall der Sprechhandlungstheorie etwa Karl Bühler (§ 7.1.2) oder Ludwig Wittgenstein nennen könnte. Aber Austin hat eine sich anbahnende Entwicklung auf den begrifflichen und theoretischen Punkt gebracht, für den er selbst (in aller Bescheidenheit) den Ausgangspunkt einer „philosophischen Revolution“ (Box 7.6) gesehen hat.

Box 7.6 Die „philosophische Revolution“

Die Philosophen haben jetzt lange genug angenommen, das Geschäft von „Feststellungen“ oder „Aussagen“ [statements] sei einzig und allein, einen Sachverhalt zu „beschreiben“ oder „eine Tatsache zu behaupten“, und zwar entweder zutreffend oder unzutreffend (...) [Es] ist mittlerweile im einzelnen gezeigt oder doch sehr plausibel gemacht worden, dass viele traditionelle philosophische Schwierigkeiten aus einem Fehler entstanden sind: man hat Äußerungen, die *entweder* (aus interessanten nicht-grammatischen Gründen) sinnlos sind *oder aber* etwas ganz anderes als Aussagen oder Feststellungen darstellen sollen, einfach als Feststellung über Tatsachen aufgefasst (...) und wir können die Verwirrung, in die Inhalt und Methode der Philosophie erst einmal geraten sind, noch so sehr beklagen: wir können nicht daran zweifeln, daß damit jetzt eine philosophische Revolution heraufzieht.

Austin 1962/72: 23-25

Austin illustriert seine „revolutionäre“ Auffassung gleich in der ersten seiner zwölf Vorlesungen an einer Reihe von Äußerungsbeispielen, bei denen jeder sagen würde, „daß ich mit diesen Äußerungen etwas Bestimmtes tue (natürlich nur unter passenden Umständen)“ (27). Solche spezifischen Umstände müssen etwa gegeben sein bei der *Wette*, *Taufe*, oder *Eheschließung*: „Wenn ich vor dem Standesbeamten oder am Altar sage ‚Ja‘, dann berichte ich nicht, dass ich die Ehe schließe; ich schließe sie“ (ebd.). Für solche Äußerungen möchte Austin zunächst den Ausdruck „performativ“ verwenden: „Der Name stammt natürlich von ,to

perform', „vollziehen“: man „vollzieht“ Handlungen. Er soll andeuten, daß jemand, der eine solche Äußerung tut, damit eine Handlung vollzieht“ (27f). Austin entwickelt dann seine „Sprechakttheorie“ an weiteren Beispielen auch unter anderen „Umständen“, die zu den jeweiligen Äußerungen „passen“ müssen. Dabei kommt eine spezifische Untersuchungsmethode zum Tragen, nämlich aus den möglichen „Fehlschlägen“ der Kommunikation (also von *Unglücksfällen* wie etwa von *Missbräuchen*, *Fehlberufungen*, *Fehlausführungen* usw.) auf ihre Regelmäßigkeit zu schließen.

7.3.1.1 Gegenstand und Kategorien der Sprechaktanalyse

In diesem Zusammenhang geht es weniger um die Wohlgeformtheit von Sätzen, wie dies traditionell die sprachwissenschaftliche Forschung zur Grammatik interessiert hat, sondern um die Erweiterung des Gegenstandsbereichs, der sich später nach und nach auch auf die Untersuchung des *Kontextes* ausdehnte, in dem unter bestimmten Voraussetzungen und zu bestimmten Zwecken gehandelt wird. Zunächst stand aber der Sprechakt als *Grundeinheit* der sprachlichen Kommunikation im Mittelpunkt der Betrachtung, wie dies im Anschluss an Austin von John Searle (1969/1974) (Box 7.7) formuliert wurde.

Box 7.7 Der Sprechakt als „Grundeinheit der Kommunikation“

Der Grund für die Konzentration auf die Untersuchung von Sprechakten besteht einfach darin, daß zu jeder sprachlichen Kommunikation sprachliche Akte gehören. Die Grundeinheit der sprachlichen Kommunikation ist nicht, wie allgemein angenommen wurde, das Symbol, das Wort oder der Satz (...), sondern die Produktion oder Hervorbringung des Symbols oder Wortes oder Satzes im Vollzug des Sprechaktes. (...) Sprechakte (...) sind die grundlegenden oder kleinsten Einheiten der sprachlichen Kommunikation.

Searle 1969/1974: 30

Mit dieser „Konzentration auf die Untersuchung von Sprechakten“ war dann der Grundstein für ganze Forschungsprogramme gelegt worden. Diese beschäftigen sich etwa mit dem (systematischen) Spektrum der *performativen* („sprechaktbezeichnenden“) Verben (*behaupten*, *versprechen*, *befehlen* usw.), einer möglichen *Klassifikation* von Sprechhand-

lungen, ihren *direkten* oder *indirekten* Realisierungsformen sowie den „passenden Umständen“ von Sprechhandlungen bis hin zu den sozialen *Kontexten*, die sich durch spezifisches Handeln in spezifischen *Institutionen* ausweiten können. Bevor wir auf einige Aspekte näher eingehen, seien grob zwei Forschungsrichtungen markiert. Im Wechsel der verschiedenen Erkenntnisinteressen an der Analyse von Sprechhandlungen sind etwa die folgenden beiden Fragestellungen bedeutsam geworden, wie sie in einem Abstand von mehr als einem Jahrzehnt mit einem unterschiedlichen Fokus schon in den beiden Aufsatztiteln des *Sprachphilosophen* John Searle (1965/72) und des *Linguisten* Dieter Wunderlich (1979) formuliert worden sind.

1. Was ist ein Sprechakt? (Searle 1965/72)
2. Was ist das für eine Sprechhandlung? (Wunderlich 1979)

Ohne diese beiden Fragestellungen einseitig einer strikten Dichotomie von *theoretischer* und *empirischer* Forschung zuordnen zu wollen, werden damit dennoch verschiedene Richtungen der Forschung markiert und Schwerpunkte gesetzt (Koerfer 1994/2013). In der ersten Fragestellung geht es primär um die Struktur und Funktion von Sprechakten oder Sprechhandlungen überhaupt, in der zweiten um die Identifizierung von Sprechhandlungen (einer bestimmten Art) in einem bestimmten Kontext. Beide Forschungsrichtungen sollen hier kurz skizziert werden und ihre Relevanz für die Untersuchung von Arzt-Patient-Kommunikation unter besonderen Aspekten perspektiviert werden.

Zu der ersten Forschungsrichtung hat bereits Austin wesentliche Aspekte einer (jeden) Sprechhandlung unterschieden (Box 7.8). Obwohl die Terminologie (lat. *loqui* ‚sprechen‘) befremdlich erscheinen mag,³ soll sie hier zunächst übernommen werden, weil sich die so von Austin bezeichneten Unterscheidungen in der weiteren Diskussion etabliert haben und bis heute aktuell geblieben sind.

³ Entsprechend: Illokution (lat. *il-* ‚in‘, *loqui* ‚sprechen‘, also ‚Handlung, die im Sprechen vollzogen wird‘) - Perlokution (lat. *per-* ‚durch‘ also etwa: ‚Handlung, die durch Sprechen bewirkt wird‘) (Bußmann 1983).

Box 7.8 Lokutionärer, illokutionärer und perlokutionärer Akt

Zunächst haben wir eine Reihe von Dingen beschrieben, die man mit einer Äußerung tut und die zusammen einen *lokutionären* Akt ausmachen. Es läuft, grob gesprochen, darauf hinaus, dass man einen bestimmten Satz äußert und damit etwas Bestimmtes über etwas Bestimmtes sagt; und d.h. ungefähr, daß die Äußerung im traditionellen Sinne „Bedeutung“ hat. Zweitens, haben wir gesagt, vollziehen wir auch *illokutionäre* Akte, wie Informieren, Befehlen, Warnen, Sichverpflichten usw., d.h. wir tun Äußerungen, die eine bestimmte (konventionelle) Rolle spielen. Drittens können wir dann noch *perlokutionäre* Akte vollziehen; wir bringen sie *dadurch* zustande, daß wir etwas sagen. Beispiele sind Überzeugen, Überreden, Abschrecken, auch zum Beispiel Überraschen oder Irreführen.

Austin (1962/72: 123)

Die drei Typen von Akten werden nicht isoliert vollzogen, sondern können als Teil-Akte oder *Aspekte* beim Vollzug der Sprechhandlung insgesamt aufgefasst werden. Während der *lokutionäre* Akt selbst im Allgemeinen unstrittig ist, sind die Grenzen zwischen dem *illokutionären* Akt und dem *perlokutionären* Akt nicht immer trennscharf zu ziehen. Die Unterscheidung ist an sogenannten klaren Fällen exemplifiziert worden, mit denen aber die möglichen oder auch nur relevanten Untersuchungsbereiche bestenfalls illustriert werden können (Koerfer 1994/2013). So gibt es viele klare Fälle, die man zumeist – wie auch schon exemplarisch bei Austin – durch sprachliche Tests unterscheiden kann: So kann ich *explizit* (zwar etwas umständlich, aber akzeptabel) sagen: „Hiermit *behaupte, befehle, verspreche* ich, dass ...“ usw. Dagegen würden wir folgende Fälle als nicht akzeptabel zurückweisen: „Hiermit *überzeuge, erschrecke, verunsichere, kränke* ich dich“ usw. Offensichtlich ist es eine Angelegenheit des Hörers, ob er *überzeugt, erschreckt* oder *gekränkt* ist (und ob er vielleicht entsprechend *reagiert*) oder eben nicht.

Sicher kann ich alles dafür tun, jemanden zu *überzeugen*, zu *verunsichern* oder zu erschrecken usw., aber es handelt sich dann um *Versuche*, die erfolglos bleiben können. Umgekehrt kann ich jemanden auch *erschrecken* oder *verunsichern* oder *kränken*, obwohl das gar nicht meine Absicht gewesen sein muss. So werden wir mit dem Kardiologen Bernard Lown noch Fälle aus seiner langjährigen Praxis besprechen, in

denen die ärztliche „Macht des Wortes“ extrem „negative“ Wirkungen haben kann (§ 17.1), obwohl dies nicht unbedingt die Intention des Arztes gewesen sein muss. Hier zunächst drei Beispiele von Lown (2002: 53), die später mit weiteren Beispielen ergänzt werden sollen:

- Sie leben mit geborgter Zeit.
- Ihr nächster Herzschlag könnte ihr letzter sein.
- Es geht rasch mit Ihnen bergab.

Ob nun intendiert oder nicht, die möglicherweise mit diesen Beispielen erzielten *Wirkungen* (Verunsicherung, Beunruhigung, Erschrecken usw.) hängen oft von der ärztlichen Wahl der (vielleicht unbedachten) Worte wie auch von der Empfindlichkeit des Patienten ab, dessen Bewertungen anders (als von ärztlicher Seite gedacht) ausfallen können. Wenn in solchen Fällen nicht unbedingt „volle Absicht“ unterstellt werden kann, so könnte eine gewisse *Fahrlässigkeit* im Umgang mit Worten erkannt oder eine *Einstellung* zugeschrieben werden, die umgangssprachlich als „Billigend-in-Kauf-genommen“ gekennzeichnet werden könnte. Es geht also oft nicht um die dichotomische Frage (Ja/Nein), ob *Intentionalität* vorliegt, sondern um mögliche (auch graduelle) Zuschreibungen von *Verantwortung* für kalkulierbare Handlungsfolgen auch oder gerade beim ärztlichen verbalen Handeln.

Das Problem bei der Unterscheidung von *Illokutionen* und *Perlokutionen* bleibt die Klärung der Frage, welche Rolle die Konventionen im Allgemeinen sowie die Intentionen, Volitionen und Evaluationen der Beteiligten im Besonderen spielen (sollen). Diese Kontroverse um die Begründung der Unterscheidung von *Illokutionen* und *Perlokutionen* hat zu ausführlichen, breit gefächerten Diskussionen von Austin (1962/72) über Searle (1969/71) und Strawson (1971/74) bis hin zu Habermas (1981, 1988) und Apel (1990) geführt, worauf hier nur verwiesen werden kann (Savigny 1974, Koerfer 1994/2013). Bei Habermas hat die Unterscheidung zwischen *Illokutionen*, die *offen* geäußert werden können, und *Perlokutionen*, die *verdeckt* bleiben müssen, schließlich eine herausragende Rolle gespielt: Sie ist ein Kernstück seiner „Theorie des kommunikativen Handelns“, auf die wir noch mit spezifischen Aspekten zum *Konflikt* zwischen *Lebenswelt* und *Medizin* (§ 10.2) sowie *kommunikativem* und *strategischem* Handeln (§ 7.3.4) eingehen werden.

7.3.1.2 Sprechaktklassifikation

Ein weiteres zunächst eher theoretisch motiviertes Themen- und Problemfeld waren verschiedene Konzepte zur *Klassifikation* von Sprechhandlungen, die etwa universell, d.h. sprach- und kulturunabhängig gelten könnten. Zur Sprechaktklassifikation hat es viele Ansätze und Varianten von Austin selbst über Searle bis hin zu Habermas und Wunderlich gegeben. Wir folgen hier exemplarisch einer Taxonomie von Searle (1979/82), die wir in einer Tabelle (Tab 7.1) zusammenfassend darstellen. Die lateinischen Bezeichnungen werden in der Sprechaktheorie gewählt, um Verwechslungen etwa von *Direktiven* und einzelnen Sprechhandlungen dieses Typs (wie *Aufforderungen*) zu vermeiden.

	Typen	Exemplarische Sprechhandlungen
1	Assertive	Feststellungen, Behauptungen, Beschreibungen, Prognosen, Diagnosen, Hypothesen aufstellen usw.
2	Direktive	Aufforderungen, Bitten, Befehle, Weisungen, Vorschläge, Empfehlungen, Ratschläge usw.
3	Kommissive	Versprechen (mit Präferenz des Hörers), Drohungen (Dispräferenz von H), Wetten, Anerbieten usw.
4	Expressive	Entschuldigungen, Danksagungen, Gratulationen, Kondolieren, Bedauern usw.
5	Deklarative	Ernennungen, Kündigungen, Rücktritte, (Kriegs-) Erklärungen, Exkommunizieren usw.

Tabelle 7.1: Taxonomie der Sprechhandlungen (n. Searle 1979/82)

Unter vielen anderen Problemen, die etwa die Trennschärfe der Klassifikation betreffen, besteht ein spezifisches Problem auch darin, die besondere *institutionelle* Bindung von Sprechhandlungen zu berücksichtigen (Koerfer 1994/2013). Hier steht der Aspekt der Institutionalität zumindest in der Hinsicht quer zu den anderen Sprechhandlungsklassen, als bestimmte Typen/Exemplare aus diesen Klassen eine bestimmte *institutionelle Ausprägung* erfahren: Zwar können wir alle in unserem Alltag *Behauptungen* aufstellen, *Bitten* aussprechen oder *Versprechen* geben, aber nicht alle von uns können in bestimmten Kontexten *Befehle* erteilen, *Anweisungen* geben, *Taufen* vollziehen, gerichtliche *Urteile*

sprechen oder medizinische *Diagnosen* stellen. Bestimmte Äußerungen zu tun macht nur Sinn, wenn wir über die dazu nötige *Kompetenz* im Sinne von *Zuständigkeit* verfügen (Koerfer 2013). Die bloße *Kompetenz* im Sinne von *Fähigkeit* reicht nicht aus. Auch ein Staatsanwalt verfügte über die Fähigkeit zur *Belehrung* des Zeugen, aber ihre Ausführung ist nur dem Richter vorbehalten. Ebenso könnte auch vonseiten des Pflegepersonals eine zutreffende Diagnose gestellt werden, aber nur Ärzte sind dafür zuständig usw.

7.3.1.3 Institutionelle Kommunikation

Die *institutionelle* Bindung von (Typen von) Sprechhandlungen an bestimmte Institutionen ist von Sprechakttheoretikern wie Searle durchaus gesehen worden, der hier etwa den *Staat*, das *Rechtswesen*, oder die *Kirche* nennt. Bestimmte Sprechhandlungen können hier nicht von „irgendeinem dahergelaufenen Sprecher“ gegenüber „irgendeinem hergelaufenen Hörer“ vollzogen werden, sondern zu ihrem Vollzug sind bestimmte „außersprachliche Einrichtungen“ („extra-linguistic institutions“ 1976: 6) (Box 7.9) nötig, die eben bei anderen Typen von Sprechhandlungen entbehrlich scheinen.

Box 7.9 Institutionelle Bindung von Sprechhandlungen

Viele illokutionäre Akte können nur kraft einer außersprachlichen Einrichtung – und im allgemeinen kraft einer besonderen Stellung, die Sprecher und Hörer in dieser Einrichtung einnehmen – vollzogen werden. Ein Segen, eine Exkommunikation, eine Taufe (...) kommen nicht allein dadurch schon zustande, daß irgendein hergelaufener Sprecher zu irgend einem hergelaufenen Hörer sagt „Ich segne dich“, „Ich exkommuniziere dich“ und so weiter. Eine Stellung innerhalb einer außersprachlichen Einrichtung ist vonnöten. Austin drückt sich manchmal so aus, als sei er der Auffassung, alle illokutionären Akte wären von diesem Schlag, aber das stimmt platterdings nicht. Um eine Feststellung zu machen, daß es regnet, oder um zu versprechen, bei dir vorbeizukommen, brauche ich nur die Sprachregeln zu befolgen. Keine außersprachlichen Einrichtungen sind vonnöten.

Searle 1982: 24

Allerdings ist die Grenzlinie zwischen (Typen von) Sprechhandlungen, bei denen *außerlinguistische Institutionen* nötig sind, und solchen, bei denen sie nicht nötig sind, noch nicht gezogen.⁴ Ebenso ist noch nicht entschieden, inwieweit die Kritik Searles an Austin „platterdings“ überzogen ist. Jedenfalls führen beide genügend Beispiele für Sprechhandlungen an, bei denen eine bestimmte *soziale Beziehung* zwischen Sprecher und Hörer vorausgesetzt werden muss, die nicht zuletzt durch ihre *Position in Institutionen* bestimmt ist.

So heißt es etwa bei Austin: „(...) eine Anweisung ist nur da am Platz, wo das Subjekt des Verbuns ‚ein Befehlshaber‘ ist“ (1962/72: 47). Derartige Beispiele führt Austin unter dem Aspekt der Analyse von Fehlschlägen der Kommunikation an, bei denen Sprechhandlungen aus den verschiedensten Gründen „verunglücken“ können: „Wir haben die verschiedensten Sondertermini für verschiedenartige Fälle: ‚Inkompetenz‘, ‚nicht seine Aufgabe‘, ‚untaugliches Objekt‘, ‚die falsche Person‘, ‚unberechtigt‘ und so weiter“ (52). Auch Searle führt gelegentlich Fälle an, in denen Sprecher und Hörer in einer besonderen *asymmetrischen Beziehung* stehen müssen, so etwa beim *Anordnen* und *Befehlen*, bei dem ein bestimmtes „Autoritätsverhältnis“ vorausgesetzt werden muss, so dass der Sprecher „auf Grund seiner Herrschaft“ den Hörer zur entsprechenden Handlung bringen kann (1969/71: 101). Unter derartigen Voraussetzungen ist es dann auch nach Searle (1982: 22) nicht verwunderlich, dass der „gemeine Soldat“ den *Befehl*, die Stube aufzuräumen, nicht einfach umdrehen könnte: „Wenn der gemeine Soldat dem General sagt, die Stube müsse aufgeräumt werden, so ist das wohl eher eine Anregung, ein Vorschlag oder eine Bitte, aber kein Befehl und keine Anordnung“ (1982: 22). Ob für den Soldat hier angesichts der Machtverhältnisse in einer Kaserne überhaupt die von Searle erwogenen alternativen Chancen für diese schwachen Formen eines Direktivs (Anregung, Vorschlag, Bitte) bestehen, sollte aber eher bezweifelt werden.

Die Debatte um die Sprechaktklassifikation sowie Art und Umfang der institutionellen Bindung von Sprechhandlungen kann hier nicht fortgeführt werden. Wie die Kritik von Searle an Austin zeigt (oben Box 7.9), ist dem Pionier der Sprechakttheorie gelegentlich vorgehalten worden, seine Analysen einseitig am *Modell institutioneller Kommunikation*

⁴ So räumt auch Searle gewisse „Überschneidungen“ ein und schafft eine besondere Klasse mit dem Etikett „assertive Deklaration“, um etwa „Tatsachenbehauptungen“ von Richtern im Gericht oder Schiedsrichtern auf dem Spielplatz Rechnung zu tragen, wenn sie „Aus“ oder „Schuldig“ befinden.

orientiert zu haben, nicht nur von Searle, sondern etwa auch von Habermas (1976: 247, 1981, Bd.1: 395ff.). Wie an anderer Stelle weiter ausgeführt wurde (Koerfer 1994/2013), unterliegen allgemeine Sprechhandlungstypologien, die in Sprechhandlungssemantischer oder universalpragmatischer Absicht erstellt werden, ihrerseits der Gefahr, die eine „Einseitigkeit“ durch die andere zu ersetzen. Sofern institutionell gebundene Sprechhandlungen überhaupt systematisch berücksichtigt werden, werden sie oft als Sperrgut in einer Residualkategorie ausgesondert, so dass die gesamte Typologie für eine empirische Analyse von institutioneller wie auch nicht-institutioneller Kommunikation gleichermaßen wenig beizutragen vermag. Der Fairness halber sei aber angefügt, dass ein solcher Beitrag zu einer empirischen Sprechhandlungsanalyse wie etwa von Habermas (1981: Bd.1: 437. 440ff) auch nur sehr verhalten beansprucht wird. In der empirischen Weiterentwicklung einer *linguistischen Pragmatik* und *Gesprächsanalyse* sind dann auch Themen- und Fragestellungen aufgekommen und bearbeitet worden, mit denen der enge sprachphilosophische Blick auf die Analyse von (Typen von) Sprechhandlungen erheblich ausgeweitet wurde zugunsten einer empirischen Analyse von realen Gesprächen in realen Kontexten.

7.3.2 Linguistische Pragmatik und Gesprächsanalyse

Die Grenzen der Sprechakttheorie sind innerhalb der eigenen Fragestellungen alsbald selbst erkannt worden. So hat etwa Searle aus sprachphilosophischer Sicht in einem Rückblick die Reduktion der Sprechakttheorie auf isolierte Sprechhandlungen ohne Kontext durchaus gesehen. In einer überaus (selbst-)kritischen und –ironischen Einschätzung (Box 7.10) perspektiviert er die Aufhebung der bisherigen Reduktion, in der sich Sprecher (S) und Hörer (H) – entgegen aller Alltagserfahrung – lediglich zur Produktion und Rezeption eines singulären *akustischen Schwalls* („blast“) begegnen und danach getrennter Wege gehen.

Box 7.10 Reduktionen und Erweiterungen der Sprechakttheorie

Traditionally speech act theory has a very restricted subject matter. The speech act scenario is enacted by its two great heroes, "S" and "H"; and it works as follows: S goes up to H and cuts loose with an acoustic blast; if all goes well, if all the appropriate conditions are satisfied, if S's noise is infused with intentionality, and if all kinds of rules come into play, then

the speech act is successful and nondefective. After that, there is silence; nothing else happens. The speech act is concluded and S and H go their separate ways. Traditionally speech act theory is thus largely confined to single speech acts. But, as we all know, in real life speech acts are often not like that at all. In real life, speech characteristically consists of longer sequences of speech acts, either on the part of one speaker, in a continuous discourse; or it consists, more interestingly, of sequences of exchange speech acts in a conversation, where alternately S becomes H; and H, S.

Searle 1992: 7

Die Ausweitung des Gegenstandsbereichs auf längere, dialogische Sequenzen in realen Gesprächen des „realen Lebens“ hat auch nach Searle zur Konsequenz, dass die Sprach- und Handlungsanalyse auf das *Hintergrundwissen* der Sprecher und Hörer rekurren muss, die sich bei ihrem dialogischen Austausch auf ein gemeinsames *Sprach-, Handlungs- und Weltwissen* beziehen müssen. Dieses kann weder im Vorhinein als bekannt vorausgesetzt, noch einfach durch Befragung gewonnen werden, sondern muss durch mehr oder weniger teilnehmende Beobachtung von Interaktionen im Kontext rekonstruiert werden.

Um dieses handlungsleitende Wissen der Akteure zu rekonstruieren, reicht es eben nicht, singuläre Sprechhandlungen (in konstruierten Kontexten) zu untersuchen, sondern bedarf es *komparativer* Handlungsanalysen in wechselnden sozialen Handlungssituationen, in denen die Handelnden in wiederkehrenden *Dialogschrauben* (im Sinne Bühlers) (Box 7.1) auch für externe Beobachter manifest werden lassen, was für ihr Handeln aus welchen Gründen oder Motiven für welche Handlungszwecke von Relevanz ist. Dabei gehört es zur Methodologie einer empirischen Sprach- und Handlungsanalyse, aus der Beobachterperspektive zunächst denselben *Formulierungen* der Teilnehmer zu folgen wie diese selbst, bevor von Beobachtungen in Einzelfallanalysen über vergleichende Untersuchungen auf allgemeine Muster der Kommunikation geschlossen werden kann, deren Geltung wiederum in komparativen Handlungsanalysen zu überprüfen ist.⁵

⁵ Die Methodologie einer empirischen Handlungsanalyse kann hier nicht weiter ausgeführt werden (vgl. Koerfer 1994/2013). Um einem Missverständnis vorzubeugen, sei angemerkt, dass eine empirische Handlungsanalyse natürlich nicht theorielos beginnt, weil selten von einer „Tabula rasa“ ausgegangen werden muss, sondern zumeist auf tradiertes Forschungswissen rekurren kann, das in dem beschriebenen zirkulären

Spätestens mit der empirischen Erweiterung des Gegenstandsreichs auf reale Handlungsfelder ist der Wechsel von der ersten oben gestellten Frage von Searle („Was ist ein Sprechakt?) zur zweiten Fragestellung von Wunderlich („Was ist das für eine Sprechhandlung?“) vollzogen worden, nach der das sprachliche Handeln in seiner Einbettung in konkrete alltägliche wie institutionelle Handlungssituationen untersucht werden muss. Diese Fragestellung ist besonders im Rahmen der *Linguistischen Pragmatik* verfolgt worden, die etwa auch als *Institutionelle Pragmatik* (Wunderlich 1976) verstanden und spezialisiert wurde, sofern es sich eben um Untersuchungen in spezifischen *Institutionen* wie etwa *Gericht* (z.B. Hoffmann 1983) oder *Schule* (z.B. Ehlich, Rehbein 1986) oder eben *Sprechstunde* und *Visite* handelt, wozu ein aktueller Forschungsüberblick schon vorausgehend (§ 2) gegeben wurde.

7.3.2.1 Analyseaspekte und Themenschwerpunkte

Diese empirische Wende der Sprach- und Handlungsanalyse insgesamt wurde im Einzelnen mit der Entwicklung verschiedener Disziplinen mit unterschiedlichen Traditionen und Zielsetzungen forciert, die unter verschiedenen Bezeichnungen (*Linguistische Pragmatik*, *Diskursanalyse*, *Konversationsanalyse* usw.) verschiedene Schwerpunkte der empirischen Kommunikationsforschung gesetzt haben.⁶ Ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien etwa folgende Analyseaspekte und Themenschwerpunkte benannt, die in diesen Disziplinen, die wir hier unter der Bezeichnung *Gesprächsanalyse* zusammenfassen wollen, teils gemeinsam bearbeitet wurden:

- *Sprecherwechselorganisation* (bei zwei oder mehreren Gesprächspartnern: ohne/mit Moderator, Überschneidungen, Unterbrechungen usw.)

Forschungsprozess zu berücksichtigen und gegebenenfalls zu modifizieren oder zu korrigieren ist.

⁶ Wir können hier den Kontroversen um Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen einzelnen Disziplinen (*Pragmatic, Conversation Analysis (CA), Discourse Analysis (DA)* usw.) nicht weiter nachgehen, sondern Interessenten nur auf spezielle Literatur und Lehrbücher zum Schluss dieses Kapitels verweisen. Es sei angemerkt, dass sich viele AutorInnen dieses Lehrbuchs mehreren dieser Forschungsrichtungen verpflichtet sehen.

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

- Prozeduren der *Verständnissicherung* (durch verschiedene Formen des aktiven Zuhörens, von Hörersignalen, Rückfragen, Übersetzungen von Fachtermini, Wiederholungen usw.)
- *Sequenzielle* Gesprächsorganisation innerhalb und zwischen Redebeiträgen (Behauptung-Begründung, Frage-Antwort, Vorwurf-Rechtfertigung usw.).
- *Direkte* und *indirekte* Realisierungsformen von Sprechhandlungen (z.B. *Frage* als *Aufforderung*: „Können Sie beim nächsten Termin eine Stuhlprobe mitbringen?“)
- *Komplexe* Gesprächseinheiten (*Erzählung*, *Bericht*, *Vortrag* usw.), die ihrerseits in spezifische *Gesprächstypen* (Small Talk, Seminar, Anhörung, Sprechstunde) eingebettet sein können
- Spezifisch *institutionelle Handlungsmuster* (wie die *Zeugenvernehmung* vor Gericht, der *Lehrervortrag* vor der Klasse, die *Anamneseerhebung* oder *Aufklärung* oder *Verordnung* in der ärztlichen Sprechstunde und Visite usw.).
- Institutionelle *Fachkommunikation* (Recht, Verwaltung, Parteien, Universität, Medizin)
- *Themenorganisation* (curriculare Unterrichtsthemen, biopsychosoziale Anamnesethemen, manifeste versus latente Themen, „heikle“ Themen (Alkohol, Sex, Missbrauch, Gewalt etc.) bzw. Tabuthemen usw.).

Diese Fragestellungen und Untersuchungsaspekte waren schon bei der Darstellung zum Stand der *interdisziplinären* Gesprächsforschung berücksichtigt worden (§ 2) und sollen im weiteren Verlauf des Lehrbuchs bei den empirischen Analysen der Arzt-Patient-Kommunikation teils durchgängig, teils mit spezifischen Schwerpunktsetzungen vertieft werden, wie etwa bei den Analysen zu *Handlungsmustern* und *Therapiezielen* (§ 8), *Patientenerzählungen* (§ 9, 19) oder medizinischer *Fachkommunikation*, die das Problem der *Verständnissicherung* zwischen Arzt und Patient betrifft (§ 19, 27). Hierbei spielen auch *indirekte* Formen der Kommunikation eine Rolle, die in der Arzt-Patient-Kommunikation eine besondere institutionelle Ausprägung erfahren haben (§ 7.3.2). Vorweg soll deswegen dieser Aspekt der institutionellen Bindung ärztlichen Handelns herausgestellt werden, die erneut das oben beschriebene Problem der Sprechhandlungsklassifikation berührt.

7.3.2.2 Institutionelle Bindung ärztlichen Handelns

Die *institutionelle* Bindung ärztlichen Handelns gilt für den klinischen Handlungsbereich insgesamt. Hier könnte auch kein „hergelaufener“ Sprecher (im obigen (§ 7.1.5) Sinne von Searle) bestimmte Handlungen ausführen, die nur den Ärzten vorbehalten sind. Das gilt schon für die Diagnose, für die Searle selbst ein medizinisches Beispiel aus der Klasse der *Assertive* angibt („Ich diagnostiziere seinen Fall als Blinddarmentzündung“ 1979/82: 44). Der wesentliche Unterschied kommt schon im Vergleich mit dem „übrigen“ Pflegepersonal zum Ausdruck. Obwohl vielleicht auch das Pflegepersonal unter Umständen dazu in der Lage wäre, eine Diagnose zu stellen oder eine Prognose abzugeben oder gar den Tod eines Patienten „festzustellen“, ist eben nur der Arzt dazu *berechtigt*. Ebenso gilt dies (aus der Klasse der *Direktive*) für die *ärztliche Anordnung oder Verordnung* (§ 26), die eben nicht von ungefähr so heißt. Und nicht zuletzt muss das Rezept vom Arzt ausgestellt und schließlich unterschrieben worden sein, bevor es Gültigkeit erlangt usw. Ebenso bekommt die Einwilligung des Patienten vor einer Operation nur dann seine Gültigkeit, wenn sie nach Aufklärung mit Unterschrift dokumentiert ist (Bühning, Meyer 2007), das heißt am Ende einer gemeinsamen und dokumentierten Interaktionsgeschichte steht.

Darüber hinaus gibt es weitere Unterschiede bei bestimmten Exemplaren/Typen des Handelns, die ebenfalls undifferenziert in die Klasse der *Direktive* fielen, auch wenn die institutionelle Bindung offensichtlich ist. So hat die ärztliche *Empfehlung* in der ärztlichen Sprechstunde eine andere Handlungsqualität als der gut gemeinte *Ratschlag* eines Nachbarn, der ja auch oft gegeben wird, wenn er gar nicht gefragt ist usw. Dagegen wird der kompetente ärztliche Ratschlag nicht nur erwartet, sondern auch von Patienten mehr oder weniger direkt erbeten, wie dies in folgendem (hier mit relativ großen Auslassungen „(...) (...)“ gekürzten) Beispiel (B 7.2) deutlich wird.

B 7.2	„Ihre Tipps dafür?“ - „mehr oder weniger ähm Ratschläge“
01	A (...) es is ja ne ganze Zeit schon diese Beschwerden (...) .
02	P also, insgesamt muss ich sagen, es ist nicht schlechter geworden (...) (...) (...) braucht das manchmal Stunden, bis sich das äh entkrampft . ähm was sind Ihre Erfahrungen oder was sind Ihre Tipps dafür? .

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

- 03 A ja . wir müssen erstmals gucken, die hier . die Schmerzen sind einfach nach wie vor da . und Sie überlegen .
- 04 P nicht immer .
- 05 A nicht immer, das heißt, es gibt Unterschiede? .
- 06 P gewaltige . jaaa .
- 07 A gewaltige Unterschiede . ähm . da müssen wa mal hingucken, wie ... wann ... wie kommt denn das? . was sind .
- 08 P also zum Beispiel (...) (...) (...) . [längere Schilderung]
- A (...)
- P (...)
- 29 A tja . Herr [X] müssen wir mal gucken . ähm . die . was hatten Sie jetzt von mir erwartet . dass wa .
- 30 P hm . also mehr oder weniger äh Ratschläge . oder ob ich doch mit irgendeinem Medikament . Medikament irgendwas äh probiere ... (...) (...) (...)
- 31 A also ich würd auf jeden Fall vorschlagen . das Sie n Medikament nehmen zur Unterstützung . dass die Schmerzen etwas lindern . ja . und dass auch die Krankengymnastik weitergeht, ja (...)

Dieses Beispiel, bei dem auch andere Behandlungen erwogen werden und der Arzt etwa von einer Cortison-Behandlung abrät, und ähnliche Beispiele werden wir noch unter dem Aspekt des *dialogischen Aushandelns* beim „Vorgehen abstimmen“ (§ 22) im Detail besprechen. Hier geht es zunächst um die institutionelle Bindung des ärztlichen Handelns, weswegen der Arzt für seine *Vorschläge, Empfehlungen* usw., - ob nun erbeten oder nicht - auch in anderer Verantwortung als eben unser Nachbar steht, der für die weiteren Folgen seines Handelns auch nicht in die Pflicht genommen werden kann, sondern im schlimmsten Fall unsere nachbarschaftliche Beziehung riskiert. Hierin unterscheidet sich aber unsere Beziehung zum Arzt, zu dem wir auch ein anderes Vertrauen aufbauen dürfen, das seiner Professionalität geschuldet ist: Alles was der Arzt sagt und tut, macht er eben mit der *institutionalisierten Autorität* und *Kompetenz* im Sinne von Fähigkeit *und* Zuständigkeit.

Dies gilt sogar dann, wenn seine kommunikative Kompetenz versagt, also nicht nur beim instrumentellen Handeln wie bei einer Operation, sondern beim kommunikativen Handeln wie der Aufklärung, bei der die der Operation vorausgehende *Information* unvollständig, fehlerhaft usw. gewesen sein kann (10, 17, 22, 27, 39). Ein Versagen liegt aber auch dann vor, wenn der Arzt es an *empathischer* Kompetenz vermissen lässt (§ 3.2), wie wir es oben an den Beispielen von Bernard Lown gesehen

haben und noch an weiteren Beispielen (§ 17.2) ausführen werden. Auch hier gilt, dass der Arzt anders als der Nachbar beim Handeln (aus der „Klasse“ der „Expressive“) eine besondere *empathische* Kompetenz weniger wegen der mitmenschlichen Beziehungen, aufgrund derer uns auch ein Nachbar *bedauern* kann, sondern vielmehr aus Gründen seiner *Profession* entwickeln und anwenden muss, um dem Patienten „angemessen“ helfen zu können. Das Leiden und die Belastungen von Patienten sowie ihre Bewältigungsleistungen *empathisch* anzuerkennen, ist keine bloße Alltagskompetenz, sondern eine professionelle Kompetenz beim ärztlichen Handeln (§ 3.2, 20). Dass sie in der Praxis oft verfehlt wird, wird uns in vielen Beispielen noch begegnen, von denen einige drastische aus der Erfahrungspraxis von Bernard Lown (2002) berichtet werden sollen, wenn die institutionell-autoritäre „Macht des ärztlichen Wortes“ (§ 17.1) zum Thema gemacht wird. In der Regel ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient weniger drastisch und dramatisch, mitunter sehr dezent und subtil, weil – aus welchen Gründen auch immer – sehr *indirekte* Formen der Kommunikation präferiert werden, was nachfolgend herausgearbeitet werden soll.

7.3.2.3 Direkte und indirekte Kommunikation in der Sprechstunde

Die institutionelle Kommunikation prägt in spezifischer Weise das Sprechhandlungsverständnis aller Beteiligten (z.B. Arzt und Patient), und zwar aus unterschiedlicher aktiver oder passiver Teilnahmeperspektive. Was auch sonst im Alltag gilt, wird beim institutionellen Handeln überformt, modifiziert oder spezialisiert, ohne dass basale Kategorien unseres Verständnisses von Kommunikation grundsätzlich suspendiert werden würden. Dies gilt auch für die Gebrauchsweisen von *direkten* und *indirekten* bzw. *impliziten* Realisierungsformen von Sprechhandlungen, zu denen es ebenfalls ein großes Spektrum von Untersuchungen gibt, aus dem hier nur exemplarisch auf wenige Arbeiten verwiesen werden soll (Searle 1979/82, Wunderlich 1976, Levinson 1983/2000).

Die Relevanz dieser Unterscheidung kommt bereits darin zum Ausdruck, dass wir uns in der Gesprächspraxis mehr oder weniger auf die sog. *indirekten* oder *impliziten* Formen verlassen können, ohne dass dies in größerem Ausmaß zu Kommunikationsstörungen führen muss. Wenn nötig, benutzen wir dann eine sog. *explizit performative Formel*, die wir meist voranstellen, bevor wir (im Nebensatz) den sog. *propositio-*

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

nalen Gehalt anschließen, also etwa wie im folgenden Beispiel unter (1). In der Regel sind wir aber *ökonomischer* und werden je nach Kontext, so auch in der Sprechstunde kürzere und gleichwohl ähnlich verbindliche Selbstverpflichtungen für unser zukünftiges Verhalten eingehen, wie etwa mit (2). Je nach Kontext wird auch ein einfaches „Ja“ genügen, zum Beispiel bei (3) dann, wenn damit eine zuvor vom Arzt gestellte Frage („Können Sie morgen gleich eine Stuhlprobe mitbringen?“), die ja schon als schwache (bedingte) Aufforderung verstanden werden kann (s.u.), beantwortet werden würde.

1. Ich *verspreche* Ihnen (hiermit), dass ich den nächsten Vorsorgetermin rechtzeitig wahrnehmen werde.
2. Ich komme nächstens rechtzeitig.
3. Ja.

Wie schon im Beispiel (3) deutlich wird, kann sich der *Sinn* und *Zweck* einer Äußerung auch aus der dialogischen Position im Gesprächsverlauf ergeben, je nachdem, ob es sich um einen *initiativen* oder *responsiven* Redezug (*turn*) handelt. Oft gibt es auch eine größere *sequenzielle* Organisation im Gespräch, so dass sich die kommunikative *Funktion* von Redebeiträgen (A: Frage - B: Rückfrage - A: Antwort - B: Antwort) ebenfalls aus der Dialog-Position ergibt (wie etwa auch bei Behauptung-Einwand oder Vorwurf-Rechtfertigung) usw.⁷

Die Rolle der Dialog-Position von Äußerungen für ihre Funktion ist eine Sache, ihre institutionelle Bindung eine weitere, wobei es häufig zu einem typischen Zusammenspiel kommt. Wegen der besonderen institutionellen Bindung von Sprechhandlungen gibt es im passenden Kontext einer Sprechstunde auch keine Missverständnisse bei den bekannten ärztlichen Äußerungen wie (1)-(7):

1. Sie müssen sich mal freimachen.
2. Können Sie sich erst mal freimachen?
3. Machen Sie sich (bitte) frei!

⁷ Wie vorausgehend schon deutlich wurde, verzichten wir soweit wie möglich auf zuvor zum Verständnis der Klassiker eingeführte Fachtermini und verwenden hier zuletzt umgangssprachliche Bezeichnungen, wenn bestimmte Differenzierungen nicht nötig sind; vgl. die Bemerkungen zur Terminologie am Schluss dieses Kapitels. Vgl. auch illokutionärer *Witz* (*point*) oder *Rolle* (*force*) oder *Zweck* bei Searle 1979/82 oder *Sinn* und *Funktion* bei Wunderlich 1976.

4. (Bitte), machen Sie mal (Ihren Oberkörper, Arm) frei.
5. Ich muss da jetzt erst mal einen Blick drauf werfen.
6. Kann ich mir das mal ansehen?
7. Das müssen wir uns jetzt erst mal näher anschauen.

Dass diese Äußerungen (1)-(7) – mit allen weiteren ähnlichen Varianten – gleichermaßen *primär* als *Aufforderungen* (in Searles Sinne von „Direktiven“) (Tab. 7.1) und nicht etwa bloß als Fragen verstanden werden, was (2) und (6) sekundär auch sind, ist im Kontext einer (orthopädischen, dermatologischen usw.) Sprechstunde nicht weiter verwunderlich. Wie auch sonst im Leben werden auch hier vom Arzt überwiegend „moderate“ Formen (eines Typs) von *Aufforderung* gewählt, die wir auch im Alltag präferieren, wenn wir uns etwa an unseren Tischnachbarn statt mit einem *Imperativ* („Gib mir das Salz!“) lieber mit einer Frage etwa dieses Typs wenden: „Kannst du mir das Salz reichen?“ Dieses klassische Fragebeispiel wird auch von Searle (1979/82: 57ff) verwendet bei seiner Analyse von *direkten* und *indirekten* Sprechakten, um bei der Klasse der „Direktive“ etwa die folgenden *indirekten* Subtypen (*sekundärer illokutionärer Akt*) zu unterscheiden, die wir in Auswahl aus Listen von Searle und Wunderlich (in Tab. 7.2) zusammenstellen:⁸

⁸ Searle (1979/82: 53ff) unterscheidet zwischen dem *primären* und *sekundären* illokutionären (*wörtlichen*) Akt. Der langen Kontroverse um diese Unterscheidung können wir hier nicht weiter nachgehen (z.B. Levinson 1983/2000 und Hartung 2002) und verweisen auf die zu diesem Kapitel am Schluss gegebenen weiterführenden Hinweise auf Lehrbücher. Eine Gegenposition ist grob gesagt die, dass die relevante Funktion von Äußerungen in ihrer Position von Kontexten auch immer so gehört bzw. verstanden wird, ohne dass sekundäre Funktionen angenommen werden müssen. Dennoch sind die Unterschiede in den Formulierungen von Sprechhandlungen natürlich weiterhin von erheblicher Relevanz, wie wir an Beispielen sehen werden.

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

	Typen	Exemplarische Formulierungen
1	Fähigkeit des Hörers, h zu tun	„Kannst du ...“, „Könnten Sie ...“, „Du könntest ...“, „Bist du in der Lage ...“ usw.
2	Wünsche/Präferenzen des Sprechers, dass H h tut	„Ich hätte gern, wenn du ...“, „Ich möchte, dass Sie ...“, „Ich wäre Ihnen sehr verbunden, wenn Sie ...“, „Ich wünschte, Sie würden es tun“ usw.
3	Bereitschaft des Hörers, h zu tun	„Wären Sie bereit ...“, „Würde es Ihnen passen, ...“, „Würde es Ihnen was ausmachen, ...“ usw.
4	Obligationen des Hörers, h zu tun	„Es wäre besser, wenn Sie ...“, „Du solltest eigentlich ...“, „Warum versuchen Sie nicht ...“

Tab. 7.2: Indirekte Direktive (n. Searle 1979/82: 57ff, Wunderlich 1976: 308ff)

Aus welchen Anlässen, Gründen oder Motiven heraus wir in welchen sozialen Situationen welche Varianten wählen bzw. wählen *sollten* oder gar *müssen* usw., ist bisher kaum befriedigend geklärt und würde vor allem die Untersuchungen bestimmter sozialer, nicht zuletzt institutioneller Handlungsfelder verlangen. Intuitiv ist schon plausibel, dass wir „privat“ anders reden als im „öffentlichen“ Raum, wo schon die Anrede (*Du* versus *Sie*) einen ersten wesentlichen Unterschied macht. Ein sicherlich oft zutreffender Aspekt wird von Searle selbst herausgestellt, wenn er als soziale Regel ein „Leitmotiv“ des Handelns auf einen bestimmten Nenner („Höflichkeit“) bringt.

Box 7.11 Höflichkeit als Leitmotiv für Indirektheit

In der Landschaft der indirekten illokutionären Akte gibt das Gebiet der Direktive am meisten für die Untersuchung her, weil die Äußerung von platten Imperativen („Verlaß das Zimmer“), bzw. expliziten Performativen („Ich befehle dir, das Zimmer zu verlassen“) bei der in gewöhnlicher Konversation gebotenen Höflichkeit normalerweise als ungehobeltes Benehmen gilt, und wir deshalb nach indirekten Mitteln für unsere illokutionären Zwecke Ausschau halten (wie beispielsweise „ich hoffe, es macht dir nichts aus, für einen Moment hinauszugehen“). Bei den Direktiven ist Höflichkeit das Leitmotiv für Indirektheit.

Searle (1979/82: 56f)

Solange das soziale Phänomen der Höflichkeit in seiner Entstehung und Funktion selbst nicht geklärt ist, kann dieses „Leitmotiv“ für Indirekt-

heit nur als vorläufig unterstellt werden, dessen Geltung und Wirksamkeit in Abhängigkeit von weiteren sozialen Merkmalen von Handlungssituationen zu untersuchen ist. Eine noch so höflich formulierte Frage („Sind Sie bitte so freundlich und machen sich frei?“) wird im Alltag nicht zielführend sein, wohl aber im institutionellen Rahmen einer Sprechstunde, obwohl auch dort eine übertrieben höfliche Variante (8) eher kontraproduktiv wäre. Auch Äußerungen, bei denen in diesem Kontext und mit diesem Inhalt *Wünsche* oder *Präferenzen* des Sprechers formuliert würden wie etwa (9), wären in diesem Kontext sicher unangemessen bis inakzeptabel, weswegen hier (8) und (9) entsprechend (mit: *) gekennzeichnet sind.

8. *Würde es Ihnen vielleicht passen, sich frei zu machen?“
9. *Ich möchte/wünsche/hätte gern, dass Sie sich ausziehen.

Auch in der ärztlichen Sprechstunde gibt es soziale Regeln für die *Passung* von „Direktiven“, die Ärzte an ihre Patienten richten, wenn es nicht mehr nur um das „Sich-Freimachen“, sondern die Einhaltung einer Diät oder um die Medikation jeweils im Sinne der Adhärenz („Therapietreue“) geht (§ 10, 26, 29).

Oft geht es auch um *Bedingungen*, *Möglichkeiten*, *Notwendigkeiten* oder *Dringlichkeiten* von Handlungen, wie sie etwa im folgenden (hypothetischen) Dialog zwischen Arzt und Patient ausgehandelt werden können:

- A: *Können* Sie noch eine Stuhlprobe vorbeibringen?
P: *Muss* das noch diese Woche sein?
A: Nein, aber nächste Woche *sollten* Sie schon vorbeikommen. Wir *müssen* ja dann noch auf die Laborergebnisse warten.
P: *Gut*, dann werde ich das gleich Anfang nächster Woche machen, das *verspreche* ich.

In empirischen Analysen längerer Dialoge (mit variantenreich eingebetteten Rück-Fragen und Antworten usw.) werden wir solche *Aushandlungsprozesse* im Detail differenzieren, die allein durch die Häufung bestimmter Modalverben (*können*, *dürfen*, *sollen*, *müssen*) auffallen, wenn es um die Klärung von *Fähigkeiten*, *Bereitschaften*, *Präferenzen*, *Obligationen* usw. geht, was nicht immer nur eine Frage der Höflichkeit ist. Im regelrechten *Dialogschrauben* (im Sinne von Bühler) (§ 7.2.2) werden dann „Wörter auf die Goldwaage gelegt“, um bestimmte Handlungen o-

der ihre Unterlassungen zu sondieren, zu plausibilisieren oder zu motivieren usw. So werden auch Patienten „passende“ Formulierungen für ihre Patienten Anliegen finden müssen, die jenseits eines *Imperativs* (vom Typ: „Schreiben Sie mich krank!“ oder „Machen Sie eine Magen-Spiegelung!“) liegen sollten, wenn sie den Arzt für ihr Anliegen „gewinnen“ wollen.

Hier werden wir im Praxisteil noch ein ganzes Spektrum von „direkten“ bis „indirekten“ Realisierungen von Patienten Anliegen differenzieren. Wenn beide Partner häufig *indirekte* Formulierungen präferieren, dann tun sie dies zwar auch, aber nicht nur der bloßen Höflichkeit wegen, sondern weil wir alle – aus weiteren guten Gründen – dem Partner oft auch *soziale Handlungsspielräume* gewähren wollen bzw. sollten oder gar müssen.

In all diesen Fällen ist jedoch erstaunlich, dass indirekte oder implizite Kommunikationsformen im Vergleich zu direkten Varianten kaum größere Verständigungsprobleme zwischen Sprecher und Hörer aufwerfen. Vielmehr erweisen sich indirekte Kommunikationsformen in passenden Kontexten als überaus effektiv und ökonomisch. Dies soll nachfolgend mit der Theorie der *konversationellen Implikatur* weiter ausgeführt werden, die auf den Philosophen Paul Grice zurückgeht. Auf das von Grice in diesem Zusammenhang formulierte *Kooperationsprinzip* und seine *Konversationsmaximen* haben Searle (1979/82) und nach ihm viele andere (s.u.) rekurriert, die zur Theorie und Praxis alltäglicher und institutioneller Kommunikation geforscht haben.

7.3.3 Kooperationsprinzip und Konversationsmaximen

Obwohl kommunikative Prozesse durchaus störanfällig sind und zu Missverständnissen führen können, ist es erstaunlich, wie oft sie gelingen und Sprecher und Hörer die kommunikativen Hürden in der Trias von *Sagen*, *Meinen* und *Verstehen* in effektiver Kooperation routiniert bewältigen, wobei sie außerordentlich ökonomisch vorgehen. Dies soll nachfolgend mit der Theorie der *konversationellen Implikatur* weiter ausgeführt werden, die Grice bereits in den 60er Jahren in seinen Vorlesungen entworfen und 1975 publiziert hat. Dort ist Grice dem Grundproblem der Verständigung systematisch nachgegangen, das mit gewöhnlichen Differenzen zwischen *Sagen* und *Meinen* zu tun hat, die das *Verstehen* aber kaum zu beeinträchtigen scheinen.

7.3.3.1 Rationalität und Kooperation

Grice lenkt das Interesse auf Beispiele, bei denen klar ist, dass das, was ein Sprecher „zu verstehen gegeben, angedeutet, gemeint hat usw., etwas anderes ist als das, was er gesagt hat“ (1975/79: 246). Derartige Differenzen illustriert er an Beispielen wie dem folgenden Dialog, bei dem die Geltung einer spezifischen *Implikatur* zum Ausdruck kommt:

A: Smith scheint derzeit keine Freundin zu haben.

B: Er war in der letzten Zeit oft in New York.

Obwohl die Replik von B auf den ersten Blick unsinnig erscheinen mag, weil sie in keinem sinnvollen Zusammenhang mit der Äußerung von A zu stehen scheint, kann A dennoch entsprechende Schlussfolgerungen ziehen, die die Äußerungen sinnvoll machen, nämlich: „B impliziert, daß Smith – möglicherweise – eine Freundin in New York hat“ (256). Unabhängig davon, ob dieses Beispiel noch weitere/andere Spekulationen über Andeutungen zulässt, führt Grice für derartige Beispiele den Begriff der *Implikatur* als „Kunstbegriff“ ein,⁹ um damit eine Art der Verständigung zu erfassen, die auf naheliegenden Schlussfolgerungen beruht, die der Hörer berechtigterweise ziehen kann oder soll.

Um nun erklären zu können, warum Kommunikationsprozesse, die so stark auf *Andeutungen* beruhen, überhaupt so gut funktionieren können, wie sie im Allgemeinen funktionieren, macht Grice eine starke Annahme hinsichtlich der *Rationalität*, von der wir uns alle in der alltäglichen Gesprächspraxis leiten lassen: „Ich würde die normale Konversationspraxis gerne nicht nur als etwas auffassen können, woran sich die meisten oder alle *de facto* halten, sondern als etwas, woran wir uns *vernünftigerweise* halten, was wir nicht aufgeben *sollten*“ (252). Unter dieser Rationalitätsannahme formuliert Grice nun das uns alle tragende Prinzip als allgemeines *Kooperationsprinzip* (KP) (Box 7.12), dessen Geltung für alle möglichen, nachgeordneten Konversationsmaximen (s.u.) konstitutiv ist.

⁹ „Ich möchte, als Kunstbegriffe, das Verbum ‚implizieren‘ und die damit verwandten Nomina ‚Implikatur‘ (vgl. ‚imply‘ [andeuten]) und ‚Implikat‘ (vgl. ‚what is implied [das Angedeutete]) einführen“ (246).

Box 7.12 Das Kooperationsprinzip (KP)

Unsere Gespräche bestehen normalerweise nicht aus einer Abfolge unzusammenhängender Bemerkungen, und wären so auch nicht rational. Sie sind kennzeichnender Weise, wenigstens bis zu einem gewissen Maß, kooperative Bemühungen (...) Wir könnten demnach ganz grob ein allgemeines Prinzip formulieren, dessen Bedeutung (*ceteris paribus*) von allen Teilnehmern erwartet wird, und zwar: Mache deinen Gesprächsbeitrag jeweils so, wie es von dem akzeptierten Zweck und der akzeptierten Richtung des Gesprächs, an dem du teilnimmst, gerade verlangt wird. Dies könnte man mit dem Etikett *Kooperationsprinzip* versehen.

Grice (1975/79: 248)

Unter dieser grundlegenden Annahme eines allgemeingültigen Kooperationsprinzips differenziert Grice nun eine Reihe von nachgeordneten Konversationsmaximen (Box 7.13), die er in Anlehnung an Kants Kategorientafel unter den Kategorien der *Quantität*, *Qualität*, *Relation* und *Modalität* einordnet. Wir folgen hier mit aktueller Schreibweise und einer leicht modifizierten Anordnung der deutschen Übersetzung (1979: 249ff.), die zum besseren Verständnis um einzelne englische Ausdrücke (in eckigen Klammern) (aus der Erstausgabe von 1975) ergänzt wird.

Box 7.13 Konversationsmaximen

Maxime der *Quantität*

1. Mache deinen Beitrag so informativ wie (für die gegebenen Gesprächszwecke) nötig.
2. Mache deinen Beitrag nicht informativer als nötig.

Maxime der *Qualität*

Unter die Kategorie der Qualität fällt eine Obermaxime – Versuche deinen Beitrag so zu machen, dass er wahr ist – und zwei speziellere Maximen:

1. Sage nichts, was du für falsch hältst.
2. Sage nichts, wofür dir angemessene Gründe [evidence] fehlen.

Maxime der *Relation*

Unter die Kategorie der Relation setze ich eine einzige Maxime, und zwar: „Sei relevant“.

Maxime der *Modalität*

Unter sie nehme ich die Obermaxime – „Sei klar“ [Be perspicuous] – und verschiedene Maximen wie:

1. Vermeide Dunkelheit [obscurity] des Ausdrucks.
2. Vermeide Mehrdeutigkeit.
3. Sei kurz [Be brief] (vermeide unnötige Weitschweifigkeit).
4. Der Reihe nach! [Be orderly]

Grice 1975/79: 249f

Für all diese Maximen diskutiert Grice nun einzelne Gruppen von Beispielen, die die Geltung der Maximen in unseren Alltagsgesprächen auch oder gerade dann belegen helfen, wenn sie auf den ersten Blick verletzt zu sein scheinen.

7.3.3.2 Maximenkonflikte

So konnte im obigen Beispiel nur deswegen von der spezifischen *Implikatur* („Smith hat - möglicherweise - eine Freundin in New York“) ausgegangen werden, weil A zugleich auf ein *rationales* Gesprächsverhalten von B bei Anwendung des allgemeinen *Kooperationsprinzips* (KP) vertrauen konnte, mit der die Geltung der Maxime der *Relation* („Sei relevant“) unterstellt werden kann. Andernfalls hätte eine bloße Bemerkung über den häufigen Aufenthalt von Smith in New York in diesem Kontext keinen Sinn. Nur unter der Annahme, dass B unter Einhaltung der „Relevanzmaxime“ kooperiert, kann B's Replik als sinnvolle Antwort auf A aufgefasst werden. Auf ähnliche, aber etwa anders gelagerte Weise verfahren wir bei Äußerungen, die auf den ersten Blick gegen eine Maxime etwa der *Quantität* verstoßen, weil sie uns nicht genügend *informativ* zu sein scheinen.

A: Wo wohnt C?

B: Irgendwo in Frankreich.

Dass B hier nicht genauer auf A antwortet, obwohl er weiß, dass A seinen Freund C eventuell besuchen möchte, darf nach Grice eben nicht als Verletzung der Maxime der Quantität gesehen werden, sondern muss als nachvollziehbarer Versuch gewertet werden, eine *Kollision* mit der Maxime der Qualität („Wahrheitsmaxime“) zu vermeiden, was zu der entsprechenden Implikatur führt: „Mithin impliziert B, daß er es nicht weiß, in welcher Stadt C wohnt“ (256). Solche Kompromissbildungen bei *Maximenkonflikten* sind ein tägliches Geschäft nicht nur der Alltags-

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

kommunikation, sondern auch zwischen Arzt und Patient, wenn dieser es eben trotz ärztlichen Nachfragens „nicht besser weiß“, entsprechend „vage“ antwortet und deswegen beide Partner auch mit „Unklarheiten“ etwa bei der Anamneseerhebung „klarkommen“ müssen. Dieses spezifische Problem des Umgangs mit unklarem, unvollständigem, widersprüchlichem usw. *Patientenwissen* wird noch an empirischen Beispielen zu verdeutlichen sein. Insbesondere wird uns dabei die *Relevanzmaxime* beschäftigen (§ 9, 17, 19), deren „Befolgung“ die Patienten in einem für sie oft „ungewohnten“ Gespräch mit dem Arzt Schwierigkeiten bereitet, was sie dann auch in entsprechenden Formulierungen (§ 19.4) zum Ausdruck bringen.

7.3.3.3 Kritik und Anwendungsperspektive

Die Theorie der konversationellen *Implikatur* von Grice sowie sein damit verbundenes *Kooperationsprinzip* und die *Konversationsmaximen* haben bis heute eine breite Resonanz erfahren, die teils euphorisch resümiert wird: „Eine linguistische Jahrhundertentdeckung sind die Griceschen Maximen“ (Ehrhardt, Heringer 2011: 72). Man muss diese wissenschaftliche Relevanzhöchststufung nicht unbedingt teilen, aber die umfängliche Wirkungsgeschichte der Maximen von Grice steht außer Frage. Auf das von Grice formulierte *Kooperationsprinzip* und seine *Konversationsmaximen* hat schon Searle (1979/82) bei seinen Untersuchungen von *indirekten* Sprechhandlungen (§ 7.3.2) Bezug genommen. Der theoretische Ansatz von Grice und seine Konversationsmaximen sind vielfältig kritisiert, angewendet oder modifiziert, gekürzt oder erweitert worden, worauf hier nur exemplarisch verwiesen werden kann (Levinson 1983/2000, Koerfer 1994/2013, Keller 1995, Newen, Savigny 1996, Hartung 2002, Ehrhardt, Heringer 2011, Finkbeiner 2015). Dabei richtet sich die Kritik besonders auf die *Rationalitätsannahme* beim Kooperationsprinzip sowie die *Trennschärfe* und *Vollständigkeit* der Konversationsmaximen im Einzelnen.

Diese Aspekte der Kritik sind von Grice, wenn auch vielleicht nicht umfänglich genug, ja schon selbst antizipiert und diskutiert worden. So verweist Grice noch auf andere (*ästhetische, soziale, moralische*) Arten von Maximen, zu denen auch die Maxime „Sei höflich“ gehört, „die von den Gesprächsteilnehmern normalerweise ebenfalls beachtet werden, und auch die können nicht-konventionelle Implikaturen erzeugen“ (250). Das Problem der *Höflichkeit* war bereits Thema, als es um die

Frage der *indirekten* Realisierungsformen von Sprechhandlungen ging (§ 7.3.2). Weiterhin liegt es auf der Hand, dass es etwa zwischen der Maxime der *Quantität* und der *Relation* gewisse Überschneidungen gibt, weil etwa mit „Redseligkeit“ gegen die eine Maxime („Sei (nicht) (über)informativ“) wie die andere Maxime („Sei relevant“) gleichermaßen verstoßen werden könnte. Zusätzlich tritt hier auch das von Grice selbst diskutierte Problem der *Redundanz* auf, wobei es ihm gerade darum geht, die Sinnfälligkeit von *Tautologien* wie „Frauen sind Frauen“ oder „Krieg ist Krieg“ zu plausibilisieren. Das Problem der sog. *Redundanzen* wird uns etwa auch bei *Patientenerzählungen* (§ 9, 19) beschäftigen, die eben den ersten Anschein von „Überinformativität“ bei näherer Betrachtung verlieren, weil sie einer spezifischen *narrativen* Logik der Vernunft folgen, die dem Sinn einer *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung auch aus ärztlicher Perspektive durchaus gerecht werden kann.

Dies betrifft auch den Kern der *Rationalitätsannahme*, die eben nicht im idealistischen Sinne einer bloßen *Utopie* gedacht werden sollte, sondern als alltagspraktisch wirksame Unterstellung untersucht werden muss, deren Geltung im Alltag wie in der Sprechstunde von den Teilnehmern selbst eingefordert werden kann, wenn ihre Missachtung allzu offensichtlich als sinnlos oder gar kontraproduktiv erscheint. Hier werden wir im Anschluss an Arbeiten zur *institutionellen* und spezifisch *therapeutischen* Kommunikation (Koerfer, Neumann 1982, Koerfer, Köhler 2007, Koerfer 1994/2013) wiederholt auf das *Kooperationsmodell* und die *Konversationsmaximen* von Grice zurückgreifen, die es für die Gespräche zwischen Arzt und Patient zu spezifizieren gilt. In einem historischen Rückblick sei darauf aufmerksam gemacht, dass Freud in seinen behandlungstechnischen Schriften (1912, 1913) bereits lange vor Grice einen Anti-Maximen-Katalog aufgestellt hat (§ 9.3), der gerade dem spezifischen Sinn und Zweck therapeutischer Kommunikation gerecht werden soll.

Abschließend sei angemerkt, dass unser eigener theoretischer und didaktischer Ansatz, *Gesprächsmaximen* spezifisch für die Arzt-Patient-Kommunikation zu formulieren und in der Gesprächspraxis auch Maximenkonflikten nachzugehen (§ 3, 17-23), sicher einer unter vielen Ansätzen ist, die nicht zuletzt durch das allgemeine Kooperationsmodell und die Konversationsmaximen von Grice inspiriert wurden.

7.3.4 Theorie des strategischen und kommunikativen Handelns

Eine enorme interdisziplinäre Wirkung hat die „Theorie des kommunikativen Handelns“ (1981) von Jürgen Habermas gehabt. Die Resonanz erklärt sich nicht zuletzt daraus, dass er in diesem zweibändigen (Haupt-)Werk viele theoretische Ansätze aus verschiedenen soziologischen, sozialpsychologischen, sprachphilosophischen Disziplinen zu integrieren sucht. Zur Begründung seines Modells der kommunikativen Verständigung rekurriert Habermas auf eine Reihe von „Klassikern“, mit denen er sich teils affirmativ, teils kritisch auseinandersetzt (z.B. Max Weber, Talcott Parsons, Alfred Schütz, Karl Bühler, George Herbert Mead, John Austin, Paul Grice, John Searle). Die Grundideen und – Konzepte einiger dieser „Klassiker“ sind schon vorausgehend dargestellt und erörtert worden, auf andere werden wir Bezug nehmen, wenn es um die Konflikte zwischen der *Lebenswelt* (von Patienten) und der Berufswelt der *Medizin* (von Ärzten) geht (§ 10.2), der sich mit Bezug auf Habermas als ein prinzipieller Konflikt zwischen *Lebenswelt* und *System* darstellen lässt.

Aufgrund der interdisziplinären Begründung der *Theorie des kommunikativen Handelns* waren die Stellungnahmen aus verschiedenen Wissenschaftstraditionen entsprechend vielfältig. Exemplarisch für diese Diskussion sei auf den Sammelband von Honneth und Joas (1986) verwiesen, in dem Habermas (1986) selbst in einer „Entgegnung“ auf seine Kritiker eingeht. Die methodischen Probleme und Anwendungsmöglichkeiten der *Theorie des kommunikativen Handelns* spezifisch für die Analyse *institutioneller* Kommunikation werden an anderer Stelle (Koerfer 1994/2013) erörtert. Auf Literatur zur Anwendung speziell im Bereich der *medizinischen* Kommunikation soll zum Schluss der nachfolgenden Einführung verwiesen werden, bei der nur ausgewählte Aspekte und Grundbegrifflichkeiten der Theorie des *kommunikativen Handelns* berücksichtigt werden können.

7.3.4.1 Leitidee der idealen Sprechsituation

Die wesentlichen theoretischen und methodischen Leitideen sowie Grundbegrifflichkeiten sind von Habermas schon in seinen *Vorbereitenden Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz* (1971) vorformuliert worden. Dort entwickelt er im Rahmen seines uni-

versalpragmatischen Entwurfs für eine Klassifikation von Sprechakten, die an die Sprechakttheorie und linguistische Pragmatik (Austin, Searle, Wunderlich usw.) (§ 7.3.1-2) anknüpft, sein spezifisches Konzept einer *idealen Sprechsituation*. Diese zeichnet sich – wie auch immer kontrafaktisch – durch eine *symmetrische* Chancenverteilung von Dialogrollen aus, die den freien Gebrauch aller möglichen Sprechakte (Behauptungen, Fragen, Vorschläge, Einwände usw.) erlaubt, ohne dass die Sprecher vorab mit sozialen, institutionellen usw. Restriktionen (Sanktionen) rechnen müssten. Wie Habermas resümiert (Box 7.14), sind diese idealen Bedingungen als Strukturmerkmale einer Sprechsituation aufzufassen, die unabhängig von Persönlichkeitsmerkmalen etwa „idealer“ Sprecher zur Geltung kommen.

Box 7.14 Die ideale Sprechsituation

Die kontrafaktischen Bedingungen der idealen Sprechsituation erweisen sich als Bedingungen einer idealen Lebensform. Es zeigt sich nun, daß nicht nur das Modell reinen kommunikativen Handelns, wie gezeigt, die Möglichkeit von Diskursen verlangt, daß vielmehr auch umgekehrt die Bedingungen des Diskurses nicht unabhängig von den Bedingungen reinen kommunikativen Handelns gedacht werden können (...) Ich habe versucht, die ideale Sprechsituation nicht durch die Persönlichkeitsmerkmale idealer Sprecher, sondern durch strukturelle Merkmale einer Situation möglicher Rede, nämlich durch die symmetrische Verteilung der Chancen, Dialogrollen wahrzunehmen und Sprechakte auszuführen, zu charakterisieren.

Habermas 1971: 139

Die „kontrafaktischen Bedingungen der idealen Sprechsituation“ müssen auch oder gerade dann als handlungspraktisch wirksam unterstellt werden, wenn sie in realen Gesprächen ignoriert oder gar im Extremfall konterkariert werden sollten. Solche Extremtypen von Gesprächen sind allein dadurch auffällig, dass sie im Allgemeinen schon einer spontanen *Akzeptabilitätsprüfung* nicht Stand halten können, weil sie offensichtlich elementare Regeln der Verständigung zu verletzen scheinen, denen wir mehr oder weniger als gemeinhin akzeptierte Standards zu folgen bereit sind.

Dass der „Vorgriff auf die ideale Sprechsituation“ ein „kritischer Maßstab“ (1971: 136) sein kann, an dem sich auch reale Kommunikation zu bemessen hat, ist von Habermas immer wieder betont worden.

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

Bevor geprüft werden kann, inwieweit analog auch mit einem methodischen Vorgriff auf die „ideale Sprechstunde“ ein kritischer Maßstab für die Evaluation von realen Arzt-Patient-Gesprächen gewonnen werden kann, die ja auf den ersten Blick alles andere als *symmetrisch* strukturiert zu sein scheinen (§ 7.5.3), sollen einige wesentliche Aspekte und grundbegriffliche Unterscheidungen von Habermas berücksichtigt werden, was zum weiteren Verständnis seiner Theorie des kommunikativen Handelns beitragen soll. Dabei geht es ihm wesentlich um den Nachweis, „daß der verständigungsorientierte Sprachgebrauch der *Originalmodus* ist, zu dem sich die indirekte Verständigung, das Zu-verstehen-geben oder das Verstehen lassen, parasitär verhalten“ (1981: 388). Auf diese stark *evaluative* Grundbegrifflichkeit soll im Weiteren Bezug genommen werden, wenn es um die *Evaluation* gerade von Arzt-Patient-Kommunikation geht.¹⁰

7.3.4.2 Instrumentelles, strategisches und kommunikatives Handeln

Mit Habermas (1981) sollen hier zunächst und nachfolgend auch für die empirischen Gesprächsanalysen genau drei *Handlungstypen* unterschieden werden, die er in einem tabellarischen Überblick (Tab. 7.3) gegenübergestellt hat.

Handlungssituation	Handlungsorientierung	
	erfolgsorientiert	verständigungsorientiert
nicht-sozial	instrumentelles Handeln	–
sozial	strategisches Handeln	kommunikatives Handeln

Tab. 7.3: Handlungstypen (n. Habermas 1981, Bd.1: 384)

¹⁰ Zur Begründung seiner Unterscheidungen von *kommunikativem* und *strategischem* Handeln rekurriert Habermas (1981, Bd.1: 388ff) auf die seit Austin tradierte Unterscheidung von *Illokutionen* und *Perlokutionen*, die wir vorausgehend (7.3.1) eingeführt hatten. Die Problematik und Tragweite dieser Parallelisierung der Begriffe und ihrer empirischen Anwendung ist an anderer Stelle (Koerfer 1994/2013) ausführlich erörtert worden.

Als relativ einfach auch in der empirischen Analyse konkreter Handlungssituationen erweist sich die Unterscheidung von *nicht-sozialen, instrumentellen* Handlungen einerseits gegenüber *sozialen* Handlungen andererseits. Während das instrumentelle Handeln zweifelsfrei erfolgsorientiert ist, erweist sich beim sozialen Handeln die weitere Unterscheidung von *erfolgsorientiertem* und *verständigungsorientiertem* Handeln als ungleich schwieriger zu handhaben, zumal wenn sie für die empirische Gesprächsanalyse angewandt werden soll (z.B. Koerfer 1994/2013). Auch hier gibt es mehr oder weniger klare Fälle, so dass eine eindeutige Zuordnung gegebenenfalls strittig bleiben kann. Bevor wir einzelnen theoretischen und praktischen Problemen der empirischen Gesprächsanalyse weiter nachgehen, sollen die Kurzdefinitionen der Handlungstypen nach Habermas hier in einem weiteren Überblick (Box 7.15) vorangestellt werden.

Box 7.15 Definitionen der drei Handlungstypen

- Eine erfolgsorientierte Handlung nennen wir *instrumentell*, wenn wir sie unter dem Aspekt der Befolgung technischer Handlungsregeln betrachten und den Wirkungsgrad einer Intervention in einen Zusammenhang von Zuständen und Ereignissen bewerten;
- *strategisch* nennen wir eine erfolgsorientierte Handlung, wenn wir sie unter dem Aspekt der Befolgung von Regeln rationaler Wahl betrachten und den Wirkungsgrad der Einflussnahme auf die Entscheidungen eines rationalen Gegenspielers bewerten (...)
- Hingegen spreche ich von *kommunikativen* Handlungen, wenn die Handlungspläne der beteiligten Akteure nicht über egozentrische Erfolgskalküle, sondern über Akte der Verständigung koordiniert werden. Im kommunikativen Handeln sind die Beteiligten nicht primär am eigenen Erfolg orientiert; sie verfolgen ihre individuellen Ziele unter der Bedingung, daß sie ihre Handlungspläne auf der Grundlage gemeinsamer Situationsdefinitionen aufeinander abstimmen können. Insofern ist das Aushandeln von Situationsdefinitionen ein wesentlicher Bestandteil der für kommunikatives Handeln erforderlichen Interpretationsleistungen.

Habermas 1981, Bd.1: 385

Natürlich kann auch nach Habermas das *instrumentelle* Handeln in *soziales* Handeln eingebettet sein. Als Beispiele könnte man hier das

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

Handeln von Architekten und Ärzten anführen, das sich in gewisser Hinsicht durchaus vergleichen lässt. So muss sich ein Architekt, bevor beim *instrumentellen* Handeln (durch Vermessung und Baggararbeit) die Baugrube ausgehoben werden kann, zuvor mit dem Bauherrn auf ein gemeinsames Bauprojekt kommunikativ verständigt haben, bei dem nicht nur die Statik, sondern auch die Wohnkultur und Ästhetik des Bauvorhabens eine Rolle spielen. Dabei können wiederum die Präferenzen des Bauherrn und die Expertisen des Architekten konfliktieren, was sie zu weiteren kommunikativen „Auseinandersetzungen“ bis zu einem Punkt führen mag, in dem die gemeinsamen *Situationsdefinitionen* („Wer macht was mit wem wozu?“) kommunikativ neu *auszuhandeln* sind.

Ebenso muss ein Arzt, bevor er beim *instrumentellen* Handeln zum Skalpell greift und damit zur Operation schreitet, zuvor den Patienten von der Notwendigkeit des Vorgehens durch Information und Argumentation *überzeugt* haben, das heißt zuvor die eindeutige Patienteneinwilligung durch rationale Aufklärung und detaillierte Dokumentation erwirkt haben (§ 10, 27, 39). Auch dabei mag es in der kommunikativen Vorgeschichte zu Konflikten zwischen Präferenzen des Patienten und der Expertise des Arztes gekommen sein, der die Patientenwünsche und -erwartungen im Sinne einer *evidenzbasierten* Medizin begrenzen muss (§ 10, 22, 26). Wie wir noch im Detail sehen werden, müssen selbst bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (SDM) im Rahmen einer patientenzentrierten Medizin Kontroversen diskursiv ausgetragen werden, die ebenfalls eine Neu-Aushandlung von Situationsdefinitionen nach sich ziehen können. Gegebenenfalls ist die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung selbst auf den Prüfstand zu stellen (§ 8, 10), wenn etwa das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt zu schwinden droht.

In allen Fällen ist jedoch beim Handeln der Beteiligten in der Praxis wie in der Analyse kritisch zu (hinter-)fragen, wie ein *Konsens* (oder auch ein *Dissens*) überhaupt zustande gekommen ist, wenn er denn überhaupt als solcher bezeichnet werden kann. So kann es etwa durch *(An)Drohungen* und *Einschüchterungen*, aber auch durch *Einflüsterungen*, *Beschwichtigungen*, *Bagatellisierungen* usw. zu einem *Pseudo-Konsens* kommen, der einer *rationalen* Akzeptabilitätsprüfung sowohl aus der Teilnehmerperspektive wie erst recht aus der kritischen Beobachterperspektive nicht standhalten würde.

7.3.4.3 Offen und verdeckt strategisches Handeln

Hier kommt eine weitere Unterscheidung ins Spiel, die im Allgemeinen und eben auch bei Habermas (1981 Bd. 1: 388ff, 444ff) spezifisch zur weiteren Begründung seiner *Theorie des kommunikativen Handelns* genutzt wird, nämlich auf einer weiteren Ebene (4. Ordnung) die Unterscheidung von *offen strategischem* und *verdeckt strategischem* Handeln (Abb. 7.3). Während im ersten Fall ein Sprecher offen einen Machtanspruch erhebt und auf seinen Partner einen gewissen Zwang ausübt, indem er etwa Befehle erteilt oder Anordnungen trifft oder Drohungen ausspricht, handelt es sich beim *verdeckt* strategischen Handeln um alle möglichen Formen der *Manipulation*, die sich durch bewusste *Täuschungen* auszeichnen (Abb. 7.3). Davon wird auf derselben Ebene (5. Ordnung) die *Selbsttäuschung* unterschieden (Box 7.16), die von Habermas gegenüber der (bewussten) *Manipulation* als spezifischer Handlungstyp *systematisch-verzerrter Kommunikation* ausgewiesen wird:

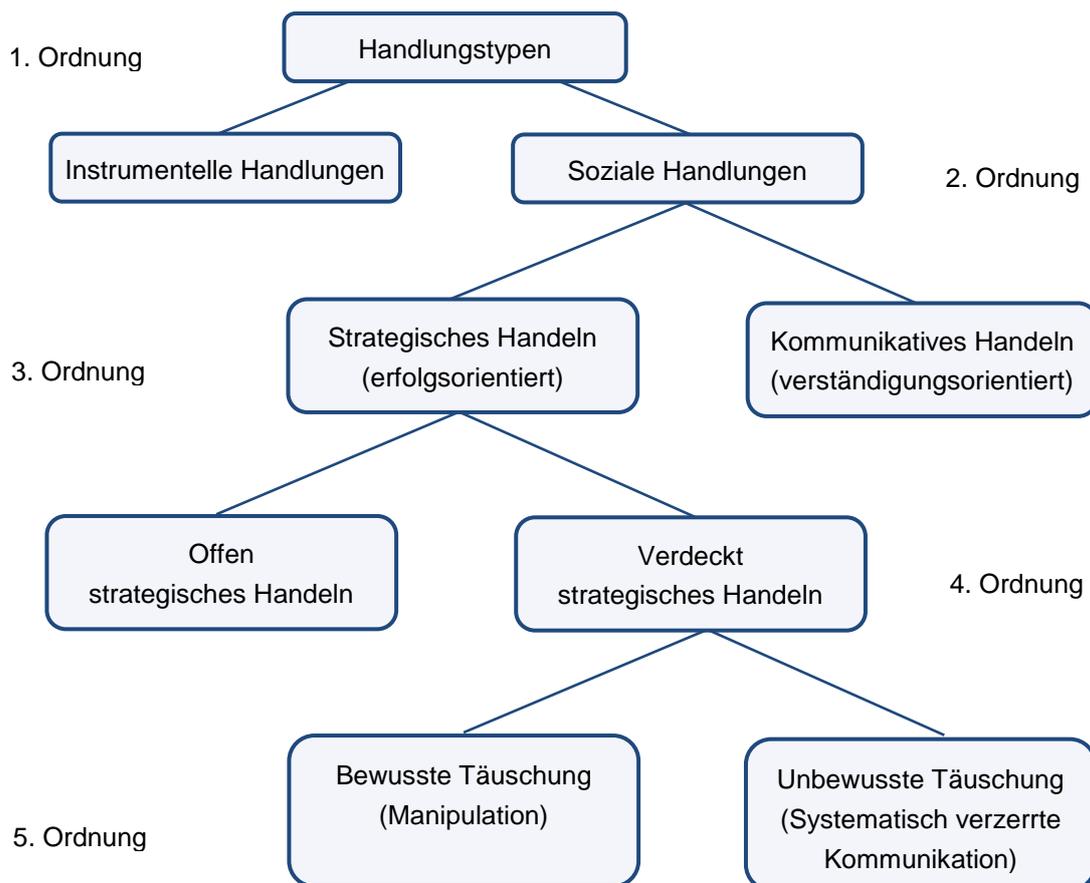


Abb. 7.3: Handlungstypologie (mod. u. erweitert n. Habermas 1981, Bd.1: 446)

Box 7.16 Systematisch-verzerrte Kommunikation

Demgegenüber führt jene Art von unbewusster Konfliktbewältigung, die die Psychoanalyse mithilfe von Abwehrstrategien erklärt, zu Kommunikationsstörungen gleichzeitig auf intrapsychischer und auf interpersoneller Ebene. In solchen Fällen täuscht mindestens einer der Beteiligten sich selbst darüber, daß er in erfolgsorientierter Einstellung handelt und bloß den Schein kommunikativen Handelns aufrechterhält.

Habermas 1981, Bd.1: 445f

Während nun in einer psychoanalytischen Therapie ohnehin mit Formen und Funktionen *systematisch-verzerrter* Kommunikation zu rechnen ist, die zudem aus professioneller Sicht eigens zum Gegenstand und Thema des Gesprächs erhoben wird, ist dies für die alltägliche ärztliche Versorgungspraxis nicht unbedingt selbstverständlich. Hier kommt eine systematisch-verzerrte Kommunikation möglicherweise latent zur Wirkung, ohne dass sie beim ärztlichen Handeln erkannt und in der Interaktion mit Patienten angemessen „beantwortet“ werden würde.

Nicht von ungefähr ist deswegen die psychosomatische Grundversorgung und Gesprächsführung Gegenstand der ärztlichen Fortbildung geworden (§ 15-16, 42-43). Hier geht es insbesondere um die Förderung der allgemeinen *Beziehungskompetenzen* und speziell von *Verstehens-* und *empathischen* Kompetenzen im Umgang etwa mit *Abwehrformen*, wie dies schon vorausgehend (§ 3.3) beschrieben worden ist und im Praxisteil am Manual und an Beispielen noch weiter auszuführen ist.

Solche Formen *systematisch-verzerrter* Kommunikation, die (vollkommen) unbewusst bleiben mögen, sind eine Sache, Formen einer mehr oder weniger bewussten *Manipulation* eine andere.¹¹ Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass die Gesprächspartner in verschiedenen alltäglichen wie institutionellen Gesprächstypen Manipulationen zwar uneingeschränkt unterliegen, aber ihnen auch mehr oder weniger gut begegnen können, weil sie mehr oder weniger durchschaut werden.

¹¹ Es kann an dieser Stelle nur problematisiert, aber nicht weiter verfolgt werden, inwieweit auf der letzten Ebene (5. Ordnung) auch für die empirische Analyse nicht eine graduelle Differenzierung sinnvoll wäre, nach der auch Manipulationen mehr oder weniger (vor-)bewusst sein können, was vielleicht auch Unterscheidungen auf weiteren Ebenen sinnvoll sein lässt.

Insgesamt ist *verdeckt strategisches* Handeln im Sinne von (bewusster) *Manipulation* (im engeren Sinne) kein Phänomen bloß der *Werbung*, sondern ein *alltägliches* Phänomen, das eben auch ein *institutionelles* Alltagsphänomen ist. Davon sind die ärztliche Sprechstunde und Visite nicht auszunehmen, deren Praxis sich durch eine Mischung verschiedener Formen des *kommunikativen* und *strategischen* Handelns auszeichnen kann, wie dies noch theoretisch erörtert (§ 7.5, 10) und im Praxisteil an empirischen Beispielen ausgeführt wird.

7.3.4.4 Angewandte Diskursethik in der Medizin

Für die Entwicklung einer *angewandten Diskursethik* spezifisch in der *Medizin* (Kettner 1991,1998, Kettner, Kraska 2009, Koerfer et al. 1994, 2005, 2008, Koerfer, Albus 2015) kann der kritische Maßstab zwar analog an einer kontrafaktisch unterstellten „idealen Sprechstunde“ gewonnen werden, Devianzen (Störungen und Abweichungen) von der idealen Verständigung zwischen Arzt und Patient in der realen Gesprächspraxis sind aber relativ zu den institutionellen Rahmenbedingungen zu beurteilen, denen die Handelnden unterliegen. Wie unter dem Aspekt der (A)*Symmetrie* zwischen Arzt und Patient noch auszuführen sein wird (§ 7.5.3), können diese Rahmenbedingungen durch die Akteure unterschiedlich ausgestaltet werden, wobei es zu einer Wechselwirkung von Interaktion und Beziehungsgestaltung kommt. An dieser Stelle sei nur in Stichworten typologisch umrissen, was später ausführlich und mit Beispielen ausgeführt werden soll:

- Ein *kommunikatives* Handeln passt eher zu einem Beziehungsmodell der *Kooperation* und *Partnerschaft*, in dem die Akteure aus ihren jeweiligen professionellen bzw. lebensweltlichen Perspektiven ihre Expertisen bzw. Präferenzen gegenüber Behandlungsoptionen in einem *rationalen, dialogischen* Aufklärungs- und gemeinsamen Entscheidungsprozess ergebnisoffen austauschen. Hier kommt vor allem ein Transparenzprinzip zur Geltung, bei dem weder der Arzt dem Patienten die für ihn relevanten Informationen vorenthält, noch der Patient mit Informationen hinter dem Berg halten muss, weil er Sanktionen zu fürchten hätte, wenn er etwa seine Probleme mit der *Adhärenz* (z.B. Medikation, Diät usw.) (§ 10, 26, 29) „eingestehen“ müsste usw.

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

- Ein *offen-strategisches* Handeln ist eher dann gegeben, wenn ein Arzt nach einem *paternalistischen* Modell ohne weitere diskursive Einlassungen seine *Anordnungen* (Medikation, OP) trifft, die aus seiner durchaus fürsorglichen Sicht zum Besten des Patienten sein können („doctor knows best“), ohne dass die Gründe offen zu legen oder gar im *Dialog* gemeinsam zu erörtern wären.
- Ein *verdeckt-strategisches* Handeln liegt etwa dann vor, wenn sich ein Arzt als strategisch handelnder Agent eines *Dienstleistungsmodells* ganz im Sinne von Habermas bloß von seinem „egozentrischen Erfolgskalkül“ (s.o.) leiten ließe und den Patienten lediglich zur Annahme eines kommerziell motivierten Angebots (etwa einer Individuellen Gesundheitsleistung=IGEL) bloß *überreden* würde, anstatt ihn im Aufklärungsgespräch argumentativ davon zu *überzeugen*. Der schlimmste Fall der erfolgreichen (bewussten) *Manipulation* wäre eingetreten, wenn der Arzt von der medizinischen Maßnahme noch nicht einmal selbst überzeugt wäre und auf Nachfrage in einem *Pseudo-Dialog* nur vorgeschobene Gründe anführen könnte.

Diese hier vorerst kurz skizzierten Typen ärztlichen Handelns werden in der Gesprächspraxis selten in Reinkultur auftreten. Gegenüber allen möglichen Mischformen, die den besonderen individuellen wie institutionellen Bedingungen der Arzt-Patient-Kommunikation geschuldet sein können (§ 5, 7.5, 10), ist am „kritischen Maßstab“ eines *kommunikativen* Handelns festzuhalten, das ganz im Sinne von Habermas als „Originalmodus“ der Verständigung zu erkennen und anzuerkennen ist. Trotz der möglichen praktischen Einschränkungen, denen insbesondere schwerkranke, behinderte, ängstliche oder gar verzweifelte Patienten ganz individuell unterliegen können, sollten sich Arzt und Patient bei allen unterschiedlichen Wissens- und Handlungsvoraussetzungen möglichst als gleichrationale Partner „auf Augenhöhe“ begegnen, auf der sie nach bestem Wissen und Gewissen ein möglichst (ergebnis-)offenes Gespräch führen (§7.5). Wo soziale, kognitive, emotive Einschränkungen vorliegen, sollten sie möglichst offen mit den Patienten selbst (oder gegebenenfalls ihren Angehörigen) zum Thema gemacht werden.

Eine Tabuisierung im Sinne vorausseilender „Schonung“ käme ebenso einer Entmündigung gleich wie ein Zwang zur Kommunikation, wenn die weitere Kommunikationsbereitschaft patientenseitig bereits aufgehoben sein sollte (§ 10). Was hier der erklärte Wille des Patienten ist,

kann allerdings nur im Dialog mit ihm ermittelt werden, das heißt in einem längeren Aushandlungsprozess, in dem gesprächsweise zu klären ist, ob die „erstbeste“ Entscheidung, die in einer individuellen Momentaufnahme zustande gekommen sein mag, auch die „letztgültige“ bleiben soll, die für eine absehbare Dauer Bestand hat. Solange Entscheidungen aus medizinischer Sicht offen gehalten werden können, sollten sie im Bedarfsfall mit Patienten gesprächsweise überprüft werden (§ 10, 22). Was jeweils ein „Bedarfsfall“ ist, kann wiederum nur im Dialog ermittelt werden, in dem der Patient das „erste“ und „letzte“ Wort haben sollte.

7.4 Kommunikationspsychologische Modelle

Im Folgenden sollen zwei *kommunikationspsychologische* Beziehungsmodelle vorgestellt werden, die eine breite Resonanz in Arbeiten zur Theorie und Didaktik der Kommunikation in vielen gesellschaftlichen Bereichen der Ausbildung und Fortbildung gefunden haben. Zunächst soll in das Modell der menschlichen Kommunikation eingeführt werden, wie es von Paul Watzlawick, Janet Beavin und Don Jackson (1967/2011) unter Formulierung von pragmatischen Axiomen entwickelt und veranschaulicht wurde. Deren wesentliche Unterscheidung von Inhalts- und Beziehungsaspekt übernimmt Friedemann Schulz von Thun in seinem zweibändigen Werk zur *Allgemeinen* (1981/1992) und *Differenziellen Psychologie der Kommunikation* (1989/1992) und verbindet sie mit dem *Organon Modell* von Karl Bühler, das wir schon eingangs (§ 7.2.2) dargestellt haben.

7.4.1 Pragmatische Axiome der Kommunikation

Eine außerordentliche Breitenwirkung hat das Kommunikationsmodell von Paul Watzlawick, Janet Beavin und Don Jackson (1967/2011) vor allem deswegen erfahren, weil es nicht nur für die psychotherapeutische Praxis, sondern auch für die Alltagspraxis menschlicher Kommunikation Anwendungen nahelegte, die nicht zuletzt vielfach zur reflexiven Selbstbeobachtung eigener Beziehungsprobleme im Alltag anregten. Gegenüber der anfänglich affirmativen Resonanz wurde zunehmend auch Kritik geübt, die etwa schon im Buchtitel dem „Mythos Watzla-

wick“ als „Streitschrift“ (Girgensohn-Marchand 1994) begegnete. Nachfolgend sollen einige ausgewählte Aspekte benannt werden, an denen sich weiterhin die „Geister scheiden“ mögen.

7.4.1.1 Kommunikationsbegriff und methodische Probleme

Wie dies in ihren Ausführungen zu den „begrifflichen Grundlagen“ begründet wird, sehen sich Watzlawick, Beavin, Jackson (1967/2011) selbst ganz in der Tradition der *Semiotik* („Zeichenlehre“) (§ 7.2). Mit explizitem Bezug auf Charles Morris und Rudolf Carnap folgen sie der traditionellen Aufteilung in *Syntax*, *Semantik* und *Pragmatik*. Dabei verwenden sie einen sehr weiten Begriff von *Kommunikation* (Box 7.17), was einem weiten Begriff von *Pragmatik* entspricht, wie er bereits im (engl.) Titel („Pragmatics of Human Communication“) beansprucht wird.

Box 7.17 Alles Verhalten ist Kommunikation

In diesem Zusammenhang sei von Anfang an darauf verwiesen, dass wir die beiden Begriffe Kommunikation und Verhalten hier als praktisch gleichbedeutend verwenden. Denn das Material der Pragmatik sind nicht nur Worte, ihre Konfigurationen und ihre Bedeutungen – also die Daten der Syntaktik und der Semantik –, sondern auch alle nichtverbalen Begleiterscheinungen, die sogenannte Körpersprache inbegriffen. Und schließlich ist die die kommunikativen Abläufe mitbestimmende Rolle des Kontextes, also der „Umwelt“ jeder Kommunikation, in Betracht zu ziehen. In dieser pragmatischen Sicht ist demnach nicht nur die Sprache, sondern alles Verhalten Kommunikation, und jede Kommunikation – selbst die kommunikativen Aspekte jedes Kontextes – beeinflusst das Verhalten.

Watzlawick et al. 1969/2011: 25f.

Mit diesem sehr weiten Begriff von Kommunikation, der vielfach kritisiert wurde (s.u.), ist schon das erste der *pragmatischen Axiome* der Kommunikation vorweggenommen, die dann nach und nach von den Autoren entwickelt, mit Beispielen illustriert und schließlich resümiert werden. Da diese Axiome das Kernstück ihrer „Pragmatik der menschlichen Kommunikation“ darstellen, sollen sie hier auszugsweise (Box 7.18) wiedergegeben und dann in aller Kürze kommentiert werden.

Box 7.18 Pragmatische Axiome der Kommunikation

1. *Man kann nicht nicht kommunizieren. (60)*
2. *Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und Beziehungsaspekt, derart, dass letzterer den ersteren bestimmt und daher eine Metakommunikation ist. (64)*
3. *Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt. (69f.)*
4. *Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten (...). (78)*
5. *Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht. (81)*

Watzlawick et al. 1969/2011: 60-82 (kursiv im Orig.)

Die Kritik richtet sich zumeist schon auf den sehr weiten Kommunikationsbegriff, wie er bereits in der begrifflichen Grundlegung (Box 7.17) zum Ausdruck kam und dann im ersten Axiom auf einen kurzen Nenner gebracht wird. Danach ist alles Verhalten Kommunikation (s.o.), das heißt *Handeln* wie *Nicht-Handeln*, *Worte* und *Schweigen* haben alle „Mitteilungscharakter“ (59). Watzlawick et al. illustrieren ihr Axiom von der *Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren* (58) an dem Beispiel von dem Mann im Wartesaal, der etwa mit geschlossenen Augen dasitzend den Umstehenden „mitteilt“, „dass er weder sprechen noch angesprochen werden will, und gewöhnlich reagieren seine Nachbarn richtig darauf, indem sie ihn in Ruhe lassen“ (ebd.). Ein solch weiter Kommunikationsbegriff, unter dem konsequenterweise sogar der bloß eingeschlafene Mann noch etwas „mitteilen“ würde, wird zumeist als zu „vage“ und deswegen von wenig Nutzen für die Forschung problematisiert, wie dies der (Sprach-)Psychologe Hans Hörmann noch relativ moderat in rhetorischer Frageform formuliert:

Die Gefahr liegt natürlich in der damit aufgenommenen Vagheit des Kommunikationsbegriffs: wenn alles Verhalten, das in Gegenwart eines anderen Menschen stattfindet, kommunikativ ist – was für einen wissenschaftlichen Nutzen kann man dann noch aus der Kennzeichnung eines Verhaltens als ‚kommunikativ‘ ziehen? (Hörmann 1978: 316).

Ebenso geht auch der Linguist Rudi Keller zwar von einem weiten Zeichenbegriff aus, möchte jedoch einen engeren Kommunikationsbegriff

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

beibehalten. In seiner „Zeichentheorie“ (1995) beschreibt er zunächst die *Zeichenhaftigkeit* unseres Alltagslebens, das nahezu „zeichenimprägniert“ ist. Dessen werden wir uns nur dann bewusst, „wenn die Zeichen, mit denen wir uns umgeben und die wir verwenden, Anlass zu unerwarteten Interpretationen sind“ (14f). Ein Auto oder ein Fahrrad zu haben sei ebenso *zeichenhaft* wie keins zu besitzen; eine Krawatte zu tragen oder nicht zu tragen sei ebenso *zeichenhaft* wie dies oder jenes zu essen oder eben nicht zu essen usw. Insofern es „kein Entrinnen aus der Interpretierbarkeit“ gibt, könnte man nach Keller an den „berühmten“ Satz „Man kann nicht nicht kommunizieren“ von Watzlawick et al. erinnert werden, aber diese These will Keller gerade nicht vertreten:

Dieser These [„Man kann nicht nicht kommunizieren“] liegt der (...) unangemessene Schluß zugrunde, dass alles, was interpretierbar ist, kommuniziert sein muss“ (Keller 1995: 15).

Wenn wir diese Unterscheidung von *Interpretation* und *Kommunikation* nun auf das obige Beispiel von Watzlawick et al. anwenden, so könnten wir – Irrtum eingeschlossen – weiterhin *interpretieren*, dass der Mann mit den geschlossenen Augen im Wartesaal „nicht gestört werden will“, aber auch, dass er bloß eingeschlafen ist und er sogar dankbar wäre, wenn wir ihn „stören“ und „wecken“ würden, weil der Zug gerade eingefahren ist usw. Dies wäre dann gegebenenfalls ein möglicher Akt nicht nur der Höflichkeit einem Unbekannten gegenüber, sondern könnte im Rahmen einer höherrangigen *Kooperation* (§ 7.3.3) eine *Verpflichtung* sein, wenn uns der Mann etwa aus gemeinsamen Schicksalstagen als Pendler bekannt wäre und wir uns sogar schon öfter wechselseitig geweckt hätten. Was der Mann mit den geschlossenen Augen also *will* (wie Watzlawick et al. oben unterstellen: „... mitteilt, dass er ... will“), bedarf der *Interpretation* der Situation, in der neben einer „physikalischen“ Beobachtungssprache („Augen geschlossen“) noch ganz andere Kategorien berücksichtigt werden müssten (*Kognitionen*, *Volitionen*, *Intentionen* usw.), die Watzlawick et al. allerdings explizit unberücksichtigt lassen wollen.

Wie sie dies schon in ihrem *methodisch* orientierten Einleitungskapitel mit einer explizit *systemischen* Theorie- und Analyseperspektive (s.u.) nahelegen und zur Klarstellung ihres methodischen Ansatzes wiederholt betonen, sollen „introspektive“ und „subjektive“ Daten „in einer auf beobachtbarem Verhalten beruhenden Kommunikationstheorie unberücksichtigt gelassen werden“ (60). Der Preis für die augenscheinliche Abstinenz gegenüber Kenntnissen, Einstellungen und Absichten der

Teilnehmer selbst, die diese in ihrer Kommunikation zur Verständnissicherung oft selbst formulieren (§ 8.4) (Koerfer 2013), ist dann die Spekulation über alle möglichen Kommunikationsfunktionen in beliebig offenen *Kommunikationssituationen*. So kann auch im nachfolgenden Beispiel, an dem der *Inhalts- und Beziehungsaspekt* erläutert werden soll, ein ganzes Spektrum von Interpretationen möglich bleiben, die sich nicht mehr reduzieren lassen.

7.4.1.2 Inhalts- und Beziehungsaspekt

Mit dem zweiten Axiom wird die wesentliche Unterscheidung von *Inhalts-* und *Beziehungsaspekt* eingeführt, die an einem „lebensnahen“ Beispiel illustriert wird (Box 7.19). Bei diesem Beispiel wird zugleich der Unterschied von *verbaler* und *nonverbaler* Kommunikation deutlich, was später mit dem vierten Axiom wesentlich als Zusammenspiel von *digitaler* und *analoger* Kommunikation beschrieben wird.

Box 7.19 „Sind das echte Perlen?“

Wenn Frau A auf Frau B's Halskette deutet und fragt: „Sind das echte Perlen?“, so ist der Inhalt Ihrer Frage ein Ersuchen um Information über ein Objekt. Gleichzeitig aber definiert sie damit auch – und kann es nicht nicht tun – ihre Beziehung zu Frau B. Die Art, wie sie fragt (der Ton ihrer Stimme, der Gesichtsausdruck, der Kontext usw.), wird entweder wohlwollende Freundlichkeit, Neid, Bewunderung oder irgendeine andere Einstellung zu Frau B ausdrücken. B kann ihrerseits nun diese Beziehungsdefinition akzeptieren, ablehnen oder eine andere Definition geben, aber sie kann unter keinen Umständen – nicht einmal durch Schweigen – nicht auf A's Kommunikation antworten.

Watzlawick et al. 1969/2011: 62

Solange die Kontextinformationen de facto nicht weiter reduziert werden, mag die fragliche Äußerung („Sind das echte Perlen?“) für einen uneingeweihten Beobachter so *mehrdeutig* bleiben wie von Watzlawick et al. beschrieben. In der Regel wissen die Beteiligten aber mehr über ihre Handlungsvoraussetzungen und können dieses *Kontextwissen*, zu dem eine lange gemeinsame *Interaktionsgeschichte* gehören kann (§ 8, 20, 21), entsprechend bei *ihrer* eigenen *Interpretationen* in der Gesamt-

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

situation nutzen. Unter Umständen kann es auch weiterhin primär um die Klärung einer „reinen“ Informationsfrage gehen, durch die eine einmal etablierte Beziehung zwischen den beiden Frauen überhaupt nicht in Frage gestellt oder irritiert oder gar verändert werden muss. So kann es sich bei Frau A etwa auch um eine Versicherungsagentin handeln, die eigens von Frau B mandatiert alle Wertgegenstände im Haus schätzen soll usw., was für die *Interpretation* der fraglichen Äußerung („Sind das echte Perlen?) sowie die mögliche Reaktion (Beantwortung) und schließlich für die weitere Beziehungsgestaltung keine Probleme aufwerfen muss.

Unabhängig von der Interpretation des Beispiels und den möglichen Varianten, die nur durch weitere Kontextinformationen reduziert werden könnten, entstehen praktische Probleme vor allem durch die weitere theoretische Bestimmung des *Verhältnisses* von Inhalts- und Beziehungsaspekt. Dabei wird in der Formulierung des Axioms ein bestimmtes *Dominanzverhältnis* unterstellt, bei dem der Beziehungsaspekt den Inhaltsaspekt „bestimmt“ oder sogar „determiniert“, was in der Anmerkung (64f.) jedoch wieder relativiert wird. In einer früheren Fassung des Axioms waren der Inhalts- und Beziehungsaspekt noch so ins Verhältnis gesetzt worden, dass „in einer bestimmten Kommunikation der eine oder der andere das größere, relative Gewicht haben kann“ (Watzlawick, Beavin 1966/1990: 101). In der späteren Fassung werden die beiden Funktionen dann (in Analogie zur Computersprache) so gegenübergestellt, dass beim Beziehungsaspekt die *metakommunikative* Funktion betont wird: „Der Inhaltsaspekt vermittelt die ‚Daten‘, der Beziehungsaspekt weist an, wie diese Daten aufzufassen sind“ (1969/2011: 63). Bei der medialen Vermittlung der beiden Aspekte gehen Watzlawick et al. von der Annahme aus, „dass der Inhaltsaspekt digital übermittelt wird, der Beziehungsaspekt dagegen vorwiegend analoger Natur ist“ (74). Zumindest implizit fällt die Unterscheidung von *digitaler* (sprachlicher) Kommunikation und *analoger* Kommunikation mit der Unterscheidung von verbaler und nonverbaler Kommunikation zusammen.

Allerdings sind weiterhin sprachliche Mitteilungen möglich, „denen eine eindeutige metakommunikative Verstehensanweisung fehlt“ (64). Dies gelte zumeist für „geschriebene Sprache“, weil diese nicht über die reichhaltigen Mittel etwa der *Betonung* wie bei der *mündlichen* Kommunikation verfügt.¹² Unabhängig von diesem spezifischen Problem der

¹² Nach Girgensohn-Marchand (1994: 54) würde eine strikte Auslegung von Watzlawick et al. ein grundsätzliches Verstehensproblem bei schriftlicher

schriftlichen Verständigung werden aber der Mangel oder die Mehrdeutigkeit von *Verstehensanweisungen* von Watzlawick et al. allgemein als Quelle und Ausdruck von Beziehungsproblemen angesehen, die in späteren Kapiteln zum Ausgangspunkt für ihre Analyse von Störungen und Paradoxien der Kommunikation gemacht werden.

7.4.1.3 Interpunktionen und gestörte Kommunikation

Um derartige Störungen herausarbeiten zu können, erweitern Watzlawick et al. ihre Analyse auf *zirkuläre* Prozesse der Kommunikation, in denen es zwischen den Teilnehmern zu unterschiedlichen *Interpunktionen* der Kommunikationsabläufe kommen kann, durch die die „Natur der Beziehung“ wesentlich „bedingt“ ist. Dabei können die unterschiedlichen Interpunktionen gravierende Folgen für die zwischenmenschliche Beziehung haben: „Diskrepanzen auf dem Gebiet der Interpunktion sind die Wurzel vieler Beziehungskonflikte“ (67). Bekannt geworden ist das (stereotype) Beispiel von dem Dauer-Streit eines Ehepaars, der sich in einem monotonen Wechsel von Vorwürfen und Verteidigungen erschöpf („Ich meide dich, weil du nörgelst“ und „Ich nörgle, weil du mich meidest“ usw.). Obwohl es nach Watzlawick et al. (1969/2011: 54) bei Rückkopplungsprozessen „bedeutungslos“ ist, nach einem chronologischen „Anfang“ oder gar nach einer „Ursache“ zu suchen, weil „ein Kreis weder Anfang noch Ende“ hat, lässt sich dies für zirkuläre Kommunikationsprozesse nicht verallgemeinern. Zu Recht weist Girgensohn-Marchand (1994: 41) auf eine gewisse Selbstwidersprüchlichkeit hin, wenn Watzlawick et al. (Box 7.20) am Beispiel der *selbsterfüllenden Prophezeiung* ausführen:

Box 7.20 Der Anfang von selbsterfüllenden Prophezeiungen

Dies führt uns zu dem wichtigen Begriff der selbsterfüllenden Prophezeiung, dem vielleicht interessantesten Phänomen im Bereich der Interpunktion. Es handelt sich um Verhaltensformen, die in anderen Menschen Reaktionen auslösen, auf die das betreffende Verhalten eine adäquate Reaktion wäre, wenn sie es nicht selbst bedingt hätte. Wir haben es hier also mit Interaktionen zu tun, deren Beginn nicht irgendwo in der

Kommunikation aufwerfen: „Beim Wort genommen, würde dies bedeuten, dass wir nicht in der Lage wären, einen Text, einen Brief, ein Gedicht zu verstehen“.

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

Vergangenheit einer langdauernden Beziehung liegt, sondern die insofern tatsächlich einen Anfangspunkt haben, als hier die zwischenpersönliche Prämisse eines Menschen praktisch jedem Partner ein gewisses Verhalten mehr oder weniger aufzwingt. Wer zum Beispiel davon überzeugt ist, dass ihn niemand respektiert, wird ein misstrauisches, abweisendes oder aggressives Benehmen an den Tag legen, auf das seine Umwelt höchstwahrscheinlich mit Unmut reagiert und damit seine ursprüngliche Annahme „beweist“.

Watzlawick et al. 1969/2011: 111f

Wird in diesem Sonderfall der selbsterfüllenden Prophezeiung bereits ein Interaktionsanfang eingeräumt, so ist dies für den Normalfall der Interaktion zwischen Partnern sowohl in Alltagsgesprächen als auch in der Arzt-Patient-Kommunikation nicht generell auszuschließen. Wie wir noch sehen werden, gibt es etwa Gesprächsinitiativen des einen oder anderen Gesprächspartners, die einen Anfang für eine neue Gesprächsqualität mit neuen Gesprächsthemen und neuen Gesprächszwecken setzen können (§ 3, 17). Andernfalls wäre es nicht möglich, etwa ärztliche Schlüsselinterventionen zu erkennen, die im Gespräch neue Möglichkeiten eröffnen, zum Beispiel bisherige Tabus zu überwinden und dadurch „heikle“ Themen endlich anzusprechen (§ 21), was zu einem therapeutischen Durchbruch in einer einzigen Sprechstunde verhelfen kann, der sich auf Dauer auf den Therapieerfolg auswirkt usw.

7.4.1.4 Symmetrie und Komplementarität

Allein mit dieser Thematisierung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient sind wir bei den Begriffen *Symmetrie* und *Komplementarität* angelangt, die im fünften Axiom ins Verhältnis gesetzt werden. In diesem Zusammenhang wird die *Komplementarität* traditionell und eben auch von Watzlawick et al. als wesentliches Merkmal der Beziehung auch zwischen Arzt und Patient bestimmt: „Komplementäre Beziehungen beruhen auf gesellschaftlichen oder kulturellen Kontexten (wie zum Beispiel im Fall von Mutter und Kind, Arzt und Patient, Lehrer und Schüler)“ (80). Wie Mutter, Lehrer oder Arzt *superiore, primäre* Positionen innehaben, so nehmen Kind, Schüler und Patienten die entsprechend *inferioren, sekundären* Positionen ein. Die zwischenmenschlichen Kommunikationsabläufe erweisen sich also insgesamt als *symmetrisch* oder *komplementär*, „je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern

auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht“ (81). Entsprechend muss man im Unterricht wie in der Sprechstunde bei konkreten verbalen Handlungen mit einer ungleichen Chancenverteilung bei Interaktionsmustern etwa beim *Fragen, Antworten, Empfehlen, Widersprechen, Anordnen, Bewerten* usw. ebenso rechnen wie beim *Rederecht*, dessen Vergabe jeweils an die superiore Position geknüpft wäre.

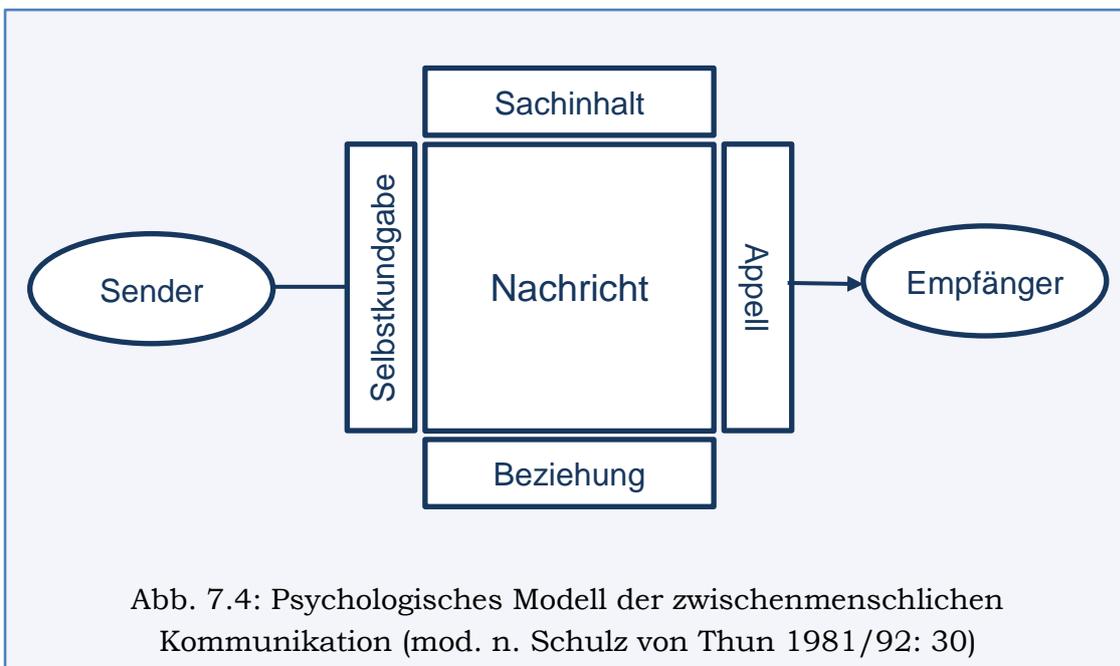
Ohne die „Evidenz“ der *Ungleichheit* von Partnern in den entsprechenden Institutionen zu leugnen, soll aber herausgearbeitet werden, dass ähnlich wie im Falle der Schule, in der „Unterrichten als Dialog“ (Wunderlich 1969) keine Utopie sein muss, so auch zwischen Arzt und Patient eine „dialogzentrierte“ Medizin möglich und sinnvoll ist, ohne dass es im Sinne von Watzlawick et al. zu einer „Pseudosymmetrie“ (80) kommen muss.

Mit ihrem Ansatz zu einer *Pragmatik der menschlichen Kommunikation* haben Watzlawick et al. sicherlich einen über 40 Jahre anhaltenden Anstoß zu einer komplexen Betrachtung des Gegenstandsbereichs der Kommunikationsforschung gegeben. Mit dem Anspruch, den Blickpunkt von der „künstlich isolierten Monade auf die *Beziehung* zwischen den Einzelementen größerer Systeme“ zu verschieben (24), haben sie die breite Aufmerksamkeit auf die Funktion der verbalen und nonverbalen Kommunikation in interaktiven, zirkulären Prozessen zwischen Partnern in Kontexten gelenkt, in denen auch die Entstehungs- und Entwicklungsgeschichten von „ungleichen“ Beziehungen zu untersuchen sind. Trotz der Kritik an der Formulierung von einzelnen Axiomen, bei denen es sich explizit um „provisorische Formulierungen“ handelt, sollte man den Anspruch, den die Autoren mit ihren Axiomen stellen, beim Wort nehmen: „Ihrer theoretischen Schwäche können wir aber ihre praktische Nützlichkeit gegenüberstellen“ (57). Statt von pragmatischen *Axiomen*, sollte man daher vielleicht eher von *Aspekten* der Kommunikation reden, deren Nützlichkeit sich in der Analysepraxis zu bewähren hat. Über die Autorengruppe um Watzlawick hinaus (z.B. Watzlawick, Weakland (Hg.) 1977/90) haben in dieser Tradition viele Ansätze zu weiteren Anwendungen in der Praxis beigetragen, zu denen besonders Schulz von Thun (1981/99 und 1989/99) zu rechnen ist, dessen Ansatz nachfolgend dargestellt werden soll.

7.4.2 Kommunikationsquadrat und Vier-Ohren-Modell

Der Ansatz von Schulz von Thun, der im Untertitel seines Buches im 1. Band eine *Allgemeine Psychologie der Kommunikation* beansprucht, basiert wesentlich auf den Arbeiten von Bühler und Watzlawick et al. (1969/2011), auf die er sich bei der Entwicklung seines Modells auch explizit beruft: „Dieses Modell ist angeregt durch Bühler (1934) und Watzlawick u.a. (1969)“ (Schulz von Thun 1981/92: 30). Da wir deren Kommunikationsmodelle vorausgehend ausführlich beschrieben haben, können wir uns hier auf die wesentlichen Aspekte seines integrativen Ansatzes beschränken, der Bühlers *triadisches Organon-Modell* um den *Beziehungsaspekt* von Watzlawick zu einem *vierseitigen* Kommunikationsmodell (Abb. 7.4) erweitert. Dieses integrative Modell wird als „psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation“ gekennzeichnet und mit folgender Zielsetzung eingeordnet und bewertet:

Den Vorteil des hier vorgestellten Modells sehe ich darin, daß es die Vielfalt möglicher Kommunikationsstörungen und -probleme besser einzuordnen gestattet und den Blick öffnet für verschiedene Trainingsziele zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit. (Schulz von Thun 1981/99: 30)



Bevor wir dem Aufbau und Anspruch sowie der Begrifflichkeit des Modells weiter nachgehen, soll eine terminologische Klarstellung vorweg erfolgen, die der Autor selbst macht. Für die weitere Darstellung soll bereits die *terminologische* Neuerung berücksichtigt werden, die Schulz von Thun später im zweiten Band selbst vornimmt, in dem er mit dem Begriff der *Selbstkundgabe*, der ihm „neutraler“ erscheint, den zuvor im ersten Band benutzten Begriff der „Selbstoffenbarung“ mit folgender Begründung ersetzt: „dieser erinnert allzu sehr an ‚Selbstentblößung‘ und macht im Rahmen der Erwachsenenbildung unnötig Angst“ (1989/92: 19). Weil diese Begründung aus der offensichtlichen Erfahrung (des Autors) in der Erwachsenenbildung plausibel erscheint, soll der neue Begriff der *Selbstkundgabe*, der zudem an die ursprüngliche Begriffswahl (*Kundgabe*) von Bühler erinnert (§ 7.1.2), hier von vornherein übernommen und auch schon in der *graphischen* Darstellung (Abb. 7.4) benutzt werden.

7.4.2.1 Das Botschaftsgeflecht einer Nachricht

Auch in der anschließenden *textlichen* Wiedergabe folgen wir deshalb den Formulierungen im 2. Band (Box 7.21), in dem die *vier* Seiten als *Aspekte* des Modells („Quadrat der Nachricht“) unterschieden und knapp zusammenfassend beschrieben werden.

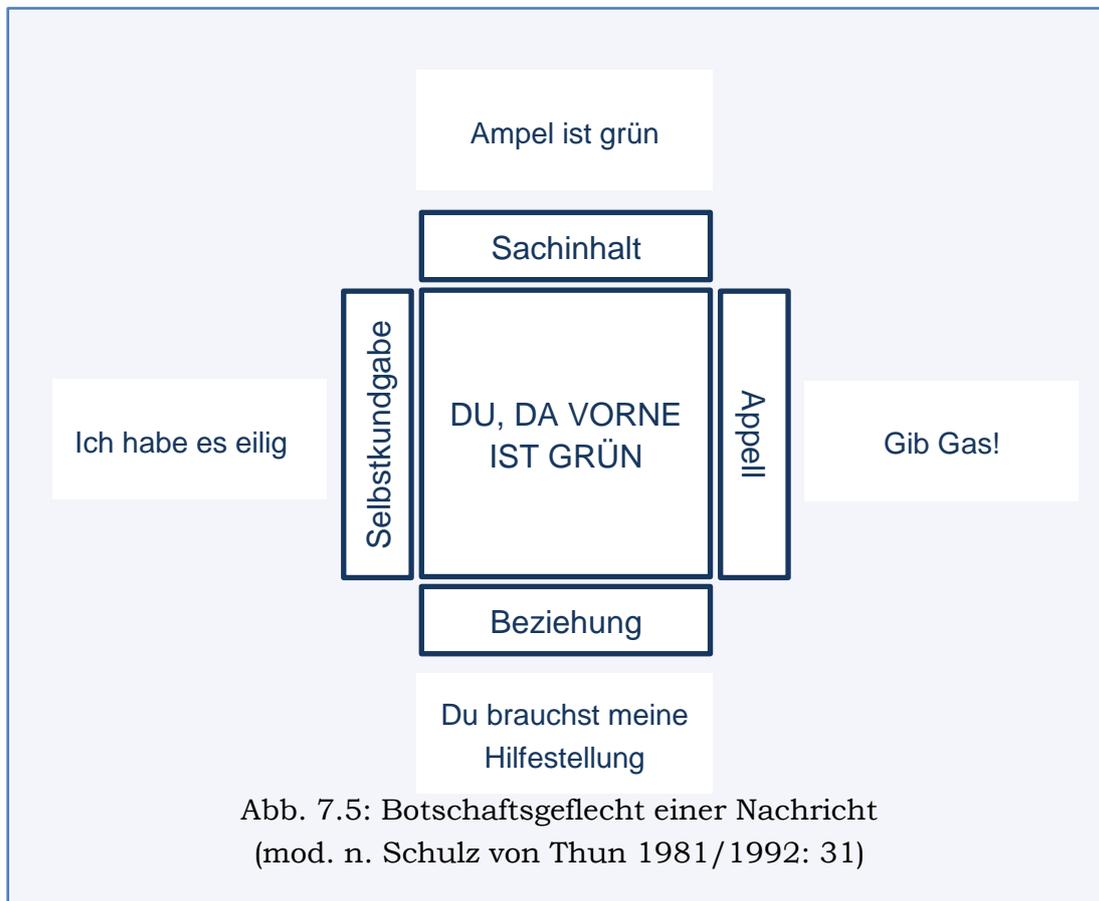
Box 7.21 Die „vier Seiten“ beim „Quadrat der Nachricht“

1. der *Sachinhalt*, der Informationen über die mitzuteilenden Dinge und Vorgänge in der Welt enthält;
2. Die *Selbstkundgabe*, durch die der „Sender“ etwas über sich selbst mitteilt – über seine Persönlichkeit und über seine aktuelle Befindlichkeit (sei es nun in bewusster *Selbstdarstellung* oder in mehr oder minder freiwilliger *Selbstöffnung* und *Selbstpreisgabe*;
3. Der *Beziehungshinweis*, durch den der Sender zu erkennen gibt, wie er zum Empfänger steht, was er von ihm hält und wer die Beziehung zwischen sich und ihm definiert;
4. der *Appell*, also der Versuch in bestimmter Richtung Einfluss zu nehmen, die Aufforderung, in bestimmter Weise zu denken, zu fühlen oder zu handeln.

Schulz von Thun 1989/99 (Bd. 2): 111f

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

Das Modell der vier Seiten einer Nachricht wird einleitend (1981/99: 25ff.) an einem alltagspraktischen Beispiel illustriert, bei dem der Beifahrer gegenüber der Fahrerin äußert: „Du, da vorn ist grün“. Im Zentrum des Modells steht die *Nachricht*, von der die darin „enthaltenen Botschaften“ zu unterscheiden sind: „Ein und dieselbe Nachricht enthält viele Botschaften; ob er will oder nicht – der Sender sendet immer gleichzeitig auf allen vier Seiten“ (30). In dem die Nachricht nun „unter die kommunikationspsychologische Lupe“ gelegt wird, wird das „Botschaftsgeflecht sichtbar“. Wir haben hier in der Wiedergabe (Abb. 7.5) auf das konkrete Abbild einer „Lupe“ verzichtet, die ohnehin nicht anders als bloß metaphorisch gebraucht wird. Eine nähere Begründung, warum der „Sender“ nun genau diese vier und keine anderen/weiteren Botschaften „sendet“, wird nicht gegeben.



Dies wäre nicht nur ein exemplarisches, sondern ein prinzipielles Problem, bei dem die notwendige bis überhaupt mögliche Anzahl von (Typen von) „Botschaften“ zu differenzieren wäre. Dabei wäre insgesamt eine Trias von *Sagen*, *Meinen* und *Verstehen* zu berücksichtigen, wie sie vo-

rausgehend (§ 7.3) bei der Darstellung von Entwicklungen in der Tradition der analytischen Sprachphilosophie differenziert und mit der spezifischen Unterscheidung von *direkten* und *indirekten* Sprechakten perspektiviert wurde.

Im gegebenen Beispiel lässt Schulz von Thun die Fahrerin wie auf eine „Bevormundung“ reagieren, auf die er sie dann mit einer „Ablehnung“ in einem bestimmten Ton („barsch“) antworten lässt: „Fährst du oder fahre ich?“ (28). Während in diesem Fall wohl von einer Kongruenz von *Meinen* und *Verstehen* (Hörmann 1978) zwischen den beiden Gesprächspartnern im Auto ausgegangen werden könnte, ist dies ja nicht selbstverständlich.

So kann es auch nach dem Modell von Schulz von Thun prinzipiell zu *Diskrepanzen* zwischen den *gesendeten* und *empfangenen* Nachrichten kommen, was in der komplementären Erweiterung des „Quadrats der Nachricht“ auf der Seite des Empfängers berücksichtigt wird, der mit *vier Ohren* empfangen können soll: „Der Empfänger ist mit seinen zwei Ohren biologisch schlecht ausgerüstet: Im Grunde braucht er vier Ohren – ein Ohr für jede Seite“ (44). Dabei können Nachrichten vom Empfänger mit dem einen oder anderen, mehr oder weniger empfindlich eingestellten Ohr, das auch „Gras wachsen hören“ kann (58), unterschiedlich empfangen werden, was Schulz von Thun dann unter der schönen, ironisch-distanzierenden Kapitelüberschrift: „Die ankommende Nachricht: Ein ‚Machwerk‘ des Empfängers“ (61) weiter ausdifferenziert.

7.4.2.2 Vier-Ohren-Modell: Das „Machwerk“ des Empfängers

Im Prozess der *Übersetzung* von Zeichen können nach der *Kodierung* durch den *Sender* bei der *Dekodierung* durch den Empfänger Diskrepanzen entstehen, wenn etwa „manche Botschaft gar nicht ankommt“ oder „wenn der Empfänger einen ‚Vorwurf‘ auf der Beziehungsseite heraushört, den der Sender nicht erheben wollte“ (61). Derartige „Missverständnisse“ werden von Schulz von Thun etwa an dem Beispiel des Ehepaars illustriert, das beim Mittagessen sitzt, als der Mann seiner Frau die Frage stellt: „Was ist das Grüne in der Soße?“ und die Frau antwortet: „Mein Gott, wenn es dir nicht schmeckt, kannst du ja woanders essen“. Der Einfachheit und Übersichtlichkeit wegen stellen wir die Gegenüberstellung der Kernaussagen der Original-Abbildung (Tab. 7.4,

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

die dort wieder mit dem Bild von der „Lupe“ versehen ist (63), hier in einer kontrastiven Tabellenform dar.

		Sender (Mann)	Empfänger (Frau)
	Aspekte	Gesendete Nachricht	Empfangene Nachricht
1	Sachinhalt	Da ist was Grünes	Da ist was Grünes
2	Selbstkundgabe	Ich weiß nicht, was es ist	Mir schmeckt das nicht
3	Beziehung	Du wirst es wissen	Du bist eine miese Köchin
4	Appell	Sag mir was es ist!	Lass nächstes Mal das Grüne weg!

Tabelle 7.4: Gegenüberstellung der vier Seiten der gesendeten und empfangenen Nachricht am Beispiel nach Schulz von Thun 1981/92: 63

Zum Verständnis des (möglichen) Missverständnisses muss man natürlich mit Schulz von Thun von der Annahme ausgehen, „der Mann habe eine reine Informationsfrage stellen wollen (Kapern sind ihm unbekannt)“ (62). Falls die Frau wie auf eine *Informationsfrage* geantwortet hätte („Das sind Kapern“), wäre ihre dennoch mögliche *Verstimmung* vielleicht erst später offenkundig geworden, sowohl für den Mann selbst wie auch für einen außenstehenden Beobachter. Auf die Diskussion der verschiedenen von Schulz von Thun besprochenen Varianten von Chancen zur nachträglichen Aufklärung von (verdeckten) Missverständnissen sowie zur Systematik von „Empfangsfehlern“ können wir hier nicht weiter eingehen. Auf spezifische Probleme der Informationsvermittlung bei der Art-Patient-Kommunikation werden wir gesondert (§ 10, 26, 27) zurückkommen.

7.4.2.3 Kritik und Anwendungsperspektive

Ebenso wie von Uexküll (§ 7.2.1) nicht auf das *Situationskreismodell* oder Bühler nicht auf das *Organon-Modell* (§ 7.2.2) oder Watzlawick et al. nicht auf ihre *Pragmatischen Axiome* (§ 7.4.1) reduziert werden können, sollte Schulz von Thun nicht auf das so bekannt gewordene *Kommunikationsquadrat* bzw. *Vier-Ohren-Modell* reduziert werden, das allerdings in der Erwachsenenbildung inzwischen zum curricularen *Standard* gehört, so etwa auch in der medizinischen Ausbildung (NKLM 2015). Sein Ansatz insgesamt eröffnet und enthält bereits viele An-

schlussmöglichkeiten an weitere Traditionen in Theorie und Praxis, wie etwa die *systemische* Psychologie bzw. Therapie, *Transaktionsanalyse* oder *Themenzentrierte Interaktion* (TZI). Einschlägig für die Gesprächsführung in der Therapie oder allgemein auch in der ärztlichen Sprechstunde sind die Beobachtungen und Beschreibungen zur *non-direktiven* Gesprächsführung, zum *aktiven* Zuhören und zur *Empathie* (§ 19, 20). Ebenso ließen sich die von Schulz von Thun unterschiedenen (acht) *Kommunikationsstile* auch für die Arzt-Patient-Kommunikation berücksichtigen, bei der etwa *helfende*, *bedürftig-abhängige*, *aggressiv-entwertende*, *bestimmend-kontrollierende*, *distanzierende* Aspekte der Kommunikation zwischen beiden Gesprächspartnern differenziert werden könnten, was zu einer allgemeinen Typologie der beiden Teilnehmer in helfenden Berufen grundsätzlich, aber auch im Konfliktfall (etwa mit *autoritären* Ärzten oder *aggressiven* Patienten) (§ 6, 34) beitragen könnte.

Von besonderer Relevanz sind hier auch die Ausführungen zur Theorie und Didaktik der *Verständlichkeit*, zu der Schulz von Thun mit anderen Hamburger Psychologie-Kollegen (Langer, Schulz von Thun, Tausch 1990) mit eigenen Konzepten, Untersuchungsmethoden und Tests beigetragen hat, die immer noch aktuell sind. Auf spezifische Probleme der *Verständlichkeit* in der Arzt-Patient-Kommunikation, die sich natürlich auch durch *Einfachheit*, *Kürze*, *Prägnanz* usw. auszeichnen sollte, werden wir aber noch gesondert (§ 10, 21, 26, 27) zurückkommen.

Wenn die Wahl der *Terminologie* schon etwas über die Theorie selbst „aussagt“, dann ergeben sich einige Fragen und Anmerkungen zu Begriffspaaren wie *Nachricht-Botschaft*, *Sender-Empfänger*, *Kodierung-Dekodierung* usw., über die schon Watzlawick et al. (1969/2011) in ihrer methodischen Einleitung teils kritisch reflektiert hatten. Wie schon oben erwähnt, wurde der Begriff der *Selbstoffenbarung*, der in der Erwachsenenbildung zu angstbesetzt erschien, im zweiten Band von Schulz von Thun durch den eher neutralen Begriff der *Selbstkundgabe* ersetzt. Ähnlich selbstkritisch äußert sich Schulz von Thun etwa über die nachrichtentechnische Tradition bestimmter Begriffe, so etwa im zweiten Band, in dem er den Begriff der *Nachricht* „in (fragwürdiger) Anlehnung an die technische und kybernetische Nomenklatur“ (1989/99: 19) benutzt, ohne sich allerdings explizit davon zu distanzieren. Implizit wird jedoch der Begriff der *Nachricht* durch den Begriff der *Äußerung* ersetzt („... *Nachricht* – oder sagen wir nun besser: *Äußerung*“ (20)) – und dies offenbar in Anlehnung an sprachtheoretische bzw. linguistische Be-

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

griffstraditionen, wie sie vorausgehend (§ 7.3) bereits berücksichtigt wurden. Dieser Tradition scheint sich Schulz von Thun später (2007: 19) anzuschließen, wenn er gegenüber dem „eher technischen“ Begriff der *Nachricht* den „eher menschlichen“ Begriff der *Äußerung* für „zutreffender“ hält.

Bei seinen Modellierungen und konkreten Kommunikationsanalysen zu vielen, reichhaltigen (zumeist erinnerten, konstruierten) Beispielen kann man bei der *Psychologie der Kommunikation* von Schulz von Thun insgesamt die Bezugnahme und Anwendung von Theorien und Kategorien aus anderen „Disziplinen“ vermissen, die in der *Sprachhandlungstheorie* oder (empirisch orientierten) *Konversations- und Diskursanalyse* schon lange vor der Entstehung seines Buches zum „Miteinander Reden“ starke Anwendungen in der empirischen Kommunikationsforschung und –didaktik gefunden haben. Hier wäre ein Bezug zur interdisziplinären Kommunikationsforschung sicher sinnvoll gewesen (§ 2, 7.3), deren Anwendung zur Systematik der vielfältigen Beziehungsanalysen der Kommunikation hätte beitragen können.

Gleichwohl ist die „Allgemeine und differenzielle Psychologie der Kommunikation“ inzwischen ein *Klassiker*, der aus der Erwachsenenbildung nicht mehr wegzudenken ist und auch in der medizinischen Aus- und Fortbildung eine breite Anwendung gefunden hat (§ 15), die sich nicht zuletzt im *Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin* (NKLM 2015) (§ 44.1) niederschlägt.

7.5 Dialogzentrierte Medizin

Wie vorausgehend schon erörtert wurde, ist der kommunikative Austausch von Arzt und Patient in der Sprechstunde und Visite einerseits von institutionellen Bedingungen geprägt, die ihren Handlungsspielraum erheblich begrenzen. Andererseits ist ein historischer Wandel eingetreten, der sowohl mit gesamtgesellschaftlichen als auch innermedizinischen Entwicklungen zu tun hat (§ 3-5). Analog zum „mündigen“ Bürger sollte die Patientenautonomie durch mehr Partizipation gefördert werden, die im Sinne einer stärkeren Mitwirkung und Verantwortungsübernahme der Patienten bei der Entscheidungsfindung zugleich günstige Voraussetzungen für eine verbesserte Adhärenz („Therapie-treue“) bilden können (§ 10). Charakteristisch für diese Entwicklung ist etwa der frühe Buchtitel von Paul Lüth (1974/86), der in diesem Ent-

wicklungsstadium (nicht nur im deutschsprachigen Raum) noch als programmatische Formulierung gelten kann:

„Von der stummen zur sprechenden Medizin“ (Paul Lüth 1974/1986)

Wie schon im Überblick über die internationale Forschung deutlich wurde (§ 2), ist spätestens seit den 70iger Jahren ein historischer Wandel eingetreten, der das Gespräch zwischen Arzt und Patient ins Zentrum ihrer Begegnung rückt. Mit diesem Fokuswechsel war zugleich eine Veränderung der traditionellen, paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung verbunden: Hier sollte das Pendel zunächst von einer extrem arzt-zentrierten zu einer extrem patienten-zentrierten Medizin ausschlagen. Dass sich mit dieser dichotomischen Unterscheidung, nach der entweder bloß der Arzt oder bloß der Patient im Zentrum steht, das Entwicklungspotential keineswegs erschöpft, soll im folgenden Überblick kritisch dargestellt werden. Dabei soll in einer „dialogzentrierten Medizin“ ausgewiesen werden, dass sowohl Arzt als auch Patient gesprächsweise „zu ihrem Recht“ kommen können, ohne dass die Unterschiede ihrer sozialen Rollen und die *Komplementarität* ihrer Beziehung (durchaus im obigen Sinn von Watzlawick et al. 1969/2011) verleugnet werden müssten. Vielmehr geht es um den Nachweis, dass Arzt und Patient zu gemeinsam ausgehandelten Zwecken eine *partnerschaftliche Kooperation* eingehen, die sie idealerweise nach denselben kommunikativen Prinzipien der Verständigung gestalten, deren Geltung für unser aller Kommunikation schon (mit Grice, Habermas u.a.) vorausgehend (§ 7.3) herausgearbeitet worden ist. Ihre spezifische Geltung für die Arzt-Patient-Kommunikation soll im Rahmen einer angewandten Diskursethik hier weiter begründet und in späteren Kapiteln dieses Lehrbuchs auch empirisch weiter ausgeführt werden.

7.5.1 Philosophie des Dialogs und dialogisches Prinzip

Wenn wir bei der ärztlichen Gesprächsführung wie selbstverständlich den Ausdruck „Gesprächsführung“ benutzen, scheint darin schon eine *Paradoxie* enthalten, weil *Gespräch* und *Führung* unvereinbar scheinen.

Gespräch und Führung

Diese Paradoxie scheint auflösbar, wenn wir unsere traditionellen Vorstellungen von Gesprächsführung revidieren. So hat Gadamer als Möglichkeit auch zwischen Arzt und Patient die „Verwicklung“ in ein Ge-

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

sprach betont (Box 7.22), wie es uns „auch sonst im Zusammenleben“ bekannt ist.

Box 7.22 „Ins-Gespräch-Geraten“

Im Wort „Gespräch“ liegt bereits, daß man zu jemandem spricht, der einem antwortet (...) Alle Formen des Gebrauchs von Sprache sind Modifikationen von Gespräch oder leichte Gewichtsverlagerungen im Spiel von Frage und Antwort. Da gibt es die Einladung zum Gespräch und das Ins-Gespräch-Geraten, so daß es fast so aussieht, als ob das Gespräch hier der Aktive, der Täter wäre, der beide Seiten in sich verwickelt (...)

So ist es das Gespräch, das in der Spannungssituation zwischen Patient und Arzt hilfreich werden kann. Doch gelingt dieses Gespräch eigentlich erst, wenn es fast genau so ist wie das, was wir auch sonst im Zusammenleben kennen, nämlich daß man in ein Gespräch gerät, das eigentlich keiner führt, sondern das uns alle führt. Auch für diese Art des Gesprächs des Arztes mit dem Patienten bleibt das am Ende richtig.

Gadamer 1993: 161f und 172

Wenn bei dieser „Verwicklung“ in ein Gespräch die Urheberschaft nicht mehr auf den einen oder anderen Partner eindeutig zugeschrieben werden kann, stellt sich die Frage nach der *Kunst der ärztlichen Gesprächsführung* auf eine Weise, nach der die traditionelle Gesprächsführungsrolle durch den Arzt aufzuheben oder doch stark zu modifizieren ist. Gerade die anfängliche Zurücknahme der ärztlichen Gesprächsführung, wie sie seit den behandlungstechnischen Schriften von Freud (1912/1913) spezifisch für das psychotherapeutische Gespräch gilt (Thomä, Kächele 1989, Koerfer, Neumann 1982, Lang 2000), ist besonders zu Gesprächsbeginn in moderater Form für das Arzt-Patient-Gespräch überhaupt zu verallgemeinern. Gleichwohl bleiben die Unterschiede der Beteiligungsrollen zwischen Arzt und Patient auch dann bestehen, wenn sich der Arzt in seiner traditionellen Gesprächsführungsrolle weitgehend zurücknimmt. Bei der konkreten Ausformulierung der Kunst der ärztlichen Gesprächsführung (§ 17) wird es erneut um die Frage der (A)*Symmetrie* im Gespräch gehen, die hier vorausgehend weiter differenziert werden soll.

Auf den ersten Blick scheint eine *egalitäre/symmetrische* Partizipation der Gesprächspartner erschwert, wenn einer von ihnen für sich die Rolle der *Gesprächsführung* beansprucht und ausübt. Dies träfe mehr oder weniger für die ärztliche Gesprächsführung zu, wie sie traditionell von der Arztseite wahrgenommen wird. Wie zu zeigen ist, sollte die in

anerkannter Weise *zugeschriebene* Rolle der ärztlichen Gesprächsführung so ausgeübt werden, dass beide Gesprächspartner zu „ihrem Recht kommen“ können. Allein für dieses Recht zu „sorgen“, fällt wesentlich in die Gesprächskompetenz des Arztes, dem schon von daher eine Hauptverantwortung für den weiteren Gesprächsverlauf zufällt.

Das „echte“ Gespräch

Das Problem der (A)Symmetrie stellt sich nicht nur für die Arzt-Patient-Kommunikation, sondern gilt für institutionelle und nicht-institutionelle Kommunikation in gleicher Weise, solange wir uns als „echte“ Gesprächspartner begegnen und als solche ernst nehmen wollen, die an einer kommunikativen Verständigung (etwa auf ein gemeinsam zu lösendes Problem) interessiert sind. Mögen unsere (sozialen, kognitiven, kulturellen usw.) Teilnahmevoraussetzungen für ein Gespräch noch so unterschiedlich sein, so sollten wir uns in einem „echten“ Gespräch als Gleiche unter Gleichen begegnen.

Zur nachhaltigen Überwindung von *Asymmetrien* (welcher Art auch immer)(s.u.) sollte ein „dialogisches Prinzip“ zur Anwendung kommen, wie es in bestimmten Traditionen der „Philosophie des Dialogs“ (Martin Buber, Viktor von Weizsäcker, Gabriel Marcel, Emmanuel Levinas, Peter Kampits u.a.) oder einer *hermeneutischen Gesprächsphilosophie* (Hans-Georg Gadamer, Hermann Lang) oder der *kommunikationsphilosophischen Diskursethik* (Karl-Otto Apel, Jürgen Habermas, Matthias Kettner) hochgehalten wird (§ 7.3, 10). Danach sind (bestimmte Typen „echter“) Gespräche möglichst „unvoreingenommen“ und möglichst lange „ergebnisoffen“ zu führen, wie dies Martin Buber in der ihm eigenen Sprache (Box 7.23) so pointiert beschrieben hat.

Box 7.23 „Ein echtes Gespräch kann man nicht vordisponieren“

Jeder aber muss entschlossen sein, sich nicht zu entziehen, wenn es etwa dem Gang des Gesprächs nach an ihm sein wird zu sagen, was eben er zu sagen hat. Wobei natürlich keiner von vornherein wissen kann, was das etwa sein wird: ein echtes Gespräch kann man nicht vordisponieren. Es hat zwar seine Grundordnung von Anbeginn in sich, aber nichts kann angeordnet werden (...) Auch dies jedoch ist selbstverständlich, daß alle Teilnehmer, ohne Ausnahme, so beschaffen sein müssen, dass sie den Voraussetzungen des echten Gesprächs zu genügen fähig und bereit

sind. Die Echtheit ist schon in Frage gestellt, wenn ein noch so geringer Teil der Anwesenden von sich und von den anderen als solche empfunden werden, denen keine aktive Beteiligung zgedacht ist.

Buber 1954/1986: 296

Was hier bereits für das Mehr-Personen-Gespräch verallgemeinert wird, ist nach Buber zunächst im *Zwiesgespräch* wesentlich, so wie es etwa auch zwischen Arzt und Patient geführt wird. Ein „echtes“ Gespräch auch zwischen Arzt und Patient nicht „vordisponieren“ zu können, heißt dann: Zwar mag der „gute“ Arzt sich auf das Gespräch „gut“ vorbereitet haben, in das er - soweit möglich - konkret seine „gute“ Aktenkenntnis und allgemein seine „gute“ Fachkompetenz mit seinem nosologischen Wissen über das Krankheitsbild ebenso mitbringt wie seine strukturierte Professionserfahrung über typische Patientenreaktionen (§ 3, 6). Aber trotz aller professionellen Kompetenzen im Umgang mit typischen Krankengeschichten kennt der Arzt eben nicht die einschlägigen biographischen „Daten“ und Lebenseinstellungen dieses individuellen Patienten mit seinen ganz persönlichen Präferenzen (Erwartungen, Hoffnungen, Befürchtungen, Vorlieben usw.). Umgekehrt sind die Präferenzen des Patienten diesem selbst oft nicht von vornherein „klar und deutlich“, das heißt auch nicht zu Gesprächsbeginn schon „abfragbar“, sondern sie werden erst im Gespräch mit dem Arzt präzisiert oder überhaupt erst entwickelt, weil die Situation für den Patienten „völlig neu“ sein kann.

Möglicherweise werden die zunächst geäußerten Präferenzen gerade im und durch das Gespräch mit dem Arzt wieder korrigiert, modifiziert oder gänzlich revidiert usw., das heißt der Arzt sollte sich der Nachhaltigkeit von Entscheidungen solange wie irgend möglich vergewissern (§ 10), was noch an Beispielen (§ 22) zu illustrieren ist.

Hier jedenfalls soll zunächst festgehalten werden, dass der Arzt keineswegs (etwa aus Gründen der Ökonomie) den „erstbesten“ Patientenbekundungen folgen darf, auch wenn sie ihm selbst qua Arztpräferenz schon „ins eigene Konzept passen“ sollten. Gerade bei sogenannten schwerwiegenden Diagnosen (§ 16, 38), etwa bei lebensbedrohlichen Erkrankungen, deren Behandlung bei ungewissem Erfolg bestimmte Risiken (Komplikationen, Tod) oder Belastungen (Chemotherapie) mit sich bringen kann, wird der Arzt im individuellen Einzelfall den mutmaßlichen Willen (Wunsch, Entschluss) des Patienten nicht antizipieren, sondern nur *gesprächsweise* explorieren können. Wollen beide zu einem

Entscheidungsergebnis kommen, das über den Tag hinaus Bestand haben soll und nicht schon morgen bereut werden muss, müssen sie in einen Aushandlungsprozess über das Für und Wider mit zunächst offenem Ausgang treten, der erst nach einer wechselseitig so erlebten „Sättigung“ der Entscheidungsfindung als Prozess abgeschlossen werden kann.

Wie schon im Anamnesegespräch, in dem die narrative Selbstexploration des Patienten gefördert werden soll (§ 9), ist auch im zweiten Teil der Konsultation, dessen Erforschung lange „vernachlässigt“ wurde (Elwyn et al. 1999), eine helfende Beteiligungsrolle des Arztes in Hebammenfunktion gefragt, die weniger mit „Anordnung“ oder „Verordnung“ als vielmehr mit „Aushandlung“ zu tun hat (§ 10). Wie unter diesem Aspekt noch auszuführen ist, geht es nicht um die Herstellung von *Compliance* „um jeden Preis“, die immer nur einseitig vom „therapieuntreuen“ Patienten verletzt werden kann, sondern um *Concordance* („Eintracht“, „Übereinstimmung“) (§ 10), bei der beide Partner die Verantwortung für die gemeinsam getroffene Entscheidung tragen (Weiss, Britten 2003, Pollock 2005, Koerfer et al. 2008, Koerfer, Albus 2015). Sollte sich diese Entscheidung nicht bewähren, müssen Arzt und Patient - wenn dies von der Sache her (noch) möglich ist - erneut in einen *dialogischen*, d.h. auch *ergebnisoffenen Aushandlungsprozess* treten, in dem sich die *Machtfrage* (§ 7.5.3) erst gar nicht oder anders stellt als in traditionellen Beziehungsgestaltungen.

Bei der Frage nach der Macht ist zugleich eine Klärung des Begriffs der (A)Symmetrie notwendig, der recht unterschiedlich benutzt werden kann (§ 7.5.3, 10.6). Hier soll im Rahmen einer angewandten Diskursethik eine *dialogische* Symmetrie begründet werden, mit der das skizzierte dialogische Prinzip trotz möglicher Einschränkungen auch für die Arzt-Patient-Kommunikation geltend gemacht wird. Diese hat in einer mehr als 40jährigen Entwicklungsgeschichte mehrfach einen Wandel durchgemacht, was hier vorweg in einem kurzen historischen Überblick skizziert werden soll, der zugleich den Wandel in der Erforschung des (A)Symmetrieproblems betrifft.

7.5.2 Von der arztzentrierten zur dialogzentrierten Medizin

Der Paradigmenwechsel von einer *biotechnischen* zur *biopsychosozialen* Medizin, wie er vorausgehend vor allem mit George Engel (1977/1988, 1997) und Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack (1991, 2011) be-

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

gründet wurde, erfordert zugleich eine andere Art der Beziehungsgestaltung und ärztlichen Kommunikation mit dem Patienten. Wie dies an anderer Stelle weiter ausgeführt wurde, ist das biospsychosoziale Modell nicht nur ein Erkenntnis- und Behandlungsmodell, sondern zugleich ein Beziehungs- und Kommunikationsmodell (Koerfer et al. 1994, 2008, 2010). Der Fokus der Erkenntnis und Behandlung beschränkt sich nicht länger bloß gegenständlich auf spezifische Krankheiten („disease“), sondern richtet sich auf die erkrankte Person selbst, mit all ihrem subjektiven Krankheitserleben („illness“) (Levenstein et al. 1989, Barbour 1995/2013, Ishikawa et al. 2013). Mit diesem Fokuswechsel erweist sich die traditionelle ärztliche Gesprächsführung in vielfacher Hinsicht als ineffektiv.

Das gegenüber der traditionellen Biomedizin erheblich erweiterte, *biopsychosoziale* Themenspektrum kann entsprechend nicht länger mit der traditionellen, interrogativen Anamneseerhebung exploriert werden, sondern verlangt einen anderen, stärker *narrativen* Zugang zum Patienten: Dessen Lebens- und Leidensgeschichte kann nicht bloß erfragt werden, sondern der Patient muss als Erzähler aktiv und am Stück erzählend zu Wort kommen, dem der Arzt entsprechend aktiv zuhören muss (§ 9, 19) (Smith, Hoppe 1991, Koerfer et al. 2000, 2010, Epstein 2013). Dies gilt auch für die Exploration der *subjektiven* Patienteneinstellungen (§ 10, 21) gegenüber möglichen Behandlungsoptionen.

Die in diesem Zusammenhang relevanten persönlichen *Lebenswerte* und *Präferenzen* des Patienten können ebenso nicht einfach in einem interrogativen Interviewstil als gegeben abgefragt werden, sondern sie müssen oft erst im Dialog mit dem Arzt aktiv entwickelt und gegebenenfalls je nach Krankheitsverlauf gesprächsweise überprüft und korrigiert werden (§ 8, 10). Dazu bedarf es jeweils einer spezifischen Art der ärztlichen Gesprächsführung, bei der Gespräch und Führung kein Widerspruch sind.

Wie noch herauszuarbeiten sein wird (bes. § 9, 10), greift deswegen auch ein bloßer Perspektiven-Wechsel von der traditionellen, rein *arztzentrierten* Perspektive hin zu einer rein *patientenzentrierten* Perspektive zu kurz, zumal wenn diese Unterscheidung als Dichotomie aufgefasst wird. In einem aktuellen historischen Rückblick hat Beach (2013: 5) vier Entwicklungsstadien der Medizin in den letzten Jahrzehnten folgendermaßen in einer chronologischen Darstellung resümiert (Abb. 7.6), die hier um exemplarische Literatur sowie eine fünfte Entwicklungsstufe ergänzt werden soll.

	Entwicklungsstadien der Medizin		Exemplarische Literatur
1	Doctor-/Disease-Centered	↓	Traditionelle Medizin (vor und auch nach Balint (1964), Engel (1977) und anderen praktiziert)
2	Patient-/Illness-Centered		Balint 1964, Byrne, Long 1976, Engel 1977, Levenstein et al. 1989, von Uexküll, Wesiack 1991
3	Relationship-Centered		Tresolini et al. 1994, Mead, Bower 2000, MC Beach et al. 2006, Rider, Keefer 2006, Kenny et al. 2010, Miller et al. 2010
4	Interactionally Enacted Care		Beach, Dixon 2001, Robinson 2003, Beach, Mandelbaum 2005, Beach 2013
5	Dialogue-Centered & Biopsychosocial-Centered		Kampits 1996, Engel 1997, Anderson 1999, Roter 2000, Olesen 2004, Koerfer et al. 1994, 2008a,b, Collins, Street 2009, Walseth, Schei 2011, Richard, Lussier 2014

Abb. 7.6: Entwicklungsstadien ergänzt und mod. n. Beach (2013)

Eine solche chronologische Entwicklungsfolge und Einteilung in Reformphasen kann natürlich nur als eine idealtypische Darstellung gelten, die den teils parallel, konkurrierend oder auch widersprüchlich verlaufenden Entwicklungen in der Theorie und Praxis ärztlicher Konsultationen nur bedingt Rechnung tragen kann. Die Gleichzeitigkeit oder gar Gegenläufigkeit von Entwicklungstendenzen erhellt bereits aus der zeitlichen Überschneidung von Literatur (z.B. Anfang der 90er). Zunächst ist vor allem zu berücksichtigen, dass es sich um *vorherrschende* Tendenzen handelt, was eben auch nicht ausschließt, dass es etwa schon vor Balint (1964) *patientenzentrierte* Ansätze in der Medizin gegeben hat, die die Subjektivität der erkrankten Person in den Mittelpunkt der medizinischen Theorie und Versorgung stellte (z.B. Viktor von Weizsäcker). Für spezifische Entwicklungen und „Klassiker“ einer *psychosomatischen* Medizin und Psychotherapie sei exemplarisch auf die

knappen Überblicke von Hoffmann et al. (1999) und Bertram (2013) verwiesen.

Für den ersten Tendenz-Wandel, der nicht nur durch Balints wegweisendes Buch („Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“) (1964/1988), sondern vor allem mit der empirischen Erforschung (aufgezeichneter) Arzt-Patient-Kommunikation eingeleitet wurde (§ 2), war es historisch zunächst durchaus verständlich, dass das Pendel zu Beginn der Debatte um die Notwendigkeit einer Reform der (Ausbildung in der) Medizin von einem Extrem der *arztzentrierten* zum anderen Extrem einer *patientenzentrierten* Medizin ausschlagen musste, in der vor allem die Anliegen, Präferenzen und Rechte von Patienten berücksichtigt werden sollten. Hier ging es in einer ersten Reformphase wesentlich um die Stärkung der *Patientenautonomie*, hinter der die Kompetenz, Autorität und Autonomie des Arztes möglichst zurückstehen sollte. Hier bestand das Risiko, dass der Autonomiegewinn beim Patienten zu einem Autonomieverlust beim Arzt führen könnte (von Uxküll 1993). Wie wir noch (in § 10) sehen werden, kann gerade bei der medizinischen Entscheidungsfindung das Pendel in eine extreme Richtung ausschlagen, in der der Patient als „König Kunde“ überhöht und die Arztrolle auf reine *Dienstleistungsfunktionen* reduziert wird - eine Entwicklung, die keineswegs immer zum Vorteil des Patienten sein muss.

Um die bloße Dichotomie von arztzentrierter versus patientenzentrierter Medizin zu überwinden, hat sich dann ein „beziehungszentrierter“ Ansatz ausgebildet (Tresolini et al. 1994, Beach et al. 2006, Kenny et al. 2010, Miller et al. 2010), der sich dann als „interaktionszentrierter“ Ansatz der Versorgung (im obigen Sinne von Beach) fortentwickelt hat. Gegenüber Beach (2013) sind allerdings die folgenden drei Modifikationen angebracht, um hier möglichen Missverständnissen vorzubeugen:

1. Sofern die Unterscheidungen von „disease“ und „illness“ als konträre Gegensätze aufgefasst werden, sollte diese Dichotomie in einer *biopsychosozialen* Medizin (§ 4) aufgehoben werden. Dass der „Dialog“ für eine biopsychosoziale Medizin die „passende“ Kommunikationsform ist, war einleitend (§ 1) schon mit George Engel für alle Phasen der ärztlichen Konsultation begründet worden, deren Handlungsmuster und Therapieziele noch (in § 8) weiter ausdifferenziert werden.
2. Beziehungs- und interaktionszentrierte Ansätze sollten sich nicht unbedingt ausschließen, sondern können sich ergänzen. Sie sind

insofern als zwei Seiten derselben Medaille aufzufassen, als (Typen von) *Beziehungen* durch (Typen von) *Interaktion* konstituiert werden und *vice versa*. So konstituiert und stabilisiert eine *interrogative* Gesprächsführung eine eher *paternalistische* Beziehung, während eine *narrative* Gesprächsführung eher mit einer *partnerschaftlichen* Beziehung korrespondiert (§ 9, 10).

3. Da schließlich die Interaktion zwischen Arzt und Patient zunächst nur wesentlich *gesprächsweise* realisiert werden kann, soll der interaktive Ansatz hier spezifischer als „dialogzentrierte Medizin“ (Kampits 1996, Anderson 1999, Engel 1997, Roter 2000, Olesen 2004, Koerfer et al. 2008, Walseth, Schei 2011, Richard, Lussier 2014) ausgewiesen werden, was exemplarisch insbesondere am Problem der medizinischen Entscheidungsfindung (§ 10) weiter auszuführen ist.

Stellvertretend für viele der genannten Ansätze sollen hier die programmatischen Ausführungen von Olesen (2004) (Box 7.24) zu einer *dialogzentrierten* Medizin vorangestellt werden, die auf ihre Realisierungschancen in der Gesprächspraxis zwischen Arzt und Patient zu prüfen sind.

Box 7.24 Ausbalancierte, dialogzentrierte Medizin

In conclusion, the way forward lies in accepting that a good consultation is a meeting between two different experts: the patient and the doctor. These experts should realize that they each have a unique expertise, and from this position they should build common ground for their interaction. This demands that the doctor preserves his/her professional integrity and that the two parties respect each other's positions and are, indeed, willing to interact. The tool they should use in this process is dialogue, i.e. an exchange of thoughts and ideas and a discussion staged to come to agreement on a topic (...) The time may thus have come to stop focusing on the concept of patient-centred medicine and to go for developing a concept of balanced, dialogue-centred medicine.

Olesen 2004: 194

Wie diese Balance in einer *dialogzentrierten* Medizin bei aller Asymmetrie zwischen den augenscheinlich „ungleichen“ Partnern, die jedoch auf ihre Weise gleichermaßen „Experten“ (unterschiedlichen Typs) sind, dennoch hergestellt werden kann, wird uns im Laufe des Lehrbuch in

seinen theoretischen wie praktischen Teilen durchgängig beschäftigen. Hierzu sollen vorweg verschiedene Begriffe der (A)Symmetrie und ihre empirischen Nutzungsmöglichkeiten im Rahmen einer angewandten Diskursethik erörtert werden.

7.5.3 Dialogische Symmetrie und Diskursethik

Die kontinuierliche Anwendung des *dialogischen Prinzips*, wie es vorausgehend vorgestellt wurde (§ 7.5.1), soll im Weiteren gerade auch für das Arzt-Patient-Gespräch geltend gemacht werden, obwohl die in der Forschung oft betonte *Asymmetrie* zwischen den (ungleichen) Gesprächspartnern dem entgegenzustehen scheint. So beginnt etwa ten Have (1991) seine frühe Untersuchung zur Asymmetrie in der Arzt-Patient-Kommunikation mit folgender Einleitung (Box 7.25) zum Forschungsstand:

Box 7.25 Asymmetrie als „sozialer Fakt“ von Rollen („leader“-„follower“)

The idea that interaction between physicians and their patients is asymmetrical is widely shared among both participants and observers of medical encounters. It is assumed as a “social fact“ that the roles of doctors and patients differ, and that this difference corresponds to that of leaders and followers. This “fact“ has been explained in various ways by contributors to medical sociology, whether causally or functional (...)

ten Have 1991/2013: 149

Schon bei ten Have, auf den wir deswegen nochmals zurückkommen werden, zeichnet sich spätestens in den 90er Jahren ein Perspektivenwechsel in der empirischen Kommunikationsforschung ab, bei dem sich der Fokus auf die Frage richtet, ob und wie denn dieser augenscheinlich „soziale Fakt“ der Asymmetrie in der institutionellen Rollen-Beziehung der beiden Akteure in der *Gesprächspraxis* auch „faktisch“ so „ausagiert“ (*enacted*) wird, wie dies mit der traditionellen „Führungsrolle“ des Arztes und der „Gefolgschaftsrolle“ des Patienten unterstellt wird.

Der bereits früh postulierte Wechsel von der *arzt-* zur *patientenzentrierten* Medizin ließ Zweifel aufkommen, ob denn die „Wirklichkeit“ der Gesprächspraxis mit den traditionellen Beschreibungs- und Analysekategorien überhaupt zureichend erfasst werden könnte. Dass die

Entwicklung nicht mit dem bloßen Wechsel von einer extrem *arzt-* zu einer extrem *patientenzentrierten* Medizin stehen blieb, ist in einem historischen Überblick (§ 7.5.2) schon umrissen worden, der zugleich die Notwendigkeit einer Revision von Untersuchungskategorien und -methoden in der Kommunikationsforschung offenbarte, wie dies vorausgehend (§ 2, 3) bereits nahegelegt wurde. Hier ist zunächst eine Klärung des Begriffs der *Asymmetrie* notwendig, der recht unterschiedlich benutzt werden kann.

Institutionelle Asymmetrie und Rollenkomplementarität

Die wesentliche Unterscheidung auch im Vergleich zur Alltagskommunikation (*conversation*) wird oft mit dem Begriff der *institutional asymmetry* erfasst (z. B. Roberts 2000/2013). Danach korrespondiert auch die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient mit der Asymmetrie, wie sie für eine Reihe von spezifischen *institutionellen* Gesprächstypen geltend gemacht werden, die sich unter anderem dadurch auszeichnen, dass sich die Gesprächspartner als *Experten* und *Laien* und dadurch schon mit einer *Wissensasymmetrie* begegnen (Lakoff 1980, Mishler 1984, Herzka 1990, ten Have 1991/2013, Drew 1991/2012, Maynard 1991, Koerfer 1994, Brock, Meer 2004, Koerfer et al. 2005, 2008, Peters 2008, Meer 2011, Pilnick, Dingwall 2011, Brünner 2005, Groß 2015, Peters 2015, Weiste et al. 2016). Sicherlich kann und soll diese (Art der) Asymmetrie nicht geleugnet werden, die sich schon darin manifestiert, dass etwa im Unterricht nicht das Wissen der Lehrer, sondern der Schüler gefördert und geprüft wird oder dass im Gericht der Richter den Angeklagten verurteilt (und nicht etwa umgekehrt).

Analog steht nicht eine mögliche Erkrankung des Arztes, sondern die des Patienten zur Disposition, der seine Erzählerrolle aktiv wahrzunehmen, ärztliche Fragen nach seinem Befinden zu beantworten, eine Untersuchung des Arztes zu erdulden hat usw. (und nicht umgekehrt). Diese (Art von) Asymmetrie verhindert aber in der Gesprächspraxis der beiden Akteure keineswegs die Anwendung des *dialogischen Prinzips*, das eben nicht notwendig eine in jeder Hinsicht geltende *Symmetrie* (aller möglichen Beteiligungsrollen der Akteure) voraussetzt, sondern lediglich eine *dialogische* Symmetrie verlangt. Diese dialogische Symmetrie sollte insbesondere an „kritischen“ Entwicklungspunkten im Gespräch gelten, in denen es etwa auf eine „eigenständige“ Meinungsbil-

dung auch des Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung besonders ankommt.

Funktionale und dysfunktionale Asymmetrie

Die allgemein postulierte *Partizipation* des Patienten kann eben nicht an einem *naiven* Symmetriekonzept bemessen werden, das eine „Halbierung der Macht“ im Sinne einer „hälftigen Teilhabe“ beider Gesprächspartner am Gespräch insgesamt (50 % Redeanteil) sowie an allen (Typen von) Äußerungen (Hörerrückmeldungen, Sprechhandlungen usw.) unterstellt. Ein bloß „halber Anteil“ am Gespräch sowie allen (Typen von) Feststellungen, Erzählungen und Rückmeldungen, Fragen, Antworten, Einwänden usw. käme einer *Pseudo-Symmetrie* gleich, die kommunikative Chancengleichheit mit Gleichmacherei der *Dialogrollen* der Gesprächspartner verwechseln würde.¹³ Wie noch zu zeigen sein wird, geht es vielmehr um symmetrische Chancen in der Wahl von Kommunikationsthemen und -zwecken und der für diese Wahl notwendigen Kommunikationsmittel bei der *Wortergreifung* und im Gebrauch von *Sprechhandlungen* (Fragen, Antworten, Einwände usw.), über die alle Teilnehmer grundsätzlich frei nach ihrer *Relevanzsetzung* von Themen verfügen können, zu deren *transparenter* Aushandlung und Klärung sie die Kooperation des Dialogpartners suchen.¹⁴

Gegenüber einem *naiven* Symmetriebegriff ist aus diskursethischer Perspektive eine *dysfunktionale* von einer *funktionalen* Asymmetrie zwischen Arzt und Patient zu unterscheiden, die mit der Unterscheidung von *strategischem* und *kommunikativem* Handeln korrespondiert, wie dies vorausgehend (§ 7.3.4) ausgeführt wurde (Habermas 1971, 1981, Westphale, Köhle 1982, Siegrist 1982, Koerfer, Neumann 1982, Koerfer,

¹³ Wenn nicht anders gekennzeichnet, verwenden wir hier und im Folgenden „Dialogrolle“ als Oberbegriff für alle möglichen kommunikativen Aktivitäten; vgl. jedoch an anderer Stelle die Unterscheidungen von *sozialen Rollen* (etwa von Lehrer-Schüler, Arzt-Patient), *Handlungsrollen* oder *Interaktionsrollen* (wie Fragen-Antworten, Vorwerfen-Rechtfertigen) und *Dialogrollen* im engeren Sinne (Sprecher-Hörer), dazu Koerfer 1979, Koerfer, Zeck 1986, Koerfer et al. 1994, 2005, Koerfer 2013.

¹⁴ Es sollte im institutionellen Zusammenhang einer ärztlichen Sprechstunde nicht nochmal eigens die „Asymmetrie“ betont werden müssen, dass „normalerweise“ nicht die Erkrankungen, Eheprobleme, Urlaube der Ärzte zum Thema gemacht werden (können), obwohl auch das einige Patienten gelegentlich „schaffen“, wie unser Material offenbart.

Zeck 1983, Koerfer 1994/2013). Dass ein Patient erzählt und der Arzt mehr oder weniger aktiv zuhört, ist eine *funktionale* Asymmetrie, wohingegen die ständige Unterbrechung des Arztes ein Beispiel für *dysfunktionale* Asymmetrie wäre, weil der Patient in seinem Rederecht unverhältnismäßig beschränkt würde, ähnlich wie bei einem „Verhörgespräch“.¹⁵

Hier wäre die für die *dialogische* Symmetrie konstitutive *Rederechts-symmetrie* nicht wegen einzelner spontaner Unterbrechungen, die durchaus dialogfördernd sein können, sondern wegen ihrer Häufung und Regelmäßigkeit verletzt, mit der ein Arzt den Patienten in seiner Weiterrede systematisch hindert. Bei diesem „autoritären“ Typus von „Unterbrechung“, der zudem häufig mit einem Themenwechsel verbunden ist (§ 19, 24), bedienen sich Ärzte derselben (alltäglichen) Kommunikationsmittel, die auch sonst eingesetzt werden, wenn im Sinne *strategischen* Handelns ein Gesprächspartner „verstummen“ oder „mundtot“ gemacht werden soll. Diese Art des *strategischen* Handelns soll uns noch bei der Begründung und Beschreibung eines *dialogischen* Rückmeldemodell interessieren (§ 17, 19, 20), das beim ärztlichen Handeln in spezifischer Weise zur Anwendung kommt.

Auch in einer ärztlichen Sprechstunde sind prinzipiell beide Handlungstypen möglich, die (oben mit Habermas) als *strategisches* und *kommunikatives* Handeln unterschieden wurden und mit der Unterscheidung von funktionaler und dysfunktionaler Asymmetrie korrespondieren: Während sich bei einer *dysfunktionalen* Asymmetrie einer oder mehrere Handelnde mehr oder weniger offen auf den *Machtstandpunkt* stellen, von dem aus sie sich ganz auf *strategisches* Handeln (mit Täuschen, Bagatellisieren, Überreden, Einschüchtern usw.) verlegen, lassen sich die Gesprächspartner bei einer *funktionalen* Asymmetrie im Wesentlichen von *kommunikativem* Handeln zum Zwecke der *Verständigung* leiten, bei der etwa mögliche Wissensunterschiede (zwischen Lehrern und Schülern, Politikern und Bürgern, Ärzten und Patienten) produktiv zu einem Wissenstransfer genutzt werden können, um gemeinsam als Probleme erkannte und *transparent ausgehandelte* Themen zu bearbeiten.

15 Wie wir sehen werden, ist eine „Verhörgespräch“ keineswegs ein Sonderfall etwa bei einer polizeilichen Vernehmung eines Tatverdächtigen, sondern kann auch in der ärztlichen Sprechstunde so wahrgenommen werden, was an empirischen Beispielen (bes. § 19) noch aufzuzeigen ist.

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

Funktionale Asymmetrie bedeutet dann, dass die Gesprächspartner „ein Gespräch führen“, an dem sie entsprechend ihrer *Dialogrolle* etwa als *Fragende* und *Antwortende*, *Erzähler* und *Zuhörer* unterschiedlich beteiligt sind. Nehmen sie ihre Dialogrollen *kommunikativ* und nicht *strategisch* handelnd wahr, ist die Frage nach der *Dominanz* oder *Kontrolle* oft müßig.

Dominanz und Kontrolle

Bei prinzipiellen Annahmen zur (A)*Symmetrie* in Gesprächen, die auf dichotomischen Unterscheidungen beruhen, nach denen die (Verteilung der) Dominanz und Kontrolle auf bestimmte (Typen von) Teilnehmern klar und unstrittig scheint, besteht die Gefahr der Verstrickung in *Paradoxien* (Koerfer, Neumann 1982, Fehlenberg 1987, Koerfer et al. 1994, 2005, Koerfer, Albus 2015). Im weiteren Gang des Lehrbuchs soll weiter begründet und an empirischen Beispielen ausgeführt werden, was hier nur mit wenigen lose formulierten Fragen zur (Verteilung der) Macht in bestimmten Typen von Gesprächen exemplarisch illustriert werden soll (Box 7.26), um das Forschungsspektrum aufzuzeigen:

Box 7.26 Machtfragen

- Ist der Sprecher mächtiger als der Hörer?
- Liegt die Macht bei dem, der (als Patient) viel erzählt, oder bei dem, der (im Sinne Freuds 1913: 194) viel „erzählen lässt“?
- Ist der Fragende mächtiger als der Antwortende oder ist es (je nach Situation) genau umgekehrt?
- Ist der Antwortende weniger mächtig als der Antwortverweigerer?
- Ist der „Vielredner“ mächtiger als der „Schweiger“?
- Wem „gehört“ das „betretene“ Schweigen, wer „leidet“ mehr darunter, wer kann/muss es (aus welchen Gründen) beenden, und was sagt das über die Machtfrage?
- Wie ist die Macht verteilt, wenn der eine Partner die Themen (Symptome, Beschwerden, Anliegen usw.) initiiert, und der andere diese weiter exploriert, modifiziert, klassifiziert usw.?
- Wer kann eher das Thema, wer die Zeit und den Ort bestimmen oder wer den Partner überhaupt wechseln, und wie beantwortet das jeweils die Machtfrage usw.?

Die Machtfrage stellt sich in vielen *institutionellen* wie nicht *institutionellen* Gesprächen oft auf komplexe und spezifische Weise, bei der beide Gesprächspartner sozialen Regeln (Gesetzen, Ritualen, Konventionen) unterworfen sind, denen sie sich nicht einfach entziehen können, sondern eben mehr oder weniger unterwerfen müssen (Koerfer 1994/2013). Das gilt bereits für den relativ harmlosen Fall des (als *smalltalk* intendierten) Gesprächs über den Gartenzaun mit dem Nachbarn, der die harmlose Frage nach der Rosenpracht zur Belehrung über seine Rosenzucht nutzt, der wir uns der Nachbarschaftspflege wegen nicht zu entziehen trauen.

Dies gilt ebenso für den Umgang mit „wissbegierigen“ Kindern, die ihre Eltern mit ihrem typischen *Warum*-Fragen „in Verlegenheit“ oder gar „zur Verzweiflung bringen“ können, obwohl man prinzipiell das Neugierverhalten seiner Kinder zu fördern sucht. Auch wenn Lehrende in Schule und Hochschule die kritische Einstellung der Lernenden zwar grundsätzlich zu schätzen wissen, so fürchten sie doch oft auch um „ihren“ Lehrplan, der durch allzu „kritisches“ Nachfragen und Hinterfragen ebenso gefährdet werden könnte wie durch mangelnde Beteiligung oder gar eine „Unterrichtsverweigerung“, die durchaus auch „strategisch“ als „Unterrichtsboykott“ intendiert sein kann.

Auch in der Sprechstunde und Visite stellt sich die „Machtfrage“ oft komplexer dar, als es den „Anschein“ hat. Dies wird etwa in ärztlichen Fortbildungen (§ 15) deutlich, wenn Ärztinnen und Ärzte dort ihrerseits über sogenannte „schwierige“ Patientinnen und Patienten (§ 34) „klagen“, die ihnen im Gespräch „das Leben schwer machen“, indem sie sich gegenüber ärztlichen Gesprächs- und Behandlungsangeboten „verschließen“ oder „verweigern“ oder aber ihre eigenen Forderungen „lautstark“ und „weit ausholend“ vor und im Behandlungszimmer „einklagen“, so dass schon die Terminplanung „durcheinander“ zu geraten droht usw.

Unabhängig von der „Qualität“ von Gesprächen kann nicht einmal die „Quantität“ bei der Gesprächsbeteiligung als einfaches oder klares „Maß der Macht“ genommen werden, wie wir dies bei der *Evaluation* von Arzt-Patient-Kommunikation noch sehen werden (§ 40-43). Dass es sich hierbei um komplexe Fragen nach der Macht vor, während und nach dem Gespräch handelt, wird bereits an einem Spezialfall therapeutischer Gespräche deutlich (Koerfer, Neumann 1982), nämlich dem psychoanalytischen Gespräch, das nach Robin Lakoff (1980) (Box 7.27) durch eine spezifische *Paradoxie* gekennzeichnet ist.

Box 7.27 Paradoxie des psychotherapeutischen Gesprächs

(...) the analyst has the power to determine how the discourse shall proceed, and exercises this power by allowing it to proceed at the patient's whim. Moreover, although the analyst thus controls the discourse, he does not directly control choice of topic. He governs the inception and termination of the discourse, but not the subject-matter. Thus we are dealing with a conversational situation replete with paradox.

Lakoff 1980: 11

Obwohl das psychoanalytische Gespräch natürlich ein Spezialfall der Arzt-Patient-Kommunikation ist, wird diese von Robin Lakoff aufgezeigte Art von Paradoxie zu berücksichtigen sein, wenn es um die Klärung der Partizipation von Arzt und Patienten im Gespräch geht, die ihre jeweiligen Rededomänen durchaus haben dürfen, ohne dass das *dialogische* Prinzip und die *dialogische* Symmetrie gefährdet wäre.

Wie noch zu zeigen sein wird, sind die Verhältnisse komplexer, als dass sich die Macht- oder Kontrollfrage so beantworten ließe, dass der Sprecher den Hörer, der Fragende den Antwortenden dominiert, obwohl dieser (als Patient) möglicherweise über das relevante Wissen verfügt, das dem Fragenden fehlt, so etwa dem Arzt zu Beginn der Anamneseerhebung usw. Diese Art des Nicht-Wissens führt zu der weiteren „paradoxen“ Perspektive, dass sich Arzt und Patient in der (A)Symmetrie von *Experten* (unterschiedlichen Typen) begegnen.

(A)Symmetrie des (Nicht-)Wissens zwischen Typen von Experten

Ob angesichts der (A)Symmetrie(n) in der Partnerschaft von Arzt und Patient die „Herstellung einer gemeinsamen Wirklichkeit“ (im Sinne von von Uexkülls, Wesiack 1991, 2011) (§ 4.4, 6.4) im Einzelfall gelingt, hängt von beiden Partnern ab, die jeweils als unterschiedliche (Typen von) *Experten* kooperieren müssen, um erfolgreich sein zu können: Der Patient muss sich als Experte seines Krankheits- und Biographie-Wissens an der Kooperation beteiligen, der Arzt als Experte des professionellen Wissens seiner Zunft. Die Zusammenkunft der beiden unterschiedlichen Typen von Experten im Gespräch ist von Tuckett et al. (1985) zutreffend als „Meeting between Experts“ beschrieben worden, die sich ihre Ideen mitteilen müssen, um sie teilen zu können („sharing

ideas“). Dies ist in der Regel ein langwieriger Prozess, in dem es zu vielfältigen Verschränkungen zwischen den unterschiedlichen Wissenstypen der beiden Experten kommen muss.

In wiederkehrenden *Dialogschrauben* (im obigen Sinne von Bühler) (§ 7.2) müssen die Informationen des einen Partners notwendig auf denen des anderen in einer Weise aufbauen, in der sich beide Partner wechselseitig als Experten nutzen: der Arzt den Patienten als Experten seiner Leidensgeschichte und der Patient den Arzt als Experten seiner Heilkunst (vgl. z.B. Tuckett et al. 1985, Smith, Hoppe 1991, Koerfer et al. 1994, 2010, Koerfer, Albus 2015). Der Patient ist für den Arzt zunächst ein „unbeschriebenes Blatt“ und erst allmählich füllt sich sein Wissen über den Patienten, dem er ebenso sukzessive sein professionelles Wissen mit Bezug auf dessen individuelle Erkrankung vermitteln kann. Zunächst herrscht also eine *Symmetrie* des *Nicht-Wissens* auf beiden Seiten der Waagschale vor, bevor sich diese nach und nach füllen und ein für beide Gesprächspartner hinreichend geteiltes Wissen entstanden ist, das es dann zu vertiefen gilt, um etwa zum Zwecke der medizinischen Entscheidungsfindung neues Wissen in die jeweilige Waagschale (Abb. 7.7) zu werfen usw.

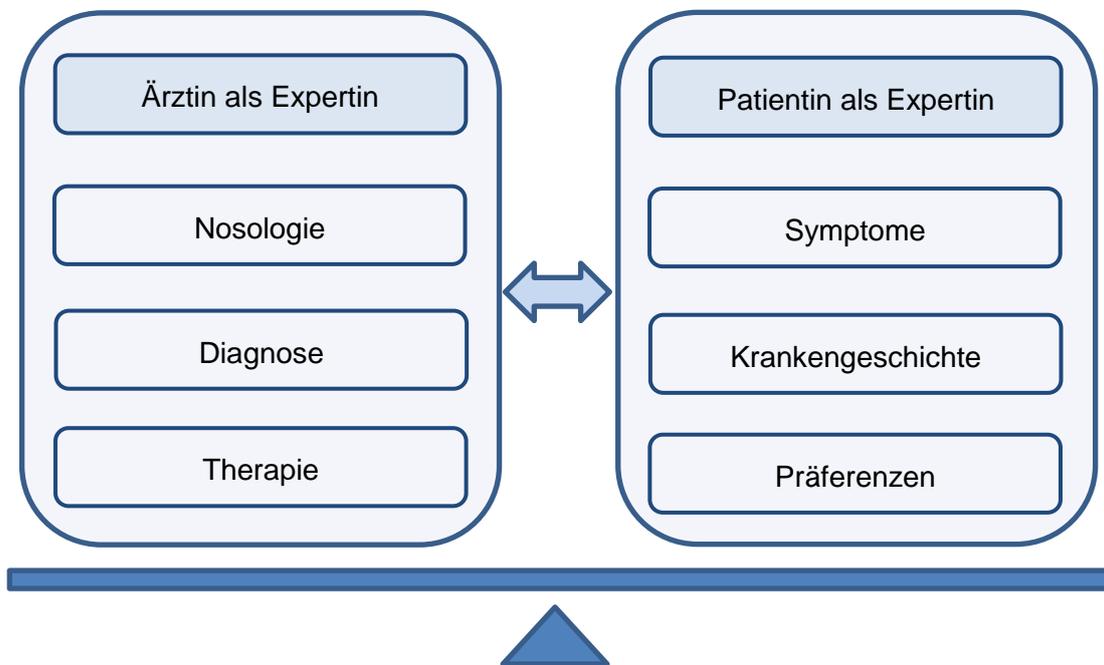


Abb. 7.7: Auf der Waagschale: (A)Symmetrie des (Nicht-)Wissens

Die spezifischen Expertenrollen verweisen auf je spezifische Symmetrie- und Asymmetrie-Verhältnisse, insofern beide Interaktionspartner

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

gleichermaßen *Wissende* und zugleich *Nicht-Wissende* sind und dies wiederum in Bezug auf verschiedene individuelle bzw. professionelle Wissensbestände, für die sie sich bis zu einem gewissen Grad erst wechselseitig kompetent machen müssen. Der *Wissenstransfer* erstreckt sich über verschiedene Gesprächsphasen (§ 8), die mit der narrativ-biographischen *Anamneseerhebung* (§ 9) zu Symptomen und Krankengeschichten beginnen und über die *Diagnosemitteilung* und *Aufklärung* bis zur *Entscheidungsfindung* fortschreiten (§ 10), in dem die evidenzbasierten Therapieoptionen mit den Patientenpräferenzen dialogisch abzugleichen sind.

Dabei sind die spezifischen kommunikativen Leistungen und Gegenleistungen in den jeweiligen Expertenrollen in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess aufeinander abzustimmen, in dem es zu einer Relevanzverschränkung etwa von Fragen und Antworten, Erzählungen und Zuhören, Erklärungen und Rück- und Verständnisfragen, Vorschlägen und Einwänden usw. kommt. Hier muss eine ausreichende Sättigung des gegenseitigen Verstehens und der Verständigung abgewartet werden, damit sich die beiden Partner nicht in Beliebigkeiten mit erstbesten Einvernehmlichkeiten verlieren, die in einen *Pseudo-Konsens* münden könnten, der einer rationalen, ergebnisoffenen Überprüfung in einem „echten“ Gespräch (im obigen Sinne von Buber) nicht standhält. Die Anwendung des *dialogischen Prinzips* soll uns im Rahmen einer angewandten Diskursethik sowohl theoretisch (§ 10) als auch in der Gesprächspraxis (§ 17-23) noch im Einzelnen beschäftigen. Hier soll lediglich eine Zwischenbilanz unter dem Gesamtaspekt gezogen werden, dass sich die beiden Experten zwar im Gespräch als gleichberechtigte Dialog-Partner „auf Augenhöhe“ begegnen, aber die ärztlichen Experten qua professioneller (*Meta-*)Kompetenz (§ 3.3, 6.4) eine ungleich höhere Verantwortung für den Gesprächsverlauf und seine Folgen insgesamt übernehmen müssen.

Gesprächsführung und Verantwortung

Um die weitere Diskussion um die (A)Symmetrie der Arzt-Patient-Kommunikation hier vorzustrukturieren, soll zunächst der Aspekt herausgestellt werden, dass Arzt und Patient mit unterschiedlicher Verantwortung handeln, nämlich der eine wesentlich in (Mit-)Verant-

wortung für den anderen, der andere in Selbstverantwortung.¹⁶ Zur beschriebenen Überwindung des beiderseitigen Nicht-Wissens ist insgesamt eine Gesprächshaltung notwendig, nach der sich beide Gesprächspartner als jeweils *Lehrende* und *Lernende* begegnen, wie dies Pellegrino und Thomasma (1981) schon früh beschrieben haben (Box 7.28), nicht ohne zu betonen, wer die größere Verantwortung im Gespräch zu schultern hat.

Box 7.28 Both physician and patient 'teach' one another in dialogue

The clinical interaction is the locus of mutual responsibility of a patient and physician. In the clinical interaction there must be an interpenetration of minds as well as physical contact, because, as Kant showed, the human mind deals with experience in concepts. Both physician and patient 'teach' one another in dialogue. However, in the clinical interaction there is an imbalance of scientific knowledge which places the heavier burden of responsibility on the physician.

Pellegrino, Thomasma 1981: 65

Bei aller Wechselseitigkeit der Verantwortung tragen Ärztinnen und Ärzte eine größere Verantwortung, die eben nicht zuletzt durch ihr professionelles *Wissen* begründet ist, durch das ihre *kommunikativen* Kompetenzen angeleitet werden (§ 3.3). Wie noch auszuführen sein wird (§ 10, 22), können und dürfen sie qua professioneller Bindung ihres Handelns eben nicht beliebigen *Patientenpräferenzen* folgen, sondern müssen diese im Rahmen einer *evidenzbasierten* Medizin berücksichtigen, die den individuellen Anliegen, Wünschen, Hoffnungen ihrer Gesprächspartner entgegenstehen kann, was wiederum im Gespräch *transparent* und *rational* zu begründen und zu rechtfertigen ist, möglicherweise auch gegen

¹⁶ Der Sonderfall, dass ein Patient die Verantwortung aufgrund der Art und Schwere seiner Erkrankung nicht unmittelbar wahrnehmen kann und er oder andere deshalb dem Arzt ein Mandat übertragen, kann das, was im Regelfall zu gelten hat, nicht prinzipiell entkräften (§ 10). Das dialogische Prinzip wird als Prinzip der Verständigung zwischen Arzt und Patient auch dann nicht ungültig, wenn ein Patient aus seiner Not heraus (z.B. als Suchtpatient) den Arzt „täuschen“ sollte, was oben schon mit Habermas als möglicherweise *verdeckt-strategisches* Handeln thematisiert worden war. Der „gute“ Arzt nimmt derartig *strategisches* Handeln nicht persönlich, sondern erkennt dieses Handeln als zum Krankheitsbild gehörig (Anorexie, Alkoholismus) und weiß sich qua Profession darauf einzustellen, indem er dem Patienten wieder zu einem offenen Gespräch verhilft.

zunächst irrational erscheinende Patienten-Einwände usw. Hierher gehören auch „falsche“ subjektive Krankheitstheorien, die einer erfolgreichen Therapie entgegenstehen können. Sollen patientenseitige „Irrtümer“ auf Dauer „entkräftet“ werden, muss der Arzt entsprechende *Überzeugungs-* und *Motivationsarbeit* leisten (§ 10, 26, 29), mit der er an eine prinzipiell unterstellbare Vernunft des Patienten appelliert.

Symmetrie der Rationalität

Von möglicherweise krankheitsbedingten Ausnahmen abgesehen, sollen Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten im *Regelfall* als *gleichrationale* Gesprächspartner begegnen, die sich vielleicht kurzfristig, aber nicht prinzipiell den „besseren“ Argumenten verschließen. Diese Symmetrie der Rationalität muss prinzipiell auch dann von und für Patienten unterstellt werden, wenn die *rationale* Kompetenz zeitweise eingeschränkt sein kann, weil sie etwa *affektiv* überlagert wird.

Dem aktuell geschockten oder *verzweifelten* oder auch bloß *verunsicherten* Patienten grundsätzlich eine rationale Entscheidungskompetenz abzusprechen, käme seiner *Entmündigung* gleich, die nur im Extremfall (§ 10), aber nicht für den *Regelfall* der Arzt-Patient-Kommunikation legitimiert werden könnte.¹⁷ Danach sind Patienten eben nicht nur nach dem Paternalismusmodell nur zu *instruieren* oder nach dem Dienstleistungsmodell nur zu *überreden*. Sie vielmehr nach einem Kooperationsmodell von guten Argumenten zu *überzeugen*, ist die allererste Pflicht beim ärztlichen Handeln, sofern es weiterhin beansprucht, nicht *strategisches*, sondern *kommunikatives* Handeln zu sein (§ 7.3.4). So sollte das „Phänomen des eigentümlich zwanglosen Zwangs des besseren Arguments“ (Habermas 1981, Bd.1: 52f.) auch in der Arzt-Patient-

¹⁷ Bei aller Zustimmung zur von Ritschel (2004) formulierten Kritik an einem *überzogenen* „Idealismus“ oder „Dialogismus“ soll hier zugleich einer *überzogenen* Kritik widersprochen werden, nach der dem Patienten mit der Dialogkompetenz zugleich seine Rationalitäts- und Entscheidungskompetenz abgesprochen würde, die er nur in einem „echten“ Gespräch mit dem Arzt „unter Beweis stellen“ kann. Auf Ritschels Begründung eines Story-Konzepts auch für die Medizin gehen wir gesondert bei der biographisch-narrativen Anamneseerhebung ein (§ 9), die den Patienten ebenfalls als kompetenten Dialogpartner ausweist.

Kommunikation zum Tragen kommen,¹⁸ die von „übrigen“ Zwängen allerdings weitgehend zu befreien ist.

Was allerdings das jeweils *bessere* Argument ist, kann bekanntlich auch unter konsensbestrebten Gesprächspartnern strittig bleiben, worin sich die Arzt-Patient-Kommunikation von der übrigen „Lebenswelt“ außerhalb und innerhalb von Institutionen nicht grundsätzlich unterscheidet. Insofern sollte auch der Dissens zwischen Arzt und Patient nicht prinzipiell verpönt sein (§ 10), was eine ebenfalls *rationale* Entscheidung zur Trennung der Beziehung zur Folge haben kann.

Bevor es dazu kommt, ist die *professionelle Kompetenz* des *Meta-Arztes*, dessen Reflexivität vorausgehend mit von Uexküll, Wesiack (1991 u. 2011) beschrieben wurde (§ 4.4, 6.4) und noch weiter auszuführen sein wird (§ 13), möglichst so anzuwenden, dass Patienten möglichst lange „im Gespräch gehalten“ werden können – eben weil sie oft besonders hilfs- und schutzbedürftig sind.

Diese Differenz markiert wesentlich die Asymmetrie in der Beziehung, in der die professionelle *Meta-Kompetenz* des Arztes die Gesprächsgestaltung als Beziehungsgestaltung reflektiert und gegebenenfalls korrigiert. Hier erweist sich die *Kunst* der *ärztlichen* Gesprächsführung (§ 17) oft als „Drahtseilakt“, die Patientenautonomie zu fördern, ohne (das Vertrauen in) die Beziehung zu gefährden. Hier ist erneut auch auf spezifische Formen der *tangentialen* Gesprächsführung zu verweisen (§ 3, 17, 32), die geeignet sind, zwischen beiden Partnern „das Nötige und Mögliche zur Sprache zu bringen“, um die Chancen der Besserung überhaupt nutzen zu können.

Diese Chancen nicht zu „verspielen“, liegt sicherlich in der Hauptverantwortung des Arztes, die allein dadurch manifest wird, dass „Fehler“ bei der ärztlichen Gesprächsführung zu größeren „Schäden“ führen können. Wie bereits an den Beispielen von Lown (2002) illustriert wurde und an empirischen Gesprächsfällen weiter zu belegen ist, kann etwa der „falsche“ Gebrauch der „Macht des Wortes“ letztlich „verheerende“ Wirkung haben, die einer *iatrogenen* Schädigung des Patienten im Sinne einer „Fehlbehandlung“ gleichkommt. Das medizinethische Hand-

¹⁸ Es geht hier um dialogische Einsichtsfähigkeit gegenüber dem besseren Argument. Dass sich Patienten weiterhin „unvernünftig“ verhalten können, steht auf einem anderen Blatt, auf dem ja auch Ärzte selbst „wider besseres Wissen“ sich (als Patienten) ebenso unvernünftig wie ihre Patienten verhalten können, indem auch sie etwa ihren Nikotin- oder Alkoholabusus aufrecht erhalten.

lungsprinzip der Schadensverhütung (*primum nil nocere*) gilt eben auch für die ärztliche Gesprächsführung.

So käme etwa im Fall einer Patientin, die ihre Anorexie nicht von sich aus thematisieren würde, das ärztliche Versäumnis, die Patientin nicht nach ihren Essgewohnheiten zu fragen oder gar ihre Gewohnheiten mit einer „falschen“ Frageform als normal zu suggerieren („Ihr Appetit ist normal?“), einem schweren Versäumnis im Sinne eines „Kunstfehlers“ gleich (§ 17, 21). Solche „Kardinalfehler“ der Gesprächsführung können verheerende Folgen für die Gesundheit der Patienten haben. Um es pathetisch auf den Punkt zu bringen: Die wiederkehrende Unterlassung des Arztes, die „Ess“- oder „Trink“-Gewohnheiten von Patienten mit einer einschlägigen Suchterkrankung zum Thema zu machen, bei denen mit Verleugnungstendenzen zu rechnen ist, kann unter Umständen tödliche Folgen haben, wenn die Verkennung der Behandlungsnotwendigkeit den gesprächsweisen Versäumnissen geschuldet sind.

In dieser Asymmetrie der Gesamtverantwortung liegt genau die *differentia specifica* in der Gesprächsbeteiligung von Arzt und Patient. Sie unterscheiden sich in der Verantwortung für die Gesprächsführung, bei der fehlerhafte oder bloß defizitäre Gesprächsverläufe nicht den Patienten, sondern dem Arzt anzulasten sind. Ihm obliegt es, sich auf persönliche Stärken und Schwächen des Patienten einzustellen. Während Patienten „Fehler“ machen dürfen oder sich diese zumindest erlauben können sollten, muss der Arzt „möglichst fehlerfrei“ agieren. Zwar gibt es schwierige Patienten (§ 34), aber Patienten sind zunächst so zu „behandeln“ wie sie sind.

Entsprechend sind Patienten vom Arzt im Gespräch so *individuell* zu „nehmen“, wie sie individuell verschieden sind, d.h. auch mit ihren persönlichen Anliegen, Eigenarten, Abwehrformen, (Selbst-) Verleugnungstendenzen (§ 3, 19, 34). Dass sich ein Patient nach einem „optimalen“ Anamnese- und Aufklärungsgespräch sich weiterhin „wider besseres Wissen“ dennoch „suboptimal“ verhält und damit seiner Gesundheit schadet, steht auf einem anderen Blatt, das dem prinzipiellen Anspruch an eine individuelle Gesprächsführung nachgeordnet werden muss.

(A) Symmetrische Interaktions- und Beziehungsmodelle

Inwieweit die institutionelle Asymmetrie, wie sie anfangs mit ten Have (Box 7.25) als „sozialer Fakt“ vorausgesetzt worden war, in der Gesprächswirklichkeit von den Gesprächspartnern auch entsprechend als

interaktionale Asymmetrie „ausagiert“ (*enacted*) wird, ist letztlich eine empirische Frage. Schon ten Have (Box 7.29) kommt in seinen empirischen Gesprächsanalysen anhand ausgewählter Beispielsequenzen zu dem Schluss, dass sich die Gesprächspraxis mehr oder weniger in einem Kontinuum zwischen zwei Polen bewegt, zwischen denen die Teilnehmer ihre Position von Gesprächsschritt zu Gesprächsschritt (turn-by-turn) jeweils selbst aushandeln.

Box 7.29 „Zickzack“ zwischen zwei Polen

I have suggested (...) that “asymmetry”, often conceived of as given and constant feature of medical interaction, should instead be seen as an interactional stream produced by doctors and patients (...) Consultations are sometimes almost like conversations. At other times they resemble interrogation. But mostly they are somewhere in between, zigzagging between the two poles in a way that is negotiated on a turn-by-turn basis by the participants themselves.

ten Have 1991/2013: 163

Bei allen *institutionellen* Asymmetrien und Restriktionen, die den Handlungsrahmen für beide Partner vorgeben und verengen, bleibt genügend individueller Gestaltungsspielraum für ihr Gespräch, das sie im Sinne eines „echten“ Gesprächs führen können, wenn sie es beide aus ihren jeweiligen Expertenperspektiven auch so intendieren und akzeptieren. Dabei kann sich die Akzeptanz auch auf die spezifische Wissensasymmetrie erstrecken, solange der jeweilige Wissensvorsprung produktiv in die Interaktion und Beziehung zwischen den beiden Gesprächspartnern und ihre gemeinsamen Handlungszwecke „investiert“ wird. Hierin unterscheidet sich die Arzt-Patient-Kommunikation nicht prinzipiell von anderen Formen des Umgangs mit Wissensasymmetrien.

Diese Wissensasymmetrien können in institutioneller wie außerinstitutioneller Kommunikation sowohl zum Vorteil als auch zum Nachteil eines oder mehrerer Teilnehmer genutzt werden. Im Vergleich von alltäglichen und institutionellen sowie spezifischen Arzt-Patient-Gesprächen kommt Drew (1991/2012) ähnlich wie schon ten Have (1991/2013) zu dem Schluss, dass Wissensasymmetrien nicht per se zu Interaktionsasymmetrien führen müssen, aber durchaus dazu führen können, wenn Gesprächspartner ihren Wissensvorsprung zu strategischen Zwecken zu nutzen suchen, um eine entsprechende Interaktionskontrolle auszuüben. Was aber jeweils der Fall ist, kann auch nach

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

Drew (Box 7.30) nicht im Vorhinein entschieden werden, sondern bleibt letztlich eine Frage empirischer Untersuchungen.

Box 7.30 Wissensasymmetrie und Interaktionskontrolle

(...) Interaktionskontrolle ist eine Eigenschaft des Sequenzmanagements und der Gestaltung von Redezügen, die gelegentlich durch den Vorteil eines Sprechenden ermöglicht werden kann, den er Kraft der Wissensasymmetrien zwischen den Beteiligten hat. Aber dieser Vorteil garantiert keine Interaktionskontrolle. Kontrolle ist nicht gleichbedeutend mit Wissensasymmetrie; vielmehr sollten die Zusammenhänge zwischen beiden Gegenstand empirischer Untersuchungen sein.

Drew 1991/2012: 177

Am Beispiel eines alltäglichen Telefongesprächs interpretiert Drew das Gesprächsverhalten einer jungen Frau, die den angerufenen jungen Mann, dem sie sich nicht mit ihrer Namensnennung zu erkennen gibt, zunächst darüber im Unklaren lässt, wer von seinen „girl friends“ ihn nun gerade anruft. Weil der Angerufene die Identität der Anruferin offenbar an den für ihn zugänglichen Merkmalen (z.B. der Stimme) nicht erkennen kann, kann die Anruferin eine Weile strategisch mit der Unwissenheit ihres Gesprächspartners spielen, was Drew nach einer ausführlichen Detailanalyse folgendermaßen resümiert:

Box 7.31 Wissens- und Interaktionssymmetrie

Dieses Beispiel illustriert, dass die ungleiche Verteilung von Wissen zwischen Gesprächsteilnehmern von der ‚wissenden‘ Seite als strategisches Mittel benutzt werden kann, um damit interaktiv etwas zu tun, etwa um den anderen auf den Arm zu nehmen. Auf diese Weise schlägt der ‚ungleiche Zugang‘ in eine Interaktionsasymmetrie um.

Drew 1991/2012: 163

Den anderen Gesprächspartner - wie in diesem banalen Beispiel deutlich wird - „auf den Arm zu nehmen“, mag ein „Beziehungsspielchen“ sein, das beide Partner noch positiv zu integrieren vermögen, wie es etwa auch bei „Anspielungen“ (Ironie usw.) oft noch der Fall ist, wodurch eine an sich symmetrische Beziehung keineswegs gefährdet sein muss (nach dem Motto: „Humor ist, wenn man trotzdem lacht“). Von einem

solchen relativ „harmlosen“ Fall, bei dem sich der „Schaden“ für das „Opfer“ erkennbar in Grenzen hält, sind gravierende Fälle zu unterscheiden, in denen sich eine Wissensasymmetrie so zu einer Interaktionsasymmetrie auswachsen kann, dass die Beziehung der Gesprächspartner insgesamt eine asymmetrische Qualität annimmt, die erheblich zum Nachteil eines Partners oder mehrerer Partner geraten kann.

So kann sich ein Wissensvorsprung bekanntlich als „Herrschaftswissen“ gegen den Unwissenden richten, der in seiner „Ahnungslosigkeit“ noch nicht einmal das Problem seiner Abhängigkeit vom Wissen des „Herrschenden“ erkennt. Entsprechend werden manche Patienten „unbedarfte“ bleiben, wenn sie von Ärzten ungenügend aufgeklärt wurden, die mit ihren Informationen aus unterschiedlichen Gründen „hinter dem Berg halten“ können. Danach unterscheiden sich verschiedene Beziehungsmodelle vor allem nach der Einhaltung des *Transparenzprinzips* im Umgang mit Informationen:

- Da nach dem *Paternalismus*-Modell der behandelnde Arzt ohnehin weiß, was für den Patienten das Beste ist („doctor knows best“), kann der Patient vor „überflüssigen“ Informationen „verschont“ bleiben, wenn er nur bereitwillig den ärztlichen *Instruktionen* (*Anordnungen*, *Verordnungen*) folgt.
- Da nach dem *Business*-Modell der Arzt ohnehin nur über das aufklärt, worüber er verfügt, wird er sich mit einer *Überredung* begnügen (müssen), anstatt den Patienten „kraft des besseren Arguments“ von der Richtigkeit einer medizinischen Maßnahme zu *überzeugen*, was den Austausch aller einschlägigen Informationen und Argumente (Für und Wider) zu konkurrierenden Behandlungsoptionen einschließen sollte.
- Dagegen werden im *Partnerschafts-* oder *Kooperationsmodell* Wissensasymmetrien zum Vorteil beider Partner genutzt, die ihr für den Behandlungsfall relevantes Wissen aus der jeweiligen Expertenperspektive (s.o.) wechselseitig so austauschen, dass die Interaktion für beide Gesprächspartner nicht wie in einem Nullsummen-Spiel endet (win-lose), sondern eine Win-win-Situation entsteht.

Da diese Beziehungsmodelle und ihre Varianten später (§ 10) noch ausführlich beschrieben und erörtert werden, soll hier der Fokus lediglich auf die Anwendung des *Transparenzprinzips* gerichtet bleiben, das gleich noch in einen spezifischen Zusammenhang mit weiteren Sub-Prinzipien gestellt werden soll, die beim dialogischen Prinzip insgesamt zur Anwendung kommen müssen (§ 7.5.4). Während der Grad der *Transparenz* und das heißt, die Art und der Umfang der Informationen

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

beim Paternalismus- wie beim Business-Modell wesentlich durch den Arzt bestimmt sind, treten Arzt und Patient beim Partnerschaftsmodell in einen dialogischen, ergebnisoffenen Austauschprozess auch darüber, in welchem Ausmaß Informationen notwendig, sinnvoll oder auch nur wünschenswert sind. Dabei kann der Anwendungsbereich des Transparenzprinzips von beiden Partnern in der Interaktion je nach Bedarf erweitert oder eingeschränkt werden. Wie wir an Beispielen noch sehen werden, kann ihre Beziehung qua *dialogischer Symmetrie* gesprächsweise auch so „ausgehandelt“ werden, dass Patienten durchaus bewusst und rational das Maß ihrer Partizipation selbst bestimmen können, indem sie den gewünschten Umfang an Information festlegen oder dem Arzt in einem gewissen Umfang ein Entscheidungsmandat („You decide for me, doctor“) erteilen. Hierbei sind allerdings ebenso graduelle Grenzen wie kategoriale Unterschiede zu beachten:

Das Recht des Patienten auf Information darf ebenso wenig verletzt werden wie die Informationspflicht des Arztes, die dieser (etwa vor einer Operation) in standardisiertem Umfang wahrzunehmen hat (§ 39). Ebenso ist ein fundamentaler Unterschied zwischen einem *starken* und einem *schwachen* Paternalismus zu machen, der mit einem patienten-seitig *erbetenen* (solicited) oder *nicht-erbetenen* (unsolicited) Paternalismus korrespondieren kann (Kampits 1996: 15ff). Hier sind gerade im Rahmen einer Diskursethik die Patientenpräferenzen auch bei der Wahl von paternalistischen wie non-paternalistischen Beziehungsmodellen zu berücksichtigen, wie sie etwa mit dem Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung (*shared decision making*) (SDM) nahegelegt werden (§10). So können Beziehungsmodelle zwar grundsätzlich *offeriert*, aber eben nicht *oktroiert* werden. Entsprechend folgert denn auch Kettner aus diskursethischer Perspektive: „Ein zum Zweck der Autonomieförderung strategisch durchgeführter Non-Paternalismus ist selber paternalistisch“ (1998: 34). Soll sich ärztliches Handeln nicht in Paradoxien verstricken, ist eben auch hier dem *Transparenzprinzip* (s.u.) zu folgen, nach dem der Sinn und Zweck (alternativer) Beziehungs- und Beteiligungsmodelle im Dialog mit dem Patienten offen zu legen und die Wahl selbst ergebnisoffen zum Gesprächsthema zu machen ist.

7.5.4 Der Dialog-Würfel der Gesprächsführung

Vorausgehend war versucht worden, das *dialogische Prinzip* im Rahmen einer angewandten Diskursethik auch für die Arzt-Patient-Kommunikation zu konkretisieren. Trotz aller Asymmetrien ihrer institutionellen Rollen sollten und können Arzt und Patient zumindest an zentralen

Schaltstellen, an denen etwa eine medizinisch bedeutsame Entscheidung zu treffen und zu verantworten ist, in ein „echtes“ Gespräch eintreten, in dem das dialogische Prinzip für eine wie auch immer (durch Zeitnot usw.) beschränkte Geltungsdauer so zur Anwendung kommt, dass von einer *dialogischen Symmetrie* gesprochen werden kann. Diese war nicht als „faktische“ Symmetrie der Partizipation verstanden worden, nach der es quantitativ „messbar“ um gleiche („hälftige“) Anteile am Gespräch in jeder Hinsicht ginge, sondern um eine Chancengleichheit für jeden Teilnehmer, die für ihn als relevant erachteten Themen mit den von ihm als relevant erachteten Formen dialogischer Verständigung wahrzunehmen. Dabei sollten andere Formen der Kommunikation, die etwa auf Einschüchterung durch offene Androhungen oder Überredung durch subtile Manipulation setzen, ausgeschlossen oder zumindest verpönt sein.

Die sechs Seiten im Dialog-Würfel

Unabhängig davon, dass es in der Gesprächspraxis zu Fehlschlägen jeder Art kommen kann, die nicht zuletzt durch individuelle Unzulänglichkeiten der Individuen bis zur Selbsttäuschung bedingt sein mögen, war die kontrafaktische Geltung des *dialogischen Prinzips* durch die interaktive Anerkennung einer Reihe von *Sub-Prinzipien* konkretisiert worden, zu denen vor allem das *Transparenzprinzip* zu zählen ist. Was in einem Dialog, der diesen Namen verdient, insgesamt wirksam werden muss, soll in einem Dialogwürfel dargestellt werden (Abb. 7.8), dessen Seiten folgenden Dimensionen entsprechen:

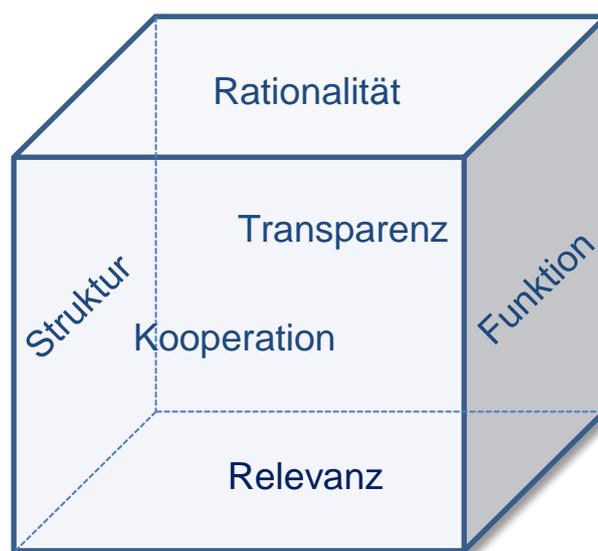


Abb. 7.8: Sub-Prinzipien als Seiten des Dialog-Würfels

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

Der Dialog-Würfel soll hier für die Arzt-Patient-Kommunikation spezifiziert werden, er kann aber ebenso für Lehr-Lern-Gespräche in Schule oder Hochschule übertragen werden, sofern diese nicht als bloße monologische Wissensvermittlung („Lehrervortrag“), sondern als Dialog im *sokratischen* Sinne aufgefasst werden. Dabei soll uns die spezifische mit Sokrates überlieferte *Hebammenkunst* auch bei der *Kunst* der ärztlichen Gesprächsführung interessieren (§ 9, 17-23). Die konkreten Anwendungen des Dialog-Würfels bei der ärztlichen Gesprächsführung sollen hier zunächst rudimentär und thesenartig in einem Überblick skizziert werden, bevor wir einzelne dialogische *Sub-Prinzipien* (etwa der Kooperation, Transparenz, Relevanz) sowohl theoretisch (§ 9, 10) wie auch im empirischen Praxisteil (§ 17-23) weiter ausführen.

Dialogische Sub-Prinzipien

Hier folgt zunächst der Überblick, der eine Zusammenfassung geben soll und zugleich Verweise auf spätere Kapitel des Lehrbuchs enthält, in denen die dialogischen Sub-Prinzipien des Dialog-Würfels eine besondere Rolle spielen. Durch die Reihenfolge in der Darstellung ist keineswegs eine Rangfolge der Sub-Prinzipien festgelegt, die ohnehin in Wechselwirkung realisiert werden müssen, damit das *dialogische Prinzip* insgesamt voll zur Geltung kommt:

1. *Kooperation*

Dieses Prinzip verpflichtet beide Dialogpartner zu einer partnerschaftlichen Kooperation zu bestimmten Zwecken, deren Relevanz (s.u.) sie gemeinsam aushandeln, gegebenenfalls überprüfen, korrigieren, modifizieren usw. Sie führen weitgehend ein „echtes“ Gespräch (im Sinne von Martin Buber) (§ 7.5.1), das also nicht „vordisponiert“ werden kann, sondern zunächst ergebnisoffen alle möglichen Entwicklungen zulässt. Eben weil die spezifischen Zwecke der Kooperation gerade zu Gesprächsbeginn zunächst noch „unklar“ sind bzw. „offen“ bleiben *müssen*, haben und „zeigen“ die Patienten oft ihre Probleme bei der Anwendung des *Kooperationsprinzips*, wie es oben mit Paul Grice (§ 7.3.3) ausgeführt wurde und an vielen Beispielen (§ 9, 17-23) noch veranschaulicht werden soll. Sofern es vom Sachstand her noch möglich ist, weil etwa Medikationen geändert werden können (aber Operationen nicht mehr rückgängig zu machen sind), können einmal „ratifizierte“ Zwecke der Kooperation durchaus auch revidiert werden. So können schon getroffene Entscheidungen auch erneut zur Disposition gestellt werden (§ 10, 22, 26), wenn

etwa ein Medikament wegen zu starker Nebenwirkungen anders dosiert oder ganz abgesetzt werden muss, was jeweils dialogischer Aushandlungsgegenstand zwischen Arzt und Patient werden kann.

2. *Rationalität*

Von Ausnahmen abgesehen, in denen die Urteilstkraft des Patienten krankheitsbedingt eingeschränkt sein kann (§ 10, 37, 38), unterstellen sich beide Dialogpartner in der Regel gegenseitig Rationalität in dem Sinn, dass sie sich dem „zwanglosen Zwang des besseren Arguments“ (s.o.) nicht verschließen. Dabei werfen sie aus den jeweiligen Expertenperspektiven ihr Wissen und ihre Einstellungen und Erfahrungen in die gemeinsame Waagschale (Abb. 7.6), in der die *evidenzbasierte* Medizin mit der *Lebenswelt* des Patienten abzugleichen ist (§ 9, 10). Mögliche Konflikte zwischen Lebenswelt und Medizin sind auszutragen bis zu dem Punkt, wo eine Trennung der Beziehung sinnvoll ist, die ebenfalls aus rationalen Gründen vollzogen werden kann, eben weil eine Verständigung auf der Sachebene aussichtslos erscheint.

3. *Transparenz*

In der Arzt-Patient-Kommunikation ist weitgehend ein *Transparenzprinzip* zu beachten (§ 7.5.3) (§ 10.5). Auch hier sind jedoch Einschränkungen sinnvoll und zulässig, weil alle möglichen spezifisch medizinischen Informationen den Patienten auch überfordern könnten, der vor einer Überinformation zu schützen ist (§ 10, 22, 27). Allerdings darf ein Patient davon ausgehen, dass er alle für ihn *relevanten* Informationen auch erhält. Hierbei sind zwei Formen zu unterscheiden: Ohnehin gehören Patienten-Fragen im Sinne einer *responsiven* Transparenz angemessen beantwortet, aber wesentliche Informationen sind auch ungefragt, das heißt im Sinne einer *initiativen* (voraussetzenden) Transparenz zu vermitteln. *Verdeckt-strategisches* Handeln im obigen Sinne von Habermas (§ 7.3.4) sollte vonseiten des Arztes verpönt sein, vonseiten des Patienten wäre es jedoch zunächst bis auf weiteres zu tolerieren, wenn es etwa als Selbsttäuschung (Verleugnung usw.) zum Krankheitsbild (bei Alkoholismus, Anorexie usw.) gehört, womit der Arzt wiederum professionell umzugehen hätte.

4. *Relevanz*

Schon bei den vorausgegangenen Sub-Prinzipien des Dialogs wurde deutlich, dass ihre Anwendung eine Frage auch der Rele-

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

vanz ist, die ebenfalls nicht „vordisponiert“ werden darf, sondern zwischen den Dialogpartnern immer wieder neu ausgehandelt werden muss, unter Umständen von Gesprächsschritt zu Gesprächsschritt (*turn-by-turn*). In ihren „subjektiven“ Patientenangeboten „zeigen“ Patienten oft ihre Unsicherheit darüber, inwieweit das, was sie thematisch „anbieten“, auch von hinreichender Relevanz ist („Ich weiß jetzt nicht, ob das relevant ist, aber ich hatte als Kind TBC“) (§ 19.4.1). Hier gehört es vor allem zur *Kunst* der ärztlichen Gesprächsführung (§ 9, 17), einer möglichen „Selbstzensur“ von Patienten entgegenzuwirken und diese durch *Relevanzhochstufung* zu ermuntern, auch vermeintlich „Unwichtiges“ zu thematisieren.

5. *Funktion*

Wie alles Handeln ist auch das ärztliche Handeln letztlich unter einem *teleologischen* Aspekt zu beurteilen, auch dann, wenn zunächst keine weiteren Zwecke als die bloße *Verständigung* auf allgemeine Handlungszwecke (der Heilung) (§ 8) verfolgt werden sollen. Wenn Patienten die Sprechstunde aufsuchen, geschieht dies zumeist schon in einem unausgesprochenen Einverständnis darüber, „worum es gehen“ könnte oder sollte. Der allgemeine *Zweck* der Konsultation ist, dass der eine Partner die *Hilfe* des anderen zu beanspruchen sucht. Unterhalb dieses Hauptzwecks gilt es eine Reihe von Sub-Funktionen im Gespräch wahrzunehmen, wie sie etwa in der „klassischen“ Aufteilung des Gesprächs in *Anamneseerhebung*, *Diagnosemitteilung* und *Aufklärung* sowie *Entscheidungsfindung* tradiert sind und in der Regel auch in dieser Abfolge „abgearbeitet“ werden (§ 8, 10, 17, 40). Insofern hier traditionelle Handlungsmuster und -zwecke verfolgt werden (§ 8), kann auch in der Arzt-Patient-Kommunikation nicht alles frei wählbar sein, aber es sollte hinreichend offen bleiben, um an den „relevanten“ Schaltstellen ein „echtes“ Gespräch (§ 7.5.1) führen zu können.

6. *Struktur*

Die Sub-Funktionen im Gespräch (Anamnese, Diagnose, Therapie) werden in der Regel in einem logisch-zeitlichen Voraussetzungs-Folgeverhältnis realisiert, obwohl damit nicht notwendig eine strikte Themenfolge „vordisponiert“ werden muss. Wie wir noch an empirischen Beispielen sehen werden, können Patienten manchmal „mit der Tür ins Haus fallen“, indem sie sogleich eine bestimmte medizinische Maßnahme (Untersuchung, Therapie)

fordern, ohne zuvor etwa ihre Beschwerden zu schildern (§ 19-22). Um die *evidenzbasierten* Regeln der ärztlichen Kunst wahren zu können, ist in solchen Fällen eine stärkere Gesprächsstrukturierung nötig, mit der Patienten entsprechend auch auf die Aspekte ihrer patientenseitigen Expertenrolle verpflichtet werden, die ihre „Auskunftspflicht“ gegenüber dem Arzt betreffen. Gleichwohl bleibt die ärztliche Gesprächsführung auch immer ein Balanceakt zwischen Unter- und Überstrukturierung, wie wir bei der Anwendung unseres Manuals zur Gesprächsführung im Praxisteil (bes. § 17-23) und bei der Evaluation (§ 40) noch sehen werden.

Wie schon deutlich wurde und an empirischen Beispielen noch weiter auszuführen ist, muss die Wirksamkeit des *dialogischen Prinzips* im Zusammenspiel seiner *Sub-Prinzipien* untersucht werden. Dabei kann von einem kontrasttypologischen Vergleich ausgegangen werden, der etwa einen starken, autoritären Paternalismus mit einem extremen Businessmodell kontrastiert, um dann auch Mischformen zwischen diesen beiden Polen zu unterscheiden (§ 10). Als eine mögliche Mittelposition, um die viele Varianten streuen können, gilt das Modell der „partizipativen Entscheidungsfindung“ (PEF) (*shared decision making* = SDM). Im Idealfall kommt es zu einer Konvergenz unter allen möglichen Aspekten, die zwischen Arzt und Patient bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung eine Rolle spielen können (*shared information, shared ideas, shared mind usw.*). Allerdings kann und darf es auch nach diesem Modell zu Divergenzen kommen, die sich auf einzelne Aspekte beziehen können, zu denen Kompromisse möglich sind.

So kann der Arzt einer vom Patienten präferierten Behandlungsoption zustimmen, auch wenn sie aus seiner medizinischen Expertise nur die „zweitbeste“ Lösung darstellen sollte (z.B. *watchful waiting*) (§ 10). Seine Zustimmung kann aber nur unter der Bedingung erfolgen, dass sich die Präferenzen des Patienten im Rahmen einer evidenz-basierten Medizin bewegen (§10). Die Balance zwischen einer präferenz- und evidenzbasierten Medizin im dialogischen Austausch zu wahren, kann aber auch zum Scheitern führen, wobei die einvernehmliche Trennung der Beziehung eine ebenso rationale Wahl bleiben kann.

Auf dem Weg zu einem Konsens oder Dissens sollte der rationale Austausch überwiegen, auch wenn das Gespräch im Einzelfall von den Emotionen eines (ängstlichen, zweifelnden, misstrauischen) Patienten oder den *Persuasionsversuchen* (§ 21) eines (unaufmerksamen, ungeduldigen, gestressten) Arztes „überlagert“ oder „durchkreuzt“ werden sollte. Solange allerdings die Ansprüche an ein „echtes“ Gespräch (§

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

7.5.1) prinzipiell aufrechterhalten werden, sollten bestimmte Formen eines *strategischen* Handelns (Bagatellisierungen, Beschwichtigungen, Zurechtweisungen, Drohungen usw.) bei der ärztlichen Gesprächsführung verpönt bleiben (§ 7.3.4). Dabei ist für eine empirische Analyse und Evaluation von Gesprächen zu beachten, über singuläre Phänomene hinaus etwa *Tendenzen* von *strategischem* versus *kommunikativem* Handeln herauszuarbeiten: So bringt nicht etwa die einzelne oder mehrmalige spontane Unterbrechung des Arztes den Patienten zum Schweigen, sondern die kumulative Wirkung von Fragen im Sinne eines „Verhörgesprächs“ (§ 19.6) oder die *monologische* „Belehrung“ (§ 10, 22, 26, 27), die jedes „Widerwort“ des Patienten schon „im Keim ersticken“ kann.

7.5.5 Vertrauen im Dialog: Lebenswelt und Medizin

Schon nach Habermas kann man in der Praxis selten von einem rein *kommunikativen* Handeln ausgehen, sondern sind Mischformen wahrscheinlich, in denen es auch zu einem *strategischen* Sprachgebrauch kommen kann (§ 7.3.4). Dieser ist unter Umständen gerade unter den *institutionellen* Bedingungen ärztlichen Handelns kaum zu vermeiden und muss in Grenzen toleriert werden, solange das strategische Handeln ein „echtes“ Gespräch zwischen Arzt und Patient nicht grundsätzlich dort verstellt, wo es unverzichtbar ist, wie etwa bei der medizinischen Entscheidungsfindung (§ 10), bei der etwa die Infragestellung der *Rationalität* des Patienten und die Missachtung seiner *lebensweltlich* motivierten *Einstellungen* (Meinungen, Vorlieben, Ängste, Hoffnungen usw.) direkt in seine *Entmündigung* führen würde.

Der „Dialog“ zwischen Lebenswelt und Medizin

Im Anschluss an Habermas ist der Konflikt zwischen der *Lebenswelt* der Patienten und der *Medizin* als System vielfältig modelliert und empirisch untersucht worden (z.B. Mishler 1984, Kettner 1991, Koerfer et al. 1994, Kettner 1998, Scambler 2001, Barry et al. 2001, Stevenson, Scambler 2005, Koerfer et al. 2005a, 2008, Walseth, Schei 2011, Bezhreh et al. 2012, Koerfer, Albus 2015) (§ 10.2). In diesen Untersuchungen stellt das Modell *kommunikativen* Handelns als Möglichkeit zur Überwindung des Konflikts von Lebenswelt und Medizin eine *normative* Grundlage für die empirische Analyse der Praxis ärztlicher Gesprächsführung dar. Alle anderen, *verdeckt* oder *offen strategischen* Handlungen

gen können den ohnehin schwelenden Dauer-Konflikt zwischen Lebenswelt und Medizin, auf den wir auch mit Bezug auf Habermas noch zurückkommen (§ 10.2), nur vergrößern.

In welchem Ausmaß nun Ärzte mit ihrer ärztlichen Gesprächsführung in einen „Dialog“ mit der Lebenswelt des Patienten treten, d.h. dessen *individuelle* Einstellungen sowie *subjektive* Krankheitstheorien ignorieren oder integrieren, kann ebenso nur über empirische Analysen geklärt werden wie die Frage, ob ihre Gespräche insgesamt eher durch einen *verständigungsorientierten* Sprachgebrauch („Originalmodus“) (§ 7.3.4) oder *erfolgsorientierten* Sprachgebrauch gekennzeichnet sind. Dass es hier in der Praxis keine strikte Dichotomie geben wird, sondern Tendenzen zu rekonstruieren sind, wird auch von Habermas offenbar als Ergebnis von empirischen Analysen erwartet, wenn er das Problem „der Unterscheidung und Identifizierung von Verständigung und erfolgsorientierten Handlungen in natürlichen Situationen“ aufnimmt und auf die Notwendigkeit von Sequenz- und Phasenanalysen von Gesprächen verweist, in denen es um die Identifizierung von *strategischen Elementen* geht:

Diese *strategischen Elemente innerhalb des verständigungsorientierten Sprachgebrauchs* können indessen von *strategischen Handlungen* dadurch unterschieden werden, daß die gesamte Sequenz eines Redeabschnitts auf Seiten aller Beteiligten unter Präsuppositionen des verständigungsorientierten Sprachgebrauchs steht (Habermas 1981, Bd. 1: 444, Hervorhebungen im Orig.)

Hier hat sich mit der veränderten Begrifflichkeit offensichtlich auch die Forschungsperspektive von der Analyse von *Handlungen* hin zur Analyse von *Elementen* eines *vorherrschenden Sprachgebrauchs* in einem größeren Gesprächskontext verschoben, der in der Redeweise von Habermas überwiegend von einem „Originalmodus“ (§ 7.3.4) der Verständigung geprägt sein kann. Da der von Habermas unterstellte Fall allerdings auch umgekehrt gedacht und von Elementen der *Verständigung* in einem *erfolgsorientierten* Sprachgebrauch ausgegangen werden kann, haben wir es letztlich mit einer graduellen Differenzierung zu tun, die lediglich zu Dominanz- oder Tendenzaussagen berechtigt (Koerfer 1994/2013), wie sie auch in empirischen Evaluationsstudien (§ 40-43) getroffen werden.

Wie sich in empirischen Gesprächsanalysen noch erweisen wird, ist auch die ärztliche Gesprächsführung selten im Ganzen extrem „gut“

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

oder extrem „schlecht“. Obwohl sich auch diese negativen wie positiven Extremfälle nachweisen lassen, handelt es sich in der Regel um eine Mischung von Gesprächsstilen, mit denen Ärzte sich zwischen rein kommunikativem und strategischem Handeln bewegen, die das Gespräch phasenweise in der einen oder anderen Richtung dominieren.

Der Konflikt zwischen *Lebenswelt* und *Medizin* kann durch *strategisches* Handeln verschärft oder aber durch *kommunikatives* Handeln gemildert werden (§ 9, 10). So lässt sich die Lebenswelt des Patienten kaum mit einem rein *interrogativen* Gesprächsstil, der bis zum „Verhörgespräch“ gesteigert werden kann (§ 19), zureichend erschließen, wohl aber mit einer *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung, in der der Patient mit seinen *Erzählungen* in einer lebensweltlichen Perspektive nicht nur seine *subjektive* Krankengeschichte, sondern auch seine *individuellen* Einstellungen (Hoffnungen, Befürchtungen, Vorlieben usw.) in Bezug auf sein zukünftiges Leben „in seinen eigenen Worten zur Sprache bringen“ kann. Hier kann der Ansatz einer „narrativen“ Medizin (Greenhalgh, Hurwitz 1998/2005, Koerfer et al. 2000, 2010), auf die wir noch ausführlich eingehen werden (§ 9), eine „Brückenfunktion“ im Dialog zwischen Lebenswelt und Medizin einnehmen.

Um einem möglichen Missverständnis vorzubeugen: Nichts spricht gegen sog. gezielte *Informationsfragen* von Ärzten, solange diese nicht etwa *suggestiv* gestellt werden (§ 21.2), etwa um Widerspruch des Patienten zu vermeiden und dadurch vermeintlich Zeit zu gewinnen. Fragen erfüllen ihren Sinn und Zweck, wenn sie gut gestellt und passend platziert werden. Dabei liegt auch keine Verletzung etwa des *Transparenzprinzips* vor, wenn der Arzt nicht mit jeder Frage zugleich ihre medizinische *Relevanz* vollständig erläutert. Dass bestimmte Typen von ärztlichen Fragen und Themen auch mehr oder weniger „unvermittelt“ bleiben *dürfen*, ohne dass dies bei Patienten notwendig Irritationen oder gar Misstrauen auslöst, hängt mit ihrem *Grundvertrauen* in die ärztliche Beziehung zusammen, das als Kredit eingeräumt wird, solange dieses Vertrauen nicht enttäuscht wird.

Grundvertrauen in einer dialogischen Gesprächsführung

Bei der Vertrauensbildung ist unser aller, langjährig sozialisiertes Wissen als „stummes Wissen“ (*tacit knowledge*) im Hintergrund wirksam: Wir sind seit den Tagen des Besuchs beim Kinderarzt als Patienten alle so sozialisiert, dass wir in diesem (stummen) Sinne „wissen“, dass Ärzte

mitunter „merkwürdige“ Fragen stellen, die nach unserer lebensweltlichen Perspektive „ohne Sinn und Verstand“ zu sein scheinen. So geht jemand mit Rückenschmerzen zum Arzt und wundert sich möglicherweise über Fragen nach seinen Schlaf-, Ess- und Trinkgewohnheiten oder spezifisch zu Verdauungsproblemen oder Problemen beim Wasserlassen usw. Wir tolerieren als Patienten im Allgemeinen derartige (Symptom-)(Organ-)(System-)Fragen (§ 22) und beantworten sie im *Vertrauen* darauf, dass uns der Arzt weiter aufklären würde, wenn sie denn (je nach Antwort) für uns von „Relevanz“ werden (sollten).

Wir vertrauen hier also auf das *Transparenzprinzip* unter der Bedingung, dass dessen Geltung in Verbindung mit anderen dialogischen Sub-Prinzipien (der *Kooperation*, *Rationalität*, *Relevanz* usw.) wirksam wird. Dieses *Grundvertrauen* in den „guten“ Arzt (§ 6) beruht auf der Unterstellung einer *empathischen* Perspektivenübernahme, nach der der Patient „getrost“ davon ausgehen kann, dass der Arzt in der Regel nicht nur beim instrumentellen Handeln (Operation, Medikation), sondern auch gesprächsweise macht, was für seinen Patienten „gut“ ist. Wie vorausgehend mit den Schlüsselkompetenzen des „guten“ Arztes bereits ausgeführt wurde (§ 6), ist das *Grundvertrauen* in der Arzt-Patient-Beziehung eine wesentliche Voraussetzung dafür, die Chancen eines „echten“ Gesprächs in einer *dialogzentrierten* Medizin optimal nutzen zu können.

7.6 Schlussbemerkungen zur Terminologie

So wie in einem bestimmten Entwicklungsstadium der interdisziplinären Forschung (§ 2) kaum von einer „gemeinsamen Sprache“ ausgegangen werden kann, so konnten und sollten auch in diesem Lehrbuch die Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Disziplinen und Traditionen nicht auf eine „gemeinsame Sprache“ oder einheitliche Terminologie verpflichtet werden. In Ermangelung einer standardisierten, sprach- und kommunikationswissenschaftlichen Terminologie wurden zumeist „umgangssprachliche“ Begriffe und Umschreibungen benutzt oder ergänzt, sofern dies möglich und zudem aus didaktischen Gründen sinnvoll ist.

Gegebenenfalls werden fachwissenschaftliche Ausdrücke umgangssprachlich erläutert. So werden auch spezifisch medizinische Begriffe „übersetzt“ und durch umgangssprachliche Begriffe ersetzt oder er-

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

gänzt. Etablierte Begriffe wie *Adhärenz* oder *Compliance*, die trotz unterschiedlicher Bedeutung zumeist mit „Therapietreue“ übersetzt wurden, werden je nach Kontext oder nach Zitaten verwendet. Ähnlich werden etablierte Begriffe wie *shared decision making* (SDM) beibehalten oder (deutsch) *Partizipative Entscheidungsfindung* (PEF) benutzt.

Aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive wird zumeist von *kommunikativen Handlungen* oder *Sprechhandlungen* und deren *kommunikativen Funktionen* oder *Rollen* in (spezifischen) Kontexten die Rede sein, wenn etwa der „illokutionäre“ Aspekt einer Äußerung herausgestellt werden soll (§ 7.3.1). Klare Fälle wären etwa *Behauptungen*, *Bitten*, *Versprechen*, *Vorschläge*, *Empfehlungen* usw. Gegebenenfalls werden wird von „propositionalen Gehalten“ gesprochen, die ja als *Inhalte* von Behauptungen oder Fragen „sichtbar“ vorkommen können (z.B. "Ich muss Sie noch fragen, ob Sie noch weitere Medikamente nehmen/ wie es mit Ihrem Appetit aussieht“ usw.). Die Inhalte können auch implizit bleiben wie bei einfachen Antworten („nein“), so dass sie im Bedarfsfall mit Rückbezug (etwa auf eine Frage) explizit formuliert werden müssen.

Von *strategischem Handeln* wird insbesondere dann die Rede sein, wenn bestimmte weiterreichende (mehr oder weniger negative) („perlokutive“) Effekte (mehr oder weniger offensichtlich) verfolgt bzw. erreicht werden (§ 7.3.1). Dazu gehören etwa gewollte oder billigend in Kauf genommene *Kränkungen*, *Verletzungen*, *Einschüchterungen* usw. Davon sind aber gewisse „Verunsicherungen“ zu unterscheiden, die in der medizinisch-therapeutischen Kommunikation gerade ihren „heilsamen“ Zweck erfüllen, solange die „Störung“ nicht auf Zerstörung hinausläuft (§ 17.3.5). Ebenso muss man im Falle von *Überraschungen* danach differenzieren, ob sie aus der Sprecher- und Hörerperspektive als positiv oder negativ befunden werden, so wie wir auch im Alltag urteilen, dass jemand sich „über die Überraschung freuen“ konnte (oder eben nicht).

Von *instrumentellem Handeln* soll die Rede sein (§ 8), wenn es sich um ärztliches Handeln wie Untersuchungen, Operationen, aber auch Medikationen handelt, wobei die dazugehörigen Verordnungsgespräche (§ 26) wiederum *kommunikatives Handeln* wären.

Aus der *Konversationsanalyse* (CA) werden gelegentlich tradierte Termini zur Organisation des *Sprecherwechsels* übernommen (*turn*, *turn-taking-system* usw.), einzelne *turns* werden zumeist als *Redezüge*, *Redebeiträge* u.ä. bezeichnet. Mitunter wird mit Bezug auf die Literatur von spezifischen „flüssigen“ Redefortsetzungen gesprochen, wenn der

primäre Sprecher bei kurzen „Hörer-Beiträgen“ so fortfahren kann, als wäre er nicht unterbrochen worden („as if uninterrupted“ nach Duncan 1974, Flader, Koerfer 1983) (§ 19, 17, 40). Diese Art der Redefortsetzung wird dann gelegentlich auch (als „AIU“) abgekürzt. Ansonsten werden Abkürzungen nach Möglichkeit im laufenden Text erläutert oder bezogen auf unseren *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) im Anhang (§ 44.4) ausgeführt.

7.7 Weiterführende Hinweise

Wir haben vorausgehend versucht, in verschiedene Theorien und Modelle einer dialogischen Kommunikation einzuführen, die für eine dialogzentrierte Medizin genutzt werden können. Eine Reihe weiterer Aspekte zu einer dialogzentrierten Medizin werden in nachfolgenden Kapiteln in diesem Lehrbuch thematisiert, so in spezifischen Theoriekapiteln zur biographisch-narrativen Anamneseerhebung (§ 9) und zur dialogischen Aufklärung und Entscheidungsfindung (§ 10), die im Praxisteil (§ 17-23) mit empirischen Beispielen weiter ausgeführt werden.

Besondere Probleme der dialogischen Verständnissicherung und Verständigung werden in spezifischen Kompetenzfeldern ärztlichen Handelns behandelt wie der hausärztlichen Sprechstunde (§ 24), der klinischen Visite (§ 25), dem Verordnungsgespräch (§ 26) sowie der Fachkommunikation (§ 27) und interkulturellen Kommunikation (§ 28). Auch in den weiteren Kapiteln des Praxisteils werden für die empirische Analyse spezifische kommunikationstheoretische, kommunikationspsychologische sowie diskurs- oder gesprächsanalytische Modelle und Ansätze genutzt, wie sie vorausgehend dargestellt wurden.

Wer über unsere Darstellungen hinaus weiterführende Fachliteratur sucht, soll exemplarisch auf folgende (zumeist neuere) Einführungen, Handbücher, Sammelwerke und Überblicke verwiesen werden, die jeweils nach bestimmten Fachgebieten und Themen ausgewählt wurden: *Semiotik* (Nöth 2000), *Sprachphilosophie* (Savigny 1974, Stegmüller 1975, Newen, v. Savigny 1996), *Gesprächsanalyse* (Deppermann 2008, Brinker, Sager 2010), *Sprechakttheorie und linguistischen Pragmatik* (Levinson 2000, Meibauer 1999, Ehrhardt, Heringer 2011, Finkenbeiner 2015), *Diskursanalyse* (Gee, Handford (eds.) (2014).

Umfangreiche Literatur zur interdisziplinären Gesprächsforschung wurde in einem Überblick mit spezifischen Themenschwerpunkten an-

7. Dialogische Kommunikation und Medizin

geführt (§ 2), weiterführende Literatur zum Begriff der „Kommunikativen Kompetenz“ wurde bei der didaktischen Konzeption zum „Lernziel kommunikative Kompetenz“ (§ 3) angegeben, zu dem sich im Kapitel zur „Kunst der ärztlichen Gesprächsführung“ (§ 17) ergänzende Literaturhinweise finden.

8 Handlungsmuster und Therapieziele

Armin Koerfer, Christian Albus

8.1	Zielsetzungen in der Arzt-Patient-Kommunikation	367
8.1.1	Forschungsdesiderate	
8.1.2	Hierarchie von Endpunkten	
8.1.3	Kurz-, mittel- und langfristige Endpunkte	
8.1.4	Direkte und indirekte Therapiewege	
8.1.5	Methodische und praktische Probleme	
8.2	Idealtypisches Ablaufmodell ärztlichen Handelns	379
8.2.1	Komplexe Handlungskoordination	
8.2.2	Gesprächstypen, Handlungsmuster und Handlungsziele	
8.2.3	Repetitive, zirkuläre und kumulative Handlungsmuster	
8.3	Entscheidungspfade als Kommunikationspfade	388
8.3.1	Navigationsprobleme	
8.3.2	Dialogische Problemlösungen	
8.4	Formulierungen von Handlungsperspektiven	391
8.4.1	Verständigungsverfahren der Teilnehmer	
8.4.2	Typologie von Formulierungen	
8.4.3	Lebensqualität versus Lebensquantität	
8.4.4	Verbesserung der individuellen Lebensqualität	
8.4.5	Das direkt helfende Gespräch	
8.5	Weiterführende Hinweise	404

Statt nur den Leib technisch im einzelnen, durch Pflegekunst im ganzen in Ordnung zu bringen, wendet der Arzt sich an den Kranken als ein *verständiges Wesen*. Statt ihn als Objekt zu behandeln, tritt er mit ihm in Kommunikation.

Karl Jaspers (1913/1965: 666)

Abstract: In einer ersten Zwischenbilanz kann festgehalten werden, dass die Arzt-Patient-Beziehungen insgesamt und darüber vermittelt die professionellen Schlüssel-Kompetenzen des Arztes (§ 6) angesichts des

8. Handlungsmuster und Therapieziele

gesellschaftlichen Wandels und des veränderten Mortalitätsspektrums (§ 5) vielfältig herausgefordert werden. In all diesen Fällen von chronischer Erkrankung mit und ohne Komorbidität/Multimorbidität sowie mit und ohne pathologische Organerkrankung kommt eine Reihe von *instrumentellen*, *psychosozialen* und *kommunikativen* Funktionen der Arbeit mit dem Patienten zur Geltung, die hier und in den nachfolgenden Kapiteln resümiert und weiter ausdifferenziert werden sollen. Damit sollen zunächst die theoretischen und evaluativen Grundlagen erarbeitet werden, die dann für die Didaktik (§ 13-16) und Praxis (§ 18-23) der ärztlichen Gesprächsführung genutzt werden können.

In diesem Kapitel (§ 8) sollen vor allem die instrumentellen und kommunikativen *Handlungsmuster* herausgearbeitet werden, die für die Interaktion zwischen Arzt und Patient konstitutiv sind. Dabei sind im Sinne der funktionalen Gesprächsanalyse, wie sie vorausgehend (§ 2) skizziert wurde, die *Handlungszwecke* zu rekonstruieren, denen beide Interaktionspartner unter den institutionellen Handlungsbedingungen möglicherweise mit unterschiedlichen Relevanzsetzungen folgen (§ 10, 17), so dass mit Zielkonflikten zu rechnen ist, die in kooperativen Aushandlungsprozessen zu entscheiden sind. Zunächst (§ 8.1) sollen die Forschungsdesiderate zu den allgemeinen Zielsetzungen ärztlichen Handelns formuliert werden, die in der medizinischen Forschung als „klinische Endpunkte“ diskutiert werden. Über die erste Formulierung von (Typen von) Endpunkten lassen sich dann die Probleme der Handlungskoordination beim *instrumentellen* Handeln (Untersuchung, Labor usw.) und *kommunikativen* Handeln zwischen Arzt und Patientin in einem idealtypischen Ablaufmodell (§ 8.2) darstellen, in dem die *Entscheidungspfade*, die beide Interaktionspartner zu gehen haben, als *Kommunikationspfade* beschrieben werden (§ 8.3). Abschließend soll exemplarisch aufgezeigt werden (8.4), wie Arzt und Patient in der gemeinsamen Gesprächsarbeit zu tragfähigen *Formulierungen* von Handlungsperspektiven kommen, die wesentlich durch die Aushandlung verschiedener Therapieziele (Endpunkten) bestimmt sind

8.1 Zielsetzungen in der Arzt-Patient-Kommunikation

Ärztliches Handeln ist ein komplexes Geschehen, bei dem es leicht zu *Zielkonflikten* kommen kann und eine *rationale Zweck-Mittel-Wahl* allein deswegen schon Probleme aufwirft, weil sie in Interaktion mit einem

Partner abgestimmt werden muss, dessen Beschwerden, Anliegen und Präferenzen erst gesprächsweise in einer Anamneseerhebung (§ 9) exploriert werden müssen, bevor er durch Information hinreichend qualifiziert an der Entscheidungsfindung (§ 10) partizipieren kann.

8.1.1 Forschungsdesiderate

Dass der Stand der Forschung zum Zusammenhang von Arzt-Patient-Kommunikation und Health Outcomes immer noch sehr bescheiden ist, stellt Street zu Beginn seines Artikels dar, in dem er noch im Jahr 2013 folgende kritische Bilanz zieht:

Although researchers have long investigated relationships between clinician-patient communication and health outcomes, much of the research has produced null, inconsistent, or contradictory findings.

(Street 2013: 286)

Dieses kritische Resümee mag zugleich Trost und Ansporn für die weitere Forschung sein, die zwar nicht unbedingt Neuland betritt, aber offenbar den Königsweg in diesem Untersuchungsfeld noch nicht gefunden hat.

Erste Probleme ergeben sich mit der Terminologie. Wie alles Handeln ist auch das ärztliche Handeln unter einem *teleologischen* Aspekt zu betrachten, weil die Akteure wie in anderen alltäglichen und institutionellen Handlungssituationen bestimmte Handlungszwecke verfolgen (Ehlich, Rehbein 1977, Koerfer 1994/2013, Scarvaglieri 2013). Ärzte und Patienten handeln zu dem allgemeinen Zweck der *Heilung* oder auch bloß *Besserung* des erkrankten Partners, und alle weiteren Handlungszwecke sind diesem Hauptzweck untergeordnet.

Entsprechend wird auch in der medizinischen Gesprächsforschung (§ 2.2) immer wieder – wie oben von Street (2013) – nach dem Zusammenhang von *Kommunikation* und *health outcomes* gefragt, derentwegen Arzt und Patient schließlich eine helfende Beziehung zunächst *gesprächsweise* eingehen, bevor überhaupt andere, *instrumentelle* Handlungen wie die körperliche Untersuchung oder gar chirurgische Eingriffe ins Spiel kommen können.

Parallel zu diesem traditionellen Begriff (*health outcome*) hat sich inzwischen die Redeweise vom „Endpunkt“ (*endpoint*) etabliert, den Arzt und Patient gemeinsam zu erreichen suchen. Diese in der Medizin übli-

8. Handlungsmuster und Therapieziele

chen Begriffe wollen wir hier übernehmen, um den Bezug zur medizinischen Gesprächsforschung zu wahren (§ 2), ohne hier auf die traditionelle Terminologie der soziologischen oder linguistischen Gesprächsforschung (*Ziele, Zwecke, Aufgaben, Funktionen* usw.) zu verzichten.¹

Unabhängig von der Terminologie ist jedoch weiterhin strittig, welche (Arten von) *Endpunkte(n)* unterschieden werden sollen und wie diese untereinander und in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient wirksam werden. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit und Systematik soll hier in loser Folge eine Reihe von Fragen zum Wirkungszusammenhang von *Kommunikation* und *Endpunkten* formuliert werden:

- Was sind „medizinrelevante“ Endpunkte“?
- Inwieweit fallen „medizinrelevante“ mit „patientenrelevanten“ Endpunkten zusammen?
- Inwieweit lässt sich eine Hierarchie (von primären, sekundären usw.) Endpunkten bestimmen?
- Inwieweit lassen sich mehr oder weniger (un)mittelbare Endpunkte auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient zurückführen?
- Wie triftig ist die Unterscheidung von „harten“ und „weichen“ Endpunkten?
- Was sind die „harten“ Endpunkte (*Zuckerwerte, Lebensdauer* usw.)?
- Was sind die „weichen“ Endpunkte (*understanding, emotional well-being* usw.)?
- Inwieweit fällt die Unterscheidung von „harten“ und „weichen“ Endpunkten mit der Unterscheidung von „objektiven“ und „subjektiven“ Endpunkten zusammen?
- Was soll/darf (für wen/für was) als „Surrogat“ gelten (*Zuckerwerte für Überlebensdauer eines Diabetikers* usw.)?

¹ Zur terminologischen Klarstellung: Wir übernehmen den Begriff „Endpunkt“ (*endpoint*) deshalb, weil er sich inzwischen sowohl im deutsch- als auch englischsprachigen Raum etabliert hat (z.B. Schmacke 2006, Mühlhauser, Meyer 2006, Sawicki 2006, Sachverständigenrat 2009, Haes, Bensing 2009). Ansonsten spricht nichts dagegen, auch weiterhin von *Behandlungszielen, Zwecken, Funktionen, Aufgaben (tasks)* oder *Ergebnissen (outcomes)* zu reden (z.B. Woopen 2001, Bollschweiler 2001, Hulsman 2009, Street et al. 2009, Street 2013, Laidsaar-Powell et al. 2014). Je nach ihrer Funktion im Kontext präferieren wir verschiedene Termini, wir werden uns des allgemeinen Sprachgebrauchs wegen aber überwiegend an „Endpunkt“ halten.

- Was sind spezifisch psychotherapeutische Endpunkte (*Angstreduktion, Stressreduktion* usw.)?
- Wie wirken verschiedene (Typen von primären und sekundären, „harten“ bis „weichen“) Endpunkte(n) zusammen?
- Wie werden die Zusammenhänge von Kommunikation und verschiedenen (Typen von) Endpunkten in der Praxis und Forschung hergestellt und überprüft?

Einige dieser Fragen werden hier sogleich, andere später oder in weiteren Kapiteln (wieder-)aufgenommen. Der Zusammenhang von Kommunikation und „harten“ (*objektiven*) und „weichen“ (*subjektiven*) Endpunkten ist trotz der oben zitierten kritischen Bilanz von Street (2013) in zahlreichen theoretischen und empirischen Studien untersucht worden, auf die wir teils unter dem Aspekt der *Evaluation* (§ 40-43) zurückkommen. Hier soll zunächst den Unterschieden von *primären* und *sekundären* sowie von *kurz-* bis *langfristigen* Endpunkten nachgegangen werden, um schließlich zwischen mehr oder weniger *direkten* bzw. *indirekten* Therapiewegen unterscheiden zu können.

8.1.2 Hierarchie von Endpunkten

In der Kommunikation zwischen Arzt und Patient geht es um verschiedene Typen von Endpunkten, die der Arzt gemeinsam mit seinem Patienten mehr oder weniger kurz- bis langfristig zu erreichen sucht und die nach Möglichkeit „im Dienste der Gesundheit“ des Patienten stehen, wobei schon der Gesundheitsbegriff (§ 5.3) etwa aus der Sicht der Humanmedizin (von Uexküll, Wesiack 1991) oder Psychotherapie (Scarvaglieri 2013) unterschiedlich perspektiviert werden kann.

Was dann jeweils im „Dienste der Gesundheit“ des Patienten sinnvoll und zweckmäßig ist, lässt sich nicht immer leicht bestimmen, zumal „Gesundheit“ oder gar „Heilung“ hier zunächst nur Oberbegriffe und Platzhalter für alle möglichen Endpunkte sind, die je nach (chronischer) Erkrankung „relative“ Endpunkte sein können. Ein „Diabetes“-Patient ist bekanntlich nicht zu „heilen“, aber er kann mehr oder weniger gut auf seine Erkrankung „eingestellt“ werden, sowohl medizinisch im engeren Sinne als auch im Sinne der Förderung seiner Krankheitseinsicht und -verarbeitung mit dem Gesamtziel, seine Lebenserwartung und Le-

8. Handlungsmuster und Therapieziele

bensqualität zu verbessern bzw. nur zu erhalten, worauf wir mit empirischen Beispielen (§ 22.5-7) zurückkommen.

In der Regel wird man je nach Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten zwischen *primären*, *sekundären*, *tertiären* usw. Endpunkten unterscheiden müssen. So wird etwa in einer multizentrischen Studie zur psychosomatischen Intervention bei somatoformen Störungen (PI-SO-Studie) (Ronel et al. 2007, Lahmann et al. 2007) die *Lebensqualität* der Patienten als oberstes Behandlungsziel verfolgt, dem andere Endpunkte bis hin zur „biomedizinischen“ Ebene untergeordnet werden, was hier nur mit einer exemplarischen Beschreibung der Studie (Box 8.1) illustriert werden soll:

Box 8.1 Primäre und sekundäre Endpunkte

Primärer Endpunkt ist die mit dem SF-36 erfasste Verbesserung der Lebensqualität nach einem Jahr (...) Als sekundäre Endpunkte werden Veränderungen der Herzratenvariabilität während eines Stressbelastungstests, die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie verschiedene testpsychologische Skalen untersucht. In einem weiterführenden Forschungsprojekt werden bei Patienten aus bestimmten Studienzentren mittels funktioneller Kernspintomographie (fMRI) auch Veränderungen der neuronalen Aktivität in präfrontalen und limbischen Bereichen gemessen, wodurch Rückschlüsse auf die Funktionalität zentraler Regulationssysteme gezogen werden können (...).

Lahmann et al. 2007: 134

Mit diesem Studienbeispiel soll lediglich illustriert werden, was vorausgehend schon deutlich wurde: Ganz gleich, ob als *instrumentelles* Handeln (Untersuchung, OP) oder *kommunikatives* Handeln (Anamnese-, Aufklärungsgespräch), ärztliche Aktivitäten bewegen sich immer in einer *Hierarchie* verschiedener *Funktionen*. Dies betrifft nicht nur die Hierarchie von psychosozialen Endpunkten (wie „Lebensqualität“) und biomedizinischen Endpunkten (wie „Herzratenvariabilität“), sondern auch das interaktionslogische Voraussetzungs-Folge-Verhältnis, nach dem bestimmte primäre Endpunkte (z.B. *Linderung*, *Besserung*, *Gesundung*) nur erreicht werden können, wenn zuvor eine *Bereitschaft* und *Motivation* des Patienten etwa zur Verhaltensänderung (Bewegung, Ernährung) gegeben ist.

Diese motivationalen („weichen“) Endpunkte können etwa mangels ärztlicher *Kompetenz* oder mangels *Kooperation* des Patienten verfehlt

oder aber erreicht werden, was gerade durch die Beachtung evidenzbasierter *Leitlinien* erleichtert werden kann (§ 5), die nicht zuletzt auf mögliche Kooperationsverweigerung des Patienten (Abwehrformen) aufmerksam machen. Die *situative* Anwendung von Leitlinien bleibt jedoch in der Verantwortung des individuellen Arztes, der seine psychosozialen und kommunikativen Kompetenzen *kreativ* nutzen können soll (§ 5, 10, 17). Dazu gehören sowohl Wahrnehmungs- als auch Handlungskompetenzen, mit denen sich der Arzt im aktuellen Gespräch ad hoc auf den Patienten einzustellen hat, was wir unter dem Aspekt der *Passung* von verbalen und nonverbalen Interventionen (§ 17-23) noch an empirischen Fällen herausarbeiten werden. Während der Interaktion mit Patienten müssen oft Entscheidungen mit ungewissem Ausgang getroffen werden, weil die Kette von Handlungsfolgen im Sinne *intendierter* Endpunkte nicht immer hinreichend antizipiert werden kann.

Dies betrifft schon die *Antizipation* von Patientenreaktionen auf einfache verbale Interventionen (wie oben: „Sie haben nichts!“, § 5.2.3), die der Patient mit einer *somatoformen* Störung als *Kränkung* erleben kann, auf die er möglicherweise mit Abwehr und Rückzug oder gar mit einem Arztwechsel reagiert. In diesen Fällen wird der intendierte *kurzfristige Endpunkt* („informative Aufklärung“) zwar formal erreicht, aber wegen der wenig *empathischen* Zugangs zum Patienten werden *weitergehende* Endpunkte verfehlt.

Sie können auch erst gar nicht „in Angriff“ genommen werden, wenn sich der Patient (aus welchen Gründen auch immer) der Behandlung entzieht, womit wir zu weiteren Typen von Endpunkten ärztlichen Handelns kommen, die die kommunikative Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung selbst betreffen. Denn bevor etwa für einen „Diabetes“-Patienten die „harten“ biomedizinischen Ziel-Werte (*HbA1c*) festgelegt werden können, ist seine *Krankheitseinsicht* oder *Motivation* zu fördern (§ 21, 22, 29), ohne die alle weitergehenden Therapiepläne unrealistisch blieben.

Um hier überhaupt wechselseitig Gehör für bestimmte Themen zu finden, bedarf es wiederum einer besonderen *Vertrauensbeziehung* zwischen den beiden Interaktionspartnern, die eher als „weicher“ Endpunkt aufgefasst werden kann. Dieser kann wiederum *unmittelbar* im Gespräch mit dem Arzt erreicht werden, aber im weiteren Behandlungsverlauf auch zwischenzeitlich wieder verloren gehen, so dass er *langfristig* stabilisiert werden muss usw. Damit kommen wir zu einer weiteren Unterscheidung von Typen von Endpunkten, die eher einer *temporalen*

8. Handlungsmuster und Therapieziele

Ordnung folgt, in der allerdings interaktionslogische Voraussetzungs-Folge-Verhältnisse zu berücksichtigen sind.

8.1.3 Kurz-, mittel- und langfristige Endpunkte

Während die Differenzierung von *primären* und *sekundären* Endpunkten eher einer Relevanzordnung folgt, wie sie gerade auch im Forschungskontext (s.o.) zu begründen ist, können Endpunkte auch nach einer eher *temporalen* Ordnung differenziert werden. Deren *Normalform* lässt eine bestimmte *Reihenfolge* von (Typen von) Endpunkten erwarten, die sich allerdings in einem komplexen Bedingungsgefüge auch ändern kann.

In der Forschung werden in einer langen Tradition zumeist *kurz-, mittel- und langfristige* Outcomes bzw. Endpunkte unterschieden (Pendleton 1983, Beck et al. 2002, Haes, Bensing 2009, Street et al. 2009, Christianson et al. 2012, Street 2013, Labrie, Schulz 2014, Hauser et al. 2015). Dabei wird häufig implizit oder explizit eine spezifische Zuordnung vorgenommen, nach der bestimmte „weiche“ Endpunkte“ kurzfristig erreicht werden (müssen), denen dann andere Endpunkte folgen (können), wie dies etwa von Beck et al. (2002: 27) nahegelegt wird, die zu folgender Einteilung kommen:

- Short term: patient recall, satisfaction, intention to comply, trust
- Intermediate: compliance
- Long term: symptom resolution, health status, quality of life, mortality

Wie wir noch im Detail sehen werden, stellen sich die Verhältnisse in der Praxis oft *komplexer* dar: So kann sich etwa „Vertrauen“ und „Zufriedenheit“ zwar kurzfristig schon in der ersten Sprechstunde selbst einstellen, dann aber beides zwischendurch „auf der Strecke bleiben“ oder etwa beim Ausbleiben von intendierten Erfolgen mittelfristig sogar in Misstrauen und Unzufriedenheit umschlagen, um sich dann langfristig wieder zu stabilisieren usw. Die Stabilisierung etwa der Patientenzufriedenheit mag zeitlich nach einem biomedizinischen Teilerfolg (z.B. Schmerzlinderung nach Medikation) auftreten und durch diesen entsprechend bedingt sein usw., so dass sich die Voraussetzungs-Folge-Verhältnisse auch verkehren können, so wie sich anfängliche Skepsis

eines Patienten durch guten Therapieerfolg auch in dauerhafte Überzeugung verwandeln kann.

Ebenso kann die Adhärenz (etwa bei Medikamenten) wie das Krankheits-/Gesundheitsverhalten selbst (Sport, Diät usw.) kurzfristig stabil scheinen, jedoch mittelfristig Schwankungen unterliegen, weil die Anfangsmotivation nachlässt, die dann erneuert werden muss, um langfristige Erfolge zu erzielen usw. Entsprechend dürfte es dann auch nachgeordnet Schwankungen in den „harten“ Endpunkten (*biologic markers*) geben, was als Voraussetzungs-Folgeverhältnis in einem interaktionslogischen Gesamtmodell der Arzt-Patient-Beziehung zu berücksichtigen wäre, das dem komplexen Handeln der beiden Akteure in einem größeren *Zeitverlauf* Rechnung trägt (§ 8.2). Dabei müssen Platzhalter für Irrtümer, Missverständnisse, Konflikte, Korrekturen usw. beim *Aushandeln* von Therapieplänen und -zielen eingebaut werden, die nach Möglichkeit Phasen des *Probehandelns* erlauben, sofern dies vom Sachstand her möglich ist.

Zwar ist eine Operation nicht mehr rückgängig zu machen, aber ein Medikament kann wegen zu starker Nebenwirkungen anders dosiert, abgesetzt oder durch ein anderes Medikament ersetzt werden usw. (§ 26). Derartige Möglichkeiten werden zumeist mit der Arztfrage „Wie kamen Sie damit zurecht?“ eröffnet, mit der der Erfolg einer spezifischen therapeutischen Maßnahme vom Typ des instrumentellen Handelns kommunikativ überprüft wird, was an empirischen Beispielen (§ 8.4, 22, 26) noch auszuführen ist.

8.1.4 Direkte und indirekte Therapiewege

Wie vorausgehend deutlich wurde, sind die zwischen Arzt und Patient auszuhandelnden Endpunkte selten unmittelbar zu realisieren, sondern die beiden Interaktionspartner müssen oft verzweigte Wege und Umwege gehen, die auf spezifische, mehr oder weniger *indirekte* Weise zielführend sind. In einer Zwischenbilanz folgen wir hier zunächst einer schematischen Darstellung (Abb. 8.1), die wir in Anlehnung an Street et al. (2009), Street (2013) sowie Laidsaar-Powell et al. (2014) für die weitere Orientierung kapitelübergreifend benutzen wollen.

Die Ausgangsthese von Street et al. (2009) ist, dass die Kommunikation zwischen Arzt und Patient zwar auch auf direktem Weg zu einem *Health Outcome* führen kann, dass es aber in der Regel *indirekter, me-*

8. Handlungsmuster und Therapieziele

diatisierter Wege bedarf. So kann das Gespräch mit dem Arzt beim Patienten zwar unmittelbar („talk itself can be therapeutic“) zu einer *Beruhigung* oder gar *Angstreduktion* führen oder seine *Hoffnung* oder sein *Wohlbefinden* steigern. Für langfristige Zielsetzungen sind aber *Zwischenziele* zu erreichen, die etwa das *Krankheitsverständnis* des Patienten oder seine *Bereitschaft* zur Mitwirkung an der Behandlungsmaßnahme betreffen.

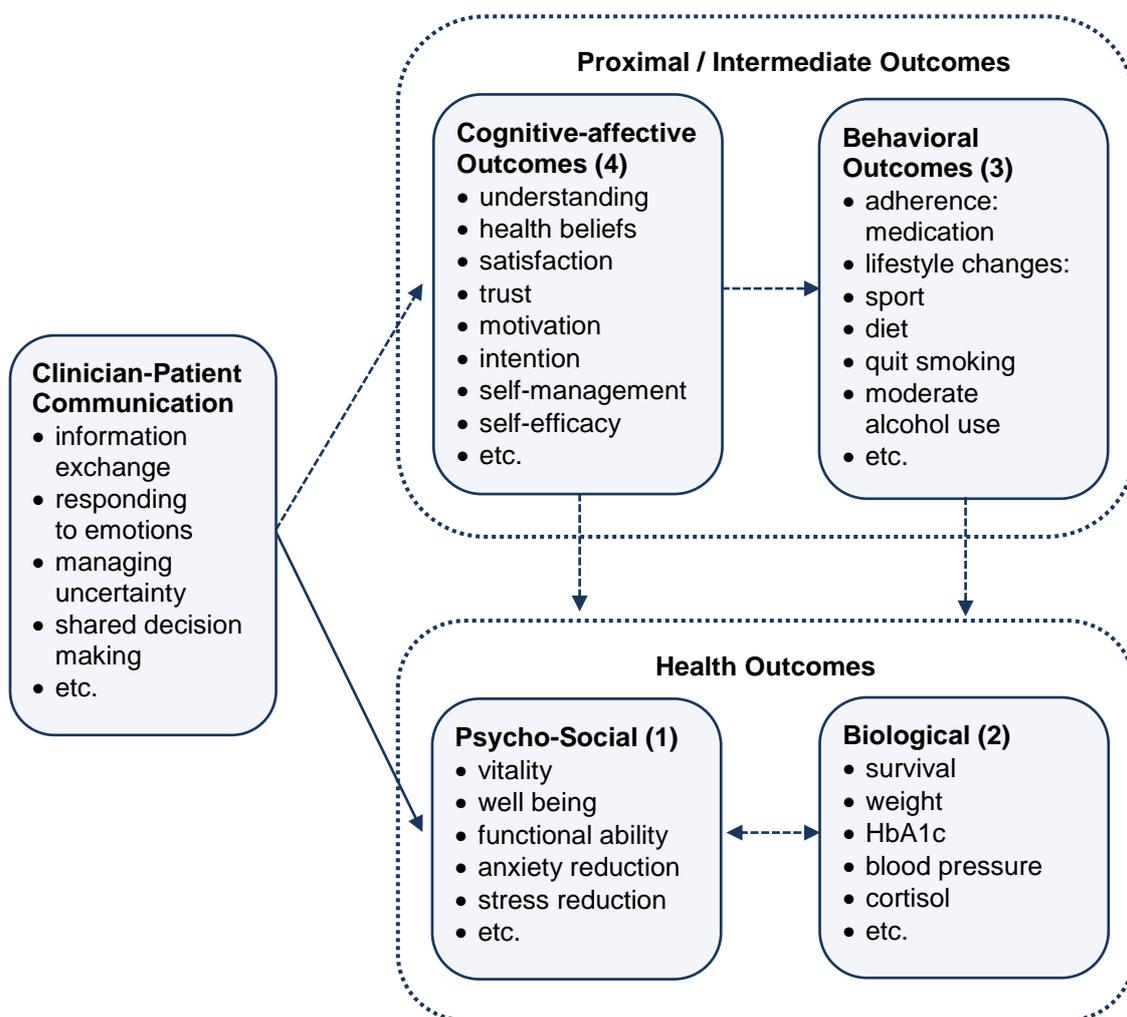


Abb. 8.1: Direkte (durchgezogene) und indirekte (gestrichelte) Pfade zwischen Arzt-Patient-Kommunikation und Health Outcomes (in Anlehnung an Street et al. 2009, Street 2013, Laid-saar-Powell et al. 2014)

Wir übernehmen hier die Unterscheidung von *direkten* und *indirekten* Pfaden, differenzieren allerdings die indirekten Pfade in *kognitiv-*

affektive Endpunkte und *behaviorale* Endpunkte sowie den *Health Outcome* in *biomedizinische* Endpunkte sowie *psycho-soziale* Endpunkte ärztliches Handelns, ohne dabei ihre Einheit im Sinne einer *biopsychosozialen* Medizin (§ 4) aufheben zu wollen.

Eine solche Typologie folgt der „Interaktionslogik“ ärztlichen Handelns, nach der etwa Verbesserungen *biomedizinischer* Werte (*HbA1c*) kein „Selbstzweck“ sind, sondern als Zwischenziele (2. Ordnung) höheren *biopsychosozialen* Gesundheitszielen dienen (1. Ordnung), zu denen etwa die *Vitalität* und das *Wohlbefinden* des Patienten zu rechnen sind (§ 5.3). Die *biopsychosozialen* Gesundheitsziele insgesamt sind wiederum häufig nicht direkt zu erreichen, sondern setzen *Verhaltensänderungen* voraus (3. Ordnung), die wiederum auf *kognitiv-affektiven* Prozessen von *Einsicht*, *Motivation* und *Vertrauen* beruhen (4. Ordnung). Diese müssen in der Regel am Anfang einer Wirkungskette in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient stehen, um eine tragfähige Beziehung aufzubauen, auf deren Basis überhaupt langfristige Therapieziele ausgehandelt und vereinbart werden können.

Die interaktionslogische Verkettung von Handlungen und Endpunkten (verschiedener Ordnung) wirft eine Reihe von Problemen in der Theorie und Praxis ärztlichen Handelns auf, denen hier in mehreren Schritten nachgegangen werden soll, bevor wir sie an empirischen Fällen (§ 8.4) exemplifizieren.

8.1.5 Methodische und praktische Probleme

In theoretischen und empirischen Studien zum Zusammenhang von Kommunikation und Outcome werden sowohl „weiche“ (*kognitiv-affektive*) Endpunkte (wie *understanding*, *satisfaction*, *trust*, *self-efficacy*) als auch „harte“ (zumeist *biomedizinische*) Endpunkte berücksichtigt, teils auch in Kombination beider Typen von Endpunkten (z.B. Beck et al. 2002, Trummer et al. 2006, Haywood et al. 2006, Lee, Lin 2010, Lelorain et al. 2012, Laidsaar-Powell et al. 2014). Je nach (Typ von) Endpunkt kommen spezifische Methoden der Erhebung zur Anwendung, deren Ergebnisse in der Praxis im Sinne einer dialogischen Entscheidungsfindung (§ 10), die individuelle Präferenzen berücksichtigen sollte, zu spezifizieren sind.

8. Handlungsmuster und Therapieziele

Die „weichen“ *Endpunkte* werden zumeist über Patienten-Ratings bzw. Fragebögen ermittelt, über die aber auch der (subjektive) Health-Status überprüft werden kann. Die „harten“ Endpunkte beziehen sich je nach Fragestellung etwa auf die Verweildauer im Krankenhaus (nach Tagen) (Trummer et al. 2006) oder auf bestimmte *biomedizinische* Werte (HbA1c) als „objective outcome variable“ (Lee, Lin 2010). In derartigen empirischen Studien wird im Detail geprüft, was in vielfältigen theoretischen Konzepten ausdifferenziert oder auch kritisch reflektiert wird.

So ist etwa der in der Forschung wie Praxis besonders häufig beanspruchte, weil gut quantifizierbare „harte“ (*objektive*) Endpunkt der (Über-)Lebensdauer sicher ein „Nonplusultra“ der Bewertung, aber schon die verbleibende (*subjektive*) „Lebensqualität“ kann gegen die „Lebensquantität“ durchaus „verrechnet“ werden (Konerding, Schell 2001, Gustavson, Sandman 2014). Letztlich geht es um „patientenrelevante“ Endpunkte (Sawicki 2006, Fischer 2006). Wie wir an einem Beispiel (§ 8.4) sehen werden, sind hier individuelle Präferenzen von Patienten zu berücksichtigen, die individuelle Kosten-Nutzen-Rechnungen aufstellen, die von einer „Normalform“ der Erwartungen auch abweichen können. Zwar mag sich der Arzt an einer solchen „Normalform“ orientieren, die „methodisch“ durch quantitativ orientierte Studien (s.o.) gesichert sein mag, was aber dieser individuelle Patient in seiner aktuellen „Sprechstunde“ für sich als „patientenrelevante“ Endpunkte präferiert, kann oft nicht durch Standardfragen einfach abgerufen, sondern muss „gesprächsweise“ erkundet werden.

Darüber hinaus ist in der Praxis das Problem zu berücksichtigen, dass sich die individuellen Präferenzen und Einstellungen von Patienten (im Laufe des Lebens/der Erkrankung) auch ändern können, so dass eben nicht von der *einen* gültigen Meinungsbildung ausgegangen werden kann, die als abgeschlossen unterstellt werden könnte. Vielmehr ist der Einstellungswandel in einer dialogischen Entscheidungsfindung (*shared decision making*) (§ 10) systematisch als ein mögliches Problem zu antizipieren und einzuplanen, wie an den Praxisfällen zu verdeutlichen sein wird.

Zu einem spezifischen Problem gehört sicher auch die Bewertung von sog. *Surrogaten* (z.B. *Cholesterinspiegel* für Herzinfarktrisiko bzw. Lebensdauer), die in der Forschung durchaus kritisch gesehen werden können (Mühlhauser, Meyer 2006, Sawicki 2006). Diese sind auch in der Praxis häufig für Patienten nur schwer zu plausibilisieren, weil etwa

die vom Arzt als „überhört“ oder gar als „schlecht“ oder „bedrohlich“ charakterisierten „Zuckerwerte“, „Fettwerte“ oder „Leberwerte“ zunächst das allgemeine Gesundheitsbefinden des Betroffenen (*vitality, well-being*) nicht zu beeinträchtigen scheinen. Hier bedarf es vonseiten des Arztes einer besonderen, nachhaltigen „Aufklärungs- und Erziehungsarbeit“ (*information, education*), um den Patienten gegebenenfalls vom Gesundheitsrisiko „überzeugen“ (*health belief*) und von der Notwendigkeit einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme (*adherence*) oder einer Änderung seiner problematischen Gesundheitseinstellung (*health belief*) und seines damit (*behavioral*) verbundenen riskanten *Lebensstils* (Bewegungsmangel, Nikotin-, Alkoholabusus) hinreichend „motivieren“ zu können.

Diese ärztliche *Motivationsarbeit* zielt auf die *langfristigen* „Endpunkte“, und zwar nicht nur darauf, die *biomedizinischen* (Leber-, Fett-, Zucker-) *Werte* stabil zu verbessern, sondern darüber vermittelt vor allem darauf, die Gesundheit (*Vitalität*) des Patienten insgesamt zu erhalten oder zumindest einer Verschlechterung einer beginnenden Erkrankung (*Diabetes*) entgegenzuwirken. Dabei sind in der Kommunikation mit dem Patienten oft keine *direkten* Wege zielführend, sondern es sind viele *indirekte* Wege und Umwege zu suchen und zu nutzen, die unter Umständen in kommunikativen *Mehrfachschleifen* zu gehen sind (§ 8.2.3), bevor die intendierten Endpunkte im Sinne eines *konsentierten Therapieziels* schließlich auch realisiert werden.

Hier ist in der Praxis das Problem der *kognitiv-affektiven* „Hürden“ zu berücksichtigen, die einer *Verhaltensänderung* des Patienten im Wege stehen können. Gerade Hausärzte wissen aus der Erfahrung der langjährigen Betreuung von Patienten (§ 24), wie oft sie „zweifelnde“, „verleugnende“ oder „rückfällige“ Patienten immer wieder aufs Neue überzeugen, motivieren und kontrollieren sowie Therapiepläne laufend modifizieren und an die Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten adaptieren müssen, um über *kognitive-affektive* Zwischenziele eine *Verhaltensänderung* auf dem Weg zu langfristigen stabilen *biopsychosozialen* Endpunkten zu erreichen.

Auf diesem mehr oder weniger „indirekten“ Weg zu langfristigen Endpunkten ihres Handelns durchlaufen die beiden Interaktionspartner eine Reihe von *Entwicklungsphasen* in gemeinsamen *Interaktionsschichten*, die nachfolgend in einem *idealtypischen Ablauf-Modell* ärztli-

chen Handelns in mehreren Schritten beschrieben und schließlich (§ 8.4) an empirischen Beispielen konkretisiert werden sollen.

8.2 Idealtypisches Ablaufmodell ärztlichen Handelns

Als *allgemeiner* Endpunkt ärztlichen Handelns, der zugleich als *primärer* Endpunkt gelten kann, soll hier die *Entlastung* von der *Krankheitslast* des Patienten bestimmt werden, wie dies vorausgehend (§ 5) mit Bezug auf den Sachverständigenrat (2009) ausgeführt worden war. Die *Entlastung* des Patienten bewegt sich mehr oder weniger *relativ* zur Schwere der gesamten *Krankheitslast* (Chronifizierung, Multimorbidität, infauste Prognose) in einem Kontinuum zwischen Tod und vollkommener Gesundheit oder weniger dramatisch und differenzierter: zwischen Verschlimmerung und Verbesserung des körperlichen bzw. psychischen Befindens.

Die *relative* Entlastung muss oft in *komplexen, hierarchisch* organisierten Prozessen des *Verstehens* und der *Verständigung* erfolgen (§ 10, 22), die sich sowohl durch *Gleichzeitigkeit* als auch *Ungleichzeitigkeit* von Endpunkten bei vielschichtigen Voraussetzungs-Folge-Verhältnissen auszeichnen. Dies bedeutet für beide Akteure eine große Herausforderung zur Lösung anstehender Koordinationsprobleme.

8.2.1 Komplexe Handlungskoordination

Bei der Koordination der Handlungsabläufe sind unter *zeitlichen* und *interaktionslogischen* Aspekten sowohl beim Handeln selbst als auch bei den (mehr oder weniger) intendierten Handlungsfolgen (*Endpunkten*) nicht nur *lineare*, sondern *zirkuläre Handlungsmuster* in Rechnung zu stellen, bei denen die Akteure in der Interaktion gemeinsam ein komplexes Bedingungsgefüge bewältigen müssen. Bei diesem Bedingungsgefüge muss eine Reihe von (*instrumentellen, kommunikativen, kognitiven, affektiven, parativen, motivationalen, behavioralen* usw.) Aspekten des Handelns unterschieden werden (Koerfer 1994/2013), die in der Interaktion zwischen Arzt und Patient auf vielfältige Weise zur Geltung kommen:

Informationen werden (*kommunikativ*) etwa durch Frage-Antwort-Muster ausgetauscht, Therapiepläne und -maßnahmen bedürfen vo-

rausgehend sowohl (*instrumentell*) der körperlichen Untersuchung oder aktueller Laborbefunde als auch (*kommunikativ*) der Aufklärung und Zustimmung des Patienten. Dessen (*affektive, motivationale*) Einstellungen (*Zufriedenheit, Zuversicht*) und Möglichkeiten (*parativ*) sind wiederum Voraussetzungen für weiteres Handeln, zu dem er auch (*kognitiv*) in der Lage sein muss. Dies ist etwa bei älteren Patienten nicht selbstverständlich, wie wir dies schon (§ 5) mit dem demographischen Wandel und dem geänderten Morbiditätsspektrum angeführt haben, was die Kommunikation mit älteren Patienten vor besondere Herausforderungen stellt (§ 37). So hängt der gesamte Therapieerfolg etwa (*parativ*) von der Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten zur Mitarbeit und anschließend (*behavioral*) von der *Therapieadhärenz* des Patienten ab, der die Medikamente einnehmen oder die Diät einhalten oder regelmäßig Sport treiben muss.

Dieses Patientenverhalten ist wiederum regelmäßig zu *kontrollieren*, wobei je nach neuen Befunden (z.B. Laborwerten) wiederum gesprächsweise eine Fortsetzung der eingeschlagenen Therapie oder Modifikationen (der Dosierung) vorgenommen oder andere, begleitende therapeutische Maßnahmen (*supportive* Gespräche) ergänzt werden müssen, etwa weil der Patient (*affektiv*) zu verzweifeln oder gar zu dekompensieren droht. In einem idealtypischen Ablauf-Modell (Abb. 8.2) sollen die spezifischen Handlungsprozesse und ihre jeweiligen Endpunkte dargestellt und erläutert werden, die beim ärztlichen Handeln eine wesentliche Rolle spielen.

8.2.2 Gesprächstypen, Handlungsmuster und Handlungsziele

In diesem idealtypischen Ablauf-Modell ärztlichen Handelns werden zunächst die elementaren Ablaufstadien als Platzhalter für spezifische Gesprächstypen, Handlungsmuster und Handlungsziele berücksichtigt, die nachfolgend in der Theorie, Didaktik und Praxis der Arzt-Patient-Kommunikation noch differenzierter darzustellen sind. Dann geht es im Detail um spezifische *Handlungsmuster* wie das *Frage-Antwortmuster* oder *Erzählmuster*, wie sie etwa für die biographisch-narrative Anamnesegespräch (§ 9) charakteristisch sind. Dort wird dann zu begründen sein, warum ein *narratives* Interviewmuster eher als ein *interrogatives* Interviewmuster geeignet ist, die *Affekte* des Patienten überhaupt „ansprechen“ und damit bestimmte *patientenrelevante* Endpunkte erst zum Thema machen zu können. Ebenso werden Aufklärungs- und Entschei-

8. Handlungsmuster und Therapieziele

dungsmuster danach zu differenzieren sein, inwieweit eine aktive Patientenpartizipation (SDM) (§10) eher gefördert oder aber verhindert wird, so dass auch bestimmte „weiche“ Endpunkte (wie *Patientenzufriedenheit*, *Ressourcensteigerung*) eher erreicht oder aber verfehlt werden.

Als Grundlage für diese empirischen Gesprächsanalysen dient hier die idealtypische Darstellung des Ablauf-Modells ärztlichen Handelns (Abb. 8.2), mit dem die phasenspezifischen Ablaufstadien erfasst werden, die nicht notwendig mit einzelnen Arzt-Patient-Kontakten zusammenfallen müssen, sondern diese übersteigen können. In der idealtypischen Darstellung geht es vielmehr um das komplexe Wechselspiel zwischen kommunikativem und instrumentellem Handeln in einer langfristigen *Interaktionsgeschichte* zwischen Arzt und Patient, in der sie bestimmte Entwicklungsstadien durchlaufen, die wiederum kommunikativ bilanziert werden müssen, um die jeweils nächsten Handlungsschritte einleiten zu können usw.

In dieser gemeinsamen Interaktionsgeschichte werden in einer typischen Reihenfolge spezifische *Gesprächstypen* (Spalte B, Typen 1-5) realisiert, die in einer langen Tradition der ärztlichen Profession ausgebildet wurden und als Strukturvorlage für die Entwicklung und Kontrolle von Typen von Endpunkten in einem kontinuierlichen Kommunikationsprozess dienen: Die zwischen Arzt und Patient in (wiederholten) *Anamnesegesprächen* (Position 1), *Aufklärungsgesprächen* (P2), *Entscheidungsgesprächen* (P3) gemeinsam entwickelten Endpunkte können in (wiederholten) *Kontrollgesprächen* (P4) gegebenenfalls von beiden Akteuren überprüft und modifiziert werden, bis sie schließlich in einem *Katamnesegespräch* (P5) „ihre“ gemeinsamen Therapieerfolge bilanzieren. Die Struktur und Funktion dieser *Gesprächstypen* wird in der Theorie (§ 10, 17, 40) sowie in der Didaktik und Empirie der ärztlichen Gesprächsführung (§ 18-23) im Detail herauszuarbeiten sein.²

Dabei kann das Ablauf-Modell, das unser *Manual* zur Gesprächsführung und unsere empirischen *Gesprächsanalysen* anleiten soll, im analytischen Bedarfsfall weiter modifiziert oder differenziert werden. Seine idealtypische Darstellung (Abb. 8.2), mit der hier ein „Normalverlauf“ von (Typen von) Arzt-Patient-Interaktionen unterstellt wird, soll nachfolgend in mehreren Schritten erläutert werden:

² Wegen ihrer Besonderheiten wird das *Visitengespräch* (§ 24), das *Hausarztgespräch* (§ 25) und das *Verordnungsgespräch* (§ 26) jeweils in eigenständigen Kapiteln untersucht.

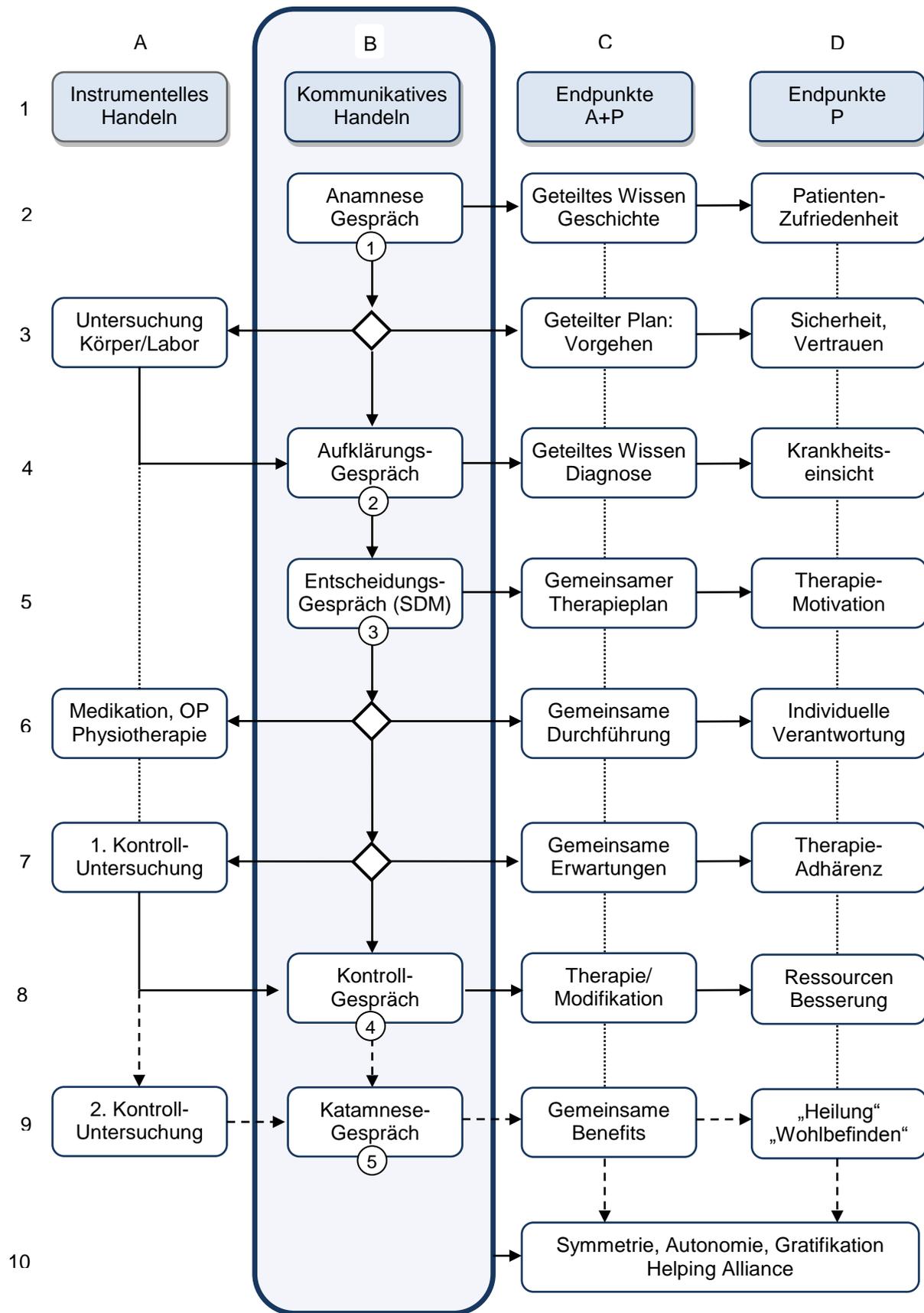


Abb. 8.2: Idealtypisches Ablaufmodell ärztlichen Handelns

8. Handlungsmuster und Therapieziele

In einem Flussdiagramm haben wir zunächst grob zwischen eher *obligatorischen* Pfaden (*durchgezogenen* Pfeilen) und *fakultativen* Pfaden (*gestrichelten* Pfeilen) unterschieden, die jeweils zu mehr oder weniger *erwartbaren* Endpunkten führen, was auch aus der Perspektive der Handelnden fallspezifisch variieren kann. Wo etwa „Heilung“ nicht möglich ist, muss mit weniger ambitionierten Endpunkten (*Ressourcensteigerung, Besserung der Symptome*) (D8) gerechnet werden, die als *relative* Entlastung von der gesamten persönlichen Krankheitslast eines Patienten aufzufassen sind, wie dies oben (§ 5.4) mit Bezug auf den Sachverständigenrat (2009) ausgeführt worden war.

So ist häufig bei „unheilbaren“ Krankheiten der Erhalt der verbliebenen Ressourcen des Patienten und seiner Lebensqualität der *primäre* Endpunkt, wie sogleich an einem Beispiel aus einer onkologischen Praxis (§ 8.4) (vgl. auch § 22, 38) deutlich werden wird, in dem es um einen *Zielkonflikt* zwischen *Lebensverlängerung* und *Lebensqualität* geht.

Weiterhin wurde zwischen *instrumentellem* Handeln (Spalte A) und *kommunikativem* Handeln (Spalte B) unterschieden sowie je nach Art der Beteiligung der Akteure zwischen zwei Typen von Endpunkten differenziert, nämlich dem *kooperativen* und dem *individuellen* Typ. Beim *kooperativen* Typ (Spalte C) sind beide Partner direkt am Erreichen der Endpunkte beteiligt, wofür sie gemeinschaftlich verantwortlich sind. Hierher gehört etwa das geteilte Wissen über die Krankengeschichte des Patienten (Spalte C, Zeile 2) oder der gemeinsam beschlossene Therapieplan (C5), an den beide Partner gemeinsame Erwartungen (C7) knüpfen usw.

Beim *individuellen* Typ (Spalte D) ist der Patient primär allein betroffen und verantwortlich, obwohl ja gerade in der Arzt-Patient-Beziehung wenig ohne das Zutun des anderen geht (§ 10). Aber letztlich ist es der Patient, der zunächst (*kognitiv-affektiv*) über eine Reihe *indirekter*, vermittelnder Zwischenziele (D2-4) die *Motivation* entwickelt (D5), die ihn als individuelle Person (sic) schließlich in individueller *Verantwortung* (D6) zur „Therapietreue“ (*Therapieadhärenz*) (D7) anhält, indem er (sic) (*behavioral*) auf der Verhaltensebene die Medikamente nimmt oder die Diät einhält oder regelmäßig Sport treibt usw., worauf er sich ohne die „eindringliche“ Aufklärung (B4) seines Arztes wahrscheinlich nicht eingelassen hätte.

In der Gesprächspraxis bedarf es hier oft einer spezifischen Überzeugungsarbeit im Sinne eines maßgeschneiderten *Motivationsgesprächs* (Beni 2014, Harvey 2014, Martin 2014), in dem etwa die Gesundheits bzw. Krankheitsvorstellungen von Patienten (*health beliefs*)

zum Thema zu machen und seine Vorbehalte und Widerständen gegenüber Verhaltensänderungen zu bearbeiten sind. Diese maßgeschneiderte Gesprächsarbeit, auf die wir unter dem Aspekt der *Passung* von verbalen Interventionen zurückkommen (§ 17-23), verlangt gegebenenfalls Wiederholungen, Wiederaufnahmen, Vertiefungen, Veranschaulichungen, Rück- und Ausblicke, Zusammenfassungen usw., die insgesamt auf *nicht-lineare* Kommunikationsprozesse verweisen. Diese werden immer dann notwendig, wenn sich in einem bestimmten Entwicklungsstadium der Interaktionsgeschichte zwischen Arzt und Patient eben auch die intendierten Endpunkte nicht in der intendierten Abfolge einstellen wollen, also etwa die erwartbare Therapieadhärenz ausbleibt, weil offenbar die vorausgehenden kognitiv-affektiven Endpunkte verfehlt oder nicht hinreichend stabil vermittelt wurden.

Wie in empirischen Gesprächsanalysen noch im Detail herauszuarbeiten ist, sind (wie im Alltag) auch in der institutionellen Interaktion zwischen Arzt und Patient neben *linearen* auch *repetitive*, *zirkuläre* und *kumulative* Handlungsmuster zu erwarten, was der *Komplexität* der Funktionen geschuldet ist, die beide Akteure in kommunikativer Feinabstimmung zu bewältigen haben.

8.2.3 Repetitive, zirkuläre und kumulative Handlungsmuster

Wenn in der idealtypischen Darstellung (Abb. 8.2) ein Normalverlauf unterstellt wird, nach dem sich etwa die *Zufriedenheit* (D2) des Patienten schon im ersten Anamnesegespräch und seine *Krankheitseinsicht* (D4) mit einem entsprechenden Einstellungswandel seiner Gesundheitsüberzeugungen (*health beliefs*) gleich im ersten Aufklärungsgespräch einstellen sollen, dann ist im empirischen Einzelfall genau diese idealtypische Ablaufstruktur zu überprüfen.

Für weitere *repetitive*, *zirkuläre* oder *kumulative* Beziehungen zwischen Handlungen und Endpunkten haben wir eine unspezifische Darstellungsform (gepunktete Linien ohne Pfeilrichtung) gewählt, die im analytischen Bedarfsfall konkretisiert wird. So wird der Arzt die Ergebnisse einer aktuellen Untersuchung zumeist rückbezüglich mit vorausgehenden Ergebnissen vergleichen und die Unterschiede und ihre Bedeutung usw. in der Regel auch gegenüber seinem Patienten in mehr oder weniger ausführlichen *Aufklärungsgesprächen* kommunizieren („Ihre Werte haben sich erfreulich verbessert“), worauf wir gleichfalls mit Beispielen (§ 22) zurückkommen.

8. Handlungsmuster und Therapieziele

Gegebenenfalls muss der Arzt auch zwischen den *Gesprächstypen* mehrfach wechseln, also etwa beim *Entscheidungsgespräch* zurück zum *Aufklärungsgespräch* oder zum *Anamnesegespräch* gehen, weil ihm noch wichtige Informationen zur Krankengeschichte fehlen usw., weswegen der Arzt den Patienten erneut zu einer *Patientenerzählung* einladen mag. So kann ein laufendes, *deliberatives* Handlungsmuster bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung (*shared decision making*) (BC5) durch ein *narratives* Handlungsmuster zur Vervollständigung der Anamneseerhebung kurzfristig abgelöst werden, um den elementaren, gemeinsamen *Endpunkt* („shared knowledge“) (C2) zwischen Arzt und Patient zu stabilisieren usw. Weiterhin können einmal erreichte Endpunkte auch wieder verspielt werden, wenn etwa die anfänglich erreichte Patientenzufriedenheit später durch ein paternalistisches Entscheidungsmuster, das die Patientenpräferenzen ignoriert, in Unzufriedenheit umschlägt usw., so dass an diesem Endpunkt ein Neustart erforderlich werden kann.

So kann die Normalform der Abfolge von Typen von Endpunkten *verschiedener Ordnung*, wie wir sie vorausgehend (§ 8.1.4) differenziert haben, insgesamt einer Änderung unterliegen. Wenn etwa nach einer längeren Interaktionsgeschichte zwischen Arzt und Patient beim *health outcome* die erwarteten Erfolge ausbleiben, ist zunächst auf der *behavioralen* Ebene die Therapieadhärenz des Patienten in den Aufmerksamkeitsfokus zu rücken, in dem dann gegebenenfalls (*kognitiv-affektiv*) die mangelnde Krankheitseinsicht und Motivation erneut „auf den Prüfstand gestellt“ werden muss usw.

Im empirischen Praxisfall ist also mit vielfältigen Abweichungen vom idealtypischen Ablauf-Modell zu rechnen, die schließlich mit *graduellen* und *dynamischen* Beschreibungen erfasst werden müssen, nach denen sich bestimmte Endpunkte (wie *Zufriedenheit*, *Vertrauen*, aber auch *Linderung*, *Besserung*) oft „mehr oder weniger“ oder „nach anfänglichen Verzögerungen“ schließlich doch „allmählich“ oder aber auch „spontan“ und „unmittelbar“ einstellen können. Dabei sind *Spontanität* und *Unmittelbarkeit* nicht als individuelle Zufallsentwicklungen aufzufassen, die sie im Einzelfall auch sein können, sondern als Ergebnis einer gemeinsamen Interaktionsgeschichte zu rekonstruieren.

Gerade in empirischen Gesprächsanalysen kann deutlich gemacht werden, wie beim ärztlichen Handeln durch verbale „Schlüsselinterventionen“ des Arztes ein *Wandel* herbeigeführt werden kann (§ 17-23), der sowohl aus der Binnenperspektive der Teilnehmer selbst wie auch aus der Außenperspektive von Beobachtern als „neue Gesprächs- und Be-

ziehungsqualität“ wahrgenommen werden kann, was methodisch auch für *evaluative* Untersuchungen (z.B. über Experten- und Laien-*Ratings*) zu nutzen ist (§ 40-43). Neben solchen besonderen, „extraordinären“ *Gesprächsmomenten*, die in der psychotherapeutischen Gesprächsforschung (§ 2.2) unter vielfältigen Bezeichnungen (z.B. „innovative moments“, „now moments“) beschrieben werden (§ 17), ist aber „in der Regel“ von „weniger dramatischen“ Entwicklungen auszugehen, die gegebenenfalls auf beharrlichen Wiederholungs- und Wiederaufnahmepattern beruhen, mit denen der Arzt „seine Früchte“ am Ende einer *längerfristigen* Interaktionsgeschichte auch gegen anfängliche „Widerstände“ des Patienten schließlich doch „ernten“ kann.

Auch in der täglichen Arbeit des Hausarztes oder Facharztes ist nicht selten mit Formen von „Abwehr“ von Patienten gegen die Aufklärungsarbeit des Arztes zu rechnen, die denen in der Psychotherapie ähneln und denen deswegen ähnlich wie dort durch redundante Gesprächsarbeit („Wiederholen“, „Durcharbeiten“) zu begegnen ist. Darauf wird noch gesondert einzugehen sein unter dem Aspekt, dass etwa der Hausarzt im Rahmen einer psychosomatischen Grundversorgung (§ 15, 25) oft auch eine „kleine Psychotherapie“ zu leisten hat, in der die ärztliche Aufklärungsarbeit gegenüber der wiederkehrenden Abwehr (*Verleugnung*) gegen eine (*behaviorale*) Änderung eines riskanten Lebensstils (Nikotin-, Alkoholabusus, Bewegungsmangel usw.) (§ 22, 29) erst nach und nach und in kleinen Schritten (Teil-)Erfolge erzielen kann.

Ebenso wird sich insgesamt auch der Aufbau einer „Helping Alliance“ (Luborsky 1988) oder „Therapeutic Alliance“ (Street et al. 2009) in der Regel nicht unmittelbar, sondern in einem *kumulativen* Prozess vollziehen, in dem es seit der Begrüßung bei der ersten Beziehungsaufnahme auch (graduell) um *Zuwächse* von Zufriedenheit, Vertrauen, Besserung usw. geht, die sich auch unmittelbar (etwa durch „Spontanheilung“) einstellen können, zumeist aber sukzessive zu entwickeln sind. Möglicherweise ergeben sich zwischenzeitlich auch rückläufige Bewegungsformen, nach denen man gleichsam wieder „von vorne anfangen“ muss („Neustart“), weil der erwartete Therapieerfolg (*Besserung* der Symptome) (D8) ausbleibt und das bereits erreichte Vertrauen (D3) des Patienten in seinen Arzt möglicherweise beeinträchtigt oder gar erschüttert wird usw.

Was die einzelnen *Entscheidungspfade* betrifft, so haben wir nur exemplarische, aber typische *Entscheidungsknoten* (Rauten) als Platzhalter an zentralen Entwicklungsstellen (Spalte B, Zeilen 3, 6, 7) berücksichtigt, an denen vom Arzt und Patient gesprächsweise gemein-

8. Handlungsmuster und Therapieziele

same Entscheidungen in verschiedene Richtungen getroffen werden, die am Ende des Gesprächs „beschlossene Sachen“ zwischen beiden Gesprächspartnern sein sollen.

Deren „Inhalte“ werden dann etwa nach Abschluss der Behandlungsmaßnahme (z. B. Operation) oder nach einer gewissen Verhaltensspanne („Diät“, „Medikamenteneinnahme“) verabredungsgemäß, teils mit Terminen und Auflagen („Blutzucker nüchtern“) in nachfolgenden *Kontrollgesprächen* erneut „besprochen“. Dabei können Arzt und Patient erneut in ein *Aufklärungs-* und *Entscheidungsgespräch* (§ 10) eintreten, in dem sie möglicherweise neue Entscheidungen treffen, weil etwa das Medikament wegen der „unzumutbaren“ Nebenwirkungen gewechselt oder die Dosierung geändert werden muss (§ 26), was wiederum zu neuen (Kontroll-)Gesprächen mit weiteren Entscheidungen führen kann usw.

Insgesamt soll die Komplexität der Darstellung, die je nach (fach)spezifischem Kontext reduziert oder erweitert werden kann, der Komplexität ärztlichen Handelns Rechnung tragen können, das besonders als kommunikatives Handeln einer Koordination mit dem Patienten bedarf. Dieser sollte seinerseits „aus guten Gründen“ in die Formulierung von Endpunkten mit „hineinreden“ können, wie wir an empirischen Beispielen noch sehen werden (§ 8.4, 10). Schließlich geht es im Wesentlichen um „seine“ individuellen Endpunkte (Zufriedenheit, Ressourcensteigerung, Besserung). Allerdings könnte die Zufriedenheit des Patienten natürlich auch ein befriedigender Endpunkt („Berufszufriedenheit“) des Arztes sein, der für die kreative Anwendung seiner professionellen Kompetenzen entsprechend reziprok die *Gratifikation* (C/D10) bekäme, die wir (nicht nur nach Siegrist 1996) im Beruf alle so nötig haben.

Ebenso wird mit von Uexküll (1993) zu begründen sein (§ 10), dass die *Autonomie* des einen Partners als besonders „hehrer“ (*primärer*) Endpunkt nicht auf Kosten des anderen Partners (win/lose) gehen darf, sondern bei der Bilanz weitgehend *Symmetrie* zu wahren ist, so dass wir es hier wieder mit gemeinsamen Endpunkten zu tun haben.

Erst in der Gesamtbilanz (C/D10) wird sich erweisen, inwieweit die Vielzahl der instrumentellen und kommunikativen Art-Patient-Kontakte in der Summe zu einer „Helping Alliance“ (Luborsky 1988) oder „Therapeutic Alliance“ (Street et al. 2009) geführt hat, die über die ersten „Sprechstunden“ hinaus auch *langfristig* zwischen Arzt und Patient Bestand haben muss, damit sich im Sinne Balints (1964/1991: 186,

335ff) die „Investierungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit“ (§ 25) bis zum guten Ende zum Vorteil beider Partner auch bewähren kann.

8.3 Entscheidungspfade als Kommunikationspfade

Das Problem, wie die „großen“ *Endpunkte* ärztlichen Handelns, die sich *alltagssprachlich* im Wunsch nach einem „langen Leben bei guter Gesundheit“ ausdrücken, erreicht werden können, stellt sich oft als „Qual der Wahl“, welches für diesen individuellen Patienten die „passenden“, mehr oder weniger „direkten“ oder „indirekten Wege“ zum Ziel sein könnten (§ 8.1.4). Von Ausnahmen wie der Notfallmedizin abgesehen, bei denen der Arzt gegebenenfalls ohne Mitsprache des „nicht ansprechbaren“ Patienten allein entscheiden und handeln muss, sollten Entscheidungen prinzipiell kommunikativ vermittelt sein. In diesem Sinn sind Entscheidungspfade immer Kommunikationspfade.

Dabei kann die kommunikative Beteiligung des Patienten vordergründig zu Paradoxien führen, weil die Abstimmung Probleme schaffen wie reduzieren kann (§ 10). Einerseits kann sich die Qual der Wahl scheinbar einfach, weil problemreduzierend darstellen, wenn der Patient klare und unverrückbare Präferenzen haben sollte, andererseits kann sie aber erschwert sein, wenn die Patientenpräferenzen mit den Arztpräferenzen oder gar evidenzbasierten Leitlinien (§ 5) konfliktieren, worauf wir unter dem Aspekt der partizipativen Entscheidungsfindung (SDM) (§ 10) zurückkommen werden. Nachfolgend soll das Navigationsproblem beschrieben werden, das sich dem Arzt stellt, wenn er bei seiner Orientierung an Leitlinien (§ 5.4) Standardwege zu nutzen sucht, deren Gangbarkeit (*Viabilität*) für individuelle Patienten eine individuelle *Passung* verlangt – ein Problem, das hier kurz skizziert und im Lehrbuch laufend (bes. § 17-23) Thema sein wird.

8.3.1 Navigationsprobleme

Um die schwierige *Navigationsaufgabe* des Arztes zu illustrieren, soll hier die seit Freud in der Medizin und Psychotherapie tradierte *Reisemetapher* spezifiziert werden: Bekanntlich sollen in früheren Zeiten alle Wege nach Rom geführt haben. Heute weiß man es besser: Viele Wege führen nach Rom, aber eben nicht alle. Manche führen in die Antarktis

8. Handlungsmuster und Therapieziele

oder in die Wüste, wohin keiner wollte. Sind die „Irrwege“ aussortiert, bleiben viele Wege nach Rom offen, die sich aber nicht für alle Patienten als gleich gut erweisen.

Mit vielen Patienten kann man im Eiltempo per Flugzeug nach Rom gelangen oder die großen Autobahnen hinunterrasen, nicht aber mit denen, die unter Flugangst leiden oder sich im Tunnel wegen ihrer Klaustrophobie eingeengt fühlen oder die Dunkelheit fürchten usw. Mit manchen Patienten muss man durch tiefe Täler und über hohe Berge zu Fuß gehen und mühsame Pässe erklimmen. Bei einigen Patienten braucht es so große Hilfe, die Lasten zu tragen, dass man an Hannibals Reise über die Alpen mit Elefanten erinnert scheint usw.

Diese große Last von Patienten mitzutragen, wird nicht selten zur Belastung der Ärzte selbst, wovon die ärztliche Fortbildung durch Balint-Gruppenarbeit (§ 15) zeugt, in der es auch um die passende Abgrenzung und Entlastung des Arztes geht (Stichwort: Psycho-Hygiene), um die psychosozialen Kompetenzen zum Nutzen der Patienten zu bewahren.

Unabhängig von der Frage des möglichen Umgangs mit der ärztlichen Mehrbelastung, lässt sich die *Wegemetapher* für die ärztliche Gesprächsführung und Handlungspraxis weiter konkretisieren: Damit die „großen“ Endpunkte erreicht werden können, sind mit den Patienten viele kleinere „Pfade“, möglicherweise auch „Seitenpfade“ oder selbst „Schleichwege“ und „Umwege“ mit je spezifischen Endpunkten zu gehen. Auf diesen Endpunkten können und müssen sich *instrumentelles* und *kommunikatives* Handeln oft vielfältig kreuzen (Abb. 8.2: Entscheidungsknoten B3, B6, B7). An diesen *Kreuzungen* sind wiederum Entscheidungen in verschiedenen Richtungen möglich, die sich als gleich passend herausstellen können. Was aber für diesen individuellen Patienten „passend“ ist, lässt sich oft nicht im Vorhinein abschätzen. Der Arzt mag den ein oder anderen „ausgetretenen Trampelpfad“ schon oft mit vielen anderen Patienten vorher „routiniert“ und erfolgreich gegangen sein, aber eben noch nicht mit diesem Patienten, von dem er nicht weiß, wie beschwerlich der Weg für ihn sein wird oder ob er überhaupt zielführend ist.

So stehen Arzt und Patient oft an *Scheidewegen*, an denen es gleichwertige Alternativen gibt, die beide gangbar scheinen, sogar im Sinne *evidenzbasierter Leitlinien* der Medizin (§ 5, 10). Das Problem wird deutlich, wenn man etwa als Arzt mit der Entscheidungssituation konfrontiert wird, zusammen mit einem schwer (z.B. onkologisch) erkrankten Patienten zwischen *konservativen* und *chirurgischen* Behandlungen

formen entscheiden zu müssen. Beide Wege könnten „lege artis“ in dem Sinn sein, dass die Behandlungsformen vom „medizinischen Standpunkt“ aus gleichwertig sind, was unter dem Aspekt des *Gleichgewichts* („equipoise“) bei der Entscheidungsfindung (§ 10) weiter auszuführen ist.

8.3.2 Dialogische Problemlösungen

In diesen Fällen („gleichwertiger“ Optionen) sollte letztlich die Präferenz des Patienten „ausschlaggebend“ sein, die allerdings auch erst mit dem Patienten ausführlich zu „besprechen“ ist, weil seine Präferenz weder (*a priori*) vom Himmel fällt noch einfach erfragt und etwa mit *Ja/Nein* beantwortet werden kann. Selbst wenn der Patient später aufgrund seiner Erfahrung etwa nach einer Operation (*a posteriori*) „klüger“ sein und die Entscheidung vielleicht bereuen sollte, war zuvor die einzige für ihn gültige Erfahrungsgrundlage das Gespräch mit dem Arzt. Dessen verantwortungsvolle Aufgabe war es, *gesprächsweise* „das Nötige zu antizipieren“, um eine Entscheidung des Patienten wiederum *gesprächsweise* „reifen“ zu lassen, bis von einer „tragfähigen“ Entscheidung sinnvoll „gesprochen“ werden kann.

Ganz gleich, was noch für andere (Internet-)Medien „konsultiert“ werden, bleibt das vermittelnde *Zwiesgespräch* (§ 18) zwischen Arzt und Patient die erste und letzte Quelle einer rationalen Entscheidung. Welche helfende Funktion der Arzt in einfachen wie komplizierten Fällen bei der Entscheidung hat, werden wir an empirischen Beispielen sehen. Es ist oft die ärztliche *Hebammenfunktion* (Koerfer et al. 2007, 2010, Deppermann 2009), mit der der Patient überhaupt erst zu einer Selbstexploration gebracht wird, in der er „eigene“ und vor allem „bleibende“ *Kognitionen* und *Präferenzen* entwickelt, die in *patientenrelevante* Endpunkte münden können, welche der Patient ohne die Mithilfe des Arztes allerdings nicht *formulieren* könnte, was an Beispielen (§ 7.4) noch zu illustrieren ist.

Je nach Art und Schwere der Krankheitslast kann das *instrumentelle* Handeln (Körperliche Untersuchung, Röntgen, OP, Physiotherapie usw.) oder aber das *kommunikative* Handeln des Arztes überwiegen (Anamneseerhebung, Diagnosemitteilung, Entscheidungsfindung usw.). In jedem Fall sollte aber instrumentelles Handeln in dem Sinne von kommunikativem Handeln „gerahmt“ und „kontrolliert“ werden, dass jede Operation, Medikation usw. vorher und nachher mit dem Patienten

8. Handlungsmuster und Therapieziele

möglichst umfassend „besprochen“ wird, um die Endpunkte ihres Handelns festlegen und kontrollieren zu können. Bei diesen „Besprechungen“ haben Ärzte trotz aller (institutionellen usw.) Restriktionen, wie wir sie vorausgehend (§ 5.1) beschrieben haben, kommunikative Spielräume, die sie „in den Dienst“ ihrer Patienten stellen können, für die sie sicherlich persönlich oft große Anstrengungen unternehmen, um die „großen“ Endpunkte (*langes Leben bei guter Gesundheit*) für ihre Patienten zu erreichen.

In empirischen Gesprächsanalysen werden wir die mehr oder weniger (*in*)*direkten* Wege zu den ausgewiesenen oder auch bloß unterstellten und gleichwohl *handlungsleitenden* großen Therapiezielen nachzuzeichnen versuchen. Wenn auch nicht immer explizit (im Sinne einer medizinischen Fachsprache, vgl. § 27), so lässt sich doch oft genug beobachten, wie die gemeinsamen Handlungsziele in der „Sprechstunde“ auf eine „alltagssprachliche“ Weise „zur Sprache kommen“, so dass sich vielfältig belegen lässt, wie sich Arzt und Patient gegenseitig vergewissern, was sie zu welchem Zweck zu tun gedenken oder besser unterlassen sollten.

Diesen gemeinsamen *Formulierungen* ihres finalen Tuns und Unterlassens werden wir immer wieder und hier nachfolgend mit ausgewählten Beispielen nachgehen, um den vorausgehend theoretisch erörterten Zusammenhang von Kommunikation und Endpunkten ärztlichen Handelns auch empirisch weiter zu konkretisieren.

8.4 Formulierungen von Handlungsperspektiven

Zur gegenseitigen Verständigung machen die Gesprächsteilnehmer selbst in ihrer Interaktion von *Formulierungen* Gebrauch, mit denen sie sich wechselseitig anzeigen, was sie (nicht) tun (werden, können, wollen usw.), weil sie dies oder das (nicht) mögen, erwarten, hoffen, fürchten, für gut oder schlecht halten, nützlich oder unnützlich oder (un)wichtig finden usw. (Tab. 8.1). Das Spektrum der Formulierungen erstreckt sich nicht nur auf Handlungen, Intentionen, Präferenzen von Individuen usw., sondern auch auf ihre sozialen Rollen und Interaktionsrollen in Gesprächen, in denen sie formulieren, wer sie (nicht) sind oder (nicht) sein wollen usw. Einleitend soll kurz der methodische Stellenwert von Formulierungen für die Gesprächsanalyse herausgestellt und dann eine

Typologie vorgestellt werden, die eine Orientierung für nachfolgende empirische Gesprächsanalysen geben soll.

8.4.1 Verständigungsverfahren der Teilnehmer

Den *Formulierungen* der handelnden Subjekte zu folgen, ist eine Methode der Gesprächsanalyse (§ 2), um den Sinn und Zweck ihres Handelns aus der Teilnehmerperspektive zu rekonstruieren (Garfinkel, Sacks 1970/76, Heritage, Watson 1979, 1980, Koerfer 1994/2013, Gülich et al. 2010, Scarvaglieri 2013). Ohne an dieser Stelle die Diskussion zu Begriffen, Konzeptionen und empirischen Analysen von *Formulierungen* zu vertiefen,³ soll hier lediglich die frühe Grundidee von Garfinkel und Sacks (1970/76) (Box 8.2) angeführt und exemplifiziert werden:

Box 8.2 Formulierungen der Teilnehmer

Wir bezeichnen die Verfahrensweisen der Konversationsteilnehmer, wenn sie mit vielen Worten sagen, was sie tun, als *Formulierungen*.

Garfinkel, Sacks 1976: 147 (kursiv dort)

Dabei wird das Spektrum der (*Typen* von) Formulierungen schon von Garfinkel und Sacks als sehr reichhaltig umschrieben, wenn sie ausführen, dass wir als Gesprächsteilnehmer nicht nur mit vielen Worten sagen, was wir *tun*, sondern auch, „worüber wir sprechen, oder wer spricht, oder wer wir sind, oder wo wir sind“ (147). Darüber hinaus werden von ihnen abstrakte Kategorien wie *Thema, Zeit, Ort, handelnde Person* eingeführt (1970/76: 152ff.). Derartige Kategorien dienen nicht nur den Gesprächsteilnehmern selbst, sondern auch ihren natürlichen (teilnehmenden) und nicht-natürlichen (externen) (wissenschaftlichen) Beobachtern zur elementaren Orientierung, weil sie Bestandteil unseres Alltagswissens sind, das auch in der Forschung bei aller kritischen Reflexion nicht prinzipiell hintergangen werden kann.⁴

³ Wir benutzen hier zunächst einen weiten Begriff von *Formulierung* und kommen später auf einen engeren Begriff (als psychotherapeutische Intervention etwa im Sinne von *Reformulierung*) zurück; vgl. vorab zur differenzierten Begriffsverwendung Streeck 1989, 1990, Antaki 2008, Gülich et al. 2010, Scarvaglieri 2013.

⁴ Wie an anderer Stelle (z.B. Koerfer 1994/2013) ausgeführt, können wir uns des common sense-Begriffsrahmens, den wir zu analysieren suchen,

8. Handlungsmuster und Therapieziele

Was aus der *Binnenperspektive* der Handelnden ein notwendiges Verständigungsverfahren ist, um etwa eine „gemeinsame Gesprächswirklichkeit“ (im Sinne von Uexküll/Wesiack 2011) herzustellen, dient uns aus der *Außenperspektive* externer Beobachter als Rekonstruktionsmethode subjektiver Sinnstrukturen. Was also allgemein als Methode der Gesprächsanalyse gilt, wie sie in diesem Lehrbuch durchgängig praktiziert wird, soll hier vorab spezifisch auf die *Formulierung von Zielsetzungen* durch die Teilnehmer angewandt werden.

Auch für derartige Endpunkte, wie wir sie vorausgehend analytisch unterschieden und systematisch erörtert haben (§ 8.1-8.3), lassen sich in der Gesprächsanalyse vielfältige Exemplare finden, nach denen die Patienten etwa ihre Zufriedenheit oder Unzufriedenheit, ihre Zuversicht oder Zweifel, ihre Präferenzen oder Aversionen, ihre Hoffnungen oder Befürchtungen usw. *formulieren*, die sich auf mögliche Therapiewege und -ziele erstrecken. Dabei folgen Ärzte und Patienten in spezifischer Weise allgemeinem Typen von Formulierungen, wie sie in alltäglichen wie in institutionellen Kontexten der Verständigung von Individuen über ihre Einstellungen und Beteiligungsrollen in der gemeinsamen Interaktion dienen.

8.4.2 Typologie von Formulierungen

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit lässt sich in erster Annäherung eine *Typologie von Formulierungen* gewinnen (Tab. 8.1), die den möglichen Kombinationen von (Typen) von Subjekten und ihren Handlungen, Intentionen, Präferenzen usw. in Raum (*hier, dort*) und Zeit (G=*Gegenwart*, V=*Vergangenheit*, Z=*Zukunft*) exemplarisch Rechnung tragen soll. Der empirische Gehalt einer Typologie von Formulierungen etwa für die institutionelle Kommunikation soll nachfolgend gerade auch an Praxisfällen aus der Arzt-Patient-Kommunikation exemplifiziert werden.

selbst nicht entledigen, ebenso wie wir der Alltagsprache, die wir untersuchen, selbst verhaftet bleiben.

Subjekte	Die Teilnehmer formulieren:		Aspekte
	positiv	(negativ)	
Ego	Wer sie (nicht) sind/sein wollen		Person/Rolle
	Wo sie (nicht) sind/sein wollen		Situation
	Worüber sie (nicht) (mit wem) sprechen		Thema
	Was sie (nicht) tun (werden)		Handlung (G, Z)
	Was sie (nicht) getan haben		Handlung (V)
	Was sie (nicht) tun können		Kompetenz
	Was sie (nicht) tun wollen		Präferenz
	Was sie (nicht) wichtig finden		Relevanz
	Was sie (nicht) gut finden		Evaluation
	Was sie (nicht) wissen		Wissen
	Was sie (nicht) erwarten		Erwarten
	Was sie (nicht) glauben		Glauben
	Was sie (nicht) wünschen		Wunsch
	Was sie (nicht) tun dürfen/sollen		Norm
	Warum sie etwas (nicht) tun		Grund
	Was sie (nicht) beabsichtigen		Intention (G, Z)
	Was sie (nicht) beabsichtigt haben		Intention (V)
	Was sie (nicht) bewirkt haben		Wirkung
	usw.		usw.
	Alter	Was andere (nicht) sind	
Wo andere (nicht) sind		Situation	
Was andere (nicht) bewirkt haben		Wirkung	
usw.		usw.	
Kollektive	Was wir/ihr/man (nicht) tun/tut		Handlung
	usw.		usw.

Tab. 8.1: Typen von Formulierungen (mod. n. Koerfer 1994/2013: 154)

8. Handlungsmuster und Therapieziele

Neben einem *qualitativen* Ansatz, der hier zunächst verfolgt werden soll, sind durchaus *quantitative* Anschlussstudien etwa unter der Fragestellung möglich, wer von den beiden handelnden Subjekten (Arzt und Patient) welche Typen von Formulierung wie häufig realisiert, was sich zu Zwecken der Evaluation (§ 40-43) nutzen lässt. Dazu sollen vorab etwa folgende ausgewählte Aspekte angeführt werden:

- Wer gebraucht wie häufig Formulierungen, in denen *ego* seine eigenen Erwartungen (Befürchtungen, Hoffnungen usw.), Präferenzen, Intentionen usw. zum Thema macht?
- Wer gebraucht wie häufig Formulierungen, in denen *ego* die Erwartungen (Befürchtungen, Hoffnungen usw.) oder Präferenzen von *alter* zum Thema macht?
- Wer gebraucht wie häufig Formulierungen, in denen konkrete Kollektiva („wir“, „ihr“) oder impersonale Subjekte/Instanzen („man“) Intentionen, Präferenzen haben oder Normen folgen usw.?
- Wie häufig beziehen sich Formulierungen von Handlungen, Intentionen, Präferenzen (jeweils) auf die Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft?
- Wie häufig werden (von wem) Formulierungen benutzt, in denen Vergangenes, Gegenwärtiges und Zukünftiges verknüpft werden?
- Wer gebraucht wie häufig Formulierungen, mit denen er eine Relevanzrückstufung oder –hochstufung vornimmt usw.

Hier lassen sich etwa von Häufigkeiten im Gebrauch von Typen von Formulierungen (mit Erwartungen, Hoffnungen usw.) Rückschlüsse auf das Ausmaß der *Transparenz* von Gesprächen (oder aber die Geltung von *Tabuthemen*) ziehen. Rückschlüsse auf eine größere *Gesprächstransparenz* würden vor allem nahegelegt, wenn auch der Arzt vermehrt seine eigenen Erwartungen (Hoffnungen, aber auch Befürchtungen) in Bezug auf Therapieoptionen formulieren würde, wozu er sich ohnehin im Sinne einer Patientenaufklärung verpflichtet sehen sollte (§ 10). Ebenso kann im Falle der Zeit-Variabilität auf die psychodynamische „Tiefe“ einer biographisch-narrativen Anamneseerhebung geschlossen werden, bei der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft wiederholt erkenntnisfördernd verknüpft werden können (§ 9). So formuliert ein Patient, der seit Jahren unter Magenbeschwerden leidet, am Ende einer langen Erzählung über seine in der Vergangenheit verpassten Berufs-

chancen schließlich seine *Präferenzen* und *Intentionen* in Bezug auf die Zukunft, die er ganz anders zu gestalten hofft als sein bisheriger Lebenslauf dies nahelegt.

B 8.1		„am liebsten würd ich aufhören, aber ...“
01	A	ja, so dass Sie auch immer das Gefühl haben, sich unter Wert zu verkaufen, ne? .
02	P	das sowieso . ich würd am liebsten aufhören und würd vielleicht noch mal anfangen zu studieren, nur so aus Hobby, irgendwie .
03	A	hm .
04	P	das wäre so vielleicht ne Idee von mir .
05	A	hm .
06	P	aber ob ich dat dann noch schaffe? ... ich bin (...)

Schon in der Formulierung des Arztes wird die gesamte vorausgegangene Erzählung empathisch als generalisierter Dauerkonflikt („immer“) auf den Begriff gebracht („Gefühl ... sich unter Wert zu verkaufen“), was der Patient offensichtlich als Stimulation nimmt, „sich über seine Zukunft Gedanken zu machen“. Für diese Zukunft werden von ihm zwar seine *Präferenzen* („am liebsten“) und *Intentionen* („anfangen zu studieren“) formuliert, aber nicht ohne dass er zugleich seine *Fähigkeiten* zur Gestaltung der Zukunft in Frage stellt („aber ob ich dat dann noch schaffe?“). In diesen Formulierungen des Patienten kommt der gesamte *Ambivalenzkonflikt* zum Ausdruck, der in der zuvor erzählten Lebens- und Krankengeschichte bereits angelegt war, auf die wir mit einer ausführlichen Gesprächsanalyse (§ 19.8) zurückkommen werden.

Auf die *Formulierungen* der Gesprächsteilnehmer werden wir im Lehrbuch immer wieder und nachfolgend zunächst mit Beispielen aus ausgewählten Gesprächen eingehen, in denen „Endpunkte“ von den Beteiligten gleichsam „auf den Prüfstand gestellt“ werden. Wir fokussieren hier auf ausgewählte Formulierungen aus Gesprächen, die später im größeren Kontext unter weiteren Aspekten (Aufklärung, Entscheidungsfindung, Aushandeln, Verantwortung usw.) ausführlicher analysiert werden.

8.4.3 Lebensqualität versus Lebensquantität

Im ersten Beispiel aus einer onkologischen Praxis geht es um die Formulierung von Endpunkten, die über *Zwischenziele* instrumentellen

8. Handlungsmuster und Therapieziele

Handelns den *Zielkonflikt* zwischen Lebensverlängerung und Lebensqualität betreffen, der trotz vorhergehender Absprachen mit der Patientin vom Arzt erneut zur Disposition gestellt wird. Die Formulierungen erstrecken sich auf die Vergangenheit (V), Gegenwart (G) und Zukunft (Z) von kommunikativen Handlungen (z.B. „Entscheidung“, „Absprachen“) und instrumentellen Handlungen (z.B. „Chemotherapie“), die vom Arzt erneut im aktuellen Gespräch („Hier und Jetzt“) zum Thema gemacht werden.

B 8.2		„okay, wenn es zu Ende geht“	Kommentar
01	A	die ist ja jetzt ein bisschen anders wo .	Begündungsstart
02	P	ich will keine Chemotherapie .	Formulierung (neg. Intention)
03	A	die Schmerzen zunehmen . also ich-	Begründungsfortsetzung
04	P	das ist mir klar .	Starke Affirmation
05	A	ich erinnere mich an unsere Absprache . ich wollte es trotzdem nur noch mal einfach . ansprechen, ob das irgendwie für Sie jetzt noch mal ne andere Gewichtung .	Arzt- Formulierungen: Resümee und Perspektivierung
06	P	[nein . nein .	Pre-Start
07	A	[gegeben hat . also das-	
08	P	für mich ist es okay, wenn es zu Ende geht, aber ich will nicht mit Chemotherapie voll sein . nur um vielleicht noch ein paar Wochen länger zu leben . nee . also das kommt für mich nicht in Frage .	Patienten- Formulierungen: (positiver und negativer Optionen und Intentionen)
09	A	gut . wir hatten ja darüber gesprochen .	Restrospektiv
10	P	ja .	Affirmation
11	A	und ich find das auch voll in Ordnung . und ich will Sie auch ganz ausdrücklich darin unterstützen, ja . das ist, find ich, die angemessene Entscheidung . und da bleibt auch unsere Absprache bei . ja .	Arzt- Formulierungen: Bewertungen, Intentionen (Support), Konsens

Angesichts der aktuellen Krankheitsentwicklung (03A: „Schmerzzunahme“) leitet der Arzt mit einer Themeninitiative eine Gesprächssequenz der *Kontrolle* ein, wie dies vorausgehend im Ablaufmodell beschrieben worden war (§ 8.2). In einer Zwischenbilanz kommt es zu *retrospektiven* und *prospektiven* Formulierungen dessen, was beide Interaktionspartner in der Vergangenheit besprochen, entschieden und aus-

geführt bzw. unterlassen haben und was jetzt aus der Perspektive des Arztes in einem Prozess der *Deliberation* (§ 10) erneut zur Disposition gestellt wird.

Dieser Prozess der *Deliberation* wird hier mit den für diesen Gesprächszweck typischen Ausdruckformen eingeleitet und fortgeführt (05A: „ansprechen“), und schließlich bewertet (11A: „in Ordnung finden“) und zugleich einvernehmlich abgeschlossen (11A: „angemessene Entscheidung“). Obwohl der *Konsens* vom Arzt hier scheinbar abschließend formuliert wird (11A: „und da bleibt auch unsere Absprache bei“), kommt es dennoch zu einer „Nachgeschichte“ mit einer Kurzerzählung der Patientin, auf die wir noch gesondert (§ 22.6) zurückkommen.

Dass überhaupt die vorausgehende Gesprächssequenz noch eine thematische Fortsetzung erfährt, zeugt von der Tragweite von subjektiv so erlebten Patienten-Konflikten, bei denen offenbar zwischen *Lebensqualität* und *Lebensquantität* entscheiden werden muss, in welchen Einheiten die verbleibende Zeit (Wochen, Monate, Jahre) auch immer eingeschätzt wird. Die von der Patientin in diesem Zusammenhang formulierte Präferenz (10P: „ich will nicht mit Chemotherapie voll sein, nur um vielleicht noch ein paar Wochen länger zu leben, nee“), bleibt offenbar nicht ohne Ambivalenz.

Dieses Wissen um die Ambivalenz von Patientinnen und Patienten bei schwierigen Entscheidungsfindungen am *Lebensende* (§ 38), lässt wie in diesem Gespräch ärztliche Interventionen gerechtfertigt erscheinen, mit denen Dialogchancen zur Klärung des „endgültigen“ oder auch nur aktuellen Patientenwillens möglichst lange gewahrt bleiben. Da die Geltung von Patientenpräferenzen im Krankheits- und Lebensverlauf immer auch einem *Wandel* unterliegen kann, ist eben alles *gesprächsweise* immer wieder auf den „Prüfstand zu stellen“, solange der Sachstand im Sinne einer *evidenz-* und zugleich *präferenzbasierten* Medizin (§ 5, 10) eben dies zulässt. Hier sind jeweils passende Gesprächseinladungen zu formulieren, wie dies dem Arzt gegenüber dieser Patientin offenbar nachhaltig gelungen ist.

8.4.4 Verbesserung der individuellen Lebensqualität

Während im vorausgegangenen Beispiel die Patientin ihre *Despräferenz* gegenüber der möglichen Chemotherapie *formulierte*, was beide Gesprächspartner nochmals zu einer *Reformulierung*, *Ausformulierung* und *Schlussformulierung* ihrer geteilten Positionen veranlasste, eröffnet der

8. Handlungsmuster und Therapieziele

Patient das folgende Gespräch mit einer *Anliegensformulierung*, in der er seine Präferenz zu Beginn wie ein Kunde klar und unmissverständlich „auf den Punkt bringt“, gleich nach der (hier weggelassenen) Begrüßung und Einleitungsfrage des Arztes.

B 8.3		„gewünschte Umstellung auf Pumpe“	Kommentar
01	A	was führt Sie zu uns? .	Eröffnung
02	P	Diabetes Typ 1 .	Anliegen (Start)
03	A	ja .	Hörersignal
04	P	Basis-Bolus .	Anliegen (Forts.)
05	A	hm .	Hörersignal
06	P	gewünschte Umstellung auf Pumpe .	Anliegen (Schluss)
07	A	ja das heißt äh . es gibt Schwierigkeiten im Basis-Bolus-Konzept bei Ihnen? .	Exploration
08	P	sagen wir mal so . ich möchte eine Vereinfachung, mehr Variabilität .	Expansion des Anliegen
09	A	ja .	Hörersignal

Der Patient wählt hier eine *Anliegensformulierung*, die einem Telegramm-Stil (oder moderner: SMS-Stil) ähnelt, der in einer Balint-Fortbildungsgruppe von Ärzten wie ein „Geschäftsauftrag“ anmutete. Wir überspringen hier zunächst den Transformationsprozess, den der mit dem Krankheitsbild (*Diabetes*) erfahrene Arzt einleitet, um einen Wechsel vom *Dienstleitungs-* zum *Kooperationsmodell* der Entscheidungsfindung zu erreichen (§ 10 und 22), und gehen ins Gesprächsende, das sich im Entscheidungsprozess durch eine Reihe von *Formulierungen* sowohl zur individuellen *Lebensqualität* (B7.4) als auch zur *Patienten- und Arztrolle* (B.7.5) auszeichnet.

In der Gesprächsmitte, deren Analyse wir nachtragen werden (§ 22), ging es zunächst um die individuelle Kranken- und Lebensgeschichte des jungen Diabetikers, der im Beruf und Privatleben mit den „Nachteilen“ des „blutigen Spritzens“ (Pen) immer weniger zurechtkommen konnte. Im weiteren Gesprächsverlauf werden die *Vor- und Nachteile* der alternativen Therapieverfahren („Spritze“ versus „Pumpe“) und die damit verbundenen Therapieziele formuliert, was zum Gesprächsende zu folgender *Konsensformulierung* zwischen Arzt und Patient führt, die hier gekürzt und später (§ 22) ausführlicher wiedergegeben und analysiert wird.

B 8.4	„man muss sich ja nicht quälen“ (gekürzt)	Kommentar
01	A (...)	Formulierung: Arzt-Optionen
02	P (...)	Alltagssprachliche Formulierung: Lebenswelt (Beruf) und psychisches Erleben: „sich quälen“
03	A ja, das ist richtig, ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Aspekt, den Sie ansprechen (...) wie ist Ihre Lebensqualität (...)	Formulierung: Relevanz + Übersetzung: „Lebensqualität“

Zunächst ist die eindringlich formulierte Not des Patienten beim bisherigen Therapieverfahren („Spritzen“) zu bemerken („Unsauberkeit“, „Hemmungen“, „Nicht-Entspannen-Können“), was in seinen ebenso eindringlich formulierten Appell an den Arzt mündet: „man muss sich ja nicht quälen“. Dieser starke Appell wird auch vom Arzt so verstanden und beantwortet, indem er mit einer ebenso starken Affirmation anschließt („ja, das ist richtig“), bevor er dann eine spezifische, mehrfach markierte *Relevanzhochstufung* (§ 17.4, 19.4) des Themas vornimmt: „ich glaube, das ist ein ganz (sic) wichtiger Aspekt“. Diese Relevanzhochstufung wird nochmals verstärkt mit der persönlichen Anerkennung der patientenseitigen Themeninitiative („... Aspekt, den Sie ansprechen“), auf die der Arzt hier also mit einer persönlichen Adressierung („Sie“) antwortet.

Auf dieser Linie einer persönlich adressierten Anerkennung der Beteiligungsrolle des Patienten bleibt der Arzt auch bei der anschließenden (terminologischen) *Übersetzung*, mit der er den alltagssprachlich formulierten Appell des Patienten („man muss sich ja nicht quälen“) wiederum mit einer persönlichen Adressierung („Ihre“) auf den Begriff bringt: „wie ist Ihre Lebensqualität“. Was hier den Unterschied macht, wird bei einer hypothetisch unterstellten *impersonalen* Wendung (z.B. „man“) deutlich, wobei schließlich ein personales Subjekt auch ganz getilgt werden könnte (z.B. „Das ist eine Frage der Lebensqualität“). Die persönliche Adressierung korrespondiert hier weiterhin mit der *Individualisierung* der angesprochenen Thematik, indem der Arzt zum Ende

8. Handlungsmuster und Therapieziele

des Gesprächs die „persönliche Lebenserfahrung“ des Patienten bei der Entscheidungsfindung zur Geltung zu bringen sucht.

B 8.5		„Spezialist für sich selbst“, „Ärzte als Berater“	Kommentar
01	A	also auch das ist wiederum Ihre ganz persönliche Lebenserfahrung (...) die Selbstbeobachtung, die Selbsterfahrung in dem Bereich . was passiert, wenn man was macht .	Formulierung: Selbstbeobachtungsrolle des Patienten
02	P	ja . is klar .	Starke Affirmation
03	A	Sie werden der Spezialist für sich selbst .	Formulierung: Patientenrolle
04	A	ja , ja klar .	Starke Affirmation
05	A	Ärzte sind die Berater . Begleiter für eine Weile .	Formulierung: Arztrolle

Diese Sequenz, auf die wir später (§ 22.5) zurückkommen werden, enthält auf engem Raum eine Reihe von hochkomplexen Formulierungen. Ganz im Sinne einer *patientenzentrierten* und *individuellen* Medizin (§ 4-6) werden hier zunächst die *persönlichen* Erfahrungen des Patienten („Ihre ganz persönliche Lebenserfahrung“) als letzte Entscheidungsgrundlage ins Spiel gebracht, um dann die unterschiedlichen *Beteiligungsrollen* von Patient und Arzt ganz im Sinne einer *partizipativen* Entscheidungsfindung (§ 10) zu formulieren: Der Patient wird sich in seiner Rolle als „Spezialist für sich selbst“ finden (müssen) und der Arzt wird „da“ (nur) die Rolle als „Berater“ und „Begleiter“ einnehmen (können). Diese ärztliche Formulierung, deren vollständige, (mit)gemeinte Bedeutungen wir hier (mit Ergänzungen in Klammern) paraphrasiert haben, stellt quasi eine Kurzfassung des Handlungsprogramms einer *partizipativen* Entscheidungsfindung dar, die wir theoretisch (§ 10) und eben auch an diesem Gesprächsbeispiel noch im Detail (§ 22.5) ausführen werden.

8.4.5 Das direkt helfende Gespräch

Ging es in den bisherigen Gesprächsbeispielen um *mittel-* bis *langfristige* Endpunkte, die sich erst mit größerem zeitlichen Abstand zum Gespräch einstellen können, so werden im nachfolgenden Beispiel Endpunkte formuliert, die *unmittelbar* und *direkt* im oder nach dem Gespräch erreicht werden, wie dies vorausgehend unterschieden worden war (§ 8.1). Dass therapeutische Endpunkte von diesem Typ („talk itself

can be therapeutic“) (Street et al. 2013) oft auch direkt in Gesprächen erreicht werden, lehrt die Gesprächserfahrung von Klinikern, die etwa an der Körpersprache ihrer Patienten eine Angstreduktion wahrnehmen können (§ 12, 31). Dass derartige Gesprächseffekte auch direkt etwa von Patienten so *formuliert* werden, ist eher seltener zu beobachten – vielleicht, weil das Selbstverständliche eben oft nicht selbstverständlich thematisiert wird. So ist es auch nicht selbstverständlich, dass ein Patient, der den Arzt wegen langjähriger Magenbeschwerden aufsucht, gleich zu Beginn des zweiten Gesprächs den Therapieerfolg aus dem Erstgespräch in der folgenden Weise bilanziert:

B 8.6	„ob das doch geholfen hat?“	Kommentar
01	A ja	Hörersignal
02	P und das ändert sich bei mir auch ständisch . jetzt im im Magenbereisch . is es etwas besser geworden, hab isch misch schon gewundert . am nächsten Tach, nach unserm Gespräch denk isch: ‚ob das doch jeholfen hat?‘ hab isch fast am Magen nix mehr jespürt (...)	Formulierungen: Verwunderung: Besserung der Beschwerden Kognition: („geholfen?“)

Der Patient drückt zu Beginn der zweiten Sprechstunde hier seine eigene Verwunderung („hab isch misch schon gewundert“) über seine eigenen Wahrnehmung seiner Beschwerden aus („is es etwas besser geworden“), um danach wie schon am nächsten Tag („nach unserem Gespräch“) so auch hier in der heutigen Sprechstunde gegenüber dem Arzt in einer Art „lautem Denken“ die indirekte Frage nach der Gesprächswirkung zu stellen, denn mit „dat“ bezieht er sich eindeutig auf das Gespräch („ob dat doch geholfen hat?“). Die derart in den Raum gestellte Frage wird von ihm gleichsam selbst beantwortet, indem er im Vergleich zu vorherigen Formulierung den Grad der Besserung nochmals steigert („fast am Magen nichts mehr jespürt“). Es sei dahingestellt, mit welcher Gesamt-Intention der Patient genau diese Formulierungen wählt, aber die Authentizität der Bekundungen der Besserung ist zunächst nicht in Zweifel zu ziehen. Seine Erfahrungen eines „hilfreichen Gesprächs“ gehen offenbar konform mit weiteren Gesprächserfahrungen, aus denen er am Ende der zweiten Sprechstunde persönliche Konsequenzen zur eigenen Gesprächseinstellung („offen sein“) zieht, die er wie folgt formuliert:

8. Handlungsmuster und Therapieziele

B 8.7		„sonst können Sie mir nicht helfen“	Kommentar
01	A	jetzt sind wir schon mehr ins Gespräch gekommen, hm? . ist ja auch nen bisschen Gewöhnung . ja	Formulierung: Positive Gesprächsbilanz:
02	P	ja isch muss ja auch selbst . äh, weil isch das auch nischt gewöhnt bin .	Selbstappell Gewöhnung
03	A	hm .	
04	P	und sozusagen nem Fremden gegenüber muss isch ja erst mal nen bisschen vertrauen	Fremdheit und Vertrauen
05	A	ja, ist ja auch völlig richtig .	Starke Affirmation
06	P	[...]	
07	A	[...]	
08	P	ja, eh isch hab als Erwachsener niemals geglaubt, dat isch Hilfe benötige . in geistiger Hinsicht, nischt? .	Formulierung: Bedarf an Hilfe
09	A	ja, ja und deswegen ist ja klar, dass Ihnen nicht so leicht fallen kann, jetzt mit mir dann zu sprechen .	Formulierung: Schwierigkeit (offen) zu sprechen
10	P	ja isch hab mir das aber auch vorgenommen, weil isch mir selbst jesacht hab, isch muss offen sein zu Ihnen, sonst können Sie mir überhaupt nischt helfen .	Formulierung: Intention: Offensein + Zweck: Hilfe
11	A	so isses, ja, so isses .	Starke Affirmation

Am Anfang und Ende wird das Gespräch vom Patienten, der offensichtlich bereits eine Besserung seiner Beschwerden erfahren hat, einer eigenen Evaluation unterworfen, indem er sich die Frage nach dem helfenden Gespräch vorlegt (B 8.6, 02P: „ob dat doch jeholfen hat?“), die er selbst positiv beantwortet („fast am Magen nichts mehr gespürt“). Mit dieser Evaluation ist die Einsicht in die Notwendigkeit seiner eigenen aktiven Beteiligungsrolle im Gespräch verbunden, dessen Wirksamkeit er auch als abhängig von seinem eigenen Vertrauen (B 8.7, 04P: „muss ich ... vertrauen“) und seiner eigenen Offenheit gegenüber dem Arzt erkennt (B 8.7, 10P: „ich muss offen sein, sonst können Sie mir überhaupt nicht helfen“). Wie vorausgehend (§ 8.1-2) differenziert, wurden hier also *direkt*, weil *gesprächsweise* sowohl „harte“ Endpunkte (*Besserung der Beschwerden*) als auch „weiche“ Endpunkte (*Vertrauen, Offenheit*) erreicht.

Dass ein solcher *Gesprächserfolg* bereits in der zweiten Sprechstunde erzielt werden kann, ist sicher den selteneren „Sternstunden“ ärztlichen Handelns vorbehalten. Wie immer auch die eigenen Anteile der Ko-Konstruktion durch den intervenierenden Arzt einzuschätzen sind, kann die eingeleitete Selbsterkenntnis des Patienten als gute Voraussetzung für die weitere *Hilfe zu Selbsthilfe* angesehen werden. Unter dem Aspekt der *Empathie beim kooperativen Erzählen* werden wir in einer Gesamtanalyse (§ 20.9) auf die Entwicklung dieses Gesprächs zurückkommen.

Den idealen Anspruch eines *direkt* helfenden *Gesprächs* zu realisieren, bleibt sicher eine primäre Zielsetzung ärztlichen Handelns, wie sie etwa durch die Fortbildung von Ärzten in der psychosomatischen Grundversorgung vermittelt wird (§ 15). Wie unsere Gesprächsanalysen verdeutlichen werden, sind in der Praxis ärztlichen Handelns oft Abstriche von der *idealen* Gesprächsführung zu machen, die mit einer realistischen Erwartung praktiziert werden sollte: Die ärztliche Gesprächsführung muss nicht „perfekt“, sondern nur „genügend gut“ sein, um über die *direkten* Therapieerfolge hinaus eben die *mittel-* und *langfristigen* Therapieziele zu erreichen. Für die nachhaltige Sicherung längerfristiger Therapieziele braucht es eben oft einen „langen Atem“, damit das vorausgehend beschriebene komplexe *Wechselspiel* beim *kommunikativen* und *instrumentellen* Handeln in der ärztlichen Sprechstunde gelingen kann.

8.5 Weiterführende Hinweise

Im vorausgehenden Kapitel war der Zusammenhang von Handlungsmustern und Therapiezielen in einem idealtypischen Ablaufmodell ärztlichen Handelns dargestellt worden, das abschließend schon an empirische Beispielen aus der Praxis illustriert wurde, die insbesondere in den praxisbasierten Manualkapiteln (18-23) vertiefend analysiert werden soll.

Für weiterführende Literatur zu kurz- bis langfristigen Therapiezielen (*Endpunkten*) und indirekten und direkten Therapiewegen sei über einen größeren Zeitraum exemplarisch nochmals verwiesen auf: Pendleton (1983), Beck et al. (2002), Haes, Bensing (2009), Street et al. (2009), Christianson et al. (2012), Street (2013), Labrie, Schulz (2014), Laidsaar-Powell et al. (2014), Hauser et al. (2015). Als spezifische Lite-

8. Handlungsmuster und Therapieziele

ratur zu Formulierungen als Verständigungsverfahren sollen über die „Klassiker“ wie Garfinkel, Sacks 1970/76, Heritage, Watson (1979), (1980) hinaus die teils stark empirischen Arbeiten von Streeck (1989), (1990), Antaki (2008), Gülich et al. (2010), Scarvaglieri (2013) angeführt werden.

Für das Konzept der *Relevanzaushandlung* auch von Therapiezielen soll besonders auf die nachfolgenden Kapitel zur „Aufklärung und Entscheidungsfindung“ (§ 10) und zum „Vorgehen abstimmen“ (§ 22) verwiesen werden. Die spezifische Zielsetzung der *Adhärenz* (bei der Medikamenten-Einnahme) wird besonders im Kapitel 26 („Verordnungsgespräch“) berücksichtigt.

9

Biographisch-narrative Anamnese

Armin Koerfer, Christian Albus

9.1	Biopsychosoziale und narrative Medizin	408
9.1.1	Anamnese: Sich-Erinnern	
9.1.2	Erzählung biopsychosozialer Patientengeschichten	
9.2	Funktionen und Strukturen des Erzählens	411
9.2.1	Begrifflicher und narrativer Kommunikationsmodus	
9.2.2	Intimität und Empathie	
9.2.3	Erzählen versus Berichten	
9.2.4	Sinnfunktionen und Erzähltypen	
9.2.5	Erzählmodell der Arzt-Patient-Kommunikation	
9.2.6	Psychologisches und szenisches Verstehen	
9.3	Kooperation und Assoziation	433
9.3.1	Die psychoanalytische Grundregel	
9.3.2	Das Problem der Akzeptanz	
9.3.3	Moderate Anwendungspraxis	
9.4	Förderung der freien Patientenrede	447
9.4.1	Verbale und nonverbale Konditionierung	
9.4.2	Positive und negative Gesprächsentwicklungen	
9.4.3	Balance zwischen Interrogation und Narration	
9.5	Die ärztliche Hebammenkunst	456
9.5.1	Das professionelle Hörerprivileg	
9.5.2	Die Kunst des Zuhörens	
9.5.3	Der sokratische Dialog	
9.5.4	Ärztliche Hilfe bei der Versprachlichung	
9.6	Weiterführende Hinweise	465

9. Biographisch-narrative Anamnese

Interrogation generates defensiveness,
narration encourages intimacy.

George Engel (1997: 526)

Abstract: Im Folgenden geht es um die Bedeutung des Erzählens in einer *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung, die in der Gesprächsführung dem Paradigmenwechsel zur *biopsychosozialen* Medizin entsprechen muss (§ 9.1). Zunächst soll auf den *Begriff der Anamnese* selbst fokussiert werden, nach dem es vor allem auf das *Sich-Erinnern* des Patienten ankommt. Das Sich-Erinnern erstreckt sich auf alle Dimensionen der *biopsychosozialen* Anamneseerhebung, die sich in einem *narrativen* Ansatz effektiver erweist als der traditionell *interrogative* Ansatz (§ 9.2). Hierzu sollen die *Funktionen* und *Strukturen* des Erzählens selbst herausgearbeitet werden, das in der ärztlichen Sprechstunde eine besondere institutionelle Ausprägung erfährt. In einem *dialogischen Erzählmodell* werden die untersuchungsleitenden Aspekte differenziert, die die späteren empirischen Gesprächsanalysen anleiten sollen.

Für die Theorie und Praxis einer biographisch-narrativen Anamneseerhebung können Anleihen bei der *Psychotherapie* gemacht werden, in der das Erzählen von Patienten eine lange Tradition hat (§ 9.3). Die *psychoanalytische Grundregel*, mit der der Patient zu *assoziativem* Denken, Erleben und Reden stimuliert werden soll, ist nicht nur in einschlägigen Psychotherapien zu praktizieren, sondern sie sollte in *moderater* Form in der alltäglichen ärztlichen Versorgungspraxis zur Anwendung kommen, um eine narrative Selbstexploration von Patienten zu fördern.

Auch hier ist allerdings mit Widerständen der Patienten zu rechnen, deren Erzählbereitschaft oft erst mühsam *hervorgelockt (elizitiert)* werden muss, bevor sie „unter der Regie“ des Arztes schließlich in einen mehr oder weniger *assoziativen* Erzählfluss kommen (§ 9.4). Bei der ärztlichen Gesprächsführung können unterschiedliche Entwicklungen durch verbale und nonverbale Interventionen des Arztes „konditioniert“ werden, die eine *freie Patientenrede* eher *fördern* oder *hemmen*. Insgesamt muss bei der ärztlichen Gesprächsführung eine *Balance* zwischen *Interrogation* und *Narration* gefunden werden, bei der beide Partner von beiden Kommunikationsformen im gemeinsamen Interesse profitieren.

Bei der Nutzung des *Hörerprivilegs*, das Patienten ihren Ärzten mit großem Vertrauensvorschuss gewähren, ist zunächst von einem *Primat*

des ärztlichen *Zuhörens* vor dem *Fragen* (nach Details) auszugehen, ohne dass beide Formen der ärztlichen Intervention gegeneinander „ausgespielt“ werden (§ 9.5). Vielmehr müssen das Zuhören und Fragen als Einheit in der ärztlichen „Hebammenkunst“ (*Mäeutik*) zum Tragen kommen. So sind die Interpretationen, die Ärzte im Anschluss an Erzählungen als *Sinnangebote fragend* zur Disposition stellen, *Hilfestellungen* bei der *Versprachlichung*, die der Patient annehmen, aber auch ablehnen, ergänzen oder verändern kann, worauf der Arzt seinerseits erneut reagiert usw. Diese Kooperation bei der interpretativen Gesprächsarbeit wird dann in empirischen Erzählanalysen (§ 19-21) anhand von Ankerbeispielen weiter konkretisiert.

9.1 Biopsychosoziale und narrative Medizin

Mit dem vorausgehend beschriebenen Paradigmenwechsel von der traditionellen *Biomedizin* zu einer *biopsychosozialen* Medizin (§ 4) vollzieht sich zugleich ein Paradigmenwechsel in der ärztlichen Gesprächsführung. Seit den frühen Anfängen der empirisch-kritischen Forschung zur Arzt-Patient-Kommunikation wird für eine Abkehr vom traditionellen *integrativen* Interviewstil plädiert, der einer *patientenorientierten* Medizin nicht länger gerecht werden kann. Die Plädoyers für einen Wechsel „von der stummen zur sprechenden Medizin“ (Lüth 1986), die den Patienten mehr Raum für eine Selbstexploration in ihren eigenen Worten gibt, beginnen spätestens mit Balint (1964/1988) und erstrecken sich über Engel (1979, 1997) bis zu den neueren empirischen Untersuchungen zur Arzt-Patient-Kommunikation (§ 2), wie sie etwa mit der grundlegenden Arbeit von Byrne und Long (1978) eingeleitet wurden. Diese Entwicklung mündete dann in den Ansatz einer *Narrativen Medizin*, die hier im Überblick und Problemaufriss skizziert und im Lehrbuch weiter ausgeführt sowie in empirischen Gesprächsanalysen konkretisiert werden soll.

9.1.1 Anamnese: Sich-Erinnern

Mit der Orientierung an einer *biopsychosozialen* Medizin und einer entsprechenden Gesprächsführung hat sich der thematische Umfang dessen, was Gegenstand der Anamneseerhebung sein soll, erheblich erwei-

9. Biographisch-narrative Anamnese

tert. Über den *Körper* des Patienten hinaus werden auch sein *Leib* und *Leben* Thema der ärztlichen Sprechstunde, in der nicht nur *körperliche Symptome*, sondern das *persönliche Erleben* in den Gesprächsfokus gerückt werden (Langenbach, Koerfer 2006). Damit wird auch in der neueren Forschung zur Arzt-Patient-Kommunikation ein weites Anamnese-konzept verfolgt, das an traditionelle Auffassungen anknüpft, wie sie durch die Begriffsbedeutung und Begriffsgeschichte überliefert sind, worauf etwa von Gadamer (1993) (Box 9.1) aufmerksam gemacht wird:

Box 9.1 Zum Anamnesebegriff: Sich-Erinnern und Suchen

Mindestens haben bereits die Pythagoreer mit dem Begriff der Psyche „Anamnese“, also das Reich der Erinnerung und des Gedächtnisses, verknüpft. Das denkend zu bewältigen, haben die Griechen eine ganze Reihe von Anstrengungen unternommen (...) Wir sagen wohl ‚mneme‘, ‚memoria‘, was beides in die Lebenszüge der Lebewesen und ihre Instinkte fest einprogrammiert ist. Aber Anamnesis, das Sich-Erinnern, ist offenbar noch etwas anderes. Zwar hängt es mit mneme zusammen, und doch scheint es dem Menschen auf spezifische Weise vorbehalten. Erinnerung, Anamnesis, ist eine Form des Denkens, des Logos, das heißt, des Suchens. Wir kennen das alle, wenn man ein Wort auf den Lippen hat und doch es suchen muß und meist nicht das richtige findet. Aber daß einer suchen kann und am Ende weiß, wenn er das Gesuchte gefunden hat, ist die Auszeichnung des Menschen.

Gadamer 1993: 179f

Legt man diese Auslegung der traditionellen Begriffsbedeutung von *Anamnese* zugrunde, so stellt sich die Frage, an was alles sich der Patient suchend erinnern soll und in welcher kommunikativen Form dies am besten geschehen kann; das heißt für die ärztliche Gesprächsführung aber auch konkret, wie der Arzt in seiner spezifischen *Hebammenfunktion* beim Erinnern und Suchen kommunikativ *helfen* kann (§ 9.5). Da gerade im Erstgespräch nicht schon von Anfang an klar und deutlich sein kann, was der Gegenstand der Erinnerung und Suche ist, kann auch nicht unumwunden danach gefragt, sondern müssen die relevanten Themen erst gesprächsweise im kommunikativen Austausch zwischen Arzt und Patient sukzessive entwickelt werden. Dazu kann die freie Patientenerzählung eine wesentliche Funktion übernehmen, die al-

lerdings bei der biopsychosozialen Anamneseerhebung hinreichend zu fördern ist.

9.1.2 Erzählung biopsychosozialer Patientengeschichten

Wie einleitend (§ 1) ausgeführt, ist der *klinische* Zugang zum Patienten vor allem ein *sprachlicher* Zugang, bei dem der Kranke in der ärztlichen Sprechstunde vom Arzt hinreichend stimuliert werden muss, um sich ihm gegenüber entsprechend öffnen zu können. Als eine prädestinierte Form des sprachlichen Zugangs zum Patienten wird die *Patientenerzählung* angesehen, in der auf eine spezifische Art und Weise persönliche Erfahrungen und Erlebnisse vermittelt werden können, die dem begrifflichen Abstraktionsniveau eines bloßen Frage-Antwort-Dialogs verschlossen blieben, zumal wenn die Fragen durch ein ausschließlich arztzentriertes Informationsinteresse bestimmt sind.

Die Förderung von Patientenerzählungen ergibt sich vor allem aus der Notwendigkeit der Rekonstruktion von möglichst umfassenden Patientengeschichten, die im Sinne einer biopsychosozialen Medizin die individuelle Krankengeschichte des Patienten als Person mit einer gelebten Biografie betreffen. Mit einer biopsychosozialen Medizin muss der Anspruch verbunden sein, die Patientengeschichte als Kranken- und Lebensgeschichte im Zusammenwirken aller drei Komponenten des Modells zu rekonstruieren, wie dies bereits von Smith, Hoppe (1991) (Box 9.2) u.a. mit Verweis auf die frühe Arbeit von Engel (1977) herausgestellt wurde.

Box 9.2 Biopsychosoziale Patientengeschichte

According to the biopsychosocial model, every patient has a story that demonstrates the interaction among the biologic, psychologic, and social components of his or her life (...) The patient's story emerges in a meaningful, integrated, and complete way. The physician's task is to elicit and understand this story, for it provides an introduction to who the person is and why he or she is seeing the physician. The story also provides clues to diagnostic and therapeutic issues relevant to the patient's problem.

Smith, Hoppe 1991: 470

9. Biographisch-narrative Anamnese

Wird die ärztliche Aufgabe ernsthaft verfolgt, die Patientengeschichte (*story*) unter der Interaktion aller drei *biopsychosozialen* Komponenten zu *elicitieren* („hervorlocken“) und zu *verstehen*, so muss sich diese Gesprächshaltung in der Gesprächspraxis zumindest unter den folgenden beiden *inhaltlichen* bzw. *dialogischen* Aspekten manifestieren, die auch unsere späteren empirischen Gesprächsanalysen anleiten sollen:

1. Zum einen muss sich die Gesprächspraxis unter einem *inhaltlichen* Aspekt durch eine *Themenprogression* auszeichnen, in der biotische, psychische und soziale Themenkomplexe von beiden Partnern wechselweise initiiert, ratifiziert und in ihr geteiltes Verständnis der von ihnen gemeinsam hergestellten Wirklichkeit (Uexküll, Wesiack 1991, 2011) integriert werden können.
2. Zum anderen sind unter einem dialogischen Aspekt spezifische Gesprächsformen zu erwarten, die dem Erzählen (*story telling*) des einen Gesprächspartners und dem Zuhören des anderen Gesprächspartners nahekommen, wie sie auch in der Alltagskommunikation gang und gäbe sind.

Dabei ist die *Asymmetrie*, dass der eine Partner wesentlich *erzählt* und der andere wesentlich *zuhört*, bevor er weiterführende Fragen stellt, keineswegs schon als Störfaktor einer insgesamt *symmetrischen* Kommunikation aufzufassen (§ 7, 10). Vielmehr kann das Erzählen des Patienten und aufmerksame Zuhören des Arztes produktiv genutzt werden, um im gemeinsamen Handlungsinteresse die relevanten biopsychosozialen Themen überhaupt erst zutage zu fördern. Bevor die Vorzüge einer *narrativen* gegenüber einer *interrogativen* Gesprächsführung anhand von Gesprächsbeispielen veranschaulicht werden können, sind die theoretischen Aspekte herauszuarbeiten, die die empirischen Erzählanalysen anleiten sollen.¹

9.2 Funktionen und Strukturen des Erzählens

Die Kommunikationsform des Erzählens findet sowohl in der Forschung als auch in vielen praktischen Handlungsfeldern zunehmend Aufmerk-

¹ Empirische Erzählanalysen finden sich bes. in den Kapiteln 19, 20, 21. Bei den folgenden Darstellungen von theoretischen Grundlagen orientierten wir uns an Vorarbeiten zur Erzählanalyse in Koerfer et al. 1994, 2000, 2010, Koerfer, Köhle 2007, 2009, Köhle, Koerfer 2017.

samkeit. Der „narrative turn“ hat gegenwärtig nicht nur die Sozialwissenschaften im Allgemeinen (Mishler 1995, Straub (Hg.) 1998, Baroni 2014) und die Psychotherapie im Besonderen erfasst (Labov, Fanshel 1977, Schafer 1995, Boothe 2011, Scheidt et al. (Hg.) 2015, Lätsch 2017), sondern auch die Medizin im engeren Sinn erreicht: Inzwischen wird hier in Analogie zur *Evidence-based Medicine* (Lauterbach, Schrappe (eds.) 2001) (§ 5, 10) entsprechend für eine *Narrative-based Medicine* plädiert, für die sich abkürzend auch die Bezeichnung *Narrative Medicine* etabliert hat (Greenhalgh, Hurwitz (eds.) 1998/2005, Launer 2002, Mehl-Madrona 2007, Lucius-Hoene 2008, Koerfer, Köhle 2009, Arntfield et al. 2013, Charon 2012, 2013, Goyal 2013, Gülich 2017, Birkner 2017). Das gegenwärtig starke, interdisziplinäre Interesse an der Theorie und Praxis des Erzählens hängt mit der universellen Funktion und Struktur dieser Kommunikationsform zusammen, der wir uns in allen Kulturen zu den verschiedensten Anlässen und Zwecken sowohl im Alltag wie auch in Institutionen, sowohl in schriftlichen wie mündlichen Formen bedienen (Ehlich 1980, Quasthoff 1980, 1999, 2001, Gülich, Hausendorf 2000, Lucius-Hoene, Deppermann 2002, Bamberg 2007, Baroni 2014, Quasthoff, Ohlhus 2017). In seinem interdisziplinär orientierten Beitrag zum „Historischen Wörterbuch der Philosophie“ stellt Stierle (1984) die folgende Definition von *Narration* bzw. *narrativ* voran (Box 9.3), die einen guten Einstieg in das Thema gibt.

Box 9.3 Darstellungsschema der Narrativität

Der Ausdruck „narrativ“ bezeichnet ein Textschema, das in allen Kulturen für die Ordnung von Erfahrung und Wissen grundlegend ist. Im Darstellungsschema der Narrativität wird ein Zusammenhang von Geschehen und Handlung in eine nach Relevanzgesichtspunkten geordnete und unter einer temporalen Anschauungsform stehende Geschichte überführt. Zugleich wird diese Geschichte im Medium der Sprache konkretisiert und perspektiviert (...) Jede Geschichte steht unter dem Prinzip der relativen Abgeschlossenheit (...) Sie ist zugleich eine temporale Interpretation der Differenz von Ausgangs- und Endzustand und ihre Veranschaulichung in einem spezifischen Feld der Erfahrung.

Stierle 1984: 398

Diese universelle Kommunikationsform hat als Patientenerzählung in der ärztlichen Sprechstunde und Visite eine spezifisch *institutionelle*

9. Biographisch-narrative Anamnese

Ausprägung erfahren, die im Folgenden herausgearbeitet werden soll. Zunächst ist die allgemeine „Brückenfunktion“ von Erzählungen zu betonen, die im kommunikativen Austausch zwischen der *Lebenswelt* des Patienten und der *Berufswelt* des Arztes eine Vermittlung wahrnehmen können (§ 10.2) (Launer 2002, Hurwitz, Greenhalgh, Skultans 2004, Brody 2005, Heath 2005, Greenhalgh, Hurwitz 2005, Charon 2006). Die Plädoyers für einen narrativen Ansatz in der Medizin lassen sich vor allem mit der *Alltagsnähe* dieser Kommunikationsform begründen, die sich gegenüber einem rein *interrogativen* Interviewstil in vielfacher Hinsicht als überlegen erweist. Denn beim Erzählen können nicht nur mehr, sondern vor allem andersartige Informationen *zur Sprache kommen* als dies durch eine bloße Beantwortung eines *professionell-terminologischen* Fragenkatalogs möglich wäre. Dieser Unterschied zwischen einer *interrogativen* und *narrativen* Anamneseerhebung soll nachfolgend ebenso genauer bestimmt werden wie der Unterschied zwischen *Erzählungen* und *Berichten*. Allerdings ist vorwegzunehmen, dass es bei allen Unterschieden nicht um Alternativen bei der Gesprächsführung geht, sondern eine angemessene *Balance* (§ 9.4) zwischen den verschiedenen Kommunikationsformen gefunden werden muss.

9.2.1 Begrifflicher und narrativer Kommunikationsmodus

Die spezifischen Erkenntnisfunktionen des Erzählens gegenüber dem rein begrifflichen Unterscheiden sind von Ritschl (2004) in der folgenden Weise herausgestellt worden (Box 9.4), wobei er damit keine grundsätzlichen Alternativen, sondern lediglich eine zeitlich-logische Abfolge der Kommunikationsmodi nahelegt, die jeweils auf ihre Art zum Einsatz kommen:

Box 9.4 „Wirklichkeitsnähe“ von Begriff und Erzählung

Freilich bietet der Modus des Erzählens keinen Ersatz für saubere Begriffe und klare Unterscheidungen. Das Erzählen ist aber als eine Form des Sprechens (und Hörens) erkannt worden, die noch sozusagen ‚unterhalb‘ der Begriffe, an der Basis, hart an der Wirklichkeit seine Funktion hat. Es ist, wenn man so will, der Wirklichkeit näher als der Begriff. Das gilt auch in hohem Maße für das Verstehen von Patienten und unseren Umgang mit ihnen.

Ritschl 2004: 139

Als alltägliche Kommunikationsform liefert die Erzählung einen ausgezeichneten Zugang zu Informationsquellen, die vom Patienten nicht ohne weiteres auf *den Begriff gebracht* werden können und die vom Arzt nicht ohne weiteres durch begriffliche Befragung erschließbar sind. Will der Arzt die typischen Informationen, die nur in der passenden Gesprächsform der *freien Erzählung* transportiert werden können, nicht verschenken, muss er zunächst auf interrogative Interviewformen weitgehend verzichten. Hier erhält Balints Diktum („Wenn man Fragen stellt, so erhält man Antworten darauf – aber weiter auch nichts“, 1964/88: 186), auf das wir sogleich unter dem Aspekt der *Kunst des Zuhörens* zurückkommen (§ 9.5), seinen spezifischen gesprächsanalytischen Sinn: *Geschichten* können kaum *erfragt*, sondern wesentlich nur *erzählt* werden.

Genau mit dieser spezifischen Art der Dialogrollenverteilung, bei der der eine Partner erzählt und der andere aufmerksam zuhört, kommt das von Wald (1978) eingeführte und von Quasthoff (1990) aufgenommene Prinzip des *primären Sprechers* auch in der Arzt-Patient-Kommunikation zum Tragen: Dem Patienten wird als Erzähler ein besonderes *Redeprivileg* eingeräumt wird, ohne dass der Arzt als Zuhörer zum Schweigen verurteilt wäre. Vielmehr erhält der Arzt auch in der ihm zugeordneten Dialogrolle ein *Hörerprivileg* (§ 9.5), das ihn allerdings auch zu spezifischen Zuhöraktivitäten verpflichtet (§ 19.3), damit das Erzählen als interaktiver Prozess des Redens und aktiven Zuhörens überhaupt in Gang kommt und in Gang bleibt.

Die Unterscheidung von Ritschl (2004) (Box 9.4), nach der die Erzählung „wirklichkeitsnäher“ ist als der Begriff, lässt sich insbesondere auf die Gefühlswirklichkeit des Patienten anwenden. Dabei geht es nicht nur um *Ereignisse* der äußeren Welt, sondern um die *Erlebnisse* der inneren Welt des Patienten, die in ihren *subjektiven Bedeutungen* ebenfalls in Erzählungen oft besser zu vermitteln sind als in Antworten auf begriffsbasierte Fragen.² Dass diese nachgeordnet in der *Interpreta-*

² Allerdings lassen sich genügend Beispiele anführen, in denen das begriffliche Fragen die gemeinsame Gesprächsarbeit forciert. In diesen Fällen sind zumindest direkte oder indirekte, oft nonverbale Patientenhinweise (*cues*) vorausgegangen, die von den Ärzten dann zu Recht fragend auf den Begriff gebracht werden, worauf wir mit vielen empirischen Beispielen insbesondere zur *empathischen Kommunikation* (§ 20) zurückkommen werden. Dagegen ist das bloße begriffliche Fragen nach Emotionen oft wenig zielführend, wenn diese Fragen nicht an entwickelte Interaktionsgeschichten mit den entsprechenden Patientenhinweisen anknüpfen können (§ 19.6).

tionsarbeit ihre Berechtigung haben, steht auf einem anderen Blatt, das sich erst in einer späteren Gesprächsphase füllt, wenn die in Erzählungen vermittelten Gefühle „auf den Begriff gebracht“ werden müssen, weil das *Begreifen* eben letztlich auf *Begriffe* angewiesen ist (§ 20.6-9, 21.3). Sind in der Interpretationsarbeit erst einmal relevante Begriffe entwickelt, kann ihre Funktion als „Stichwortgeber“ auch weitere Erzählungen auslösen, die weitere Interpretationen auf einem höheren Abstraktionsniveau nach sich ziehen können usw.

9.2.2 Intimität und Empathie

In allen Gesprächsphasen des Erzählens und Interpretierens ist die Dialogrolle des Arztes als aktiver Zuhörer wesentlich bestimmt durch eine *empathische* Gesprächshaltung, durch die der *intime* Rapport des Patienten überhaupt nur ermöglicht werden kann (§ 20). Für die ärztliche Gesprächsführung bedeutet dies: Die Intimität wird in einem bloßen Frage-Antwort-Schema häufig auf der Strecke bleiben, zumal wenn sich der Arzt ausschließlich an einem biomedizinischen Fragenkatalog orientiert. Die Differenz zwischen einem *interrogativen* und einem *narrativen* Interviewstil ist denn auch von Engel auf folgenden Nenner gebracht worden, was uns bereits eingangs als Motto diente: „*Interrogation* generates defensiveness, *narration* encourages intimacy“ (1997: 526). Wie später an Gesprächsbeispielen aufgezeigt wird (§ 19-21), verlegen sich Patienten bei einer extrem interrogativen Gesprächsführung alsbald auf Schweigen oder reagieren nur noch mit einsilbigen Antworten, um eine minimal kooperative Kommunikation aufrechtzuerhalten.

Um dagegen die Intimität *qua* Erzählungen erreichen zu können, muss der Wechsel von einem interrogativen zu einem narrativen Interviewstil nach Engel zugleich mit einer grundlegenden Änderung des *Rollenverständnisses* von Arzt und Patient einhergehen: Bei einem narrativen Ansatz in der Medizin ist die Rolle des Patienten nicht länger die eines bloßen Objekts des ärztlichen Handelns, sondern eher die eines *Initiators* und *Kollaborateurs*, während die Rolle des Arztes als *teilnehmender Beobachter* unter Rückgriff auf folgende terminologische Unterscheidungen bestimmt wird (Box 9.5), mit denen sich die interaktive Vermittlung von arzt- und patientenseitigen Wissensressourcen und Kompetenzen beschreiben lässt.

Box 9.5 Observation, introspection, dialogue

The physician in turn is a participant observer who in the process of attending to the patient's reporting of inner world data taps into his own personal inner viewing system for comparison and clarification. The medium is dialogue, which at various levels includes *communing* (sharing experiences) as well as *communicating* (exchanging information). Hence, *observation* (outer viewing), *introspection* (inner viewing), and *dialogue* (interviewing) are the basic methodologic triad for clinical study and for rendering patient data scientific.

Engel 1997: 525

Bei dieser „methodologischen Triade“ kommt es gerade auf die Interaktionen zwischen *Beobachtung*, *Introspektion* und *Dialog* an. Wie Engel an erinnerten bzw. berichteten Beispielen exemplarisch weiter ausführt, kann sich der Arzt gerade bei einem *biopsychosozialen* Zugang zum Patienten eben nicht auf eine rein äußerliche Beobachtung (*outer viewing*) beschränken, sondern muss beim Dialog mit dem Patienten (*interviewing*) seine eigene persönliche Innenwelt betrachten (*inner viewing*). Danach kann der Arzt die nötige *Empathie* für den Patienten überhaupt nur aufbringen, indem er sich durch dessen Erzählungen in seiner eigenen Lebenserfahrung hinreichend stimulieren lässt.

Bei der *Empathie* muss allerdings die Differenz erhalten bleiben, die von Uexküll (1997: 451) aus *semiotischer* Sicht pointiert auf den Begriff gebracht hat: Es geht in der empathischen Kommunikation mit dem Patienten nicht um persönliche Verwandlung, sondern um Versetzung in die subjektive Zeichenwelt einer anderen Person. Diese Unterscheidung entspricht der Bestimmung von Empathie, wie sie bereits von Rogers (1962/90) mit seiner *Als-ob-Haltung* gekennzeichnet wurde (§ 20.3), die bei der *non-direktiven* Gesprächsführung gegenüber dem Klienten distanzierend einzunehmen ist.

Darüber hinaus muss das von Engel in seiner methodologischen Triade spezifisch thematisierte Verhältnis von *communing* (sharing experiences) und *communicating* (exchanging information) sicherlich zirkulär gedacht werden. Damit der Informationsaustausch zwischen den Gesprächspartnern überhaupt im Dialog gelingen kann, müssen sie immer schon auf ein Mindestmaß von sozial geteiltem Wissen rekurren können, wie dies insbesondere in der Tradition der *Verstehenden Soziologie* herausgearbeitet wurde (Schütz 1932/74, Berger, Luckmann 1966/80). Dieses gemeinsame Wissen differenziert sich im Einzelnen in

9. Biographisch-narrative Anamnese

Welt-, Sprach- und Handlungswissen, in Wissen über Institutionen (wie die ärztliche Sprechstunde) ebenso wie über Krankheit und Gesundheit sowie über Moral und eine gute Lebensführung usw.

Das geteilte Allgemeinwissen wird beim Erzählen oft in lebensweltlich relevanten *Metaphern* (§ 11) explizit ausgedrückt („den ersten Knacks bekommen“, „aus der Bahn geworfen“, § 19.8) oder auch nur vage präsupponiert, so dass seine Wirksamkeit dann implizit als „stummes Wissen“ zur Geltung kommt (Ehlich, Rehbein 1977, Lakoff, Johnson 1980/98, Buchholz 1996, Koerfer 2013). Auf diesem geteilten Wissen als Allgemeinwissen beruht die effiziente und problemlose Verständigung auch in der ärztlichen Sprechstunde, in der es dann nur „weniger Worte“ zur weiteren Gesprächsförderung bedarf. So sind in einem Beispiel, das noch ausführlich analysiert werden soll (§ 19.8, 21.3), nur kurze verbale Interventionen nötig, indem etwa der Arzt auf eine dramatische Erzählung seines Patienten zur beruflichen Entwicklung interpretierend resümiert, dass sich der Patient „unter Wert verkaufen“ würde oder ihm „die Arbeit auf den Magen zu schlagen“ scheine, wodurch der Patient wiederum zur weiteren *narrativen Selbstexploration* stimuliert wird, mit der er (im Sinne Engels) verstärkt die Rolle als „Kollaborateur“ wahrnehmen kann.

9.2.3 Erzählung versus Bericht

Eine weitere Unterscheidung, die wesentlich nach dem Ausmaß der möglichen *Intimität* getroffen wird, ist die zwischen *Erzählung* und *Bericht* (Chronik usw.), die beide ihre Berechtigung haben mögen, mit denen aber in der Sprechstunde ebenfalls unterschiedliche Zielsetzungen verfolgt werden können. Bei diesen Zielsetzungen kommen auch die traditionellen Unterscheidungen von *disease* und *illness* zum Tragen (Uexküll 1981, Kleinman 1988, Levenstein et al. 1989), die in einer *biopsychosozialen* Medizin ohnehin aufzuheben sind (Uexküll, Wesiack 1991), weil Patienten unter beiden Aspekten zu behandeln sind.

Bei einem stark interrogativen Interviewstil wird der Arzt, sofern überhaupt mit einem „Surplus“ an Informationen über die Fragen hinaus zu rechnen ist (§ 21.2), bestenfalls einen *Bericht* über eine *objektive Krankheitsgeschichte* erlangen können, die sich vor allem auf somatische Beschwerden erstreckt (*disease*). Dagegen wird der Arzt den Patienten mit einem narrativen Interviewstil zu einer *Erzählung* seiner *subjektiven Krankengeschichte* bewegen können, die das individuelle

Krankheitserleben des Patienten als erkrankte Person betrifft (*illness*). In seiner Dialogrolle als aktiver Zuhörer wird der Arzt dabei die Unterschiede beachten (Tab. 9.1), die der Patient mit Worten machen kann, nämlich zum Beispiel zwischen *Ereignis* und *Erlebnis*, *äußerer* und *innerer* Welt, *objektiver* und *subjektiver* Bedeutung, *historischer* und *narrativer* Wahrheit, *kalendarischer* und *biographischer* Zeit, *Anonymität* und *Intimität*, *Rationalität* und *Emotionalität* usw.³

		Chronik/Bericht	Narrativ
1	Gegenstand	Ereignisse	Erlebnisse
2	Bereich	Äußere Welt	Innere Welt
3	Geltung	Historische Wahrheit	Narrative Wahrheit
4	Zeit	Kalendarisch	Biographisch
5	Perspektive	Vergangenheit	Vergegenwärtigung
6	Raum	Alltägliche Realität	Szenische Vorstellung
7	Darstellungsform	Logisch-linear	Sequentiell
8	Dialogform	(An)Frage-Antwort	„Freie“ Erzählung
9	Sprache	Impersonal („man“) Abstrakta Indirekte Rede	Personal („ich“) Metaphern-Reichtum Direkte Rede
10	Evaluation	Rational	Emotional
11	Orientierung	Hörerneutral	Hörerspezifisch
12	Beziehung	Anonymität	Intimität
13	Medizinischer Fokus	Krankheitsgeschichte	Krankengeschichte
14	Themen	Biomedizinisch	Biopsychosozial
15	Beziehungsmodell	Dienstleistung	Hilfreiche Beziehung

Tab. 9.1: Narrativ versus Bericht/Chronik

³ Die in der Tabelle (9.1) zusammengestellten Merkmalsunterschiede zwischen *Bericht* (bzw. *Chronik*) und *Erzählung* stellen Modifikationen der Übersichten in Koerfer et al. (2000) und Koerfer, Köhle (2009) dar, wobei sich einzelne Unterschiede sowohl von Ergebnissen der diskurslinguistischen wie auch der psychotherapeutischen Gesprächsforschung ableiten lassen (z.B. Rehbein 1980, 1984, Becker-Mrotzcek 1989, Meares 1998).

9. Biographisch-narrative Anamnese

Diese Unterschiede zwischen Bericht und Erzählung werden wir in empirischen Erzählanalysen wiederaufnehmen und konkretisieren. Vorausgreifend soll hier nur die Relevanz der einfachen Unterscheidung zwischen „objektiven“ und „subjektiven“ Zeitangaben von Patienten aufgezeigt werden. So beziehen sich die Daten in Erzählungen häufig nicht auf die kalendarische Zeit (Datum: Tag, Monat Jahr), sondern auf die gelebte Zeit („lived time“), wie bei einer Patientin, die ihre eigenen biographisch relevanten „Daten“ wählt („Kommunionssonntag“ ihres Enkelkindes), worauf wir mit einer dramatischen Erzählung ausführlich zurückkommen (§ 19.7). Die subjektiven Zeitangaben werden von der Patientin erst nach und nach und in einer nicht-chronologischen Weise in der Kommunikation mit dem Arzt gemacht.

Wie Morgan und Engel (1977: 45) zur *zeitlichen Detailexploration* (§ 21.4) empfehlen, lassen sich Gedächtnislücken von Patienten bei der kalendarischen Datumserinnerung gerade dadurch kompensieren, dass man den biographisch relevanten Ereignissen und Erlebnissen folgt, die die Patienten wegen ihrer subjektiven Relevanz gut erinnern können, so dass man dann die „objektiven“ Daten durch Nachfragen („Wann war der Kommunikationssonntag/Umzug/die Einschulung/Hochzeit usw.?) oft gemeinsam rekonstruieren kann.

Insgesamt wird der Patient je nach vorherrschender Kommunikationsform (*Bericht* vs. *Erzählung*) auch unterschiedliche *Beziehungsmodele* präferieren (§ 10). Mit einem „sachlichen“ Bericht wird der Patient gegenüber dem Arzt eher eine *anonyme* Beziehung als *Dienstleister* wählen, dem er vor allem biomedizinische Themenangebote macht. Mit einer „dramatischen“ Erzählung wird der Patient eher eine intime Beziehung zum Arzt als *Helfer* suchen, dem er sich auch erzählend mit seinen psychosozialen Problemen anvertraut. Allerdings bleiben die Beziehungsangebote von Patienten oft ambivalent, wenn sie nicht durch entsprechend komplementäre Gegenleistungen des Arztes beantwortet werden, der das Gesprächsverhalten des Patienten in einem gewissen Umfang durch seine Art der Gesprächsführung mehr oder weniger „konditionieren“ (§ 9.4) kann.

Wie etwa am empirischen Beispiel noch zu zeigen sein wird (§ 20.9), kann ein Patient über den Tod seiner Mutter als bloßes *Ereignis* berichten und es dabei bewenden lassen wollen oder aber vom *Erleben* einer mangelnden Trauerarbeit erzählen, wozu es allerdings einer besonderen Erzähleinladung durch den Arzt bedarf. Denn aufgrund einer restriktiven Vorstellung vom Sinn und Zweck der ärztlichen Sprechstunde gehen Patienten häufig von einer anderen Relevanzordnung des „Sagba-

ren“ aus, mit der sie sich in einer Art Selbstzensur zunächst auf rein somatische Patientenangebote beschränken. Hier muss der Arzt durch Interventionstechniken des *aktiven Zuhörens* rechtzeitig gegensteuern, um einen Richtungswechsel vom bloßen Bericht zur Erzählung zu erreichen und dadurch das mögliche Spektrum des „Erzählbaren“ für den Patienten zu vergrößern.

Das Problem des *Erzählbaren*, das allgemein mit Begriffen wie *tellability*, *narrativity* oder *reportability* erfasst wird (Labov 1997, 2001, Ochs, Capps 2001, Baroni 2014, Martinez 2017, Weixler 2017), besteht ja nicht nur in der Alltagskommunikation, sondern stellt sich verschärft in der Sprechstunde, weil Patienten als (zumeist) medizinische Laien hier die Relevanz ihrer Themen für ihren ärztlichen Gesprächspartner ohnehin nur schwer einschätzen können.

Unter der mehr oder weniger expliziten Fragestellung „Was ist erzählenswert?“ wird die Relevanz von Patienten gelegentlich getestet, worauf der Arzt gegebenenfalls mit einer *Relevanzhochstufung* reagieren sollte (Koerfer et al. 2000, 2010, Koerfer, Köhle 2007, 2009, Köhle, Koerfer 2017). Gerade gegenüber narrativ-emotionalen Patientenangeboten verhalten sich Ärzte aber häufig reserviert bis ignorant – aus welchen Gründen auch immer, die auf Defizite in der empathischen Kompetenz verweisen (§ 20.2). Auf das Problem der *Relevanzhochstufung* bzw. –*Rückstufung* von narrativen bzw. emotionalen Patientenangeboten werden wir systematisch (§ 17.4) sowie in empirischen Gesprächsanalysen (§ 19-21) im Detail eingehen. Zuvor sind die Sinnfunktionen und Typen von Erzählungen zu differenzieren, die in der ärztlichen Gesprächspraxis berücksichtigt werden müssen.

9.2.4 Sinnfunktionen und Erzähltypen

Ebenso wie im Alltag werden auch in der ärztlichen Sprechstunde allgemeine Funktionen des Erzählens wahrgenommen, die mit der *Sinn- und Identitätsbildungsfunktion* von (biographischen) Erzählungen überhaupt zu tun haben (Schafer 1995, Stern 1998, Bruner 1998, Gergen 1998, 2002, Lucius-Hoene, Deppermann 2002, 2004, Habermas 2006, Goyal 2013, Römer 2017). Wer wir sind, lässt sich kaum in einem Wort *auf den Begriff bringen*, wohl aber in einer *Erzählung*, in der wir unseren Lebenslauf mit allen seinen Entwürfen, Verwirklichungen und Verwerfungen für uns selbst und einen interessierten Hörer veranschaulichen können.

9. Biographisch-narrative Anamnese

Die Rolle des Erzählens ist insbesondere in der Psychotherapie genutzt worden, in der über die *Assoziationen* des Patienten verschiedene Selbstdarstellungen von Patienten zu fördern sind (§ 9.4). Bevor wir auf die interaktiven Rahmenbedingungen des Erzählens näher eingehen, soll hier die allgemeine Funktion von *Selbst-Erzählungen* von Patienten vorangestellt werden, wie sie etwa Schafer (1995) (Box 9.6) aus einer spezifisch psychoanalytischen Perspektive formuliert hat.

Box 9.6 Erzählungen des Selbst

Mein theoretisches Argument lautet, daß man die sogenannten Selbstkonzepte, Selbstbilder, Selbstdarstellungen oder, allgemeiner ausgedrückt, das sogenannte Selbst, als eine Reihe erzählerischer Strategien oder Handlungsstränge betrachten kann, denen jeder Mensch folgt in dem Versuch, eine emotional zusammenhängende Darstellung seines Lebens unter anderen Menschen zu entwickeln. Wir organisieren unsere vergangenen und gegenwärtigen Erfahrungen auf erzählerische Weise.

Schafer 1995: 62

Zwar ist ein Erzähler bemüht, „eine emotional zusammenhängende Darstellung“ zu entwickeln, aber dieser „Versuch“ bleibt häufig provisorisch. Beim Erzählen von Patienten ist keineswegs von konstanten Geschichten auszugehen, die in allen Situationen und gegenüber verschiedenen Personen in gleicher Weise erzählt würden. Vielmehr können nach Schafer (Box 9.7) je nach Anlass und Bedingungen des Erzählens verschiedene Versionen von Selbst-Erzählungen erwartet werden, bei denen der Erzähler sich in mehreren Rollen perspektivieren kann.

Box 9.7 Versionen von Selbst-Erzählungen

Oder die Person kann, je nachdem, von mehr als einem Selbst erzählen. Das sogenannte Selbst existiert in Versionen, nur in Versionen, und gewöhnlich in mehreren gleichzeitig. Zum Beispiel bedeutet die Aussage: „Ich habe mir gesagt, ich soll jetzt endlich anfangen“, die Geschichte eines Selbst mit zwei Rollen zu erzählen, mit einem mahnenden Selbst und einem ermahnten, oder vielleicht sogar mit drei Rollen, wenn wir den implizierten Autor mit einbeziehen, der von der Ermahnung erzählt.

Schafer 1995: 52

Ohne hier auf psychoanalytische *Selbst-Konzepte* eingehen zu können,⁴ soll später in den empirischen Erzählanalysen auch auf *Paradoxien* aufmerksam gemacht werden, denen sich Patienten mehr oder weniger bei ihren Erzählungen bewusst ausgesetzt sehen, was gerade in ihren *Evaluationen* zum Ausdruck kommt. So nimmt sich eine Patientin weiterhin selbst in die Pflicht einer Großmutterrolle, der sie sich aber zugleich aus Gründen der eigenen Erkrankung („dermaßen Schwindel“) nicht mehr gewachsen sieht („et is so schlimm, ich kann die Kinder von meiner Tochter nicht mehr nehmen, und det heißt schon wat“). Unmittelbar vorausgehend hatte die Patientin ihre persönliche Situation als einen „Kampf“ gegen sich selbst dargestellt („Herr Doktor, ich geh ungeheuerlich gegen mich an“) (*Ich gegen mich*), verbunden mit einem Verstehens-Appell an den Arzt, den sie hier mit der direkten Anrede („Herr Doktor“) persönlich adressiert.

Ähnlich (selbst-)widersprüchlich entwickelt sich die Lebenserzählung eines „Magen“-Patienten, der auf Nachfrage seines Arztes davon zu erzählen beginnt, warum er „eigentlich nicht der Typ des Beamten“ ist, der er leider geworden ist, was von ihm in der Schlussevaluation *expressis verbis* („leider“) bedauert wird (§ 19.8). Indem Arzt und Patient gemeinsam die Diskrepanz zwischen Lebensentwurf und Lebensverlauf rekonstruieren, kommt allmählich eine alternative Erzählung in Gang, in der der Patient die Konsequenzen aus seiner Erkrankung zu reflektieren beginnt, die jenseits seines Berufs als Beamter zu ziehen wären.

Nicht zuletzt stellen Erkrankungen häufig Brüche im bisherigen Selbstverständnis dar, durch die bisherige Lebensführungen infrage gestellt werden. Gegenüber den im Krankheitsfall vermehrt aufkommenen Sinn- und Identitätskrisen müssen Erzählungen in der ärztlichen Sprechstunde verstärkt die Funktion einer narrativen Selbstvergewisserung übernehmen, bei der der Erzähler die professionelle Resonanz eines medizinisch-therapeutisch kompetenten Zuhörers zu finden hofft, dem er sich mit seinen Problemen persönlich anvertrauen kann.

Beim Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung nehmen Erzählungen in der ärztlichen Sprechstunde eine besondere Funktion wahr, die mit dem konkreten Konsultationsgrund selbst zu tun hat, den Patienten nach Brody oft mit dem allgemeinen Appell an den Arzt verbinden: „My story is broken; can you help me fix it?“ (1994: 85). Derart „gebrochene“

⁴ An dieser Stelle kann nur auf die traditionelle psychoanalytische Diskussion um das *Wahre Selbst* (Winnicott) oder das *Kern-Selbst* (Kohut) verwiesen werden, auf die sich auch Schafer (1995: 44ff) vorausgehend selbst bezieht.

9. Biographisch-narrative Anamnese

Geschichten, mit deren Erzählung der Arzt als *Helfer* adressiert wird, lassen sich auf verschiedene Weise erzählen, durch die die Erzähler sich selbst (*ego*) oder andere (*alter*) in einer bestimmten Perspektive darstellen können, an der unter Umständen auch mehrere Personen beteiligt sind.

Prototypisch ist die *Leidensgeschichte*, bei der sich Patienten eben als „Leidtragende“ darstellen können, und zwar in unterschiedlichen Rollen als *Opfer*, *Versager*, *Schuldige* etc. Dabei können Erzähler sich selbst (*Selbst-Narrative*) oder andere (*Fremd-Narrative*) zu Protagonisten einer Erzählung machen, unter deren Geschichte die Erzähler (als Partner, Kind oder Elternteil) ebenso (mit-)leiden können wie die unmittelbar Betroffenen selbst (§ 19.7). Das Leid der anderen wird dann zum eigenen Leid, unter dem sich schließlich eine eigene Erkrankung mit einer eigenen Krankengeschichte entwickeln kann, was dann für die Sozial- und Familienanamnese von besonderer Relevanz wird.

Der Protagonist einer Erzählung kann aber zunächst auch kontrastiv als Glückspilz, Abenteurer oder Held dargestellt werden, der etwa eine schwere Krankheit oder familiäre oder berufliche Belastung zunächst gut gemeistert hat, bevor er dann doch „vom Schicksal getroffen“ wurde oder „völlig versagt“ hat und „aus der Bahn geworfen“ wurde, was dann als erwartungswidrige Entwicklung häufig in einer *Anti-Klimax* (§ 19.7-8) erzählt wird.

Darüber hinaus lassen sich auch *Misch-Typen* von Erzählungen differenzieren, die sich nicht durch ein „Entweder-oder“, sondern sprachlich-kommunikativ durch ein „Einerseits-andererseits“ oder „Sowohl-als-auch“ oder „Ja aber“ auszeichnen, also durch einen komplexen Typ der Evaluation bestimmt sind, der in der exemplarischen Erzählanalyse noch weiter ausdifferenziert werden soll. Dabei folgen wir zunächst der Typologie von Gergen (1998 und 2002) zur Evaluationsfunktion von Erzählungen, nach der sich allgemeine Typen von *progressiven* und *regressiven*, *tragischen* und *komödiantischen* Erzählungen unterscheiden lassen, die wir hier als *prototypische* Darstellungen (Abb. 9.1-4) wiedergeben.

Die Ereignisse können beim Erzählen in einem zweidimensionalen evaluativen Raum angeordnet werden, in dem sich der Erzähler entweder in positiver Richtung mit Erfolgen mehr oder weniger rasch seinen Zielen nähert oder aber sich in negativer Richtung bewegt (Enttäuschungen, Scheitern), wenn sich etwa Misserfolge und Katastrophen aneinander reihen. Weitere komplexe (und potentiell unendliche) Varianten ergeben sich durch eine Mischung von positiven und negativen

Ereignissen bzw. Entwicklungen, so dass es zu Auf- und Abwärtstendenzen kommt. Weitere Subtypen sind die *Stabilitätserzählungen*, bei der die Entwicklungslinie im Wesentlichen (horizontal) unverändert bleibt: „Das Leben geht einfach so weiter, weder besser noch schlechter, zumindest in bezug auf den Schluß der Geschichte“ (1998: 178). Die Entwicklung stagniert dann entweder oberhalb oder unterhalb der (gestrichelten) Null-Linie ohne weitere Ausschläge.

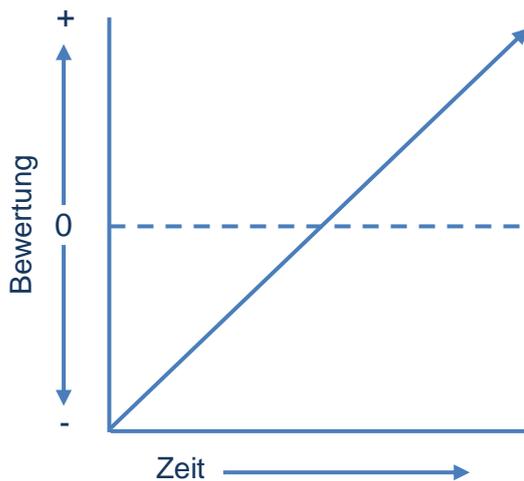


Abb. 9.1: Progressive Erzählung

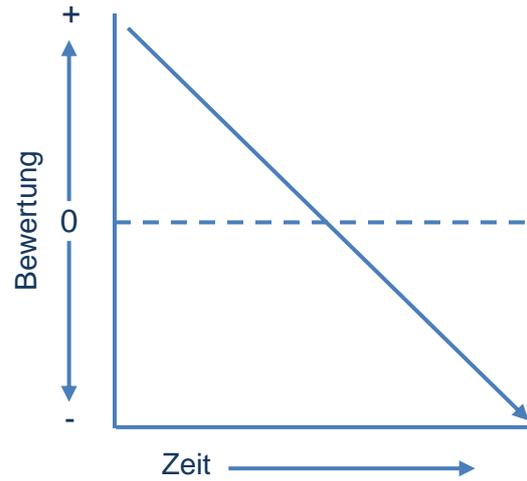


Abb.9.2: Regressive Erzählung

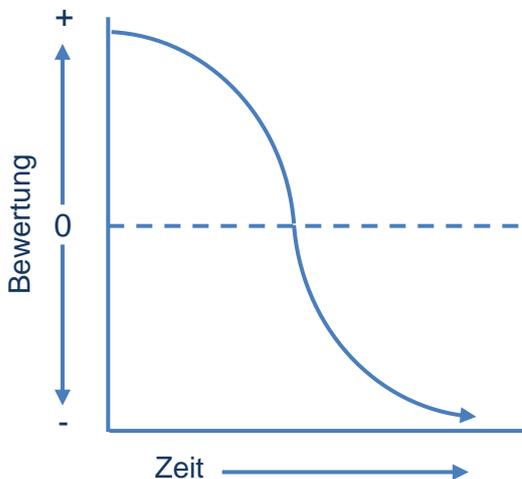


Abb. 9.3: Tragische Erzählung

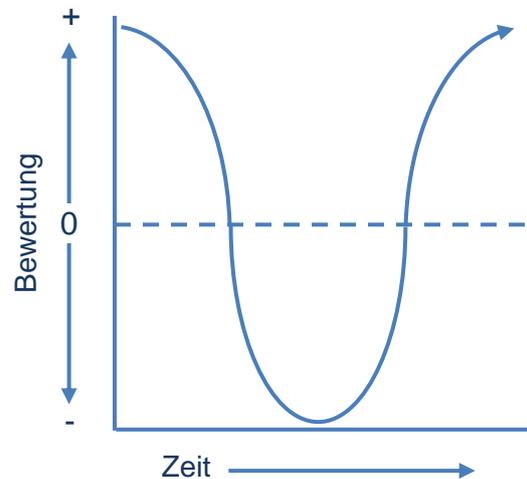


Abb.9.4: Komödiantische Erzählung

(mod. n. Gergen 1998: 179ff und 2002: 94ff)

In Anlehnung an diese Typologie von Gergen (1998, 2002) soll es in den empirischen Gesprächsanalysen zwar um typische, aber in ihrer *individuellen* Ausprägung zugleich spezifische Falldarstellungen gehen, bei denen sich auf der Zeitachse von *realen* Patientenbiographien die indi-

9. Biographisch-narrative Anamnese

viduellen Lebensläufe als *Evaluationskurven* mit spezifischen *Auf- und Abwärtstrends* abbilden lassen (Koerfer et al. 2000, 2005, 2010, Köhle, Koerfer 2017). Dabei sollen in den entsprechenden Erzählanalysen (§ 19.7-8) nicht nur die Patientenerzählungen selbst, sondern ihre interaktiven Vor- und Nachgeschichten berücksichtigt werden, in denen die ärztlichen Konstruktionsbeteiligungen von Erzählungen und Evaluationen rekonstruiert werden sollen.

Als *Ko-Konstrukteure* sind Ärzte gerade an der Entwicklung von Patientenerzählungen aktiv beteiligt, die auch zur Neu-Konstruktion von Geschichten (*new story*) führen können (Brody 1994, Stern 2004/2010, Stern et al. 2010/2012, Vickers et al. 2012).⁵ In der gemeinsamen Gesprächsarbeit kann das Erzählen für den Patienten qua *Katharsiseffekt* eine *Entlastungsfunktion* bekommen und darüber hinaus für beide Gesprächspartner oft eine *Beleg- oder Erklärungsfunktion* erhalten („Warum kam das alles so, wie es (leider) gekommen ist?“). Hier gilt erneut: Was sich nicht in wenigen Worten oder Sätzen *auf den Begriff bringen* lässt, kann in *Erzählungen* veranschaulicht werden. Auf diese Weise gelangen beide Gesprächspartner zu einem besseren Verständnis der Krankengeschichte sowie auch der Hilfsbedürftigkeit von Patienten, die sich eben dieser Hilfsbedürftigkeit beim Erzählen zunehmend bewusst werden können.

Durch aktives Zuhören und Erzählen können sich beide Gesprächspartner wechselseitig immer tiefer „in ein Gespräch ziehen“. Dabei bedienen sich Arzt und Patient in ihrer jeweiligen Dialogrolle (als Sprecher und Hörer) zunächst derselben Grundmuster der Kommunikation und derselben sprachlichen Mittel wie im Alltag auch, was mit spezifisch institutionellen Ausprägungen in einem *dialogischen Erzählmodell* zur Arzt-Patient-Kommunikation dargestellt werden soll.

9.2.5 Erzählmodell der Arzt-Patient-Kommunikation

Wie einleitend ausgeführt (§ Box 9.3), ist die Erzählung eine *universelle* Kommunikationsform, der wir uns häufig und in verschiedenartigen Situationen mit vielen Varianten bedienen. Diese „Großform des Sprechens hat sichtlich eine Reproduktionsfähigkeit in verschiedenen Hand-

⁵ Um einem möglichen Missverständnis vorzubeugen, dass *Ko-Konstruktionen* eine Planung voraussetzen könnten, präferieren Stern (2004/2010: 163ff) und Stern et al. (2010/2012: 130ff) den Begriff der *Ko-Kreativität*, um den spontanen Aktivitäten in Mikroprozessen Rechnung zu tragen.

lungskontexten“ (Rehbein 1980: 70). Allgemeine Erzählmodelle können sich letztlich nur in diesen verschiedenen Handlungskontexten bewähren. In der linguistisch orientierten Erzählforschung wurde versucht, textgrammatische Ansätze auf mündliche Kommunikationsformen zu übertragen und in diesem Sinn auch spezifische Erzählgrammatiken zu entwickeln, die auf mikro- wie makrostrukturellen Ebenen konzipiert sind (van Dijk 1980, Prince 1982, 1999). Einen besonderen Anstoß für die Weiterentwicklung empirischer Erzählanalysen hat die Pionierarbeit von Labov und Waletzky (1967/73) gegeben, die den „mündlichen Erzählungen persönlicher Erfahrung“ galt. Ihr allgemeines Erzählmodell soll hier in seinen Grundzügen in einer Abbildung (Abb. 9.5) zusammen mit den Erläuterungen (Box 9.8) wiedergegeben werden, die Labov, Waletzky (1967/73) direkt im Anschluss an diese Abbildung selbst geben.

Abb. 9.5 Normalform des Erzählens

Die Normalform des Erzählens lässt sich durch das folgende Diagramm darstellen:

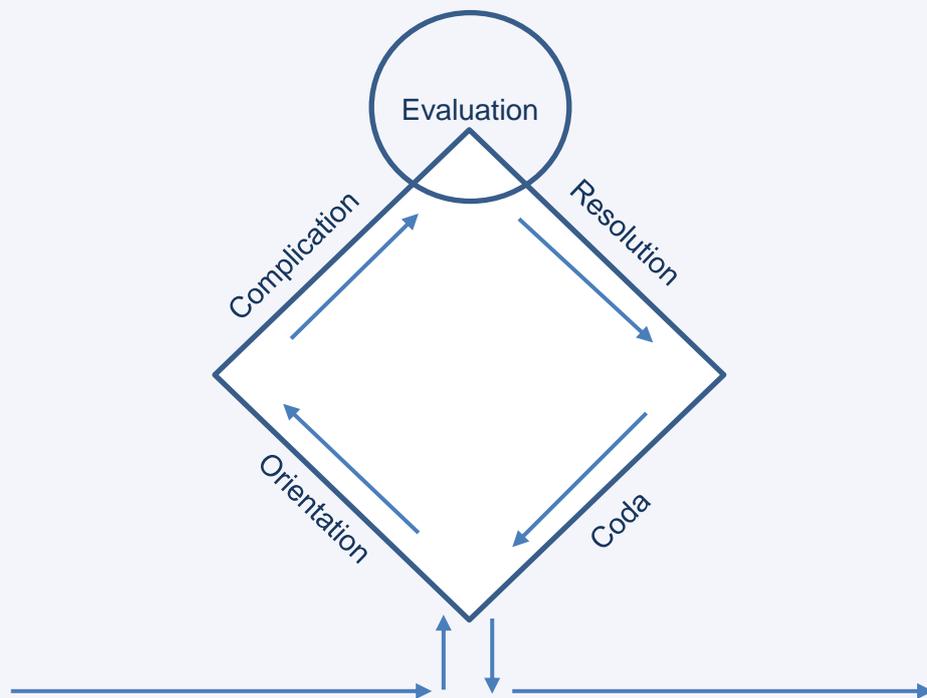


Abb. 9.5: Mod. n. Labov, Waletzky 1967/73: 124

Box 9.8 Erläuterungen zum Erzählmodell (Abb. 9.5)

Dabei setzt die Entstehungsfunktion der Erzählung an der Basis des Karos an, daran schließt sich nach links oben der Orientierungsteil, danach der Komplikationsteil zur Spitze hin. Häufig, wenn auch nicht immer, hält die Evaluation die Handlung an dieser Spitze an, was durch den Kreis ausgedrückt sein soll. Die Auflösung vollzieht sich nach rechts abwärts, und die Coda erscheint als die Linie, die zu der Situation (den Zeitpunkt), in der die Erzählung ursprünglich stimuliert wurde, zurückgekehrt.

Labov, Waletzky 1967/73: 124

Das Erzählmodell von Labov und Waletzky ist vielfach kommentiert, modifiziert, spezifiziert oder revidiert worden, so auch von Labov selbst (Quasthoff 1980, 1999, Flader, Giesecke 1980, Prince 1982, 1988, 1999, Rehbein 1980, 1984, Eisenmann 1995, Mishler 1995, Labov 2001, 2007, Delbene 2011, Quasthoff, Ohlhus 2017, Hoffmann 2018). Im Anschluss an diese text- und diskurslinguistischen Forschungen haben wir ein dialogisches Erzählmodell für die Arzt-Patient-Kommunikation erprobt (Tab. 9.2), das maßgeschneidert auf unsere Zwecke der empirischen Analyse von Erzählungen in der ärztlichen Sprechstunde zugeschnitten ist.

Bei diesem Erzählmodell übernehmen wir wesentliche Elemente aus dem Modell von Labov, Waletzky (1967/73), das ja auf die Erzählung als *monologische* Großform beschränkt ist, und ordnen diese Elemente in *dialogischen* Sequenzen, in denen beide Gesprächspartner vor, während und nach der Erzählung auf ihre Weise beteiligt sind. Dabei bleibt es bei der einschlägigen Dialogrollenverteilung beim Erzählen in der Sprechstunde, nach der der Patient der *primäre Sprecher* und der Arzt der *primäre Hörer* ist.

Das dialogische Erzählmodell ist so angelegt, dass fakultative und obligatorische Struktur- und Funktionselemente unterschieden und prinzipiell mentale und interaktionale Prozesse des Erzählens erfasst werden können, wobei hier aus Platzgründen nur die mentale Arztseite ausdifferenziert wurde (Tab. 9.2). Auch nach diesem dialogischen Erzählmodell kann zunächst von einer „Normalform“ der Erzählung ausgegangen werden, gegenüber der Realisierungsvarianten überhaupt erst zu erfassen sind (Abb. 9.5) (Labov, Waletzky 1967/73, Labov 1997, 2001). Ebenso wie Alltagserzählungen werden auch Patientenerzählungen nach Abfolge und Vollständigkeit nicht immer in „Reinkultur“ reali-

siert. Devianzen oder fragmentarische Realisierungsformen können mit einer Reihe von psychischen, kognitiven oder interaktiven Aspekten des Erzählens zu tun haben.

	Primärer Sprecher	Primärer Hörer	
	Patient	Arzt	
	Aktional	Mental	Aktional
1	Mitteilung/ Information	Neu-Fokussierung Redeüberlassung	Erzählstimulus „Wie kam das?“
2	Rahmung Thematisierung	Logisches Verstehen	Sachfragen: „Wo war das?“ „Wer war noch da?“ „Wann war das?“
3	Orientierung Ort, Zeit, Personen		
4	Persönliche Perspektivierung	Psychologisches Verstehen	Einstellungen: „Das war von Ihnen so gewollt (erhofft, befürch- tet)?“
5	Komplikation, Skandalon	Szenisch-empathisches Verstehen	Hörer-Rückmeldungen: „hm“, „ja“, „ach“, „achso“, „schrecklich“, „prima“, „Donnerwetter“, „Herrjeh“
6	Problem-Lösung, -Verdeutlichung		
7	Evaluation: Moral, Maxime		
8	Coda Redeübergabe	Bereitschaft zur Redeübernahme und Stellungnahme	Empathischer Response, Interpretation: „Das war sicher ein Schock für Sie“
9	Rückmeldung „hm“, „ja“, „richtig“, „genau“	Verständnissicherung	Rückbestätigung: „eben“, „so ist es“
10	Mitteilung 2	Neu-Fokussierung 2	Erzählstimulus 2

Tab. 9.2: Dialogisches Erzähl-Modell der Arzt-Patient-Kommunikation

9. Biographisch-narrative Anamnese

So können etwa die Defizite in der *Rahmung* und *Thematisierung* dem besonderen Interaktionskontext von Gesprächen in der ärztlichen Sprechstunde geschuldet sein, deren strukturell-thematische Vorgaben besondere Markierungen entbehrlich sein lassen, weil etwa der allgemeine Konsultationsgrund (z.B. „Ich brauche als Kranker Ihre ärztliche Hilfe!“) oder die bisherige Vorgeschichte zum wechselseitig verfügbaren Interaktionswissen gehören und entsprechend präsupponiert werden können.

Ebenso können spezifische *Evaluationen* oder *Resolutionen* in einer Erzählung ausbleiben, weil etwa die entsprechenden Informationen im Kontext der bisherigen Interaktionsgeschichten, die sich über viele Sprechstunden erstrecken können, schon hinlänglich bekannt sind. So können die Leidensgeschichten mit ihren offenen, bisher unlösbaren Problemen bereits als narratives Grundmuster entwickelt sein, so dass hier *fragmentarische* Erzählungen für die weitere Verständigung zwischen Patient und Arzt ausreichen.⁶

Hier trifft sich die Sprechstunde mit anderen alltäglichen sowie institutionellen Gesprächssituationen, in denen mit formalen „Defiziten“ oder „Devianzen“ gegenüber einer „Normalform“ zu rechnen ist (Labov, Waletzky 1967/73, Labov 1997, 2001, Gülich 1980, Mishler 1995, Quasthoff 1999, Georgakopoulou 2006, 2007). Darüber hinaus sind Inkohärenzen bei Patientenerzählungen zu einem besonderen Forschungsgegenstand gemacht worden (McAdams 2006, Dimaggio 2006, Gülich, Schöndienst 2015), bei dem die Analyse etwa von Umstellungen, Auslassungen, Wiederholungen oder Abbrüchen beim Erzählen spezifisch diagnostischen Zwecken dienen kann.

Derartige „Störungen“ sind zwar allgemein ein Phänomen mündlicher Kommunikation, sie sind es aber in der ärztlichen Sprechstunde in besonderer Weise, weil sich etwa „heikle“ Themen (§ 21.6) ohnehin nicht immer in flüssigen „Normalformen“ kommunizieren lassen. Dennoch werden gerade in Erstgesprächen, in denen sich die Gesprächspartner noch als relativ „Fremde“ begegnen, häufig weitgehend vollständige Erzählungen realisiert (§ 19-21), die dann Grundlage für die weitere Ge-

⁶ So werden auch von Labov, Waletzky (1967) selbst bei komplexen bzw. minimalen Erzählungen Abweichungen von der Normalform zugestanden, so etwa geänderte Reihenfolgen oder Auslassungen. Es sei dahingestellt, ob es sich bei ihrem Beispiel für eine minimale Erzählung („He hit me hard and I hit him back“) eher um eine Mitteilung oder einen Bericht als eine Erzählung (§ 9.2.3) handelt.

sprächsarbeit werden, in der sowohl begriffliche als auch erneut narrative Kommunikationsmuster zum Zuge kommen können.

9.2.6 Psychologisches und szenisches Verstehen

Während der Patient erzählt, ist beim ärztlichen Zuhören das *logische* Verstehen ebenso wie das *psychologische* bzw. *szenische* Verstehen unverzichtbar (Argelander 1970, Lorenzer 1970, 2002). Nachdem die Erzählung stimuliert und in Gang gekommen ist, gibt es auf jeder Entwicklungsstufe mögliche Hürden zunächst des *logischen* Verstehens zu nehmen, was mitunter banale Rückfragen (*Wer? Wo? Wann?*) nötig macht, wenn für den Arzt etwa der rote Faden schon bei der *Orientierung* über Orte, Zeiten und Personen verloren geht. Damit die beiden Gesprächspartner nicht Missverständnissen aufsitzen, die später mit größerem Aufwand repariert werden müssen, sind beizeiten ärztliche Fragen zur *Verständnissicherung* zu stellen (§ 19.5). Diese Art von Verständnisklärungen können in der Regel gut in die Erzählung integriert werden, ohne dass damit der Erzählfluss in einem relevanten Sinn „unterbrochen“ (§ 19.3) würde.

Schwieriger wird es schon beim Übergang vom *logischen* zum *psychologischen* Verstehen, wenn beim Erzählen etwa Motive oder Intentionen des Erzählers selbst oder anderer Handlungspersonen unklar bleiben sollten. Hier muss ein Maximenkonflikt gelöst werden, bei dem eine Entscheidung nach Güterabwägung getroffen wird. Wenn absehbar ist, dass die Klärung von Motiven und Intentionen größere Exkurse erfordert, die den Erzähler aus seinem „Erzählkonzept“ bringen könnten, sollte mit der Klärung bis nach dem Erzählabschluss gewartet werden. Wenn der Arzt ohnehin beim Erzählen als Hörer gut folgen kann, sind Verständnisfragen obsolet, so dass die Erzählung lediglich durch mehr oder weniger „sparsame“ Hörerrückmeldungen (*ja, hm*) (§ 19.3) unterstützt werden kann, damit der Erzähler beim Erzählen laufend erfährt, dass er einen aufmerksamen und interessierten Zuhörer hat.

Ebenso wird ein Arzt nicht gegenüber jeder Erzählung einer banalen „Grippe“-Geschichte zu starken *empathischen* Hörerrückmeldungen („schrecklich!“) neigen, wie dies in der Alltagserwartung liegen mag, wohl aber wird er auf eine dramatisch in Szene gesetzte „Unfall“-Geschichte mit einer angemessenen *empathischen* Rückmeldung reagieren (müssen). Mit einer solchen Rückmeldung sind die *Belastungen* und die *Bewältigungsversuche* des Patienten hinreichend zu *würdigen* (§

9. Biographisch-narrative Anamnese

20.5), um damit zugleich der appellativen Funktion von Erzählungen gegenüber dem *ärztlichen Helfer* (im obigen Sinne von Brody 1994) zunächst gesprächsweise genügen zu können.

Das psychologische Verstehen und entsprechend empathische Reagieren verkompliziert sich beim *szenischen* Verstehen, das nicht nur eine Angelegenheit des (psychoanalytischen) Therapeuten ist (Argelander 1970, Lorenzer 1970, 2002). Vielmehr müssen auch in der ärztlichen Sprechstunde die Gesamtsituation sowie Detailphänomene des Handelns in ihrer Bedeutung für die Beziehungsentwicklung erkannt und in der weiteren Kommunikation berücksichtigt werden.

Damit kommen wir auf die Rolle des *Meta-Arzt*es zurück (§ 3.3), der nach Uexküll, Wesiack (1991) im „Hintergrund“ mit einer *selbstreflexiven Meta-Kompetenz* sich selbst, den Patienten und ihre Beziehung beobachten muss, während er „im Vordergrund“ die Kommunikation mit dem Patienten weiterführt. Wegen der Relevanz der „szenischen Information“ in der ärztlichen Sprechstunde, die der Arzt mit einer „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ (im Sinne Freuds) verfolgt, sollen die Ausführungen von Uexküll und Wesiack hier (als Textgrundlage für die Diskussion in der Lehre) (Box 9.9) ausführlich wiedergegeben werden:

Box 9.9 „Szenische Information“ und „gleichschwebende Aufmerksamkeit“

Wenn der Patient das Sprechzimmer des Arztes betritt, dann vermittelt er ihm eine Fülle von Informationen verbaler und nicht-verbaler Art (bewußt angebotene und unbewußt ausgedrückte). Nicht nur was er sagt, sondern ebenso wie er es sagt, ist bedeutsam; nicht minder wichtig ist all das, was er verschweigt, wovon er nicht spricht. Besonders bedeutsam ist alles, was er unwillkürlich ausdrückt, welchen Eindruck er macht, ob er niedergeschlagen, ängstlich, anklammernd, verführend oder abwehrend ist und was er aus der Zweierbeziehung Arzt Patient „macht“, kurzum, welche „szenische Information“ er vermittelt. Der Arzt lässt alle diese Informationen, die über sehr verschiedene Kanäle laufen und von verschiedenen Persönlichkeits- und Organismusbereichen des Patienten ausgehen, auf sich wirken – Freud (1912) sprach von „gleichschwebender Aufmerksamkeit“ – und reagiert zunächst ebenfalls ganz unwillkürlich mit einer bestimmten „affektiven Resonanz“. Er erlebt Sympathie, Interesse, Hilfsbereitschaft, vielleicht aber auch Antipathie, Ärger und Hilflosigkeit – um nur einige seiner gefühlsmäßigen Reaktionen zu erwähnen (...) Der Patient empfängt die über verschiedene verbale und nicht verbale Kanäle vom Arzt zu ihnen kommenden Informationen und reagiert darauf entweder mit Vertrauen oder mit Misstrauen und Angst. Er wird

sich dementsprechend verhalten und weitere Informationen geben oder aber zurückhalten. So bildet sich jener spezifische Kommunikationsprozeß zwischen Arzt und Patient, den wir den diagnostisch-therapeutischen Zirkel nennen möchten, weil die diagnostischen und die therapeutischen Bemühungen des Arztes von Anfang an fast unlösbar miteinander verklammert sind. Mit Recht haben deshalb erfahrene Ärzte immer wieder darauf hingewiesen, daß die Behandlung des Patienten bereits mit dem ersten begrüßenden Händedruck beginnt und der diagnostische Prozess nie ganz abgeschlossen ist, solange Arzt und Patient miteinander umgehen. Schließlich darf man nicht vergessen, daß jede Reaktion des Patienten auf die therapeutischen Interventionen des Arztes diesem weitere Einblicke in die psychophysische Pathodynamik des Patienten vermittelt, also die diagnostische Einsicht erweitern wird, wie auch umgekehrt jeder diagnostische Eingriff positive oder negative therapeutische Folgen hat.

v. Uexküll, Wesiack 1991: 291f

Wie in diesem Ausschnitt, so betonen Uexküll, Wesiack auch an vielen anderen Stellen ihrer „Theorie der Humanmedizin“ die Notwendigkeit eines *therapeutisch-diagnostischen* Zirkels, der im Prinzip nie abgeschlossen ist. Wenn dieser Prozess auch mit der ersten Begrüßung beginnt, in der die Beziehung aufgenommen wird (§ 18), so ist er selten mit der ersten Sprechstunde abgeschlossen, sondern erstreckt sich gerade in der *Primärversorgung* (§ 15, 25) über lange Zeiträume, in denen sich der Wechsel von *kommunikativem* und *instrumentellem* Handeln (OP, Medikation) bewähren muss (§ 8), damit bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (§ 10) mit einer nachhaltigen Therapietreue (*Adhärenz*) (§ 26) gerechnet werden kann.

Auf diesen langen Strecken kann es immer wieder zu „Störungen“ der Kommunikation kommen, die sich nicht nur in *Non-Adhärenz* oder gar im endgültigen Wegbleiben und Arztwechsel von Patienten manifestieren, sondern in vielen Gesprächssituationen vorher anbahnen und ankündigen, was dem aufmerksamen Arzt nicht entgehen sollte. Die Unzufriedenheit von Patienten und ihre Unsicherheiten, Zweifel, Enttäuschungen, Vorbehalte, Einwände, Widerstände usw., die sich in der Kommunikation manifestieren, sollten beizeiten wahrgenommen und in der Kommunikation berücksichtigt werden.⁷

⁷ Inwieweit die Emotionen des Patienten (aber auch eigene) in der Kommunikation zum Thema gemacht werden können oder sollten, bedarf einer besonderen, *empathischen Kompetenz*, mit der je nach Stand der Beziehungs- und Gesprächsentwicklung über das für diesen individuellen Pati-

9. Biographisch-narrative Anamnese

So sollte der Arzt seine Wahrnehmungen auch für die *nonverbale* Interaktion schärfen (§ 12), in der die „Einstellungen“ von Patienten bereits (über Blickverhalten, Körperhaltung, Mimik, Gestik usw.) deutlich „sichtbar“ bzw. (über den Tonfall) auch „hörbar“ werden können. Dies sollte als Teil des *szenischen Verstehens* dem gesprächsführenden Arzt ebenso wenig entgehen wie das durch „Die-Blume-Reden“ bei der verbalen Anliegenformulierung, bei der die Informationen „zwischen den Zeilen“ nicht „überhört“ werden sollten. Dies gilt natürlich im kommunikativen Umgang mit Patienten mit *Depressionen* (§ 30) oder *Angststörungen* (§ 30), die ihre „Gefühle“ oft zu „kaschieren“ suchen, aber auch bei den sog. „schwierigen“ Patienten (§ 34), bei denen etwa „verdeckte“ Aggressionen beizeiten wahrgenommen werden sollten, bevor es für eine gute Beziehungsentwicklung „zu spät“ wird.

Die beste Vorkehrung gegen Rückschläge in der Arzt-Patient-Beziehung bleibt aber die Anamneseerhebung, die zwar kaum vollständig (§ 21.6), aber doch so *offen* geführt werden sollte (7.5), dass die Probleme und Anliegen der Patienten, das heißt auch ihre Nöte, Sorgen, Ängste, Hoffnungen usw. *in den eigenen Worten* hinreichend *zur Sprache kommen*. Das gelingt am besten in der „freien Rede“, in der der Patient *erzählend zu Wort kommt*. Hierzu sind die nötigen Gesprächsbedingungen herzustellen, unter der der Patient von einem spezifischen Redeprivileg zumindest zeitweise Gebrauch machen kann, wie es ähnlich auch in Psychotherapien gewährt wird. Zwar kann in der ärztlichen Sprechstunde selbst im Falle einer psychosomatischen Grundversorgung (§ 15, 25, 42) keine langfristige Psychotherapie geleistet werden, aber es können moderate Anwendungen der Grundregel der *Assoziation* auch für die Kooperation von Arzt und Patient genutzt werden.

9.3 Kooperation und Assoziation

Um die nötigen Rahmenbedingungen für eine möglichst „freie Rede“ des Patienten zu schaffen, können Anleihen bei der Psychotherapie gemacht werden, in der das *Erzählen-Lassen* eine lange Tradition hat. Allerdings sollte die psychoanalytische Grundregel, mit der Patienten zu weitgehenden *Assoziationen* stimuliert werden sollen, in der ärztlichen Ge-

enten gerade noch „Zumutbare“ entschieden und etwa eine Wahl zwischen einer eher *konfrontativen* oder eher *tangentialen* Gesprächsführung getroffen werden muss (§ 3, 17, 20, 21).

sprächspraxis eine moderate Anwendung erfahren, bei der *Kooperation* und *Assoziation* keinen Gegensatz, sondern eine Einheit bilden.

9.3.1 Die psychoanalytische Grundregel

Die Probleme bei der Kooperation zwischen Arzt und Patient sind bereits von Freud zumindest für das psychoanalytische Gespräch früh antizipiert worden und sie lassen sich für die ärztliche Sprechstunde in gewissem Umfang verallgemeinern. In seinen „Ratschlägen für den Arzt“ spricht Freud (1913) zugleich Empfehlungen für das Kommunikationsverhalten von Patienten aus, denen es offensichtlich schwer fallen könnte – wie Freud es wörtlich formuliert (Box 9.10) – von einer „gewöhnlichen Konversation“ abzuweichen:

Box 9.10 Psychoanalytische Grundregel

Noch eines, ehe Sie beginnen. Ihre Erzählung soll sich doch in einem Punkte von einer gewöhnlichen Konversation unterscheiden. Während Sie sonst mit Recht versuchen, in ihrer Darstellung den Faden des Zusammenhangs festzuhalten, und alle störenden Einfälle und Nebengedanken abweisen, um nicht, wie man sagt, aus dem Hundertsten ins Tausendste zu kommen, sollen Sie hier anders vorgehen (...) Sie werden versucht sein, sich zu sagen: Dies oder jenes gehört nicht hierher, oder es ist ganz unwichtig, oder es ist unsinnig, man braucht es darum nicht zu sagen: Geben Sie dieser Kritik niemals nach und sagen Sie es trotzdem (...) Sagen Sie also alles, was Ihnen durch den Sinn geht.

Freud 1913/1970: 194

Was in der Alltagskommunikation mehr oder weniger handlungsleitend ist, soll im psychoanalytischen Gespräch offenbar negiert werden. Die Freudschen Unterscheidungen „von einer gewöhnlichen Konversation“ lesen sich sechs Jahrzehnte vor Grice (1975/1979) wie ein früherer *Anti-Maximen*-Katalog, mit dem die Geltung der alltäglichen Kommunikationsregeln gerade außer Kraft gesetzt werden soll: Obwohl die Maximen auch nach Grice in der Praxis im Einzelnen nicht immer trennscharf sind (§ 7.3.3), lassen sie sich im Nachhinein unschwer Freuds Formulierungen zur psychoanalytischen Grundregelmitteilung zuordnen, wie sich dies in einer tabellarischen Übersicht (Tab. 9.3) gegenüberstellen lässt.

9. Biographisch-narrative Anamnese

Freud (1913)	Grice (1975)
Während Sie sonst mit Recht versuchen, in ihrer Darstellung den Faden des Zusammenhangs festzuhalten,	Be relevant; Be orderly
und alle störenden Einfälle und Nebengedanken abweisen,	Be orderly
um nicht, wie man sagt, aus dem Hundertsten ins Tausendste zu kommen, sollen Sie hier anders vorgehen (...)	Avoid overinformativeness
Sie werden versucht sein, sich zu sagen: Dies oder jenes gehört nicht hierher, oder es ist ganz unwichtig (...)	Be relevant
Geben Sie dieser Kritik niemals nachsagen Sie es trotzdem (...) Sagen Sie also alles, was Ihnen durch den Sinn geht.	Mache deinen Gesprächsbeitrag jeweils so, wie es von dem akzeptierten Zweck (...) gerade verlangt wird.

Tab.9.3: Vergleich der Gesprächsmaximen von Freud (1913) und Grice (1975)

Nicht von ungefähr wendet sich Freud mit seiner eigens ausformulierten Grundregelmitteilung, die in einer Generalmaxime kondensiert wird („Sagen sie alles, was Ihnen durch den Sinn geht“), in direkter Anrede an den Patienten („Sie“) und gibt diese „ideale“ Muster-Formulierung der Mitteilung als Empfehlung an den behandelnden Arzt weiter.⁸ Offenbar hat Freud hier eine entsprechend starke Gültigkeit von Alltags-

⁸ In der Gesprächspraxis gibt es natürlich spontane Formulierungsvarianten von Ärzten und Therapeuten, die passend zur Gesprächsentwicklung platziert und gegebenenfalls erneuert werden (Koerfer, Neumann 1982). Zur gesprächspraktischen Anwendung der psychoanalytischen Grundregel im laufenden Gespräch sei vorab auf ein empirisches Beispiel (§ 20.9) verwiesen, in dem der Patient zur Thematisierung der Beziehung zu seiner Mutter stimuliert werden soll, worauf er zunächst mit einer Relevanzrückstufung reagiert. – Die Wirkung der *psychoanalytischen Grundregel* entfaltet sich in einer „klassischen“ Psychoanalyse natürlich im Zusammenwirken mit der *Abstinenzregel* für den Analytiker (Koerfer, Neumann 1982), deren Aufhebung oder „Lockerung“ eine Voraussetzung für die nachfolgend perspektivierte Einheit von Kooperation und Assoziation in der ärztlichen Sprechstunde ist.

regeln der Kommunikation angenommen, wenn er diese Alltagsregeln so explizit zum Thema macht und an die Negationsbereitschaft des Patienten derart eindringlich appelliert: „Geben sie dieser Kritik niemals nach und sagen Sie es trotzdem“ (Box 9.10). Dieser starke Widerstand von Patienten gegen eine Außerkraftsetzung von sozialisierten Alltagsregeln der Kommunikation kann nicht nur antizipiert werden, sondern er lässt sich in empirischen Gesprächsanalysen im Detail nachweisen (Koerfer, Neumann 1982). Patienten unterziehen das Gespräch mit dem Arzt häufig einer *kritischen Akzeptanzprüfung* und versuchen, die vom Alltag her gewohnten Kommunikationsregeln bzw. Konversationsmaximen wiederherzustellen.

9.3.2 Das Problem der Akzeptanz

Das psychoanalytische Gespräch ist ein ausgezeichnetes „Studienobjekt“, von dem aus in komparativen Gesprächsanalysen von verwandten und andersartigen Gesprächstypen auf die Geltung von Alltagsregeln der Kommunikation geschlossen werden kann. Dabei muss nicht (im Sinne der Garfinkel’schen *Krisenexperimente*) eine extreme Kommunikationssituation erst artifiziell hergestellt werden, sondern man findet sie quasi als *natural design* in einer konkreten Gesprächspraxis vor (Koerfer 2013: 180ff, 242ff). Diese Gesprächspraxis geht auf eine über 100-jährige Tradition zurück, in der (nicht nur psychoanalytische) Psychotherapien zunächst in Fallberichten und später anhand von Tonaufnahmen (z.B. Rogers 1942) (§ 40.2) reflektiert und analysiert wurden. Es ist ein besonderes Verdienst des *Ulmer Forschungsprojekts* (§ 2.2) (Kächele et al. 1973, 2006, Kächele 2016), psychoanalytische Gespräche in Form einer Datenbank für empirische Gesprächsanalysen zur Verfügung gestellt zu haben, wovon auch linguistische Studien (Flader et al. (Hg.) 1982) profitieren konnten.

Das Problem der Patienten, die aus ihrer Teilnehmerperspektive zunächst „ungewohnte“ psychoanalytische Grundregel in der Gesprächspraxis zu akzeptieren und dann auch zu praktizieren, kann hier nur rudimentär illustriert werden. Um den Kontext der folgenden Beispiele zu verdeutlichen, sei aus der Expertenperspektive von Menninger und Holzman (1977) (Box 9.11) die professionelle Einschätzung der doppelten Wirkung vorangestellt, die das im psychoanalytischen Setting zur Verfügung gestellte „Privileg“ auf Patienten haben kann:

9. Biographisch-narrative Anamnese

Box 9.11 Wirkungen beim gewährten Privileg: Genugtuung und Frustration

Wenn man einem Menschen, der therapeutische Hilfe sucht, das Privileg zuteil werden lässt, einem Zuhörer, der von übermäßigen oder entmutigenden Unterstellungen Abstand nimmt, alles, was er denkt, zu sagen, wird er zwei Dinge gleichzeitig verspüren, eine gewisse Genugtuung und auch eine wachsende Frustration.

Menninger, Holzman 1977: 57

So genießen die Patienten zu Therapiebeginn bereits dieses „Privileg“, indem sie mehr oder weniger *monologisierend* erzählen und damit der psychoanalytischen Grundregel folgen. Im folgenden Beispiel (B 9.1) (aus Koerfer, Neuman 1982: 110) wird die spezifische Zuhörerrolle des Analytikers im gesamten Setting – wie hier von einer Patientin in der 4. Therapiestunde – dann *expressis verbis* als „positiv“ beurteilt.

B 9.1 „positiv, daß es einen Menschen gibt, dem ich alles erzählen kann“

01 P2 (...) das was ich empfinde . ist positiv, daß es da wirklich einen Menschen gibt, dem ich alles erzählen kann . oder der wohl oder übel zuhören muss und der nicht schimpfen darf, wenn ich irgendwas Dummes erzähle .

Allerdings bleiben die nach Menninger, Holzman (1977) erwartbaren „wachsenden Frustrationen“ nicht aus, insbesondere weil die Patienten nach ihren anfänglichen Erzählungen die entsprechenden Reaktionen ihrer Gesprächspartner zu vermissen beginnen. So beklagt dieselbe Patientin, die soeben in der 4. Therapiestunde die vom Analytiker ausgeübte Zuhörerrolle noch positiv beurteilt hatte, bereits in der 11. Stunde die *quasi-monologische* Struktur einer *Einweg-Kommunikation* (B 9.2) (aus: Koerfer, Neumann 1982: 111), die sie aus ihrer Erlebensperspektive treffend mit einem metaphorischen Ausdruck („Rohrpost“) charakterisiert.

B 9.2 „ich krieg‘ nicht mal ne Antwort auf meine Rohrpost“

01 P2 (...) und wenn ich was sage . dann geht das vielleicht per Rohrpost zu Ihnen . schriftlich vielleicht . Aber dann bin ich nicht da, und ich kann nie wissen, und ich kann nie erfahren, was Sie in dem Moment denken, wenn ich Ihnen was sage, ich krieg‘ nicht mal ne Antwort auf meine Rohrpost .

Von den zahlreichen Belegen einer reflexiven Akzeptanzprüfung und „widerständigen“ Anwendung der psychoanalytischen Grundregel sollen hier wenige Beispiele (B 9.3-7) (aus: Koerfer, Neumann 1982: 112ff) als exemplarische Ausschnitte aus verschiedenen Therapien angeführt werden. Die Beispiele stammen sämtlich aus den jeweils ersten 12 Therapiestunden, weil mit besonderen Problemen der *Sozialisation* im Anfangsstadium zu rechnen war. Erwartungsgemäß manifestierte sich der Lernprozess dann auch in vielen *Meta-Kommentaren* zum so erlebten „ungewohnten“ Gesprächstyp.

B 9.3 „ich könnt‘ ja versuchen, Sie ins Gespräch zu ziehen“

01 P4 (...) ich könnt‘ ja versuchen, Sie ins Gespräch zu ziehen, aber Sie würden sich ja gar nicht drauf einlassen . wahrscheinlich .

B 9.4 „ich stell doch keine Frage, wo ich keine Antwort drauf kriege“

01 A3 (...) ja gerade, weil diese Frage, die sie aufgeworfen haben,/ es ist ja eigentlich,/ weil es da nicht auf die Antwort ankommt, sondern weil mich da doch interessiert der Hintergrund der Frage .
02 A3 es kommt doch auf die Antwort an, sonst hätte ich nicht gefragt . ich frage/ich stelle doch keine Frage, wo ich keine Antwort drauf kriege . und es ist wirklich eine lapidare Frage . Ich verstehe nicht, warum man da so viel drum reden muß .

B 9.5 „daß alles, was ich so erzähl, nicht relevante Sachen sind“

01 P4 (...) ich hab das Gefühl, daß alles, was ich so erzähl, im Grunde nicht relevante Sachen sind, nech .

9. Biographisch-narrative Anamnese

B 9.6 „andere Gedanken eingesetzt, die (...) nebensächlich waren“

01 A3 Sie schweigen (...) vielleicht wissen Sie selbst auch etwas von dem Hintergrund . wenn Sie dann eine Pause machen ... zum Beispiel jetzt ...

02 P3 ja mir ist . bezüglich dem/dem Thema, um das es ging . nichts mehr eingefallen . und dann/dann war ... /war eben ... diesbezüglich . Gedankenstille/und danach haben dann irgendwelche andere Gedanken eingesetzt, die/die vollkommen nebensächlich waren und eigentlich mit der ganzen Sache nix zu tun haben .

B 9.7 „meine Gedanken sind eigentlich ziemlich ungeordnet“

01 P1 ja, ich weiß nicht, also meine Gedanken sind eigentlich ziemlich ungeordnet .

02 A1 das macht nichts, Sie können sie ja ungeordnet mitteilen .

Ohne die verschiedenen metakommunikativen Aspekte hier weiter ausdifferenzieren zu können (Koerfer, Neumann 1982), lassen sich an den wenigen Beispielen die Akzeptanzprobleme der Patienten im psychoanalytischen Gespräch erkennen, das eben im obigen Sinne von Freud (Box 9.10) von einer „gewöhnlichen Konversation“ erheblich abweicht.

Während der Patient in Beispiel (B 9.4) noch auf seinem Fragerecht beharrt und mehr oder weniger empört die Antwort seines Gesprächspartners im Sinne einer Normalerwartung einfordert, scheint sich der Patient in Beispiel (B 9.3) mit der Non-Responsivität des Analytikers bereits arrangieren zu können, wenn er seine Präferenz und Resignation auch deutlich zum Ausdruck bringt. In den Beispielen (B 9.5) und (B 9.6) bezweifeln die Patienten jeweils auf ihre Weise die Relevanz (*Be relevant*) ihrer Beiträge, über die sie ohne kommunikative Abstimmung mit ihrem Therapeuten selbst entscheiden müssen.

Die mehr oder weniger expliziten Versuche der Patienten, die aus ihrer Sicht gestörte „Normalität“ von Gesprächen wiederherzustellen, werden von den Analytikern – wenn sie überhaupt reagieren – mehr oder weniger „unterlaufen“, indem sie ihrerseits die vorgetragenen Argumente durch indirekte Verweise auf die psychoanalytische Grundregel zu „entkräften“ suchen. So „entschärft“ der Analytiker in Beispiel (B 9.7) das Problem des Patienten, dass seine Gedanken „ungeordnet“ seien,

mit der Empfehlung, diese Gedanken halt „ungeordnet“ mitzuteilen. Mit dieser Instruktion wird die Verpflichtung auf die Grundregel, die zugleich eine Verletzung der Alltagsregel darstellt (*Be orderly*), in der laufenden Gespräch mit einem minimalen dialogischen Response auf einer Metaebene erneuert, mit dem Erfolg, dass der Patient die Gesprächsarbeit in der vorgesehenen „Art und Weise“ vorläufig wieder übernimmt – bevor er später einen neuen metakommunikativen Anlauf zu Wiederherstellung der vom Alltag her gewohnten „Normalität“ nimmt.

Insgesamt kulminiert die Gesprächskritik von Patienten häufig in der von ihnen so erlebten „Struktur“- und „Planlosigkeit“ von Psychotherapiegesprächen, die sie letztlich auf einen *Mangel an Kooperativität* des Arztes zurückführen.⁹ Der Arzt mag sich gerade zu Gesprächsbeginn mit einer *materialen* Kooperation zurückhalten, indem er kaum inhaltliche Rückmeldungen gibt, sondern sich zunächst auf eine *formale* Kooperation (im Sinne Ehlichs 1987) beschränkt, bei der der Patient lediglich einen aufmerksamen Zuhörer findet.

In Formen des mehr oder weniger *aktiven Zuhörens* wird der *assoziative Erzählfluss* des Patienten durch sparsame Formen der Verständnissicherung und Hörerrückmeldung lediglich in Gang gehalten und befördert (*ja, hm, aha, ach* usw.) (§ 19). Solche Gesprächsphasen einer bloß *formalen* Kooperation, die sich sogar über mehrere Therapiestunden erstrecken kann, mag ein Patient deswegen als kritisch erleben, weil er gegen seine Alltagserwartungen bei der weiteren Gesprächsentwicklung zunächst wesentlich auf sich selbst gestellt ist: Ihm allein obliegt die Themenwahl, die er mangels *materialer* Kooperation durch seinen Gesprächspartner gleichsam im Alleingang treffen muss, ohne dabei von einem „akzeptierten Zweck“ oder einer auch nur „wechselseitig akzeptierten Richtung“ (im Sinne von Grice 1975/1979) (§ 7.3.3, Tab. 9.3) ausgehen zu können.

Der Patient ist bei seinen *Assoziationen* vorerst auf sich selbst gestellt, wobei er den Grund für die Befolgung der psychoanalytischen „Vorschrift“ auch nach Freud erst später erkennen wird: „Den Grund für diese Vorschrift – eigentlich die einzige – die Sie befolgen sollen, werden Sie später erfahren und einsehen lernen“ (1913/70: 194). Dies ist der *Kredit*, den der Patient dem psychoanalytischen Gespräch zunächst in einer „wait-and-see“-Perspektive einräumen muss, bevor er

⁹ Hier sei erneut auf das Zusammenwirken von Grundregel und Abstinenzregel hingewiesen, die zugunsten der Kooperation zwischen Arzt und Patient aufgehoben oder doch „gelockert“ werden müsste.

die Sinnhaftigkeit der neuen Gesprächsordnung durch weitere Gesprächserfahrungen nachvollziehen und die *Vorstellungseinheit* von *Gesprächsordnung* und *Gesprächsnutzen* wiederherstellen kann.

9.3.3 Moderate Anwendungspraxis

Gesprächsmaximen sind wesentlich mit dem Gesprächsnutzen verknüpft, der insgesamt erreicht werden soll. Was in der Psychotherapie sinnvoll und wirksam ist (Thomä, Kächele 1989, Kächele et al. 2006, Shedler 2010), kann in anderen Kontexten störend und unproduktiv sein. Dabei gibt es selten kategorische Geltungen von Gesprächsmaximen. Zunächst gelten nicht alle Gesprächsmaximen bei allen (Typen von) Gesprächen in gleicher Weise. Assoziatives Denken und Reden ist auch in anderen Gesprächstypen erlaubt bis erwünscht, auch wenn die Dauer und das Ausmaß restriktiver geregelt sein mögen, so dass die uneingeschränkte Assoziation in anderen Kontexten *Befremden* auslösen würde.

Alles erzählen, was einem durch den Sinn geht?

Eine erste traditionelle, aber nicht unproblematische Unterscheidung ist die zwischen *alltäglicher* und *institutioneller* Kommunikation (Koerfer 2013). Ein Gespräch mit unserem Nachbarn, mit dem wir über den Gartenzaun hinweg mit laufend wechselnden Themen (*Pflanzen, Wetter, Urlaub, Gesundheit* usw.) mehr oder weniger assoziativ plaudern, ist etwas anderes als die Kommunikation von Richtern und Angeklagten über die „Gerichtsschranken“ hinweg, und die Gerichtskommunikation wiederum ist etwas anderes als die Kommunikation in der Schule oder Hochschule.

Auch im akademischen Kontext mag *assoziatives* Denken („brain storming“) gelegentlich nützlich sein, wenn es denn nicht allzu persönlich gefärbt ist. Ebenso gilt im pädagogischen Kontext, dass ein „beiläufiges“ oder „spielerisches“ Lernen gegenüber einem stark strukturierten Lernen (z.B. durch Vorlesung) erfolgreicher sein kann (z.B. Oerter 1997). So haben wir selbst in der Lehre an unserer Klinik traditionelle mit problemorientierten und spielerischen Lernformen zu kombinieren und zu integrieren versucht (Koerfer et al. 1999, 2008), wovon wir bei

der Didaktik der ärztlichen Gesprächsführung detaillierter (§ 13, 14) berichten werden.

Allerdings ist ebenso klar, dass man bei einer Anwendung der psychoanalytischen Grundregel in anderen Kontexten schnell an Grenzen der Akzeptanz stoßen würde: Wo kämen wir hin, wenn man vor Gericht oder im Seminar alles sagen würde, was einem durch den Sinn geht? Wir würden von irrelevanten Informationen überflutet und würden jeden Gesprächspartner, der sich der psychoanalytischen Assoziationsregel bedienen wollte, in diesen Kontexten zu stoppen versuchen. Vielleicht würden wir ihn für einen „Verwirrten“ halten, dem wir tolerant, aber mit „betretenem“ Schweigen zuhören würden, bis er (hoffentlich) bald zum „guten Ende“ käme. Unser Motiv des toleranten Zuhörens mag der „Höflichkeit“ geschuldet sein, aber wir würden unsere Gesprächspartner (z.B. im Seminar) nicht wirklich ernst nehmen können, wenn er sich von einer Assoziation in die andere leiten ließe.

Was kann nun aber spezifisch für die Arzt-Patient-Kommunikation gelten? Zwar ist z.B. die hausärztliche Kommunikation mit dem Patienten keine psychoanalytische Therapie, aber es soll hier im Folgenden für eine moderate Anwendung der Assoziationsregel auch für die alltägliche Versorgungspraxis (beim Hausarzt, Internisten, Dermatologen usw.) plädiert werden. Dabei ist allerdings mit Morgan und Engel der allgemeine Maximenkonflikt zu beachten (Box 9.12), sich als Arzt angemessen zwischen den beiden Zielsetzungen des Gesprächs zu bewegen, die Assoziationen des Patienten zu fördern, ohne die Lenkung der Anamnese zu vernachlässigen:

Box 9.12 „Spontane“ Assoziationen und „behutsame“ Lenkung

[Der Arzt] muß den Patienten ermutigen, frei zu sprechen, denn nur dieser kann ihm erzählen, was er erlebt hat. Doch weiß der Patient oft nicht, welche Angaben der Arzt braucht. Deswegen lenkt der Arzt den Verlauf der Anamnese behutsam (...) *Die beiden Ziele – die spontanen Assoziationen des Patienten zu fördern und die Anamnese zu lenken – erreicht der Arzt, wenn er jedes neue Thema mit offenen (nicht gerichteten) Fragen beginnt, denen er zunehmend spezifischere (gerichtete) Fragen anschließt, bis das Thema geklärt ist.*

Morgan, Engel 1969/77: 41, Hervorhebungen (kursiv) im Orig.

Dieser Maximenkonflikt zwischen patientenseitiger *Assoziation* und ärztlicher *Lenkung* (§ 17.4), der uns dauerhaft und an Beispielen be-

9. Biographisch-narrative Anamnese

schäftigen wird, kann also grundsätzlich „gelöst“ werden, indem das vermeintliche Rangproblem als Reihenfolgeproblem aufgefasst wird. Zuerst sollte immer der Patient „das Wort haben“ und seinen eigenen Assoziations- und Relevanzkriterien ohne Manipulation folgen dürfen, bevor der Arzt strukturierend eingreift. Gemäß dieser Reihenfolge können beide Partner ganz im Sinne der ersten Maxime von Morgan und Engel gleichermaßen von ihren primären Dialogrollen als Sprecher und Hörer zumindest in den Anfangsphasen von Gesprächen bzw. Themen profitieren („Der Arzt muß den Patienten ermutigen, frei zu sprechen, denn nur dieser kann ihm erzählen, was er erlebt hat“). Wie hier erneut deutlich wird, ist die *Patientenerzählung* eine prädestinierte Form der Informationsvermittlung und -gewinnung. Diese narrative Kommunikationsform erlaubt dem Erzähler, seinen Assoziations- und Erzählfluss ins Gespräch zu integrieren, bevor der Arzt das Gespräch „behutsam zu lenken“ beginnt.

Die spezifische Kommunikationsform des (*freien*) *Erzählens* zu fördern, gehört inzwischen zum „Goldstandard“ einer sogenannten „narrativen Medizin“ (§ 9.1), den man wie folgt als *Super-Maxime* für das ärztliche Gespräch formulieren könnte: Ein „gutes“ Gespräch sollte vom Arzt so alltäglich wie möglich und so professionell wie nötig geführt werden. Dabei ist es die allererste Aufgabe des Arztes, den Patienten ausführlich zu Wort kommen zu lassen und ihn allmählich „in ein Gespräch zu ziehen“ und dieses dann so zu befördern und zu lenken, dass beide Gesprächspartner zu „ihrem“ Recht kommen.

So alltäglich wie möglich, so professionell wie nötig!

Wenn auch dem Patienten im Gespräch mit dem Arzt ein besonderes Rederecht zur „freien“ Verfügung eingeräumt werden sollte, so darf aus diesem *Redeprivileg* eben gerade kein Zwang entstehen, dieses Privileg in bestimmter Weise und vor allem ad infinitum wahrzunehmen. Die Anwendung der Assoziationsregel sollte vom Patienten moderat und eben nicht als *Imperativ* verstanden werden, zu dem es keine alternativen Gesprächsformen gäbe. Die Gesprächseinladungen des Arztes können vom Patienten angenommen werden, indem dieser das zum Thema macht, was ihn „bewegt“, aber auch ausgeschlagen werden, wenn er sich aktuell – aus welchen Gründen auch immer – noch „zurückhalten“ möchte.

Zwar sind gegebenenfalls auch Rückfragen oder Nachfragen aus professionellen Gründen nötig und sinnvoll, der Arzt sollte aber nicht „um jeden Preis“ durch weitere Fragen insistieren, sondern es zunächst „darauf beruhen lassen“. Nicht von ungefähr warnen Morgan und Engel (1977) vor dem Extrem, dass ein Arzt-Patient-Gespräch die Form eines „Kreuzverhörs“ annehmen könnte (§ 3.4.1: Maxime Nr. 4). Auf der anderen Seite sollte aber auch das andere Extrem vermieden werden, nach dem das Gespräch völlig „unstrukturiert“ verlaufen könnte, mit der kontraproduktiven Folge, dass ein Patient seinen „Assoziationen“ ohne ärztliche Hilfestellung und Strukturierungsleistung seinerseits „ohnmächtig“ überlassen bliebe.

Selbst in der psychoanalytischen Therapie wird inzwischen nicht mehr für eine strikte, sondern für eine moderate Anwendung der Assoziationsregel plädiert, nach der sich auch die Psychotherapiestunde nicht allzu weit von den Alltagsregeln der Kommunikation entfernen sollte. Im Anschluss an die erwähnten diskurslinguistischen Forschungen am Ulmer Gesprächskorpus (§ 2) haben Thomä, Kächele (1989) in ihrem „Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie“ die allgemeine Maxime aufgestellt, mit dem Patienten in der Psychotherapie so weit wie möglich an der Alltagskommunikation zu bleiben und davon nur so weit wie professionell nötig abzuweichen. Diese „Philosophie“ wurde von Kächele et al. (2006) (Box 9.13) im Rückblick auf ihre psychotherapeutische Theorie und Praxis wie nachfolgend zusammengefasst:

Box 9.13 „Philosophie“ der psychoanalytischen Therapie

Systematic investigations on the special conversational nature of psychoanalytic technique have been made using materials from the Ulm specimen case. Koerfer and Neumann (1982) focused on the patient's sometimes painful transition from everyday discourse to psychoanalytic discourse. These and other findings from that field of discourse analysis support the topical formulation of our 'philosophy' of psychoanalytic therapy: provide as much everyday talk as necessary to meet the patient's safety needs, and provide as much psychoanalytic discourse as feasible to stimulate the exploration of unconscious meanings in intrapsychic and interpersonal dimensions.

Kächele et al. 2006: 821

Was als „Philosophie“ für die psychoanalytische Therapie recht ist, sollte für die ärztliche Sprechstunde und Visite mehr oder weniger billig

9. Biographisch-narrative Anamnese

sein. Obwohl die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den nachfolgenden Kapiteln im Einzelnen zu berücksichtigen sind, sollen einige Aspekte einer komparativen Analyse vorweg benannt werden. Schließlich geht es nicht nur allgemein um eine ärztliche Gesprächsphilosophie, sondern ihre Anwendung in der Gesprächspraxis etwa unter den konkreten Fragestellungen: Welcher von den beiden Gesprächspartnern

- redet oder schweigt
- ergreift oder überlässt das Wort
- entzieht, verhindert oder verweigert das Wort
- in welcher Gesprächsrolle
- zu welchem Zeitpunkt
- zu welchem Thema
- zu welchem Zweck
- mit welcher (mehr oder weniger) intendierten Wirkung?

Viele Varianten sind denkbar, z.B. wenn sich der Arzt oder Therapeut nach Beendigung seines Redebeitrags fragt, warum sich der Patient „in Schweigen hüllt“, was der Arzt bzw. Therapeut wiederum als „beredtes Schweigen“ erleben mag, das ihn erneut zur Wortergreifung mit einem spezifischen Inhalt veranlassen könnte usw., wozu er qua Professionsrolle als Arzt oder Therapeut mehr oder weniger verpflichtet scheint usw. Schon die Frage des Umgangs mit dem Schweigen (*Wem gehört die Pause und wer muss sie überwinden?*) verweist auf elementare Unterschiede in den Gesprächstypen: Hier kommen die unterschiedlichen Beteiligungsrollen der Gesprächspartner allein schon aufgrund der verfügbaren Zeitspanne zur Geltung, die in der psychoanalytischen Psychotherapie in der Regel (fast) eine ganze Stunde währt, während eine ärztliche Sprechstunde sich in der Regel zwischen 5-15 Minuten bewegt oder als Erstgespräch vielleicht 20 Minuten erreicht (§ 25.6). Entsprechend schlägt sich schon das Zeitbudget auf die Art und Weise des *Miteinander-Redens* nieder. So kann ein Patient in einer psychoanalytischen Therapie schnell lernen, dass ihm „die ganze Stunde zur Verfügung gestellt wird“ (B 9.8) (aus: Koerfer, Neumann 1982: 113) auch wenn dies zunächst „verblüffend“ erscheint.

B 9.8 „daß ich mit der Stunde fast machen kann, was ich will“

01 P (...) das ist für mich/und vor allem es war für mich sehr verblüffend eh . zu sehen, daß mir die ganze Stunde eben zur Verfügung gestellt wird, daß ich mit der machen kann, was ich w/was ich möchte . hm . daß ich eben .. initiativ bin und/und was erzähl oder ob ich nichts erzähle oder ob ich hm/was ich erzähle . daß mir das ziemlich überlassen is, wie und was und wie lange . und daß ich mit der Stunde . fast machen kann, was ich will.

Während eine solche psychotherapeutische Sprechstunde, in der sich der Therapeut als aufmerksamer Zuhörer gelegentlich – wenn überhaupt – mit sparsamen Hörer-Rückmeldungen zu Wort meldet (§ 19.3), zunächst überwiegend in der Verantwortung des Patienten liegen kann, liegt der Verlauf einer ärztlichen Sprechstunde (beim Hausarzt, Internisten, Dermatologen, Orthopäden usw.) wesentlich in der Gesamtverantwortung des gesprächsführenden Arztes. Dieser sollte die Gesprächsführung allerdings so wahrnehmen, dass der Patient innerhalb einer beschränkten Zeit dennoch *erzählend zu Wort kommen* kann, bevor der Arzt seine typischen *Doktor-Fragen* stellt, um sich auf seine Weise in der *Kunst des Lückenschließens* an der Detailexploration und Vervollständigung der Anamnese zu beteiligen (§ 21). Die dazu notwendige Balance zwischen *Narration* und *Interrogation*, auf die wir sogleich zurückkommen (§ 9.4), wird uns in diesem Lehrbuch als Dauerthema beschäftigen, das in den empirischen Gesprächsanalysen (§ 19, 20, 21) anhand von Beispielen zu konkretisieren ist.¹⁰

Narration zwischen Interrogation und Assoziation

In einer Zwischenbilanz lässt sich als Konsequenz für die ärztliche Gesprächspraxis festhalten: Statt durch *Assoziation ohne Kooperation* sollte die ärztliche Gesprächsführung durch *Kooperation mit Assoziation* bestimmt sein. Der *narrative* Gesprächstyp nimmt eine Mittelstellung

¹⁰ Unter Verweis auf die vorausgehend (§ 9.2) erarbeiteten Strukturen und Funktionen von Erzählungen sei nochmals betont, dass nicht die Erzählungen selbst assoziativ erzählt werden, sondern sich die Assoziationen auf Themen und Geschichten beziehen, die die Patienten im laufenden Gespräch mehr oder weniger spontan „einfallen“ können, weil sie sich im passenden Moment der Anamneseerhebung daran „erinnern“ (§ 9.1).

9. Biographisch-narrative Anamnese

zwischen dem *interrogativen* Gesprächstyp ein, wie er in der traditionellen Anamneseerhebung vorherrscht (§ 9.5, 19.6), und einem *assoziativen* Gesprächstyp, wie er die „klassische“ Psychotherapie geprägt hat. In der ärztlichen Sprechstunde darf und soll der Patient möglichst viel erzählen, aber seine Erzählungen bleiben nicht wie in der „klassischen“ Psychoanalyse zunächst unbeantwortet, sondern erfahren beizeiten eine empathische Rückmeldung (§ 20), an die sich auch *begriffsbasierte Interpretationen* unmittelbar anschließen können, die wiederum in einer kooperativen Gesprächsarbeit von beiden Gesprächspartnern weiterbearbeitet werden können.

Die gemeinsame Interpretationsarbeit kann wiederum zu neuen Patientenerzählungen führen, die dann erneut Gegenstand auf einem höheren Abstraktionsniveau der Interpretationsarbeit werden usw. Dieser zirkuläre Prozess der Kooperation beim Erzählen und Interpretieren soll in empirischen Gesprächsanalysen (§ 19-21) im Detail rekonstruiert werden. Zuvor sollen die Chancen und Probleme bei der Förderung der „freien“ *Patientenrede* beschrieben werden, die der Patient nach Möglichkeit zur „freien“ *Erzählung* nutzen kann.

9.4 Förderung der freien Patientenrede

Die Notwendigkeit zur Förderung der *freien Patientenrede*, die zum *freien Erzählen* genutzt werden kann, war vorausgehend schon mehrfach unter Rekurs auf die „Klassiker“ begründet worden. Hier sei erneut an einen der Freudschen „Ratschläge für den Arzt“ (Box 9.14) erinnert, der nicht nur für die psychoanalytische Therapiestunde, sondern für jede ärztliche Sprechstunde gelten sollte, auch wenn der Zeitrahmen sicher begrenzter ist.

Box 9.14 Den Patienten erzählen lassen

Es ist im ganzen gleichgültig, mit welchem Stoffe man die Behandlung beginnt, ob mit der Lebensgeschichte, der Krankengeschichte oder den Kindheitserinnerungen des Patienten. Jedenfalls aber so, daß man den Patienten erzählen läßt und ihm die Wahl des Anfangspunktes freistellt.

Freud (1913/1977: 197)

Wie vorausgehend erörtert, ist eine solche Gesprächsmaxime, den Patienten insbesondere zu Beginn *erzählen zu lassen*, nicht nur für therapeutische, sondern in moderater Form für medizinische Kommunikation insgesamt zu verallgemeinern (§ 9.3). Bei allen Unterschieden zwischen einer eher „psychotherapeutischen“ und einer eher „medizinischen“ Kommunikation, die bei einer *psychosomatischen Grundversorgung* ohnehin mehr oder weniger konvergieren sollten (§ 15, 25), ist bei der ärztlichen Gesprächsführung das Prinzip der *Assoziation* mehr oder weniger ausgeprägt zu verfolgen. Der spontane *Gedankenfluss* von Patienten sollte in entsprechenden Kommunikationsformen als *Erzählfluss* möglichst ungehindert zum Ausdruck kommen, bevor er in der gemeinsamen Gesprächsarbeit von Arzt und Patient „in bestimmte Bahnen gelenkt“ werden kann, wozu nicht zuletzt die professionelle Kompetenz des Arztes gefordert ist.

Das *Prinzip der Assoziation*, das wesentlich mit den freien Patientenerzählungen verknüpft ist, verdankt sich zwar ursprünglich der psychoanalytischen Tradition (Thomä, Kächele 1989, Heenen-Wolff 2014), die auf die Freudsche *Grundregel formulierung* (§ 9.3) zurückgeht. Das Prinzip hat sich aber inzwischen in der medizinischen Kommunikation (i.e.S.) etabliert, wenn auch sicherlich in der schwächeren Variante einer *biografisch-narrativen* Anamneseerhebung, mit der ein *biopsychosozialer* Versorgungsansatz (§ 4) verfolgt wird.

So war schon von Balint (1964) ein Primat des ärztlichen *Zuhörens* gegenüber dem traditionellen ärztlichen *Fragen* angenommen worden (§ 9.5), wobei hierbei nicht von alternativen, sondern von *komplementären* Interaktionsformen auszugehen ist, die sich zur „gegebenen Zeit“ sinnvoll ergänzen können. Entsprechend haben auch Morgan und Engel (1969) bei der ärztlichen Gesprächsführung dezidiert für die Förderung der *spontanen Assoziationen* des Patienten plädiert, die eine freie Themenentfaltung erlauben sollen, bevor der Arzt auf dieser Basis eine stärkere *Lenkung* des Gesprächs sinnvoll wahrnehmen kann (§ 17.4), um schließlich die Lücken bei der Anamneseerhebung zu schließen (§ 21.6), die der Patient – aus welchen Gründen auch immer – gelassen hat.

Zwischen bloßen Hörerrückmeldungen (*ja, hm*) (§ 19.3) und gezielten Detail-Fragen (*wo, wann, wie oft* und *wie stark* usw.) (§ 21.4) eröffnet sich ein großes Spektrum von *verbalen* und *nonverbalen* Interventionen, mit denen sich die Gesprächsentwicklungen in ganz verschiedene Richtungen „konditionieren“ lassen, in denen eine freie Patientenrede *geför-*

dert oder aber *verhindert* wird. Diese positiven wie negativen Funktionen der verbalen und nonverbalen *Konditionierung* bei der ärztlichen Gesprächsführung sollen nachfolgend weiter ausgeführt und dann entlang des *Gesprächsmanuals* (§ 18-23) an empirischen Fällen illustriert werden, die als mehr oder weniger gelungene, aber auch als beste Beispiele (*best practice*) (§ 13.4) für die Lehrpraxis genutzt werden können.

19.4.1 Verbale und nonverbale Konditionierung

Auch in der ärztlichen Sprechstunde und Visite ist die kommunikative Kompetenz des Arztes in Abhängigkeit vom antizipierten Gesprächserleben und Gesprächsverhalten des Patienten zu nutzen, das im Wechselspiel von Interaktionen selbst einer Veränderung unterliegen kann. Wie noch an einzelnen Phänomenen zu zeigen sein wird, unterliegen Arzt und Patient einer wechselseitigen verbalen und nonverbalen *Konditionierung*, wie sie auch in Alltagsgesprächen gilt. So können wir in unserer Alltagskommunikation in der Regel davon ausgehen, dass *Fragen* auch *beantwortet* oder *Grüße* entsprechend *erwidert* werden usw.

Diese Beispiele wie die Beantwortung von Fragen sind in der *Konversationsanalyse* unter dem Aspekt der *konditionellen Relevanz* von Äußerungen als Prototypen von Sprechhandlungssequenzen beschrieben worden, d.h. als eine derart strukturierte Folge jeweils benachbarter Äußerungspaare ("adjacency pairs") verschiedener Sprecher, dass nach der ersten Äußerung die zweite erwartet werden kann:

Box 9.15 Konditionelle Relevanz

By conditional relevance of one item on another we mean: given the first, the second is expectable.

Schegloff 1968/72: 388

In diesem Sinn von *Erwartbarkeit* ist häufig von *Alltagskonventionen* die Rede, mit deren Verletzung offenbar Durchschnittserwartungen enttäuscht werden. So sind wir kurzfristig irritiert bis dauerhaft frustriert, wenn die Antworten auf unsere Fragen ausbleiben oder unsere freundlichen GrüÙe nicht erwidert werden usw. Die Geltung von Konventionen kommt gerade dadurch zum Ausdruck, dass ihre Verletzung von den

Akteuren mehr oder weniger kritisch wahrgenommen und ihre Einhaltung mehr oder weniger stark eingefordert wird.

Allerdings sollte bei aller Erwartbarkeit (von Folgen) unseres kommunikativen Handelns kein *Kommunikationsdeterminismus* angenommen, sondern lediglich der mehr oder weniger starken *Konventionalität* von Kommunikation Rechnung getragen werden, die selbst in institutionalisierten bis ritualisierten Kommunikationssituationen mehr oder weniger ausgeprägt sein kann (Luhmann 1983, Paul 1990, Koerfer 1994/2013). Von den allgemeinen Erwartungen kann je nach Situation durchaus abgewichen werden, was aus der Sicht zumeist von Laien „gewöhnungsbedürftig“ ist.

So gibt es spezifische Gesprächstypen, in denen gerade die Nicht-Beantwortung von Fragen der Normalfall ist. Dies gilt beispielsweise für psychoanalytische Therapien (Koerfer, Neumann 1982, Pawelczyk 2011, Scarvaglieri 2013), in denen Fragen (eines bestimmten Typs) häufig deswegen unbeantwortet bleiben, weil ihre Beantwortung gegen die (höherrangige) *Abstinenzregel* der Psychoanalyse verstoßen würde, zu deren Einhaltung der psychoanalytisch arbeitende Therapeut/Arzt mehr oder weniger stark verpflichtet ist.

Wie wir noch sehen werden, sind aber auch in anderen ärztlichen Gesprächssituationen „Verletzungen“ von allgemeinen Konventionen zu beobachten. So bleiben Patientenfragen auch dann oft unbeantwortet, wenn keine „tieferen“ Gründe gegen eine angemessene Beantwortung sprechen, wie etwa häufig in der Visitenkommunikation (§ 24). Hier müssen Patienten offenbar in der laufenden Interaktion „lernen“, dass ihre Fragen, die oft „überhört“ werden, nicht „angesagt“ sind und insofern vermieden werden sollten. Die Visiten-Praxis „lehrt“ die Patienten dann leider in kurzer Gesprächszeit, sich zu „fügen“ und „den Mund zu halten“ anstatt den Dialog mit den Ärzten zu suchen (§ 7), der zuallererst in der angemessenen Gewährung des Rederechts besteht, das zum Fragen, Erzählen, Argumentieren usw. berechtigten sollte.

9.4.2 Positive und negative Gesprächsentwicklungen

Insgesamt kann die wechselseitige *Konditionierung* zwischen Arzt und Patient zu *positiven* wie *negativen* Gesprächsentwicklungen führen. Für die eine oder andere Richtung kann die erste „Weiche“ schon in der Begrüßungssituation „gestellt“ werden (§ 18). So kann die freundliche *Begrüßung* dankbar aufgenommen und erwidert werden, ebenso wie die

9. Biographisch-narrative Anamnese

offene Eröffnungsfrage (vom Typ 7: „Erzählen Sie mal“) (§ 19.2) spontan als Gesprächseinladung genutzt werden kann. Der offene *Blick* wird „in der Regel“ ebenso als Aufmerksamkeit und Zuwendung dankbar wahrgenommen, wie die mehrfach wiederholte Erzähleinladung selbst nach anfänglichem Zögern dann doch bereitwillig angenommen wird. So weckt der gute *Zuhörer* den guten *Erzähler*, dessen Erzählung er wiederum mit passenden *Hörersignalen* („ja“, „hm“) in Gang hält usw., wie dies ebenfalls in Beispielen (§ 19, 20) noch deutlich wird.

Allerdings sollte entsprechend einer dialogischen Kommunikation, wie sie auch zwischen Arzt und Patient zur Geltung kommt (§ 7), nicht von dem bereits vorausgehend in Frage gestellten *Kommunikationsdeterminismus* ausgegangen werden, nach dem die intensive Nutzung von Formen des aktives Zuhörens automatisch zu Patientenerzählungen führen oder die Häufung von empathischen Rückmeldungen ohne weiteres eine emotionale Selbstexploration des Patienten eröffnen würden. Die Kommunikation gerade zwischen Arzt und Patient hängt von so *komplexen* (institutionellen, individuellen, situativen usw.) Bedingungen ab, dass die ärztliche Gesprächsführung nicht nach einem simplen *Wenn-dann-Schema* organisiert werden könnte.

So muss bei einem spezifischen Abwehrverhalten eines Patienten zunächst ein ständiger Wechsel zwischen einer eher *tangentialen* und einer eher *konfrontativen* Gesprächsführung (§ 3, 17, 29, 32) wiederholt erprobt werden, bevor sich allmählich erste „Erfolge“ in Richtung einer emotionalen Selbsterkundung des Patienten abzuzeichnen beginnen, die selten genug durch eine einzige ärztliche Schlüsselintervention „bewirkt“ werden kann.

Vielmehr ist hier von einer sukzessiven „Konditionierung“ auszugehen, bei der sich diagnostisch-therapeutische „Erfolge“ erst in der Summe von ärztlichen Aktivitäten einstellen, die in mühseliger „Kleinarbeit“ mit dem Patienten zu leisten sind (Koerfer et al. 2000, 2005, 2010). In diesem Sinne können die „Früchte“ oft erst lange nach der „Saat“ auch „geerntet“ werden.

Ebenso wie *positive* Gesprächsentwicklungen, können auch *negative* Gesprächsentwicklungen mehr oder weniger ausgeprägt „konditioniert“ werden.¹¹ Wer als Arzt ständig gezielte *Detail-Fragen* stellt, weil er dies

¹¹ Wie im Folgenden deutlich wird, benutzen wir den Begriff der *Konditionierung* in einem weiteren Sinn, der über den engeren Begriff der *konditionellen Relevanz* (der *amerikanischen Konversationsanalyse* (Schegloff 1968/72, vgl. o. Box 19.15) hinausgeht.

im Vergleich zum *freien Erzählen* der Patienten für „zielführender“ hält, darf sich ebenso wenig wundern, wenn er allmählich in einen *interrogativen* Gesprächsstil verfällt, mit dem der Patient ebenso „effektiv“ in Richtung auf eine Frage-Antwort-Muster „konditioniert“ wird, dem alsbald keiner der Akteure mehr entrinnen kann. Ist die Spirale von Fragen und Antworten einmal in Gang gesetzt, ist eine reziproke Erwartungshaltung erzeugt, die beide Akteure unter Zugzwang bringt.

Diesen Zugzwang haben Morgan, Engel (1977: 37, 42, 49) wiederholt am Verhalten von Patienten beschrieben, die nach einer Antwort schweigend auf die nächste Arzt-Frage warten. Wir übernehmen hier die anschauliche Beschreibung des Problems (Box 9.16), das Morgan und Engel hier aus der spezifischen Ausbildungsperspektive von Studierenden formulieren, was sie aber an anderen Stellen für das ärztliche Frageverhalten generalisieren, so dass wir hier in Klammern die entsprechende Ergänzung „[Arzt]“ für das professionelle Subjekt der ärztlichen Gesprächsführung vornehmen dürfen.

Box 9.16 „Unfruchtbares Fragen und Antworten“

Die Art, wie der Student [Arzt] die Anamnese beginnt, entscheidet über das Verhalten des Patienten. Fragt der Student [Arzt] schon zu Beginn nach zahlreichen Einzelheiten, so wartet der Patient oft nur noch schweigend auf die nächste Frage und erzählt nichts mehr spontan. Damit lädt sich der Student [Arzt] die ganze Bürde selber auf: krampfhaft denkt er nach, was er den Patienten als nächstes fragen soll. Eine solche Anamnese mündet häufig in ein unfruchtbares Fragen und Antworten aus. Studenten [Ärzte], die diesen Fehler begehen, charakterisieren ihre Patienten nicht selten als unkooperativ oder verschlossen. Dabei ist es vielmehr ihre Art, eine Anamnese zu erheben, die den Patienten hindert, sich spontan zu äußern.

Morgan, Engel (1977: 37), Ergänzung „[Arzt]“ von uns

Während die „selbst aufgeladene Bürde“, schließlich Fragen stellen zu *müssen*, für die Gesprächsführenden vielleicht individuell schwer zu tragen ist, sind die Folgen einer rein *interrogativen* Gesprächsführung für die Beziehungsgestaltung zwischen den beiden Gesprächspartnern oft fatal: Sie führen nicht nur zum beschriebenen Verlust der *Spontaneität* des Patienten (er „erzählt nichts mehr spontan“), sondern dieser

Mangel wird nach Morgan, Engel fälschlicherweise noch dem Patienten zugeschrieben, der als „unkooperativ“ und „verschlossen“ charakterisiert wird.

9.4.3 Balance zwischen Interrogation versus Narration

Die Auswirkungen dieser fatalen Verwechslung von Ursache und Wirkung beim kommunikativen Handeln zwischen Arzt und Patient hat George Engel später (1997) in einem Plädoyer für eine *narrative Medizin* (§ 9.1) auf den Begriff gebracht, was wir bereits als einleitendes Motto vor Beginn des Kapitels benutzt hatten und an dieser Stelle als *Leitidee* für die empirischen Gesprächsanalysen nochmals wiederholen wollen. Dabei soll die Quintessenz („*Interrogation* generates defensiveness; *narration* encourages intimacy“) hier in den entwickelten Kontext gestellt werden (Box 9.17), in dem Engel zu Beginn seine Leserinnen und Leser an ihre eigenen Erfahrungen mit der spezifischen Art der ärztlichen Anamneseerhebung („taking ...“) erinnert:¹²

Box 9.17 *interrogation vs. narration – defensiveness vs. intimacy*

Readers need only review their own experiences with doctors "taking" [sic] their histories to appreciate the difference between *encouraging narration* and *requiring reporting*. The latter approach is deliberately interrogative, the doctor assuming the initiative and agenda, the patient an object of study rather than an active participant in his/her own study. Eighteen seconds has been reported to be the mean length of time to elapse before doctors interrupt the patient's first response (...) Small wonder patients complain that doctors don't listen. *Interrogation* generates defensiveness; *narration* encourages intimacy.

Engel 1997: 526 (Hervorhebungen und “[sic]” so im Orig.)

Bei dieser Auffassung von *Konditionierung*, die hier durch verwandte Begriffe umschrieben wird (*generates, encourages*), tragen die Gesprächsführenden mit der Wahl zwischen einem (primär) *interrogativen*

¹² Die ergänzende Markierung „[sic]“ befindet sich so im Original. In der hier im Zitat ausgelassenen Fußnote verweist Engel auf die viel beachtete Studie von Beckman, Frankel (1984) zu frühzeitigen Unterbrechungen der Patientenrede (im Durchschnitt nach 18s.). Auf diese und spätere Studien zum Problem der Unterbrechung kommen wir später (§ 19.3) zurück.

und (primär) *narrativen* Gesprächsstil die Hauptverantwortung für negative wie positive Gesprächsentwicklungen, die auf zwei Alternativen hinauslaufen können (*defensiveness* vs. *intimacy*). Für die empirischen Gesprächsanalysen ist im Idealfall jeweils der Nachweis zu führen, wie diese alternativen Gesprächsentwicklungen von Fall zu Fall, das heißt unter welchen Bedingungen und zu welchen Themen und Zwecken bei welchen Beteiligungsrollen (*object* vs. *active participant*) der jeweiligen Gesprächspartner zustande gekommen sind. Die alternativen Beteiligungsrollen des Patienten als *Subjekt* und *Objekt* waren vorausgehend (§ 1, 9.2) ebenfalls schon mit Engels Begründung einer *dialogischen* Kommunikation zwischen Arzt und Patient beschrieben worden, die sich nicht zuletzt von den Funktionen einer *biopsychosozialen* Medizin (§ 4) herleitet, die ihren Themen- und Behandlungsfokus nicht nur auf den Körper, sondern die Erkrankung des Patienten als Subjekten richtet.

Allerdings sind bei der empirischen Gesprächsanalyse nicht nur strikte Alternativen, sondern auch Dominanzen, Tendenzen oder Mischformen zu berücksichtigen. Obwohl sich empirische Fälle eines rein *interrogativen* Gesprächsstils durchaus nachweisen lassen (§ 19.6), ist vor allem mit Mischformen in Gesprächen zu rechnen, bei denen bestimmte Gesprächsstile auch phasenweise „vorherrschen“ können. Wie schon vorausgehend (§ 8) werden unter dem Aspekt der *Gesprächsstrukturierung* (§ 10, 17) verschiedene *Schwerpunktbildungen* (Anamneseerhebung, Aufklärung, Entscheidungsfindung usw.) von Erst- und Folgegesprächen herausgearbeitet, bei deren Entwicklung die Gesprächspartner mit unterschiedlich starken Interaktionsrollen beteiligt sind.

Weiterhin sind „Intimität“ und „Abwehr“ in der Kommunikation oft „flüchtige“ Phänomene, die eine „Eigendynamik“ entwickeln können, die mehr oder weniger stark durch die ärztliche Gesprächsführung „konditioniert“ wird. So kann „Intimität“ auch bloß vorübergehend hergestellt worden sein und dann auch wieder verloren gehen, weil der Arzt sie in der weiteren Interaktion mit dem Patienten wieder „verspielt“ hat, indem er etwa eine vom Patienten offenbarte Emotion (*Scham, Angst*) erkennbar „ignoriert“, jedenfalls nachweislich im Gespräch nicht wiederaufgenommen hat usw. Weil der Arzt etwa mit einem abrupten Themenwechsel eine *Relevanzrückstufung* vorgenommen hat (§ 17.4, 19.4), kann der Patient (im „negativen“ Sinne von Engel 1997) (Box 9.17) „entmutigt“ worden sein und deswegen resignieren anstatt erneut eine Themeninitiative zu ergreifen.

9. Biographisch-narrative Anamnese

Die „Abwehr“ von Patienten kann ebenso als „flüchtiges“ Phänomen kommen und gehen sowie stärker oder schwächer ausgeprägt sein usw., so etwa auch beim Umgang mit „heiklen“ Themen (*Sucht, Gewalt, Sexualität* usw.) (§ 20, 21), die neben Standardreaktionen („Berührungssängsten“) auch individuell ausgeprägte Reaktionen (der *Verleugnung, Rationalisierung* usw.) erwarten lassen. Derartige Reaktionen des Patienten können primär dem „heiklen“ Thema selbst und weniger der Art der ärztlichen Gesprächsführung geschuldet sein. Mit anderen Worten: Nicht jedes *Abwehrverhalten* muss durch einen *interrogativen* Gesprächsstil „konditioniert“ sein.

Insgesamt ist gerade die medizinisch-therapeutische Kommunikation als ein *multidimensionales* Geschehen aufzufassen, das nicht *monokausal* zu analysieren ist. Wiederholte ärztliche Erzähleinladungen können ebenso oft von Patienten ausgeschlagen werden, die sich ohnehin als „schwierige“ Patienten (§ 34) erweisen mögen. Ihre Verweigerung, von sich im Sinne einer *narrativen Selbstausslegung* zu erzählen, mag „tiefere“ Gründe haben, die nicht durch repetitive Erzähleinladungen, sondern nur durch behutsame (Nach-)Fragen nach ihren Beschwerden und Erwartungen (Befürchtungen, Hoffnungen, Vorlieben usw.) erschlossen werden können. Insgesamt ist die Kritik am interrogativen Gesprächsstil nicht so zu überziehen, dass Fragen überhaupt verpönt wären. Vielmehr ist das Verhältnis von *Interrogation* und *Narration* insgesamt als *komplementär* aufzufassen, was in der Praxis eine Herausforderung bleibt. Wie Platt und Gordon (2004) ausführen (Box 9.18), werden Ärzte das Dilemma der Wahl („doctor’s inquiry“ vs. „patient’s narrative“) in der Praxis nicht vermeiden, sondern lediglich „bearbeiten“ können.

Box 9.18 Das „Dilemma“ der „Balance“ in der Gesprächspraxis

Throughout the conversation there must be a Balance between the doctor’s inquiry and the patient’s narrative. You can decide in the first few minutes of the interview how much guidance your patient needs to tell his story so it will be useful to you. But even if it gives you little biomedical information, telling his story is therapeutic to the patient. *The dialectic between our need to understand, sort, and recombine data and the patient’s need to tell his story always creates tension in the interview.* We cannot avoid the dilemma; we can only work with it.

Platt, Gordan 2004: 39 (Hervorhebungen dort)

Diese „Spannungen“ zwischen beiden Arten der Gesprächsführung sind nicht nur grundsätzlich auszuhalten, sondern in der Gesprächspraxis von Fall zu Fall in die eine oder andere Richtung zu entscheiden. Dabei könnte als *Super-Maxime* gelten: Im Zweifel sollte dem Wort des Patienten der Vorzug vor dem ärztlichen Wort eingeräumt werden. Die spezifischen Funktionen von *zielgerichteten* Fragen, die für die *Detail-Exploration* unentbehrlich sind, werden später noch weiter zu differenzieren sein (§ 21). Solange die Patienten aber eine hinreichende Gesprächsbereitschaft als Erzählbereitschaft aufbringen können, sollte dem ärztlichen *Zuhören* eine gewisse Priorität eingeräumt werden, wie dies mit Balints Kritik an der traditionellen Anamnese noch ausgeführt (§ 9.5) und in empirischen Gesprächsanalysen weiter illustriert werden soll. Dabei soll keineswegs einer Dichotomie des *Fragens* und *Zuhörens* das Wort geredet, sondern gerade ihre Einheit in einer *dialogischen* Kommunikation (§ 7) betont werden. Auch Patientenerzählungen sind keine „Selbstläufer“, sondern müssen vom Arzt oft mühsam durch passende *Höreraktivitäten* „hervorgeholt“ (*elizitiert*) und schließlich in Gang gehalten und beantwortet werden. Dabei nimmt der Arzt eine *Hebammenfunktion* wahr, die ihm qua Rollenerwartung vom Patienten auch angetragen wird.

9.5 Die ärztliche Hebammenkunst

Wie bereits deutlich gemacht wurde (§ 3, 8) und noch weiter auszuführen ist (§ 17, 21), müssen Ärzte über eine *klinisch-kommunikative Doppelkompetenz* verfügen. Erst mit einer spezifisch *klinischen* Kompetenz, die aus der Erfahrungs- und Behandlungsperspektive gegenüber konkreten Krankheitsbildern entwickelt wurde, verstehen es Ärzte, aus klinischen Gründen (sic) dieser individuellen Person mit dieser individuellen Erkrankung die „richtigen“ Fragen zur „richtigen“ Zeit in einer „richtigen“ Form zu stellen, um die nötigen Details zu explorieren (§ 21). Zunächst sollten diese Detailfragen aber zurückgehalten werden, weil ebenfalls aus klinischen Gründen (sic) begründet werden kann, dass es zunächst „besser“ ist, dem Patienten zuzuhören und sich angesichts des aktuellen Gesprächsstandes auf Formen *aktiven Zuhörens* (§ 19) zu beschränken, mit denen zugleich die Patientenerzählung *gefördert* werden kann.

9.5.1 Das professionelle Hörerprivileg

Ist das nötige Vertrauen zwischen Arzt und Patient erst einmal hinreichend hergestellt, wird die ärztliche Sprechstunde oft ein Originalschauplatz für Erzählungen, die so oder so ähnlich noch nie erzählt worden sind, was gelegentlich auch von Patienten eigens betont wird. Der Arzt wird so zum *priviligierten* Zuhörer, der als Zeuge für „unerhörte“ Ereignisse autorisiert ist, deren Sinnhaftigkeit mit einem spezifischen Klärungsbedarf zur Disposition gestellt wird. Als erste „Kronzeugin“ für das ärztliche Hörerprivileg soll hier die Patientin „Katharina“ aufgerufen werden, die über ihre Leidensgeschichte nach einer Zufallsbegegnung dem Feriengast Freud erzählte, von dem sie erfuhr, dass er ein „Doktor“ sei. Aus diesem Gespräch, das wir später ausführlicher wiedergeben und als Lehrstück der Gesprächsführung empfehlen (§ 21.8), sei die Reaktion von Katharina (K 16) auf Freuds Erzähleinladung (F 15) angeführt (B 9.9), die als Patientin das ärztliche Hörerprivileg überzeugend kundtut, bevor sie nach einer weiteren Erzähleinladung von Freud (F 17) die bereits begonnene Geschichte ausführlich (K 18) weitererzählt.

B 9.9	„Einem Doktor darf man ja alles sagen“
13	F Wenn Sie's nicht wissen, will ich Ihnen sagen, wovon ich denke, daß Sie ihre Anfälle bekommen haben. Sie haben einmal, damals vor zwei Jahren, etwas gesehen oder gehört, was Sie sehr geniert hat, was Sie lieber nicht möchten gesehen haben.
14	K Jesses ja, ich hab' ja den Onkel bei dem Mädels erwischt, bei der Franziska, meiner Cousine!
15	F Was ist das für eine Geschichte mit dem Mädels? Wollen Sie mir das nicht erzählen?
16	K Einem Doktor darf man ja alles sagen. Also wissen Sie, der Onkel, er war der Mann von meiner Tant', die Sie da gesehen haben, hat damals mit der Tant' das Wirtshaus auf dem **kogel gehabt, jetzt sind sie geschieden, und ich bin schuld daran, daß sie geschieden sind, weil's durch mich aufgekommen ist, daß er's mit der Franziska hält.
17	F Ja, wie sind Sie zu der Entdeckung gekommen??
18	K Das war so. Vor zwei Jahren sind einmal ... [längere Erzählung]

Freud 1895/1952: 185ff

Obwohl das Gespräch zu dieser Zeit (1895) natürlich noch nicht mit moderner Technik „dokumentiert“ war, sondern aus der Erinnerung von Freud rekonstruiert wurde („Die Unterredung, die jetzt zwischen uns vorfiel, gebe ich so wieder, wie sie sich meinem Gedächtnisse eingeprägt hat“), ist die Authentizität dieser Bekundung von Katharina nicht in Zweifel zu ziehen. Ihre Aussage („einem Doktor darf man ja alles sagen“) ist eine Selbstauskunft des Erlebens der Sinnfunktion einer ärztlichen Sprechstunde und zugleich ein *Appell* an die Zuhörbereitschaft des Arztes, dem man nicht nur „alles sagen“, sondern entsprechend auch *zumuten* darf. Auch in empirischen Gesprächen aus „unserer Zeit“ betonen Patienten das *Hörerprivileg*, das sie mitunter im markierten Unterschied zu anderen potenziellen Gesprächspartnern des Vertrauens (z.B. Angehörigen, Freunden) nur ihrem Arzt gewähren. So erzählt eine Patientin ihre „unerhörte“ Geschichte offenbar erstmalig in der ärztlichen Sprechstunde. In diesem Beispiel (B 9.10) werden einige der vorausgehend differenzierten Kategorien für die Erzählanalyse bereits in der Kommentarspalte mitgeführt.

B 9.10	„ich hab das meinem Mann nie gesagt“	Kommentar
37	A dieser Schwindel, ging der . denn los, als Sie diese Diagnose [=Tochter hat MS] erfahren haben? .	Detail-Exploration (Zeit, Kondition) + Erzähleinladung
38	P ja, ich glaube, ja . da war mir mal nachts im Kopf was, äh . ich hab das meinem Mann nie gesagt, einmal nachts im Kopf war mir das ganz komisch im Kopf, todschlecht . ich wurde wach . denk ich: „ohje, ohje, was ist denn jetzt los?“. da is et mir mal richtig übel nachts im Bett geworden . da bin ich gegen angegangen, hab immer alles gemacht bei ihr zu Hause, bisschen halt den Haushalt versorgt, bi:s/bis es nicht mehr ging, ne .	Rahmung, Thema Orientierung Hörerprivileg Komplikation „unerhörtes Ereignis“ Direkte Rede Evaluation: Meistern <i>versus</i> Scheitern, Coda

Da wir auf die Vor- und Nachgeschichte der Erzählung selbst und ihre Funktionen und Strukturen in einer ausführlichen Gesprächsanalyse zurückkommen werden (§ 19.7), sei unter dem Aspekt des *Hörerprivilegs* hier nur festgehalten: Im Anschluss an ihre (teils nachgebesserte) lokale und temporale *Orientierung* („da war mir mal nachts...“, „einmal nachts ...“, „nachts im Bett“) lässt die Patientin den Arzt an einem „un-

9. Biographisch-narrative Anamnese

erhörten Ereignis“ teilhaben, dessen Relevanz sie allein schon dadurch markiert, dass sie ihre bisherige Verschwiegenheit gegenüber ihrem Mann eigens betont („äh . ich hab das meinem Mann nie gesagt“). Dies ist die implizite Botschaft dramatischer Patientenerzählungen: Was man den Angehörigen vorenthalten muss, kann man dem Arzt durchaus anvertrauen. Der auf diese Weise als „privilegierter“ Zuhörer angesprochene Arzt wird nun zum erstmaligen Zeugen des unerhörten Ereignisses, mit dem ihn die Patientin in einer sprachlich dramatischen Form konfrontiert, die ihn gleichsam an einem todesnahen Erleben („todschlecht“) teilhaben lässt, so dass er insgesamt in ihre bedrohliche „innere Welt“ versetzt wird. Zugleich richtet die Patientin mit ihrer Schlussevaluation, in der sie mit einer „zustimmungserheischenden“ *tag-question* („ne“) ihre resignative Erschöpfung darstellt („bis es nicht mehr geht, ne“), einen Appell an ihren Arzt, den man im (obigen) Sinne von Brody erneut als Hilfeappell charakterisieren kann („My story is broken; can you help me fix it?“, 1994: 85). Bevor aber angesichts einer „gebrochenen“ Patientengeschichte entsprechende Hilfe überhaupt angeboten werden kann, bedarf es vorausgehend einer ärztlichen Kompetenz, wie sie von Balint (1964) als *Kunst des Zuhörens* beschrieben wurde, die vom traditionell *interrogativen* Schema der Anamneseerhebung erheblich abweicht.

9.5.2 Die Kunst des Zuhörens

Anstatt den Patienten mit anderweitigen Fragen laufend zu unterbrechen und dadurch von seinem initiierten Thema abzubringen, sollte zunächst der aktuelle *Erzählfluss* des Patienten *gefördert* werden. Auf diese Weise weitererzählend können Patienten Informationen „frei Haus liefern“, die sich nicht oder nur schwer erfragen lassen, wie dies von Michael Balint (Box 9.19) mit seinem bekannten Dictum zur Kritik an der traditionellen Anamneseerhebung so pointiert zusammengefasst wurde:

Box 9.19 Die Kunst des Zuhörens

Nach unseren Erfahrungen ist es so: wenn der Arzt im Stile der üblichen Anamnese fragt, so erhält er eben Antworten auf seine Fragen – aber weiter auch nichts. Wenn er zu einer tieferen Diagnose kommen will, so muss er erst einmal lernen *zuzuhören* (...) Die Fähigkeit zuzuhören ist unbedingt eine Kunst und verlangt eine wesentliche, wenn auch begrenzte

te *innere Umstellung des Arztes*. Während nämlich der Arzt in sich die Fähigkeit entdeckt, bei seinen Patienten auf Dinge zu hören, die kaum aussprechbar sind, weil sich der Patient ihrer nur nebelhaft bewußt ist, beginnt er, auch bei sich selber auf diese kaum hörbare Sprache zu horchen. Während dieses Prozesses wird er bald gewahr werden, daß es keine direkten, unumwundenen Fragen gibt, die das ans Licht bringen können, was er wissen will.

Balint (1964/1988: 171), Hervorhebungen im Original

Diese von Balint so bezeichnete „Kunst“ des *Zuhörens* wird noch ausführlich an Beispielen zu illustrieren sein, gegenüber denen zugleich Gegen-Beispiele für die Gesprächspraktiken des „Weghörens“ und „Überhörens“ zu kontrastieren sind, auf die ebenfalls mit Balint (§ 10.2, 17.4) zurückzukommen ist.

Um vorweg bei allen theoretischen und praktischen Unterschieden noch einmal die Gemeinsamkeit zwischen einer psychotherapeutischen Therapiestunde und hausärztlichen Sprechstunde, in der eine *psychosomatischen Grundversorgung* geleistet wird (§ 15, 25), zu betonen: In beiden Fällen muss der Arzt die *Kompetenz* besitzen, „auf Dinge zu hören, die kaum aussprechbar sind, weil sich die Patienten ihrer nur nebelhaft bewußt sind“. Diese „kaum aussprechbaren Dinge“ stellen für den professionellen Zuhörer sowohl in der Psychotherapiestunde als auch in der ärztlichen Sprechstunde gleichermaßen eine Herausforderung dar, die nur im Wechselspiel von Zuhören und Fragen bewältigt werden kann.¹³ In diesem Wechselspiel muss sich die *Kunst der ärztlichen Gesprächsführung* bewähren (§ 17, 21), die nachfolgend zunächst als ärztliche *Hebammenkunst* weiter konkretisiert werden soll.

9.5.3 Der sokratische Dialog

Dass die „kaum aussprechbaren Dinge“ dennoch mit Hilfe eines professionellen Gesprächspartners „zur Sprache gebracht“ werden können, ist

¹³ Die von Balint angesprochene „begrenzte innere Umstellung des Arztes“ ist sicher eine notwendige Voraussetzung für diese Kompetenz, die gerade in entsprechenden Fortbildungen (§ 15, 16, 42) vermittelt werden soll, deren Konzepte vor allem durch die sog. *Balint-Gruppen-Arbeit* selbst angeregt wurden (vgl. z.B. Rosin 1989).

9. Biographisch-narrative Anamnese

auch als „Hebammenkunst“ (*Mäeutik*) beschrieben worden,¹⁴ wie sie im *sokratischen Dialog* überliefert ist, der sich wesentlich der Technik des Fragens, Nachfragens und Hinterfragens bedient, deren Beantwortungen immer weitere Fragen auslösen usw. (Thomä, Kächele 1989, Hanke 1991, Richter 1991, Uexküll, Wesiack 1991, Begemann 2007, Koerfer et al. 2008, 2010, Deppermann 2009). Für eine mehr oder weniger kritische Anwendung der *Hebammenkunst* ist insbesondere in *pädagogischen* und *therapeutisch-medizinischen* Handlungsfeldern plädiert worden, die ohnehin von *dialogischen* Formen des *Verstehens* und der *Verständigung* geprägt sind (§ 7). In diesen spezifischen (Typen von) Gesprächen geht es nicht nur um einen (*Selbst-)Erkenntnisgewinn*, sondern um individuelle *Weiterentwicklungen* von Personen mit der *pädagogischen* bzw. *therapeutischen* Zielsetzung, dass sie als *handelnde Subjekte* die von ihnen als relevant erkannten *Probleme* in ihren alltäglichen Lebensformen besser *bewältigen* können.

Gelegentlich werden Bedenken gegenüber negativen Nutzungsmöglichkeiten des *sokratischen Dialogs* durch den Arzt geltend gemacht, der sich Versuchungen der „Belehrung“ oder „Beherrschung“ des Patienten ausgesetzt sehen könnte. Diese Bedenken können von Hans-Georg Gadamer, dessen Auffassung von Gespräch zwischen Arzt und Patient vorausgehend schon in der Begründung einer *dialogischen Kommunikation* und *Medizin* berücksichtigt wurde (§ 7), in seiner Abhandlung zum Zusammenhang von „Behandlung und Gespräch“ (1993) gerade nicht geteilt werden (Box 9.20). Vielmehr betont Gadamer gegenüber möglichen Gefahren den Gewinn durch die *innere Aktivität* des Patienten, an dessen „Mitmachen“ der Arzt selbst interessiert sein muss.

Box 9.20 Der „sokratische Dialog“ zwischen Arzt und Patient

So ist es das Gespräch, das in der Spannungssituation zwischen Patient und Arzt hilfreich werden kann. Doch gelingt dieses Gespräch eigentlich erst, wenn es fast genau so ist wie das, was wir auch sonst im Zusam-

¹⁴ Zum Begriffsverständnis soll hier die knappe Charakterisierung aus dem Duden (Bd. 5) genügen: „*Mäeutik* [gr.]: die sokratische ‚Hebammenkunst‘, Bezeichnung der Methode, durch geschicktes Fragen die im Partner schlummernden, ihm aber unbewussten, wichtigen Antworten und Erkenntnisse heraufzuholen“. Ansonsten sei zur Begriffsgeschichte der *Metapher* („Hebammenkunst“) exemplarisch auf Begemann (2007), zur Theorie und Technik auf die Arbeiten von Hanke (1991) und Richter (1991) verwiesen.

menleben kennen, nämlich daß man in ein Gespräch gerät, das eigentlich keiner führt, sondern das uns alle führt. Auch für diese Art des Gesprächs des Arztes mit dem Patienten bleibt das am Ende richtig. In dem sokratischen Dialog, den Platon dichtet, scheint die Führung des Gesprächs von Sokrates auszugehen. (Der Partner wird ja kaum sichtbar.) Aber auch dort ist es so, damit durch solches Gespräch der andere zum eigenen Sehen geführt werden soll. Die Aporie, in die er da versetzt wird, ist so, daß er keine Antwort mehr weiß. Aber auch die Aufzählung der definierenden Elemente hat nicht den Charakter einer Belehrung oder eines Beherrschungsversuches, als ob man nun alles genau wisse. Das Gespräch versetzt den anderen nur in die Möglichkeit, ohne sich neu zu verwirren, seine eigene innere Aktivität zu wecken, die der Arzt das „Mitmachen“ nennt.

Gadamer 1993: 172

Diese „innere Aktivität“ des Patienten zu „wecken“ und ihn zum „Mitmachen“ zu gewinnen, ist und bleibt eine Herausforderung für die *Kunst der ärztlichen Gesprächsführung* (§ 17). Natürlich mag es in der Gesprächspraxis zwischen Patient und Arzt auch missbräuchliche Anwendungen geben, die sich in „Belehrung“ und „Beherrschung“ niederschlagen. Die Kritik muss sich dann aber gegen praktische Fehlschläge oder Fehlberufungen auf ein Gesprächsmodell richten, das nicht schon wegen empirischer Problemfälle prinzipiell zu verwerfen ist.¹⁵ Dabei geht es immer auch um den kritischen Vergleich möglicher Alternativen, die in der Gesprächspraxis mehr oder weniger ausgeprägt realisiert werden.

Wie bei der Begründung einer *dialogischen Kommunikation und Medizin* (§ 7, 10, 17, 19-21) deutlich wird, ist das Risiko von „Zwang“ und „Manipulation“ eher dort zu sehen, wo die Chancen für eine narrative Selbstausslegung und dialogische Beteiligung des Patienten an der Entscheidungsfindung verstellt werden, und zwar zugunsten einer rein *interrogativen* und *direktiven* Gesprächsführung: Durch *tradierte Fragetechniken* sowie *Anordnungen* und *Verordnungen* eines *paternalistisch*

¹⁵ Der Kritik von Thomä und Kächele (1989, Bd. 2: 285ff), die in Abgrenzung vom sokratischen „Dialogstil“ für eine spezifisch „psychoanalytische Mäeutik“ plädieren, wäre im empirischen Fall durchaus zu folgen, wenn Ärzte oder Therapeuten der „Manipulation bezichtigt werden“ (286) könnten, weil sich diese Manipulation entsprechend in empirischen Gesprächen am Gesprächsverhalten (sic) nachweisen ließe (§ 21). Gegen eine solche empirisch fundierte Kritik wäre natürlich auch eine spezifisch „psychoanalytische Mäeutik“ nicht gefeit, die ebenso gut einer Fehlanwendung oder Fehlberufung unterliegen kann.

9. Biographisch-narrative Anamnese

agierenden Arztes wird das *Ausfragen* zu Details grundsätzlich über das *Zuhören* gegenüber den Klagen, Anliegen und Präferenzen von erkrankten Personen gestellt.

Deren Kranken- und Leidensgeschichte kann im Sinne Balints (Box 9.19) kaum *erfragt* werden, sondern wesentlich nur *erzählt* werden. Diesen Erzählprozess zu fördern, verlangt gutes Zuhören ebenso wie gutes (Nach-)Fragen, das sich aber zunächst den „kaum aussprechbaren Dingen“ (im obigen Sinne von Balint) zuwenden muss, bevor durch weitere Fragen dann weitere Unklarheiten von Details zum Thema gemacht werden können, um die Lücken zu schließen (§ 21.6), die der Patient gegebenenfalls gelassen hat.

9.5.4 Ärztliche Hilfe bei der Versprachlichung

Die *Kunst der ärztlichen Gesprächsführung*, wie sie noch im Detail ausdifferenzieren ist (§ 17), besteht nicht nur darin, den Patienten bloß „zum Reden zu bringen“, was oft schon schwer genug ist, sondern ihn so zum „Erzählen“ zu animieren, dass er sein „Innerstes nach außen“ kehren kann. Bei diesem kommunikativen Prozess der ersten Selbstverständigung übernimmt der Arzt die beschriebene Funktion einer *Hebamme*, indem er dem Patienten hilft, seine Leiden und Nöte, seine Befürchtungen und Erwartungen, die er nicht zuletzt gegenüber dem Arzt selbst hegt, zu *versprachlichen*. Nur über diese *Versprachlichung* können Arzt und Patient ein geteiltes Wissen und Verständnis aufbauen, das eine allererste Voraussetzung für die Herstellung einer *gemeinsamen Wirklichkeit* (Uexküll, Wesiack 1991, 2011) ist, in der die besten (Selbst-)Behandlungsmöglichkeiten für den Patienten im Konsens einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (§ 10) *ausgehandelt* werden können.

Um die nötigen Prozesse der *(Selbst-)Reflexion* in Gang zu setzen, bedarf es der passgenauen *Stimulation* durch den professionellen Helfer, der seinen Gesprächspartner hinreichend „stören“ muss, das heißt weder „ungestört“ lassen sollte, noch „zerstören“ darf (§ 17.3). Hier geht es um die *Grenzen* des „Zumutbaren“, die gerade im therapeutisch orientierten Gespräch *sukzessive* zu erweitern sind (Koerfer 1994/2013: 276ff). Entsprechend sind die *Zumutungen* des Fragens, Nachfragens und Hinterfragens in der Gesprächspraxis zu dosieren. Die Fragen dürfen nicht allzu „zudringlich“ werden, aber müssen den Befragten hinreichend „anregen“, um ihn für neue Möglichkeiten des (Nach-)Denkens

und Handelns „herauszufordern“. Diese *Grenzen des Zumutbaren* sind nicht vorab zu fixieren, sondern *gesprächsweise* auszutesten und gegebenenfalls neu zu justieren, und zwar nach Maßgabe des respondierenden Gesprächsverhaltens von Patienten, die ihre Grenzen mehr oder weniger deutlich „hörbar“ zu erkennen geben, wodurch die ärztliche *Zuhörkompetenz* mehr oder weniger gefordert ist, auf der die *Fragekompetenz* wiederum aufbauen kann usw.

Hierbei kommt die *Einheit* von *Fragen* und *Zuhören* zum Tragen: Gute *Fragen* setzen gutes *Zuhören* voraus, auf dessen Grundlage weitere gute *Fragen* gestellt werden können oder aber zunächst zurückgehalten werden müssen, bis beim weiteren *Probehandeln* des Fragens und Nachfragens die Grenzen „hörbar“ erweitert werden dürfen usw. Ob in bestimmten Gesprächen jeweils das Fragen oder das Zuhören den Anfang gemacht hat, ist eine Frage der *Interpunktion*, die schon nach Watzlawick et al. (1967) oft müßig ist (§ 7.4). Insofern beide Kommunikationsformen Hand in Hand gehen müssen, sollte gleichermaßen von einer *Kunst* des Zuhörens *und* Fragens ausgegangen werden.

Bei der Evaluation der *Passung* von verbalen und nonverbalen Interventionen (§ 3.2, 17.2, 21.2, 21.6) sind verschiedene Funktionen, Formen und Platzierungen des Fragens und Zuhörens im Gesprächsverlauf zu unterscheiden. Wie in den nachfolgenden empirischen Gesprächsanalysen im Detail herausgearbeitet wird, können mit Fragen Erzählungen „verhindert“ oder „geweckt“ werden, Themen gewechselt oder vertieft werden, Informationen gewonnen oder Argumente mehr oder weniger direkt „infrage gestellt“ werden usw.

Mit bestimmten *Frage-Formen*, wie sie noch zu differenzieren sind (§ 21.2), können Antworterwartungen mehr oder weniger explizit zum Ausdruck gebracht werden, durch die das Antwortverhalten des Gesprächspartners mehr oder weniger „konditioniert“ wird (§ 9.4). Hier erstreckt sich das Spektrum von den eher *offenen* Frageformen („Wie kam das?“), die als Erzähleinladungen dienen können, bis zu den eher *geschlossenen* oder gar *suggestiven* Frageformen („Appetit is normal, ne?“), wie sie in einem Gespräch gleich mehrfach benutzt wurden (§ 21.2). Gegenüber einer „unvoreingenommenen“ Informationsgewinnung (etwa zum Essverhalten) sind derartig *suggestive* Fragen unter einem evaluativen Aspekt natürlich kontraproduktiv, worauf wir bei der stärker *interrogativen Detail-Exploration* (§ 21) noch ausführlich zurückkommen werden.

Eine besondere Herausforderung stellen *Interpretationen* dar, bei denen etwa im Anschluss an Patientenerzählungen auch die Emotionen

9. Biographisch-narrative Anamnese

des Patienten *versprachlicht* werden (§ 19.8, 20, 21.3). Wurden sie bisher nur in indirekten Hinweisen (*cues*) vermittelt, müssen sie nun in der gemeinsamen Interpretationsarbeit *auf den Begriff gebracht* werden. Auch hier sollte der Arzt in seiner Hebammenfunktion berücksichtigen, dass bei der Akzeptanz von Interpretationen auch immer die ärztliche *Autorität* in der Waagschale mitgewogen wird. Um dem Risiko der *Manipulation* und *Suggestion* zu entgehen, sind Interpretationen so zu platzieren und zu gestalten, dass Patienten sie ohne Not verwerfen können (§ 21.3). Am Ende der gemeinsamen Interpretationsarbeit, in der die ärztlichen Interpretationsangebote lediglich fragend zur Disposition gestellt wurden, sollte nicht der *überredete*, sondern der *überzeugte* Patient stehen.

9.6 Weiterführende Hinweise

Im vorausgegangenen Kapitel wurden die theoretischen Grundlagen skizziert, die die *empirischen* Erzählanalysen anleiten sollen (§ 19-21). Theoretische und empirische Arbeiten zu Erzählungen im Alltag und in Institutionen (auch zur medizinisch-therapeutischen Kommunikation) finden sich in den Sammelbänden von Ehlich (Hg.) (1980) und Straub (Hg.) (1998). In dem aktuellen Sammelband von Martinez (Hg.) (2017) sind Beiträge zu den Grundlagen (Martinez 2017, Weixler 2017), aber auch zu spezifischen Medien, Feldern und Funktionen des (mündlichen) Erzählens enthalten (Quasthoff, Ohlhus 2017). Hier soll besonders auf die thematisch einschlägigen Beiträge zur Psychotherapie (Lätsch 2017), Bewältigung von Erlebnissen (Lucius-Hoene, Scheidt 2017) und narrativen Identität (Römer 2017) sowie vor allem auf den Beitrag von Gülich (2017) verwiesen werden, die auch einen kurzen Abriss zur Geschichte der Entwicklung einer Narratologie für die Medizin gibt.

Für aktuelle Überblicke sind die E-Publikationen von Baroni (2014) („Tellability“) und Goyal (2013) („Narration in Medicine“) leicht zugänglich. Beide Arbeiten sind dem Handbuch von Hühn (ed.) (*the living handbook of narratology*) entnommen, das (leicht zugänglich) laufend weitere aktuelle Hinweise enthält.

Weiterführende Analysen und Hinweise zur psychotherapeutisch orientierten Erzählforschung finden sich in Boothe (2011) und Scheidt et al. (Hg.) (2015). Zu Erzählungen in der medizinischen Kommunikation seien exemplarisch die Arbeiten in den Sammelbänden von Hurwitz,

Greenhalgh, Skultans (2006) und in Greenhalgh, Hurwitz (Hg.) (2005) genannt. Zu Einzelarbeiten sei auf die vorausgehend (§ 9.2) angeführte Literatur im Kontext verwiesen; neben aktuellen Arbeiten soll für die Lehre nochmals auf die „Klassiker“ Balint (1964) und Engel (1977) und (1997) aufmerksam gemacht werden, die die Förderung von Patientenerzählungen durch aufmerksames Zuhören des Arztes in den Mittelpunkt der ärztlichen Gesprächsführung gestellt haben.

Probleme der narrativen Vermittlung zwischen Lebenswelt und Medizin sowie Risiken der Manipulation werden im Folgenden (§ 10) bei der medizinischen Entscheidungsfindung wieder aufgenommen. Für die Praxis des Erzählens in der Arzt-Patient-Kommunikation sei auf einschlägigen Kapitel zum Manual (§ 19, 20) und zur Visitenkommunikation (§ 24) sowie Hausarztkommunikation (§ 25) verwiesen.

10 Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

Armin Koerfer, Christian Albus

10.1	Partizipation und Emanzipation	469
10.1.1	Demokratie und Autonomie	
10.1.2	Bedeutung und Tragweite der (Non-)Adhärenz	
10.1.3	Concordance als dialogische Verständigung	
10.2	Lebenswelt und Medizin	477
10.2.1	Formen der „Sprachverwirrung“	
10.2.2	Konflikte zwischen Lebenswelt und Medizin	
10.2.3	Strategisches versus kommunikatives Handeln	
10.3	Patientenpräferenzen und evidenz-basierte Medizin	486
10.3.1	Institutionelle und individuelle Handlungsspielräume	
10.3.2	Balance von Evidenzen und Präferenzen	
10.3.3	Aushandlung von Relevanzen und Kompromissen	
10.4	Entscheidungsmodelle und Kommunikationsmuster	498
10.4.1	Wechsel-Modelle von Macht und Kontrolle	
10.4.2	Methodische Probleme der Evaluation	
10.4.3	Komparative Musteranalysen	
10.4.4	Paternalismus und autoritative Ethik	
10.4.5	Dienstleistung und libertäre Ethik	
10.4.6	Kooperation (SDM) und Diskursethik	
10.4.7	Varianten und Mischformen des Entscheidens	
10.5	Die Kunst der ärztlichen Aufklärung	524
10.5.1	Verstehen, Erinnern, Zufriedenheit und Therapietreue	
10.5.2	Probleme und Konzepte der Verständnissicherung	
10.5.3	Transparenz und Dosierung von Informationen	
10.5.4	Informationen und Emotionen	
10.6	Angewandte Medizin- und Diskursethik	537
10.6.1	Autonomie und Partnerschaft	
10.6.2	Rationalität und Symmetrie	
10.6.3	Deliberation im Dialog	544

10.7	Partizipationsbedarf und ärztliche Flexibilität	547
10.7.1	Patiententypen und individueller Partizipationsbedarf	
10.7.2	Die Kunst der Dosierung von Information und Partizipation	
10.7.3	Ärztliche Passungskompetenz bei Modell-Wechsel	
10.7.4	Integration von Lebenswelt und Medizin	
10.8	Zusammenfassung und weiterführende Hinweise	559

Shared decision-making should enable both patient and doctor to state their understanding and preferences, and to come to a decision together about how best to proceed.

Frain, Wearn 2018: 19

Abstract: Einleitend soll begründet werden, warum eine stärkere Patientenbeteiligung bei der medizinischen Entscheidungsfindung nicht nur im Sinne einer *demokratischen* Entwicklung im Gesundheitswesen zu fördern ist, sondern unmittelbar auch für die *Arzt-Patienten-Beziehung* von Vorteil sein kann (§ 10.1). Hier kann die *Mitbestimmung* und *Mitwirkung* des Patienten eine Entlastung für beide Partner darstellen, die das Dauer-Problem der nachweislich mangelhaften „Therapietreue“ (Adhärenz) von Patienten ohne Tabus zum Thema machen und durch offene Kommunikation zur Bewältigung der Gründe und Motive für das mögliche „Fehlverhalten“ beitragen können. Dabei besteht eine Hauptaufgabe für den Arzt darin, den Zusammenprall von *Lebenswelt* und *Medizin* zu verhindern oder doch zumindest zu mildern (§ 10.2), das heißt eine *evidenzbasierte* Medizin (§ 10.3) mit den *lebensweltlich* motivierten *Präferenzen* von Patienten in Einklang zu bringen.

Inwieweit dieser Einklang zwischen der Lebenswelt des Patienten und der Medizin gelingen kann, soll anhand einer Musteranalyse verschiedener Grund-Modelle der Beziehungsgestaltung und Entscheidungsfindung (*Paternalismus, Dienstleistung, Kooperation*) und ihrer Varianten herausgearbeitet und kritisch verglichen werden (§ 10.4). Auch beim neuen Konzept der *partizipativen Entscheidungsfindung* (PEF), das im englischsprachigen Raum als *shared decision making* (SDM) bekannt und diskutiert wurde, ist zunächst von einer *Asymmetrie* der Arzt-Patient-Beziehung auszugehen, die allein schon durch das Hilfeersuchen des eines Partners beim anderen gegeben ist. Zu diesem Zweck gehen sie eine *therapeutische Allianz* ein, in der sie zunächst das

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

Wissensgefälle zwischen den beiden Partnern, die je auf ihre Weise „Experten“ sind, im Aufklärungsgespräch durch wechselseitigen Informationsaustausch überwinden, der beide erst zu einer qualifizierten Mitwirkung bei der Entscheidungsfindung befähigt. (§ 10.5). Im Rahmen einer angewandten *Diskurs-* und *Medizinethik* soll schließlich erörtert werden (§ 10.6), inwieweit die Beziehung zwischen den Akteuren insgesamt so zu gestalten ist, dass sich Arzt und Patient – trotz aller Einschränkungen – bei den Aufklärungs- und Entscheidungsprozessen zwar als *ungleiche*, aber *gleichberechtigte* und *gleichrationale* Partner begegnen. Diese respektieren ihre *Autonomie* gegenseitig in dem Wissen, ohne die aktive Beteiligung und Zustimmung des jeweils anderen Partners nicht erfolgreich sein zu können.

Abschließend (§ 10.7) soll resümiert werden, dass die Kunst einer *flexiblen* ärztlichen Gesprächsführung darin besteht, den individuellen Informations- und Partizipationsbedarf von Patienten nicht nur zu *erkunden*, sondern auch zu *wecken* und in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess möglichst so zu erweitern, dass die letztlich getroffene Entscheidung mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten im Einklang steht.

10.1 Partizipation und Emanzipation

Die Entwicklung zum „mündigen“ Patienten muss sich nicht gegen die Medizin durchsetzen, sondern kann im Interesse und Einklang mit dem ärztlichen Handeln gefördert werden. Die aktive *Teilnahme* und *Mitwirkung* des Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung ist nicht nur als eine *demokratische* Errungenschaft, sondern als eine günstige Voraussetzung für eine spätere „Therapietreue“ (*Adhärenz*) bei Behandlungsmaßnahmen zu sehen. In dieser Hinsicht kommt die *Emanzipation* des Patienten dem ärztlichen Handeln entgegen, das allerdings gegenüber dem Patienten bestimmte Verpflichtungen zur *Transparenz*, *Information* und *Partizipation* eingehen muss.

10.1.1 Demokratie und Autonomie

Mit dem Konzept des „mündigen Patienten“, das von der Grundidee des „mündigen Bürgers“ in einer demokratischen Gesellschaft abgeleitet ist,

wird besonders das Recht auf *Information* und *Selbstbestimmung* gerade auch im Fall der Erkrankung betont. Die *Aufklärung* und *Teilhabe* des Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung werden nicht länger als fakultative, sondern als obligatorische Bestandteile der Arzt-Patient-Beziehung gesehen, deren traditionelle, paternalistische Ausprägung sich angesichts gesellschaftlicher Entwicklungen und Fortschritte in der Medizin überholt hat.

Hier lassen sich mit Gigerenzer und Gray (2013) drei Entwicklungsstufen der „Professionalisierung der Medizin“ mit direkten gesellschaftlichen Auswirkungen unterscheiden: Während im 19. Jahrhundert der Gesundheitszustand der Bevölkerung in den Industriestaaten vor allem durch sauberes Wasser, mehr Hygiene und durch gesündere Ernährung verbessert werden konnte, war im 20. Jahrhundert der technisch-wissenschaftliche Fortschritt der Medizin entscheidend, etwa durch die Möglichkeiten der Bekämpfung von Leukämie im Kindesalter oder durch den Einsatz von künstlichen Hüftgelenken. „Darüber hinaus wurden immense Ressourcen in die Erweiterung der Krankenversorgung, die medizinische Berufsausbildung und die Organisation des Gesundheitswesens investiert. Diese zweite Reform schuf ein mächtiges Versorgungsmanagement“ (2013: 27). Diese Entwicklung führte aber nach Gigerenzer und Gray (Box 10.1) noch nicht per se zu „gut unterrichteten Patienten“, wozu jetzt im 21. Jahrhundert eine „dritte Revolution des Gesundheitswesens“ erforderlich wäre.

Box 10.1 Demokratie und dritte Revolution des Gesundheitswesens

Das 20. Jahrhundert wurde zum Zeitalter des Arztes, der Kliniken und der Industrie. Gut unterrichtete Patienten waren nicht das primäre Ziel der zweiten Revolution (...) Jetzt brauchen wir eine dritte Revolution des Gesundheitswesens. Während die erste klares Wasser brachte, sollte die dritte klare Informationen bringen. Sie sollte das 21. Jahrhundert in ein *Jahrhundert des Patienten* verwandeln – ein wirklich demokratisches Ideal. Staatsbürger haben das Recht, die grundlegenden Tatsachen zu kennen, und sie haben eine Verantwortung, Entscheidungen über ihre Gesundheit auf der Grundlage der besten verfügbaren Evidenz zu treffen. Wir stellen uns ein gesundes Gesundheitssystem vor als eine Demokratie, in der Wissen auf alle Gesellschaftsschichten verteilt ist.

Gigerenzer, Gray 2013: 27, Hervorhebungen im Original

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

Die Stärkung der Patientenrechte im Sinne einer Aufklärung und Beteiligung bei der Entscheidungsfindung ist eine demokratische Grundidee, die wesentlich auf die *Autonomie* des Patienten abzielt. Wie noch auszuführen sein wird (§ 10.4,10.6), ist diese Autonomie keineswegs mit *Autarkie* eines Patienten zu verwechseln, der seine Entscheidung ohne oder gar gegen den Arzt durchsetzen könnte, ohne die Beziehung zu gefährden.

Ihre Autonomie können Patienten nur mit einer entsprechenden *Gesundheitskompetenz* wahrnehmen, die durch ärztliches Handeln in einem fortlaufenden Informationsprozess zu vermitteln ist (§ 10.5). So ist zunächst durch eine Basis-Information der Patient in die Lage zu versetzen, weitere für ihn relevante Fragen zu stellen, durch deren Beantwortung Ärzte zu einer weiteren Kompetenzförderung des Patienten im Sinne einer „qualifizierten“ Partizipation beitragen (*empowerment*), die schließlich eine „gemeinsame Entscheidung auf Augenhöhe“ erlaubt.

Gerade weil sie gemeinsam getroffen wurde, kann die Entscheidung auch in gemeinsamer Verantwortung getragen werden, was eine allererste Voraussetzung für einen Therapieerfolg ist. Dieser kann allerdings schon durch mangelnde „Therapietreue“ (*Adhärenz*) gefährdet werden, wenn Patienten bei der Entscheidungsfindung eben nicht hinreichend aufgeklärt und beteiligt wurden.

10.1.2 Bedeutung und Tragweite der (Non-)Adhärenz

Die Stärkung der Patientenrechte durch Aufklärung und Beteiligung bei der Entscheidungsfindung ist im Sinne der *demokratischen* Grundidee ein allgemeiner Begründungsstrang in Richtung auf eine Reform des Gesundheitswesens. Darüber hinaus ist der gut informierte und beteiligte Patient auch aus spezifisch innermedizinischer Perspektive die beste Voraussetzung für den Erfolg einer Behandlungsmaßnahme, die vom Arzt und Patient gemeinsam beschlossen und getragen wird. Umgekehrt würde ein „unmündig“ gehaltener Patient alsbald zum „schwierigen“ Patienten werden, der noch längst nicht tut, was der Arzt entsprechend seiner *Anordnungen* oder *Verordnungen* von ihm erwartet. Hier gerät ein *paternalistischer* Behandlungsansatz zunehmend in die Krise, unter der schließlich beide Akteure zu leiden haben: Obwohl die Bevormundung des Patienten durchaus fürsorglich, weil als Entlastung gemeint sein kann, ist bei einem Mangel an Information und Beteiligung

an der Entscheidungsfindung eher mit einer ungenügenden „Therapieeinsicht“ zu rechnen, die oft zu einem Mangel an „Therapietreue“ führt.

Dieses „Fehlverhalten“ des Patienten wurde aus innermedizinischer Sicht zunächst mit dem älteren Begriff der *(Non-)Compliance* erfasst, Demgegenüber hat sich inzwischen der Begriff der *(Non-)Adherence* etabliert, mit dem gelegentlich schon ein Paradigmenwechsel verbunden wird (Sandman et al. 2012). Im Allgemeinen wird mit dem Begriff der *Non-Adhärenz* ein weniger paternalistisches Konzept der Arzt-Patient-Beziehung zugrunde gelegt (Martin, DiMatteo 2014, Martin 2014, Albus, Matthes 2014, Matthes, Albus 2014). Trotz aller Unterschiede, die auch Martin betont (Box 10.2), werden beide Begriffe in der Forschung auch weiterhin nebeneinander benutzt. Wenn es im Kontext nicht anders vermerkt wird, soll hier der Begriff der *Non-Adhärenz* präferiert werden, weil er dem Konzept einer partizipativen Entscheidungsfindung eher gerecht wird.

Box 10.2 *Compliance versus Adherence*

The terms *adherence* and *compliance* are often used interchangeably, although there is steady movement toward a preference for the former. Both terms describe doing (or avoiding) behaviors that have been recommended in order to improve health (...) *Compliance*, although it also describes carrying out recommended health behaviors is subtly different in that it implies a more paternalistic interaction between clinician and patient. *Adherence* seems to do a better job of focusing necessary attention on the interactive and collaborative nature of the relationship between patients and clinicians.

Martin 2014: 9

Darüber hinaus werden (Sub-)Typen einer mangelhaften „Therapietreue“ (*Non-Adhärenz*) danach unterschieden, ob ein Patient von vornherein *intendiert*, die verschriebenen Medikamente nicht einzunehmen (*primäre Non-Adhärenz*) oder ob er später (*sekundär*) etwa eine Meinungsänderung vollzieht und die Therapie dauerhaft abbricht (*Non-Persistenz*) oder ob er die Medikamente etwa unregelmäßig (*selektiv*) („drug holidays“) einnimmt, wobei der Patient (*nicht-intentional*) trotz „bester Absichten“ einfach „vergesslich“ sein oder die „vielen“ Medikamente zunehmend „verwechseln“ kann usw. (Martin 2014, Albus, Matthes 2014, Matthes, Albus 2014). Die mangelhafte Therapietreue kann sich insgesamt also in sehr verschiedenen Formen manifestieren,

die sich der bewussten Kontrolle durch den Patienten mehr oder weniger entziehen können.

Ungeachtet der spezifischen Sub-Typen ist die faktische Non-Adhärenz von Patienten mit enormen Folgen für ihre individuelle Gesundheit sowie für die Gesellschaft insgesamt verbunden. Die *subjektive* und *objektive* Tragweite der Non-Adhärenz in der Medizin ist inzwischen durch qualitative und quantitative Untersuchungen hinreichend dokumentiert. So gehen Gesamtschätzungen allein der ökonomischen Kosten für die USA von weit über 100 Milliarden Dollar aus (O'Connor 2006, Martin, DiMatteo 2014). Die Non-Compliance bedeutet für die Patienten oft eine Verlängerung oder gar Verschlimmerung ihres subjektiven Leidens: Je nach Art der Erkrankung (Herzinfarkt, Diabetes, Hypertonie) muss objektiv mit einem deutlich erhöhten Gesundheits- bzw. Mortalitätsrisiko gerechnet werden (Osterberg, Blaschke 2005, Sokol et al. 2005, Munger et al. 2007, Ho et al. 2009, Tamblyn et al. 2010, Desai, Choudhry 2013, Martin 2014, Albus, Matthes 2014, Matthes, Albus 2014). In all diesen Fällen verfehlt die ärztliche Anordnung oder Verordnung ihre intendierte Wirkung, die der Patient durch seine Non-Adhärenz unterläuft, was auch aus der Sicht des Arztes als „Fehlverhalten“ mit selbstschädigenden Folgen für den Patienten beklagt werden mag.

Auf die spezifischen Probleme des Verordnungsgesprächs gerade bei Neuverordnung von Medikamenten wird noch gesondert einzugehen sein (§ 26). Ebenso kontraproduktiv mag allerdings auch das Verweigerungsverhalten vor *diagnostischen* oder *operativen* Maßnahmen eingeschätzt werden, wenn Patienten trotz getroffener Vereinbarung kurzfristig „abspringen“, weil ihnen „plötzlich doch Bedenken gekommen“ seien usw. Hier hat die notwendige Patientenaufklärung (§ 10.5, 39) offenbar nicht hingereicht, um die Motivation des Patienten zu verstetigen. Mangelhafte Motivation und entsprechendes Fehlverhalten lassen allerdings auf Störungen in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient schließen, ohne dass diese Störungen schon hinreichend analysiert wären.

10.1.3 Concordance als dialogische Verständigung

So sehr das Ausmaß der Non-Adhärenz und ihre Folgelasten inzwischen vielfältig untersucht sind, so wenig können die Ursachen dieses „Fehlverhaltens“ bisher als geklärt gelten. Dabei kann dieses Fehlverhalten nicht einseitig der bloßen „Unvernunft“ von Patienten zugeschrieben

werden, die es im individuellen Einzelfall sicher auch geben wird (§ 10.6). Vielmehr muss eine mögliche Non-Adhärenz der Art der Beziehung zwischen Arzt und Patient selbst angelastet werden, zwischen denen offenbar die Kommunikation *vor*, *während* oder *nach* einer medizinischen Entscheidung „fehlerhaft“ oder „missverständlich“ gewesen oder „dysfunktional“ verlaufen oder auch nur einfach „zu kurz“ gekommen sein kann (Langewitz et al. 2002, Weiss, Britten 2003, Pollock 2005, Koerfer et al. 2005, 2008, Weber et al. 2009, Schirmer et al. 2009, Heritage 2011, Keller, Sarkar, Schillinger 2014, Richard, Lussier 2014, Koerfer, Albus 2015). Um das spätere Fehlverhalten ihrer Patienten zu verhindern, ist bereits in der Sprechstunde eine spezifische Professionalität von Ärztinnen und Ärzten gefragt, die über kognitive, emotive und kommunikative Kompetenzen verfügen müssen (§ 3.2), um etwa Abwehrformen („Widerstände“) ihrer Patienten gegen diagnostisch-therapeutische Maßnahmen rechtzeitig (*rezeptiv*) zu erkennen und (*aktiv*) durch *explorative*, *empathische* und *informative* Interventionen die Einsicht von Patienten in die Notwendigkeit der Therapietreue patientengerecht zu fördern.

Entsprechend sollte der Forschungsfokus nicht nur auf die Non-Adhärenz von Patienten *nach* der ärztlichen Konsultation gerichtet werden, wenn fast „alles zu spät“ ist, sondern die Aufmerksamkeit sollte gegenständlich vorverlegt werden, nämlich auf die (*Störungen und Defizite der*) *Kommunikation* zwischen Arzt und Patient selbst, in der schließlich die Bedingungen für das spätere „Fehlverhalten“ der Patienten angelegt sind.

Die angeführten Zahlen zur nachweislich weiterhin hohen Non-Adhärenz sprechen eine deutliche Sprache in Richtung auf einen Reformbedarf, die Kommunikation zwischen Arzt und Patient gerade bei der Entscheidungsfindung zu verbessern: Die Non-Adhärenz ist vor allem deswegen ein kommunikatives Problem, weil die Faktoren, die für das spätere Fehlverhalten von Patienten von Belang sind, zuvor nicht ausreichend kommuniziert wurden. Die Hauptquelle der Ursachen für die Non-Adhärenz ist und bleibt also die ärztliche „Sprechstunde“, in der zuvor alles Relevante ohne Tabus „besprochen“ werden muss.

Mit dieser Fokussierung auf die Kommunikation hat sich auch ein neues begriffliches Konzept etabliert, nach dem von einer hinreichenden Übereinstimmung („Concordance“) zwischen Arzt und Patient auszugehen ist, die eine wesentliche Voraussetzung für das intendierte Verhalten (*Adhärenz*) des Patienten ist (Weiss, Britten 2003, Stevenson et al. 2004, Stevenson, Scambler 2005, Pollock 2005, Bylund 2011, Bezreh et

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

al. 2012). Nach dieser Auffassung (Box 10.3) können sich Patienten zwar weiterhin *non-compliant* oder *nicht-adhären*t verhalten, sie können aber nicht *non-concordant* sein. Das Kriterium der *(Non-)Concordance* kann nur für die Kommunikation zwischen den beiden Partnern geltend gemacht werden.

Box 10.3 *Non-Adherence* und *Non-Concordance*

Concordance is fundamentally different from either compliance or adherence in two important areas: it focusses on the consultation process rather than on a specific patient behaviour, and it has an underlying ethos of a shared approach to decision making rather than paternalism. Concordance refers to a consultation process between a health care professional and a patient. Compliance refers to specific patient behaviour: did the patient take the medicine in accordance with the wishes of the health care professional? For this reason it is possible to have a non-compliant (or non-adherent) patient. It is not possible to have a non-concordant patient. Only a consultation or discussion between the two parties concerned can be non-concordant.

Weiss, Britten 2003: 493

Die Verantwortung für spätere Verhaltensprobleme des Patienten (im Sinne von *Non-Adhärenz*) wird diesem also nicht länger allein, sondern beiden Partnern bereits im vorausgegangenen Kommunikationsprozess zugeschrieben, bei dem die Schwierigkeiten des Patienten, sich entsprechend der gemeinsam beschlossenen medizinischen Maßnahme (Diät, Sport, Medikamenteneinnahme usw.) auch zu verhalten, offenbar nicht genügend antizipiert, thematisiert und reflektiert wurden. Solange sich allerdings medizinische Maßnahmen auch gut korrigieren oder modifizieren lassen, wie etwa bei der Dosierung von Medikamenten, können sie erneut Gegenstand von *Aushandlungsprozessen* werden, in denen zwischen Arzt und Patient durchaus *Kontroversen* ausgetragen werden können.

Mit dem Begriff und Konzept der *Concordance* (Box 10.4) wird zwar ein *dialogisches*, keineswegs aber ein bloß *harmonisches* Verfahren der Verständigung unterstellt, sondern es sollen gerade Konflikte eingeräumt werden, die in den unterschiedlichen Einstellungen und Interessen der Beteiligten begründet sein können, die einen Kompromiss erschweren.

Box 10.4 *Concordance* als potentiell kontroverser Aushandlungsprozess

Concordance is based on the idea that health care practitioners and patients should work towards a mutual understanding about medicine taking and the development of a therapeutic alliance. Fundamental to the concept of concordance is that there is an open exchange of beliefs about medicines upon which both prescribing and medicine-taking decisions may then be based. Thus concordance seeks to make patient participation explicit.

The exchange of beliefs and views by both health care professionals and patients may result in an agreement to differ over treatment choices but the key issue is that all the participants in the consultation are aware of differences where they exist. This awareness may then be used as the basis for joint negotiation or compromise over the final outcome. Thus concordance seeks to make apparent potential areas of disagreement and conflict.

Stevenson, Scambler 2005: 13

In dem gemeinsamen Aushandlungsprozess (*joint negotiation*) können Konflikte zwischen Arzt und Patient also sowohl überwunden als auch verschärft werden, was die „therapeutische Allianz“ auf eine ernste Probe stellen mag. Kann ein Konflikt nicht zufriedenstellend gelöst werden, kann die Beziehung auch einvernehmlich aufgelöst werden, sofern es sich nicht um eine Notfallversorgung handelt. Eine rational begründete Trennung erschöpft sich dann im Konsens über einen Dissens, der sich für die Teilnehmer erkennbar nicht mehr ausräumen lässt (prinzipielle Non-Concordance). Mitunter enden Konflikte auch in einem abrupten Beziehungsende, das durch den Patienten mit einem Arztwechsel de facto vollzogen wird (§ 19.6), ohne dass dies zuvor angekündigt worden wäre.

Wie die Erfahrung lehrt und an Beispielen noch zu zeigen sein wird, sind Kontroversen zwischen Arzt und Patient nicht gerade selten, wenn sie auch nicht immer offen zutage treten. Die Kontroversen werden in unterschiedlichen Teilnehmerrollen ausgetragen, die nicht zuletzt auf dem Unterschied zwischen der professionellen, medizinischen Perspektive des Arztes und der laienhaften, lebensweltlichen Perspektive des Patienten beruhen. Um die vielen Varianten der beschriebenen Non-Adhärenz von Patienten zu vermeiden oder doch zu mildern, muss hier ein *dialogischer* Ausgleich zwischen der *Medizin* und der *Lebenswelt* gefunden werden, bei dem alle relevanten Probleme aus beiden Teilnehmerperspektiven zum Thema gemacht und zunächst ergebnisoffen

ausgehandelt werden, bis eine Entscheidung hinreichend einvernehmlich getroffen werden kann.

10.2 Lebenswelt und Medizin

Neben banalen Problemen des Verstehens und der Verständigung, wie sie auch für alltägliche und institutionelle Kommunikation gleichermaßen charakteristisch sind, gibt es zwischen Arzt und Patient grundsätzliche Probleme des *Aneinander-Vorbeiredens*, die schon von Balint charakterisiert und von Mishler im Anschluss an Habermas als Konflikte zwischen der *Lebenswelt* und der *Medizin* systematisch beschrieben wurden. Diese Konflikte können in einem ersten Schritt nur durch besseres *Zuhören* und eine patientengerechte *Information* und *Aufklärung* sowie schließlich durch eine stärkere *Beteiligung* bei der Entscheidungsfindung überwunden werden.

10.2.1 Formen der „Sprachverwirrung“

Schon bei oberflächlicher Betrachtung von Art-Patient-Gesprächen fällt auf, wie häufig beide Interaktionspartner sich missverstehen, indem sie grundsätzlich *aneinander vorbeireden*, und dadurch in mehr oder weniger bewusste Kontroversen geraten, aus denen sie sich kaum wieder befreien können. Diese Phänomene des *Missverstehens* hat Michael Balint in seiner typischen Art der Einzelfallbesprechungen in Ärzte-Gruppen herausgearbeitet, in denen die Fall-Analysen die typischen Probleme der Alltagsversorgung offenlegen sollten (vgl. zur spezifischen Balint-Arbeit z.B. Rosin 1989, Koerfer et al. 2004, Cataldo et al. 2005, Adams et al. 2006, Herzog 2013). Aus der Vielzahl der Fälle seien exemplarisch zwei Berichte und Analysen lediglich in ihrer Quintessenz angeführt.

Im ersten Fall klagt ein Patient nach einem Arbeitsunfall, der gut überwunden schien, geraume Zeit später „über Schmerzen in der ganzen Brust vorn, im unteren Teil des Rückens, im rechten Bein, und der rechten Hand; er erklärte die Schmerzen würden immer schlimmer“ (Balint 1964/1988: 42). Nach gründlicher eigener Untersuchung des Arztes schickt dieser den Patienten zu weiteren Untersuchungen zu Spezialisten in die Klinik mit dem Ergebnis, „daß man nichts haben können und daß man den Patienten einem Psychiater vorstellen“

wollte“ (ebd.). Der sich dann anbahnende Konflikt (Box 10.5) könnte nach Balint „vielleicht verhindert werden, wenn die Ärzte sich dessen bewusst wären, dass die Diagnose „Ihnen fehlt nichts“ keine Antwort auf die brennende Frage des Patienten nach einem Namen für seine Krankheit ist“ (47). Obwohl der Konflikt „von beiden Seiten nicht voll erkannt“ wird, können aber beide „wissen und fühlen, daß ihre Beziehung gespannt ist“ (47f). In diesem Fall halfen auch weitere Untersuchungsangebote des Arztes (für eine andere Klinik) nicht weiter, die der Patient ablehnte.

Box 10.5 *Gefährliche Sprachverwirrung („Ihnen fehlt nichts“)*

(Es ist) klar, dass zwischen Patient und Doktor ein Mißverständnis herrscht. Das brennende Problem des Patienten bleibt ungelöst, seine Bitte um einen Namen für seine namenlose, besorgniserregende Krankheit wird nicht beantwortet, d. h. sein „Angebot“ wird abgelehnt (...) Statt dessen wird ihm die fragwürdige Beruhigung gegeben, dass ihm nichts fehle, gekrönt durch das „Gegenangebot“ einer zweiten Serie unangenehmer Untersuchungen, sowie ein vages und nicht völlig realistisches Versprechen, dass ihm geholfen werden würde. So herrscht also eine gefährliche Sprachverwirrung: jeder der Beteiligten spricht seine Sprache, die der andere nicht versteht und nicht verstehen kann. Eine solche Situation muss zwangsläufig zu Widerspruch, Enttäuschung, ja oft sogar zu offener Ablehnung und zu Kämpfen führen. In diesem Fall kam es also zur offenen Kontroverse.

Balint 1964/1988: 48

Der Konflikt ist typisch für Fälle, in denen Patienten mit einer Diagnose dieses Typs („Ihnen fehlt nichts“ oder „Sie haben nichts“) konfrontiert werden, ohne dass der spezifisch medizinische „Sinn“ dieser Art von Diagnose, die von ärztlicher Seite oft als „ohne organischen Befund“ gemeint ist, weiter „übersetzt“ und in der Sprache des Patienten verständlich formuliert wird, d.h. in sein Alltagsverständnis seiner Erkrankung integriert werden kann. Insbesondere am Beispiel der „somatoformen Störungen“ (§ 32) wird dieses Problem im Detail behandelt und mit Anwendungsbeispielen für eine *tangentiale* Gesprächsführung (§ 3, 17) weiter ausgeführt.

In einem weiteren Fall (Box 10.6) stellt Balint Probleme des Verstehens und der Verständigung dar, die zwar nicht zu einem offenen Konflikt führen, aber die Arzt-Patient-Beziehung gleichwohl belasten. Hier

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

kommt es zunächst zu einer „Sprachverwirrung“, die sich erst später auflösen kann: Die beiden Partner müssen solange „aneinander vorbeireden“, bis der Arzt schließlich doch noch erkennt, dass sein Patient einen anderen Konsultationsgrund verfolgt, als er dies zunächst lange unterstellt hat.

Box 10.6 *Sprachverwirrung: Aneinander-Vorbeireden*

Da ist zuerst die getreue Beschreibung der Sprachverwirrung zwischen Doktor und Patient. Der Doktor denkt, daß sich der Patient wegen eines eventuellen Krebsleidens Sorgen macht und versucht ihn darüber zu beruhigen. Er konnte dies in diesem Fall mit bestem Gewissen tun, da er bei sorgfältiger Untersuchung nicht das geringste verdächtige Zeichen fand. Den Patienten berührt das aber gar nicht, er macht sich offenbar keine Sorgen wegen Krebs und kann deswegen nicht beruhigt werden. Dennoch kann der Arzt, wegen seiner erlernten Methoden und vorgefaßten Ideen, nicht „hören“ und fährt in seinen beruhigenden Reden fort. In diesem Aneinander-Vorbeireden wird eine gute halbe Stunde vergeudet (...) Nach der „Beruhigung“ wollte der Doktor die Untersuchung damit beenden, dass er den Patienten seine üblichen Tabletten verschrieb. Da, als alle medizinischen Fragen und beruhigenden Reden schwiegen und eine kurze Stille eintrat, begann der Patient seinem Arzt, zu dem er vertrauen hatte, etwas zu sagen. Der Doktor war aber immer so geschäftig, daß er nicht ordentlich zuhören konnte. Dennoch war er sensitiv genug, um doch die Ohren zu spitzen, so daß er etwas Wichtiges mitbekam (...) Nun ist es wohl sicher, daß das wahre Problem, daß diesen Mann veranlaßte, ärztliche Hilfe aufzusuchen, seine Furcht vor dem Altern war.

Balint 1964/1988: 179f

Wie wir aus dem Bericht weiter erfahren können, gab es eine Vorgeschichte des Patienten, nach der in dessen Familie viele Mitglieder an Arthritis litten, so dass in diesem Kontext die 19-jährige Tochter des Patienten ihn mit den Worten zum Arztbesuch motiviert hatte: „Du musst jung bleiben, Daddy, geh doch mal zum Arzt!“ (179). Dies zu erzählen, war dem Patienten offenbar erst unter den Bedingungen der fortgeschrittenen Sprechstunde und nach einer „kurzen Stille“ (s.o.) möglich, was den behandelnden Arzt im Nachhinein zu einem (selbst-)kritischen Resümee (Box 10.7) veranlasste.

Box 10.7 *Erzählung einer „scheinbar unbedeutenden Sache“*

Ich denke, daß der Mann mir, wenn ich ein Fremder gewesen wäre, diese scheinbar unbedeutende Sache, nämlich daß seine Tochter ihn schickte, nicht erzählt hätte. Nur weil ich ihn schon so gut kannte, ließ er das durchblicken, er hätte ja auch denken können, es sei zu dumm, um es dem Doktor zu erzählen. Aber er konnte es nicht gleich zu Anfang erzählen, er musste es sich bis zum Schluss aufsparen.

Balint 1964: 181f

Der Fall lässt deutlich werden, was in Sprechstunden häufig „unausgesprochen“ bleibt, weil die Gesprächsbedingungen vom Arzt entsprechend ungünstig gehalten werden, sei es, weil er ein „schlechter“ Zuhörer ist, der Gesagtes überhört oder ignoriert, oder weil er die Chancen für Patientenerzählungen durch eigenes Reden verstellt. Hier sind erneut die kommunikativen *Kompetenzen* von Ärzten gefragt (§ 3, 9, 17, 19) etwa durch *aktives Zuhören* den Patienten zu *Erzählungen* zu *stimulieren*, die spezifische Informationen zur Weiterbehandlung zutage fördern helfen, deren *Relevanz* sich sowohl aus *lebensweltlicher* Perspektive wie auch *medizinischer* Perspektive stellt. Die dazu nötige *Kunst* des ärztlichen *Zuhörens* hat Balint in seinen Fall-Berichten immer wieder hervorgehoben (§ 9), worauf wir ebenso wiederholt mit Beispielanalysen im Praxisteil (§ 19-22, 24-25) zurückkommen werden.

10.2.2 Konflikte zwischen Lebenswelt und Medizin

Die Probleme des Verstehens und der Verständigung zwischen Arzt und Patient sind von Elliot G. Mishler als systemische Konflikte zwischen der Lebenswelt und der Medizin untersucht worden. Unter Rekurs auf Ansätze von Alfred Schütz, einem Klassiker der Verstehenden Soziologie, und des Philosophen Jürgen Habermas, dessen „Theorie des kommunikativen Handelns“ vorausgehend ausführlich dargestellt wurde (§ 7.3, 7.5), hat Mishler (1984) das Verständigungsproblem zwischen Arzt und Patient im Wesentlichen als das Problem konfligierender „Stimmen“ der Lebenswelt und der Medizin beschrieben. Dabei wird die Hauptkonfliktlinie aus dem Interessengegensatz von Patient und Arzt erklärt, der sich aus einem spezifischen Rollenkonflikt zwischen Laien und Experten ergibt: Aus einer (falsch verstandenen) ärztlichen Professionalität heraus wird vom Arzt versucht, die lebensweltliche Stimme des Patienten

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

ten als Störfaktor der medizinischen Behandlung möglichst zu *unterdrücken*, wobei er sich hierzu der unterschiedlichsten Kommunikationsmittel zur Relevanzhochstufung und -rückstufung von Patientenangelegenheiten bedienen kann (vgl. Koerfer et al. 1994, 2000, Koerfer, Köhle 2007, 2009, Köhle, Koerfer 2011, Barry et al. 2001). Auf diesen Aspekt der ärztlichen *Relevanzsetzung* von verbalen Patientenangeboten werden wir noch gesondert (§ 17.4) mit vielen Beispielen (§ 19-22, 24-25) zurückkommen.

Hier soll zunächst die Kritik von Mishler (1984) (Box 10.8) an der *Dominanz* und *Kontrolle* der medizinischen „Stimme“ gegenüber der lebensweltlichen „Stimme“ von Patienten angeführt werden, die von ihren Ärzten fortlaufend „unterbrochen“ werden - ein faktisches Verhältnis, das es programmatisch im Sinne einer *humanen* Versorgung in der Analyse und Praxis umzukehren gilt:

Box 10.8 „Voice of medicine“ versus „Voice of the lifeworld“

Physicians' control of structure is matched by their control of content. The relevance and appropriateness of information is defined through what physicians choose to attend to ask about. This bounded domain of relevance is summarized as the voice of medicine. Occasionally, the flow of the interview is „interrupted“ by the „voice of the lifeworld“ when patients refer to the personal and social contexts of their problems. Physicians rapidly repair such disruptions and reassert the voice of medicine (...)

If we wish to break free of the voice of medicine, to open up new perspectives that would help us understand how to change a pattern of coercive medical care to more humane practice, then we have to begin again in a different way. In order to do this, the analysis must be inverted; the relations between the voices of medicine and the lifeworld must be reversed. In this way, the voice of medicine may be understood as an interruption of the voice of the lifeworld.

Mishler 1984: 95, 98

Diese methodische Umkehrperspektive ist von Mishler (1984) bereits an vielen empirischen Beispielen demonstriert worden, an denen er auch aufzeigt, wie sich Ärzte von ihren Patienten „unterbrechen“ lassen sollten, um ihre lebensweltlichen Belange produktiv zu integrieren. Bevor diese Perspektive für unsere empirischen Gesprächsanalysen übernommen wird, sollen in einem didaktischen Überblick die wesentlichen theoretischen Bestimmungen für eine analytische Betrachtung des Kon-

flikts zwischen den „Stimmen“ der Medizin und der Lebenswelt in einem Schaubild (Abb. 10.1) *kontrastiv* zusammengestellt werden.

Diese vereinfachende Darstellung, auf die hier in mehreren Schritten dieses Lehrbuchs Bezug genommen werden soll, wurde so oder so ähnlich auch in der Lehre und Fortbildung (als „Tafelbild“) in unserer Klinik verwendet, unter weiteren Erläuterungen und Ergänzungen in der Diskussion. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der kommunikationstheoretische und philosophische Ansatz von Jürgen Habermas (§ 7.3, 7.5) und der darauf aufbauende verstehens- und sprachsoziologische Ansatz von Elliot Mishler inzwischen eine vielfache Rezeption mit reichenhaltigen Anwendungsvarianten gerade auch in der medizinischen Forschung erfahren haben (Koerfer et al. 1994, 2000, Scambler (ed.) 2001, Barry et al. 2001, Stevenson, Scambler 2005, Sandman, Munthe 2010, Walseth, Schei 2011, Bezreh et al. 2012, Harvey, Koteyko 2013, Labrie, Schulz 2014). Gegenüber diesem vielfältigen Spektrum können die folgenden kommentierenden Anmerkungen zum Schaubild (Abb. 10.1) bestenfalls Anregungen zur weiteren Lektüre (von Auszügen) von Texten der „Klassiker“ sein, die wir auch in unseren (Fortbildungs-)Kursen (§ 13-14) als „Theoriestücke“ einfließen lassen. Hier sei auch auf unsere Darstellung der „Theorie des kommunikativen Handelns“ von Habermas (§ 7.3, 7.5) rückverwiesen.

10.2.3 Strategisches versus kommunikatives Handeln

Obwohl in der ärztlichen Praxis zwar immer wieder Mischformen praktiziert werden, kommen die prinzipiell möglichen Konflikte zwischen der Lebenswelt und Medizin dadurch in den Blick, dass man im Sinne von Habermas und Mishler die alternativen, idealtypischen Extremfälle in der Interaktion mit dem Patienten vergleicht (Abb. 10.1). Die konfligierenden „Stimmen“ der Medizin und der Lebenswelt sind hier extremtypologisch kontrastiert, um den Fokus jenseits aller möglichen („milderen“) Mischformen in der Alltagspraxis auf die wesentlichen Konfliktlinien in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient lenken zu können.

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

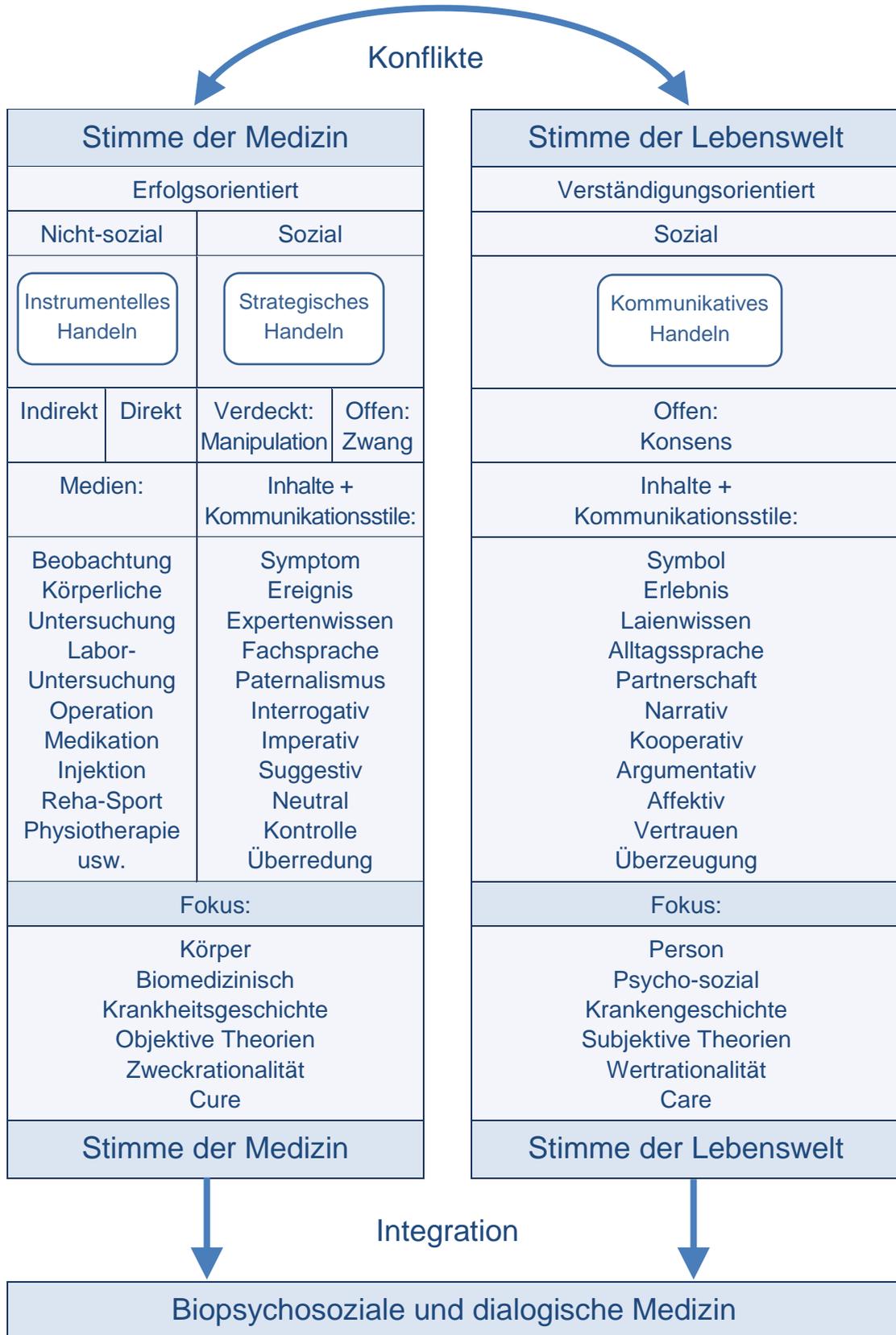


Abb. 10.1: Konflikte und Integration von Lebenswelt und Medizin

So hat auch Habermas selbst mehrfach (z.B. 1981: Bd.1: 443, Bd.2: 462) auf die Notwendigkeit von empirischen Studien verwiesen, um etwa einen „strategischen“ von einem „verständigungsorientierten Sprachgebrauch“ hinsichtlich ihrer Dominanz in einem bestimmten Gesprächstyp zu unterscheiden. Hier ist die von Habermas selbst gestellte Frage nach der „relativen Gewichtung“ vor allem eine „empirische Frage“, die allerdings bei Formen der institutionellen Kommunikation, also etwa vor Gericht, in der Schule oder Sprechstunde eben differenziert zu beantworten ist (Koerfer 2013). Bestimmte Mischformen bei der medizinischen Entscheidungsfindung, wie sie auch in der Forschung unterschieden werden, sollen später (§ 10.4) berücksichtigt werden.

Gegenüber dem Modell einer wesentlich *kommunikativen Verständigung*, in der sich Arzt und Patient bei aller Asymmetrie einer Helferbeziehung als *gleichrationale* und *-berechtigte* Partner begegnen und zu einer *partnerschaftlichen* Entscheidungsfindung in gemeinsamer Verantwortung kommen (§ 10.4, 10.6), muss in der Praxis mit anderen, mehr oder weniger restriktiven Handlungskonzepten einer ärztlichen Versorgung gerechnet werden, die sich wiederum in zwei Grundvarianten (Abb. 10.1) manifestieren können:

- Zum einen kann die ärztliche Handlungspraxis in ihrer *nicht-sozialen* Orientierung an Patienten als körperlichen *Objekten* auf wesentlich *instrumentelles* Handeln reduziert werden. Dies ist etwa auf unterschiedliche Weise bei der körperlichen Untersuchung oder bei einer Magenspiegelung oder beim Röntgen oder einer Operation möglich. Dazu findet oft eine Arbeitsteilung zwischen Ärzten statt, bei der die einen primär *instrumentell* und die anderen primär *kommunikativ* beteiligt sind. So wäre es aus Patientensicht zwar auch wünschenswert, dass die Aufklärung vor einer Operation und die Operation selbst wie schließlich auch die Nachbesprechung durch denselben Arzt durchgeführt wird, was aber oft nicht der Fall ist.
- Zum anderen kann ärztliches Handeln zwar *sozial* am Patienten als *Person* und dadurch als *Subjekt* orientiert sein, mit dem sich der Arzt in der Sprechstunde auch verbal austauscht. Dabei kann sich der Arzt aber wesentlich auf *strategisches* Handeln verlegen, indem er durch seine Art der *interrogativen* Anamneseerhebung alle lebensweltlich orientierten Erzählansätze seiner Patienten unterdrückt, was möglicherweise bis zur perver-

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

tierten Form eines „Verhörs“ führt (§ 9, 19). Ebenso kann der Arzt bei der Aufklärung die *subjektiven* Krankheitstheorien seiner Patienten (i. S. v. Watzlawick et al. 1967/2011) (§ 7.4) *ignorieren* oder *verwerfen*, um dann seine *objektiven* Theorien *belehrend* dagegenzuhalten. Weiterhin kann der Arzt dann bei der Entscheidungsfindung mit seinem *strategischen* Handeln etwa nach dem *Paternalismusmodell* mehr oder weniger *offen* auf *Zwang* oder nach dem *Dienstleistungsmodell* mehr oder weniger *verdeckt* auf *Manipulation* setzen (§ 10.4.4-5). Beide Alternativen des strategischen Handelns erscheinen angemessen, solange sich nur der intendierte Erfolg der Behandlung einstellt, die wesentliche Funktionen einer bloß *biomedizinischen* Versorgung erfüllen soll.

Störungen in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient mögen hier solange unbemerkt bleiben oder ignoriert werden, wie lediglich begrenzte *kurative* Zwecke wie etwa in der akuten Versorgung oder im Notfall angestrebt werden, die sich wesentlich auf *instrumentelles* Handeln (Operation, Medikamente usw.) beschränken können, um biomedizinische Teilerfolge zu erzielen. Die Störungen werden jedoch umso stärker zu Buche schlagen, je mehr weitergehende Zielsetzungen verfolgt werden, die langfristig eine aktive Mitarbeit des Patienten verlangen, um etwa auf Dauer die beschriebene Therapietreue (*Adhärenz*) zu erreichen und zu bewahren.

Weitergehende Therapieziele (§ 7) können schließlich mit der Behandlung von Beziehungs- und Kommunikationsstörungen von Patienten selbst zu tun haben, die gegebenenfalls in einer *psychosomatischen Grundversorgung* (§ 15, 24) oder in einer spezifischen *Psychotherapie* (Pawelczyk 2011, Scarvaglieri 2013, Konerding 2015) behandelt werden müssen usw. Spätestens dann wird ein *interrogativer* von einem *narrativen* Interviewstil abgelöst werden müssen (§ 9), mit dem nicht nur *Symptome* und *Ereignisse*, sondern auch *Symbole* und *Erlebnisse* von Patienten in ihren individuellen Kranken- und Lebensgeschichten erfasst werden können.

Bevor wir diese Integrationsperspektive zunächst theoretisch und dann auch an empirischen Beispielen weiter ausführen, soll an dieser Stelle auf unsere Darstellungen zum *biopsychosozialen* Medizin (§ 4) rückverwiesen werden: Dort war im Anschluss an Engel (1979) und von Uexküll, Wesiack (1991, 2011) schon eine Integration der medizinischen und lebensweltlichen Perspektive angestrebt worden. Die Integration war an dem Beispiel der adipösen Patientin erläutert worden, deren

akute Atemnotanfälle vom Arzt in den Kontext ihrer Trennungsängste gestellt worden waren, die sich aus Anlass des sozialen Ereignisses, dass ihr Sohn aus der gemeinsamen Wohnung auszieht, zum Erleben von Todesängsten gesteigert hatten. Hier war deutlich geworden, dass ein rein *biomedizinischer* Ansatz, der sich auf die körper- oder organbezogene Behandlung (etwa der Adipositas sowie der leichten Hypertonie, Herzinsuffizienz usw.) beschränken und die *lebensweltlich* relevanten Ereignisse und Erlebnisse vernachlässigen würde - weil dies schon nicht in der Anamneseerhebung berücksichtigt wurde - kaum zu einem dauerhaften Therapieerfolg führen könnte.

Der Therapieerfolg wird nicht nur durch eine unvollständige Anamneseerhebung, sondern auch durch eine mangelhafte Beteiligung an der Therapieentscheidungs- und Planung gefährdet, wenn die *lebensweltlich* relevanten Präferenzen erst gar nicht bekannt oder ungenügend berücksichtigt werden. Hier kann sich ein folgenreicher Konflikt zwischen der Lebenswelt und Medizin einstellen, wenn die *evidenz-basierten* Behandlungsoptionen nicht hinreichend mit den *Patientenpräferenzen* abgestimmt werden.

Die von Mishler beschriebene „Unterdrückung“ und „Unterbrechung“ der lebensweltlichen „Stimme“ des Patienten durch den Arzt hätte dann einen hohen Preis. Dieser war bereits mit den subjektiven und objektiven Folgen der *Non-Adhärenz* ausgewiesen worden, die oft dadurch zustande kommt, dass die „beste“ Medizin nicht zur Wirkung kommen kann, wenn sie nicht zuvor in Einklang mit der Lebenswelt des Patienten gebracht wurde.

10.3 Patientenpräferenzen und evidenz-basierte Medizin

Eine besondere Konfliktquelle ergibt sich in der Sprechstunde aus dem möglichen Gegensatz von *präferenz-* und *evidenz-basierter* Medizin, die im Idealfall eine Einheit bilden können. Im Konfliktfall muss der Arzt die Behandlungswünsche seines Patienten begrenzen oder gar ganz zurückweisen, wenn sie mit den teilweise kodifizierten Standards seiner Profession nicht vereinbar sein sollten. Die Präferenzen des Patienten können insbesondere eine tragende Rolle bei komplexen Entscheidungssituationen spielen, die durch *Ungewissheiten* zum Verlauf von Erkrankungen und Wirkungen von Behandlungsmaßnahmen gekenn-

zeichnet sind und nahezu ein „Gleichgewicht“ (*equipoise*) zwischen alternativen Behandlungsmethoden gegeben ist.

10.3.1 Institutionelle und individuelle Handlungsspielräume

Ein wesentliches Problem bei der medizinischen Entscheidungsfindung ist zunächst einmal, zwischen den Beteiligten *gesprächsweise* zu klären, welche Behandlungsoptionen denn überhaupt bei einer bestimmten Erkrankung zur Wahl gestellt werden können oder sollen oder welche Optionen eben bei einem bestimmten Krankheitsverlauf auch nicht (mehr) zur Disposition stehen usw. (Abb.10.2). In der Praxis der Entscheidungsfindung wird der individuelle Handlungsspielraum für beide Interaktionspartner Beschränkungen erfahren müssen, die jenseits der persönlichen Entscheidungskompetenz der Beteiligten liegen. Ohne dass dies im Gespräch immer offen zutage tritt, wird der Entscheidungsspielraum der Akteure durch *institutionelle* Instanzen „höherer Ordnung“ begrenzt, zu denen etwa ärztliche Landesorganisationen, Fachgesellschaften, Ausbildungsinstitutionen usw. zu rechnen sind, die eine gewisse Kontrollfunktion über das ärztliche Handeln ausüben, das schließlich nach dem Stand der Kunst (*lege artis*) vollzogen werden soll.

Um diesen Anspruch gewährleisten zu können, werden seit ca. zwei Jahrzehnten Leitlinien zur *Qualitätssicherung* ärztlichen Handelns entwickelt, das sich *evidenz-basiert* am aktuellen Forschungs- und Behandlungsstand orientieren sollte, worüber Experten in überwiegend fachspezifischen *Leitlinienkonferenzen* befinden (Lauterbach, Schrappe 2001, Albus et al. 2005, Sachverständigenrat 2009, Kopp 2011, Charles et al. 2011, Donner-Banzhoff et al. 2013, Smith 2013, Kulzer et al. 2016). Entsprechend können in einem Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient nicht alle möglichen Alternativen im Sinne einer *liberalen* Ethik („anything goes“) frei zur Auswahl gestellt werden, sondern nur Behandlungsoptionen gewählt werden, die im *institutionellen* Rahmen einer evidenz-basierten Medizin mit guten Gründen gerechtfertigt werden können.

Gegenüber diesen kodifizierten Standards der ärztlichen Profession sind dann unangemessene Behandlungswünsche von Patienten gegebenenfalls zurückzuweisen, so etwa bei nicht medizinisch indizierten Antibiotika, Antidepressiva oder Schönheitsoperationen. Im Streitfall kann sich der Arzt bei seiner Zurückweisung gegenüber den Patienten mehr oder weniger explizit auf „Argumente 1. Ordnung“ berufen, die zu

diesem Zweck der Rechtfertigung ärztlichen Handelns in höheren, über-individuellen Wissens- und Entscheidungsinstanzen seiner Profession entwickelt worden sind. Deren Positionen muss der *individuelle* Arzt allerdings im konkreten Anwendungsfall qua individueller Kompetenzen auch *begründet* („Argumente 2. Ordnung“) übernehmen oder zurückweisen können.

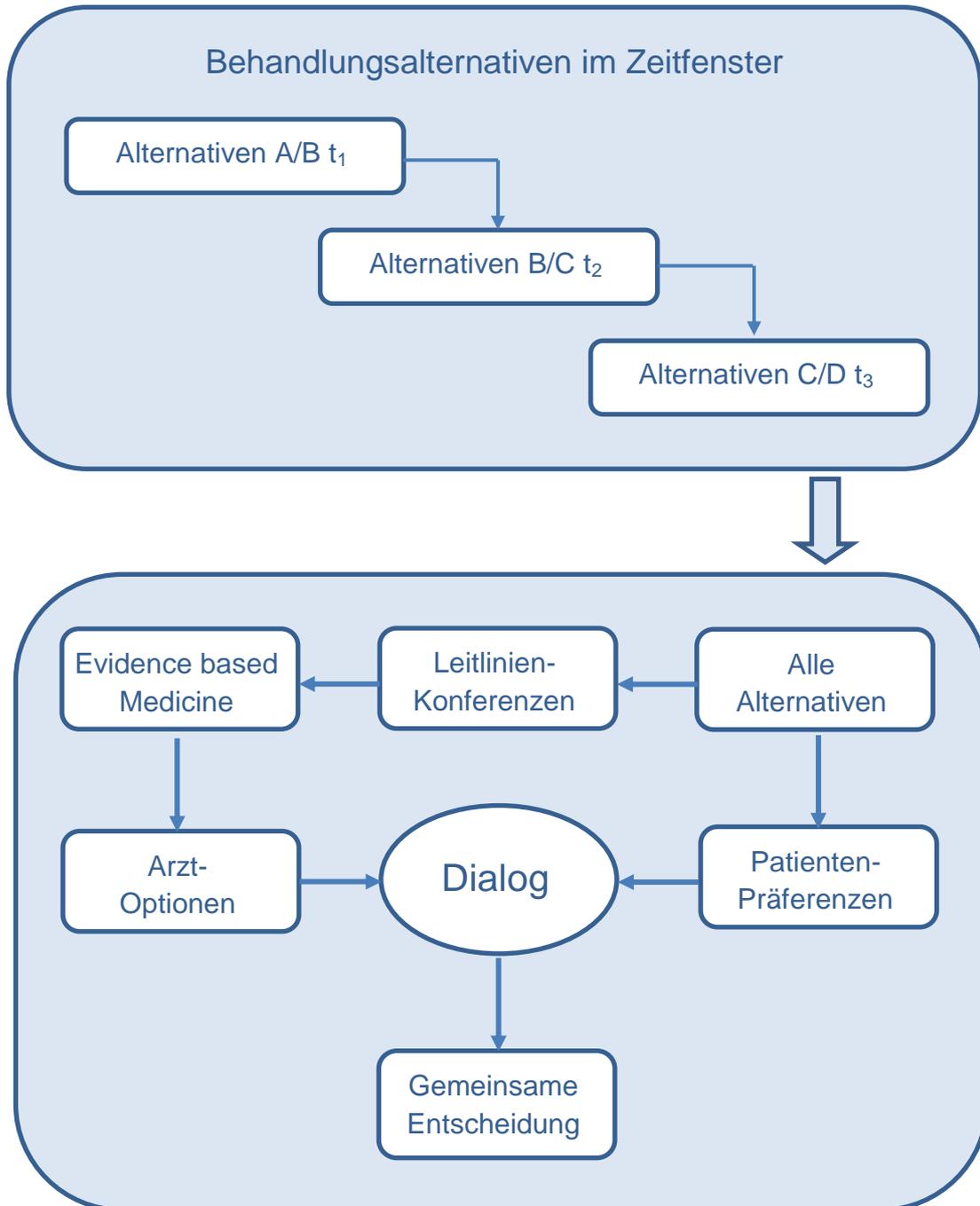


Abb. 10.2: Präferenz- und evidenzbasierter Entscheidungsdialog

Hier beanspruchen die „Leitlinien“ keineswegs, die individuellen Entscheidungskompetenzen eines Arztes „übersteigen“ zu wollen (Sachverständigenrat 2009, Kopp 2011). Sie verstehen sich im Wortsinn als *Leitlinien* und wollen mit ihren „Empfehlungen“ dazu beitragen, dem Arzt eine gewisse Sicherheit im Prozess der Entscheidungsfindung mit dem Patienten zu geben.

10.3.2 Balance von Evidenzen und Präferenzen

Gerade weil der medizinische Fortschritt per se immer ein Prozess ist, bleiben auch die Voraussetzungen für Entscheidungen im Fluss, die oft mit Unwägbarkeiten verbunden sind. In einem bestimmten Zeitfenster bleibt oft die „Qual der Wahl“ erhalten, was denn gerade die aktuelle Methode der Wahl sein soll, so dass „Entscheidungen unter Ungewissheit“ getroffen werden müssen (Murrhardter Kreis 1995, Frosch, Kaplan 1999, Klemperer 2005, Pollock 2005, Politi, Street 2011, Braddock 2012, Gigerenzer 2013). Diese Ungewissheiten sind gegenüber dem Patienten nicht zu unterschlagen, sondern zu kommunizieren (Politi, Street 2011, Braddock 2012, Donner-Banzhoff et al. 2013). Eine falsch verstandene Schonung des Patienten wäre hier ein vordergründiger oder vorgeschobener Grund, der ohnehin nur in einer paternalistischen Beziehung geltend gemacht werden könnte (§ 10.4.4). Dies wäre der erste Schritt in Richtung auf die *Entmündigung* des Patienten, dessen lebensweltlich relevante Präferenz gerade bei „unsicheren“ Entscheidungen berücksichtigt werden oder gar „ausschlaggebend“ sein sollte.

Der doppelte Aspekt des Gleichgewichts (*equipoise*)

Besondere Probleme bei der Entscheidungsfindung ergeben sich allein daraus, dass die in Rede stehenden Behandlungsoptionen oft „gleichwertig“ sein können, so dass die Entscheidung aus *gleich guten Gründen* (jeweils hohe Evidenz) in die eine oder andere Richtung getroffen werden kann (Abb. 10.3, Variante A). So können konservative versus nicht-konservative Medizin, medikamentöse versus operative Therapien, nicht-invasive versus invasive Methoden oft (für einen gewissen Zeitraum) eine *echte* Alternative bilden, die zu entscheiden auch zwischen medizinischen Experten strittig bleiben kann. Sollte das „Strittige“ nicht ausgeräumt werden können, ist dies ein besonders guter Grund für den

Patienten, seine Mitbestimmungsrechte verstärkt wahrzunehmen, indem er sich etwa eine sog „zweite Meinung“ einholt (s.u.). Diese zweite Experten-Meinung einzuholen, sollte vom behandelnden Arzt auch nicht als In-Frage-Stellung seiner Kompetenz aufgefasst, sondern von ihm sogar aktiv unterstützt werden, worauf wir gleich noch zurückkommen.

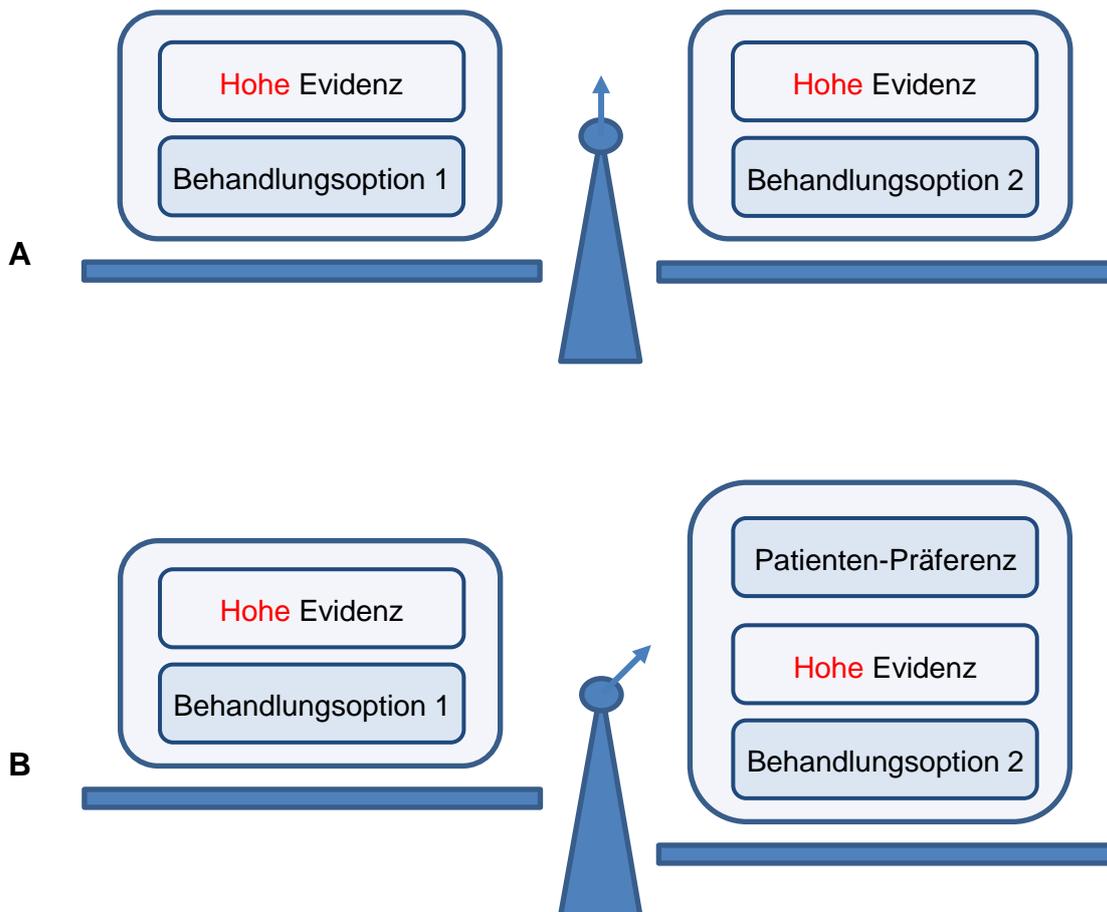


Abb. 10.3: Gewichtung von Präferenzen und (gleichen) Evidenzen

Gerade in schwierigen Situationen, die sich - aus welchen Gründen auch immer - durch eine gewisse „Unentscheidbarkeit“ auszeichnen, empfiehlt sich eine gleichberechtigte Beteiligung der Patienten bei der Entscheidungsfindung. Hier hat sich der Begriff des „Gleichgewichts“ oder der „Gleichwertigkeit“ (*equipoise*) etabliert (Elwyn et al. 2005, Loh, Härter 2005, Brown, Albrecht 2011), der unter einem Doppelaspekt genutzt wird: So ist gerade im Falle eines Gleichgewichts von *Behandlungsoptionen* ein Gleichgewicht der kommunikativen *Beteiligungsrollen* von Arzt und Patient gefragt, weil beide Partner für sich allein mit einer

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

solitären Entscheidung, d.h. ohne die Mitwirkung des jeweils anderen Partners, überfordert wären. In einer solchen Situation gleichwertiger Behandlungsoptionen ist die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen gleichrangigen Partnern nicht nur Kür, sondern Pflicht.

Bei der Zusammenarbeit von Arzt und Patient lässt sich eine Reihe von Typen von Entscheidungen unterscheiden, die durch die *relative Gewichtung* von Evidenzen und Präferenzen bestimmt sind (Abb. 10.3). Um eine „Patt“-Situation bei gleich guten/hohen Evidenzen, für die sich der Arzt „verbürgen“ können muss, zu überwinden, müssen die Akteure spätestens die Präferenzen des Patienten „in der Waagschale werfen“, die den „Ausschlag geben“ können oder sollen (Abb. 10.3, Variante B). Hier sind die Präferenzen gleichsam das „Zünglein“ an der Waage.

Darüber hinaus sind natürlich die vielen Fälle weiter zu differenzieren, in denen zwar keine („vollständige“) Balance zwischen gleichgewichtigen Behandlungsoptionen besteht, aber das Ungleichgewicht dennoch nicht so „gravierend“ ist, dass die Unterschiede schon bedeutsam „ins Gewicht fallen“. Aber selbst bei „schwerwiegenden“ Ungleichgewichten in der Evidenz (Abb. 10.4, Variante C) bleibt die Frage, wie „schwer“ denn die Präferenzen des Patienten „wiegen“ sollen, d.h. das „Ungleichgewicht“ bei der Evidenz von Behandlungsoptionen „aufwiegen“ können (Abb.10.4, Variante D).

Hier stellt sich erneut das Problem, welches Gewicht den Präferenzen des Patienten eingeräumt werden darf oder soll, d.h. der Arzt den Patientenpräferenzen „entgegenkommen“ kann, solange sie nur im Rahmen einer evidenz-basierten Medizin noch vertretbar sind. Dieses Problem der relativen Gewichtung wird uns durchgängig bei empirischen Fällen im Praxisteil beschäftigen, in denen oft genug nicht nur zwischen zwei alternativen Behandlungsoptionen zu wählen ist, sondern sogar mehrere Optionen zur Disposition stehen, deren Wahl zudem noch an bestimmte „Zeitfenster“ gebunden sein können, die sich eben auch „schließen“ können. In diesen Fällen kann auch ein „Kompromiss auf Zeit“ zwischen Arzt und Patient sinnvoll sein, der dann „zugegebener Zeit“ eben in einem offenen *Deliberationsprozess* (§ 10.4.6, 10.3) neu zu „überdenken“ ist.

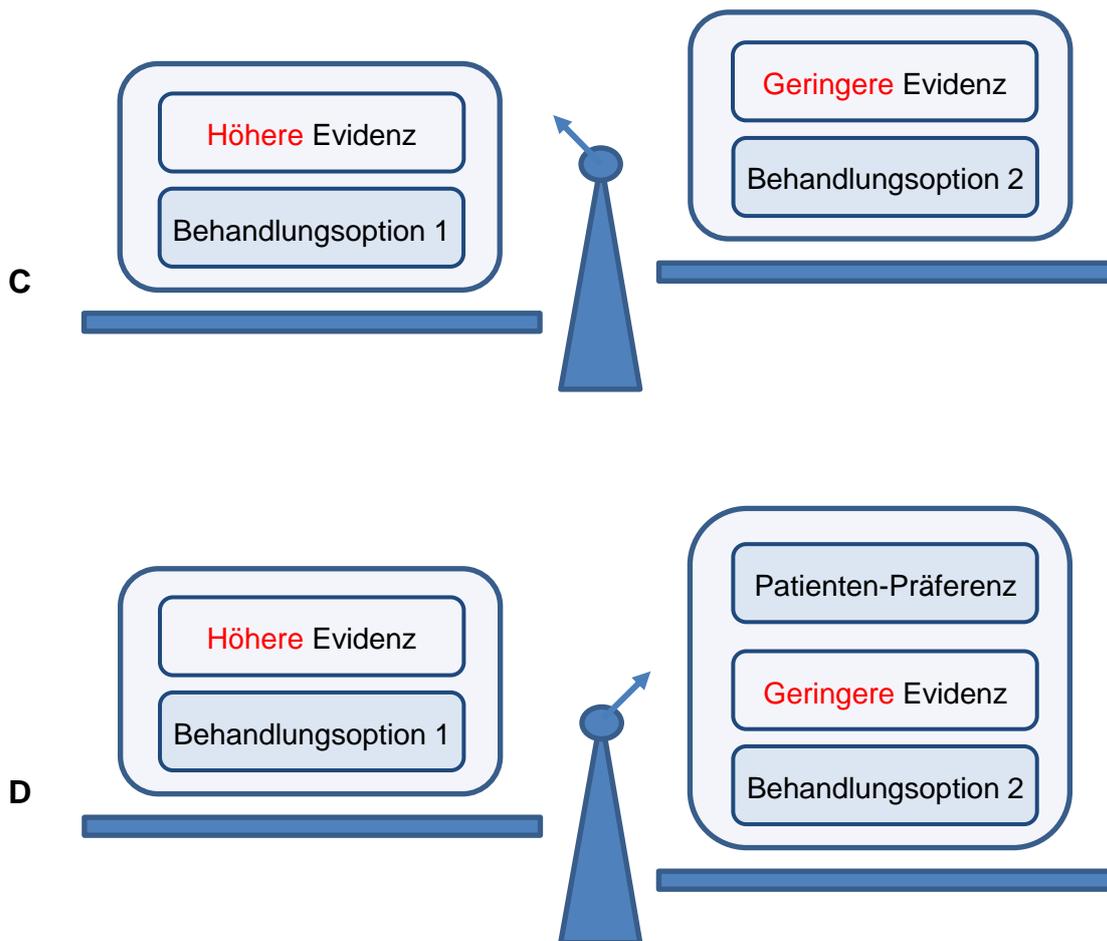


Abb. 10.4: Gewichtung von Präferenzen und (ungleichen) Evidenzen

So kann ein Arzt, der eine Operation für die „beste“ Wahl hält, etwa der vom Patienten präferierten Option des Zuwartens („watchful waiting“) - sofern dies denn innerhalb eines bestimmten Zeitfensters noch gerechtfertigt werden kann - durchaus zustimmen, auch wenn dies aus seiner Sicht nur die „zweitbeste“ Wahl wäre. Ob beispielsweise eine hohe Patientenpräferenz für eine Behandlungsoption mit niedriger Evidenz gegenüber einer anderen Option mit höchster Evidenz noch „ausschlaggebend“ sein kann, bedarf sicher einer individuellen Einzelfallprüfung, in der die individuelle Entscheidungskompetenz des Arztes besonders herausgefordert ist. Gleichwohl sollten die individuellen Einzelfallentscheidungen weiterhin Kriterien folgen, die in einer überindividuellen Typologie geltend gemacht werden können, wie sie nachfolgend erörtert werden soll.

Relevanz und Sicherheit

Eine solche Typologie ist etwa von Whitney (2003) vorgeschlagen und mit anderen differenziert worden (Whitney et al. 2004, 2008). Ausgangspunkt ist eine Reihe von prototypischen, mehr oder weniger leichten bis schweren Fällen, die Whitney in einem einfachen Modell zu ordnen versucht, bei dem eine graduelle Ausprägung (*high – low*) in zwei Dimensionen (*importance – certainty*) angenommen wird (Abb.10.6). Dieses Modell soll hier kurz dargestellt und dann unter dem Aspekt der individuellen Aushandlung von „Relevanz“ (*importance*) an einem hypothetischen Beispiel erläutert werden, bei dem die lebensweltliche Orientierung individueller Patienten unterschiedlich stark „ins Gewicht fallen“ und diese relative Gewichtung zu Kompromissen zwischen Arzt und Patient bei der Entscheidungsfindung führen kann.

Auch Whitney geht bei seinem „Neuen Modell“ der Entscheidungsfindung, mit dem er die „Grenzen“ der gemeinsamen Entscheidungsfindung“ (SDM) „explorieren“ will, zunächst von einer strittigen Situation aus, bei der eine bestimmte Behandlung auch zwischen medizinischen Experten kontrovers bleiben könnte. Darin erkennt auch Whitney gerade einen guten Grund für die Einholung einer „zweiten Meinung“ (Box 10.9), die schließlich zur eigenen Meinungsbildung des Patienten beitragen kann.

Box 10.9 Zweite Meinung bei Kontroversen einholen

Clinicians do not always agree with one another, of course, and in fact, 2 clinicians may each be quite confident that his or her own approach is superior (...) When a physician feels that one choice is better but knows that other clinicians disagree, the patient should be informed of the controversy and offered a second opinion from someone holding the other view.

Whitney 2003: 276f

Es ist sicher ein Idealfall, wenn der Arzt hier *eigeninitiativ* über mögliche Kontroversen informiert und zur Klärung selbst anbietet, eine zweite Meinung einzuholen. Wir werden diesen Aspekt der ärztlichen Initiative unter dem Prinzip der *Transparenz* ärztlichen Handelns wieder aufnehmen, das grundsätzlich dem Patienteninteresse voraussehen sollte (§ 7.5, 10.5.3). Auch im umgekehrten Fall, wenn der Patient eigeninitiativ eine zweite Meinung einholen will, ist dies vom erstbehandelnden Arzt

nicht als *Misstrauensvotum*, sondern als „gute Recht“ des Patienten auszulegen. Sein Recht auf eine zweite Meinung sollte er insbesondere bei *gravierenden* Entscheidungen wahrnehmen, bei denen das Mitspracherecht des Patienten ohnehin entsprechend hoch sein sollte. Die Priorität der Entscheidung sollte insbesondere dann beim Patienten liegen, wenn die Relevanz der Entscheidung hoch und die Sicherheit gering ist. Insgesamt ergeben sich im Verhältnis von *Relevanz* und *Sicherheit* der Entscheidung nach Whitney (2003) (Box. 10.10) besondere Konstellationen mit unterschiedlich starken Beteiligungsformen für die Akteure, denen unterschiedliche Prioritäten im Prozess der Entscheidungsfindung zugeschrieben werden.

Box 10.10 Relevanz und Sicherheit

A decision that is high in certainty has a widely accepted clinical response (e.g., treating neonatal sepsis with parenteral antibiotics). In contrast, a decision is low in certainty if the available interventions are very similar, if there are scant relevant data, if there is controversy over the optimal treatment, or if there is good evidence that suggests little difference in outcomes between treatments. Patients should have maximal decisional priority in situations in which medical certainty is low. When the decision is also of major importance, physicians should educate their patients to help them synthesize the available information and decide on the best course of action.

Whitney 2003: 277

Entsprechend der Ausprägungen (*hoch - gering*) in den beiden Dimensionen (*Relevanz - Sicherheit*) ergeben sich für die Entscheidungsfindung unterschiedliche „Zonen“ (Abb. 10.5), in denen entweder die gemeinsame Entscheidung beider Partner eine Priorität hat, oder die Priorität beim Arzt liegt, wenn die Sicherheit hoch und die Relevanz niedrig ist, oder im umgekehrten Fall die Priorität beim Patienten liegt. Darüber hinaus gibt es eine „Konfliktzone“, in der sowohl die Relevanz als auch die Sicherheit hoch sind.

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

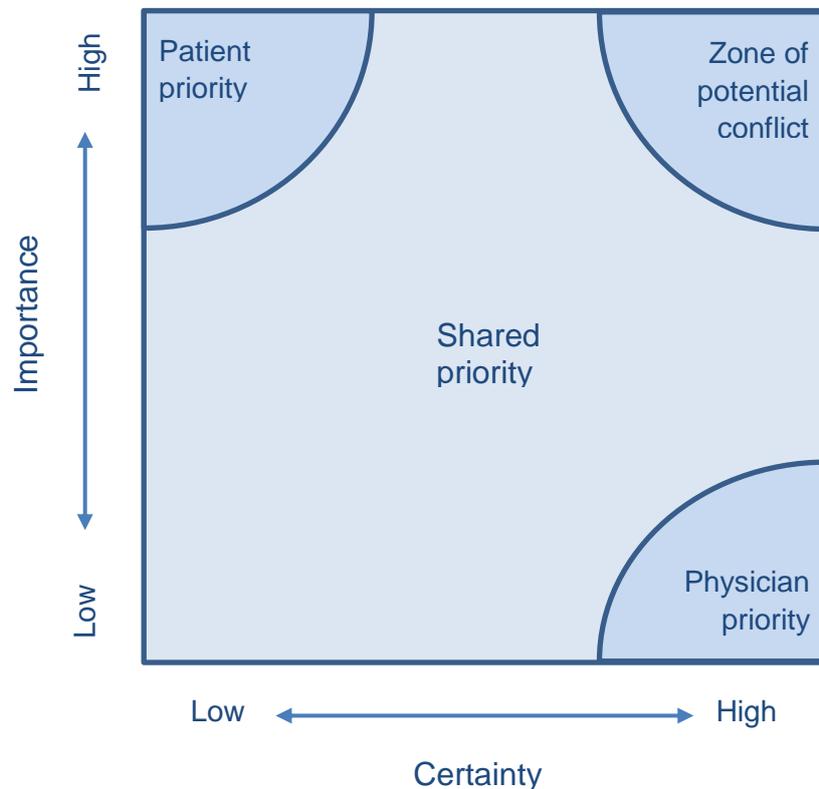


Abb. 10.5: Decision plane for medical decisions (n. Whitney 2003: 278)

Aufgrund der hohen Relevanz hätte der Patient hier im Konfliktfall auch nach Whitney „jedes Recht“, sich gegen die starken Empfehlungen des Arztes durchzusetzen, obwohl dies „glücklicherweise“ eher ungewöhnlich sei: „Fortunately, the usual dynamic in this situation is for physicians to make strong recommendations and for patients to accept them“ (2003: 27). Allerdings wird die Erfahrung der „gewöhnlichen Dynamik“ noch keine Abweichung im *individuellen* Fall ausschließen können, der immer wieder neu auszuhandeln ist.¹ In diesem Aushandlungsprozess

¹ So gibt Whitney (2003: 279) selbst folgenden Konfliktfall zu bedenken: „Consider, for example, a pregnant woman who has 3 young children and has aggressive cervical cancer. Her physician might believe strongly that she should undergo a hysterectomy, which would maximize her chance of cure but at the cost of the fetus’s life; the woman might be unwilling to terminate her pregnancy, preferring to endanger her own life rather than sacrifice that of her fetus.“

stellt sich erneut das Problem der Balance, wenn etwa bei einer gegebenen Sicherheit über die Relevanz entschieden werden muss, bei der der Patient schließlich aus seiner lebensweltlichen Perspektive ein „gewichtiges Wort mitzureden“ hat. Dies soll an einem hypothetischen Fall von Whitney selbst erörtert werden, den er zwar als möglichen Problemfall zu Beginn kurz anführt, aber hinsichtlich seines Konfliktpotentials nicht weiter differenziert.

10.3.3 Aushandlung von Relevanzen und Kompromissen

Wie wir noch im Detail besprechen (§ 17.4) und im Praxisteil an vielen empirischen Beispielen aufzeigen werden, ist es in der ärztlichen Sprechstunde und Visite eine Daueraufgabe für beide Akteure, die *Relevanz* ihrer Meinungen und Argumente, Vorschläge und Ablehnungen, Befürchtungen und Vorlieben so zu fokussieren und zu markieren, dass diese *Relevanzsetzung* von dem jeweils anderen Partner hinreichend wahrgenommen und gewürdigt wird. Wie sehr eine Entscheidungssituation gerade von der subjektiven *Relevanzsetzung* des Patienten bestimmt sein kann, soll an einem Eingangsbeispiel von Whitney (2003) (Box 10.11) deutlich gemacht werden, bei dem offenbar die *lebensweltlich* orientierten *Präferenzen* des Patienten mit *medizinischen Notwendigkeiten* in Konflikt geraten können, den verschiedene Parteien ganz unterschiedlich beurteilen und entscheiden mögen.

Box 10.11 Behandlung von Hypertonie versus Erhalt der Sexualfunktion?

The importance of a decision reflects both medical facts and personal values and may be viewed differently by different parties. As an example, a patient and a physician may disagree about whether it is more important to treat hypertension or maintain normal sexual function. Because the patient's perspective is always at the core of good decision making, physicians are well advised to understand patients' priorities.

Whitney (2003: 276)

Offenbar handelt es sich hier um einen Maximenkonflikt, der die Gesundheit und darüber vermittelt das Leben eines Patienten in mehrfacher Hinsicht betrifft. In eine mögliche Entscheidung gehen bei einem konkreten Fall viele Faktoren ein (Alter, Familienstand, Kinderwunsch, Selbstwertgefühl usw.). Je nachdem wie ein individueller Patient allein

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

oder zusammen mit seinem Arzt entscheiden wird, geht es letztlich auch um die Frage nach dem Verhältnis von *Lebensqualität* und *Lebensquantität* (Gustavsson, Sandman 2014). Bekanntlich sind (besonders jüngere) Patienten nicht immer bereit, für ein „langes“ Leben ihr aktuell „gutes“ Leben einzuschränken. Unter diesem Aspekt werden individuelle Patienten ihr je spezifischen Präferenzen entwickeln, die auf unterschiedlichen *Relevanzsetzungen*, das heißt Hoch- oder Rückstufungen beruhen, die der Arzt in einem gemeinsamen *Aushandlungsprozess* zu berücksichtigen hat, um zu einer hinreichenden Übereinstimmung im Sinne von *Concordance* (§ 10.1.3) zu kommen.

In diesem Aushandlungsprozess können Hierarchien von Evidenzen, Präferenzen, Optionen usw. sowie ihre relativen Gewichte „besprochen“ und „beraten“ werden, was spontan mit „lautem Denken“ ohne Tabus auf beiden Seiten verbunden werden kann (§ 10.4.6, 10.6.3). Möglicherweise sind auch von medizinischer Seite „Kompromisse“ möglich, die der Arzt dem Patienten etwa bei einer „leichten“ Hypertonie „anbieten“ kann (Sport, Diät). Diese Kompromisse können möglicherweise auch mit einem grundsätzlichen Wandel im Lebensstil verbunden werden, was zwischen Arzt und Patient schon länger „im Gespräch sein“ sein (Nikotin-, Alkoholabstinenz usw.).

Alle diese Gesprächsoptionen können durchaus zielführend sein – jedenfalls eher als die bloß direktive *Verordnung* eines Standardmedikaments, das dann möglicherweise ohne Widerspruch zunächst akzeptiert und dann (nach Lektüre des Beipackzettels) doch wegen der Furcht vor den „schlimmen“ Folgen nicht genommen oder ausgesetzt wird, was ein weiterer Fall von *Non-Adhärenz* wäre. Auf diese Problematik werden wir in einem empirischen Gesprächsbeispiel zurückkommen (§ 19.4), bei dem ein Patient wegen einer befürchteten Sexualstörung das Medikament (zur Behandlung der Hypertonie) bereits abgesetzt hat, was er aber mit dem Arzt offen zum Thema machen kann.

In der Entscheidungspraxis konkreter Fälle wird vom Arzt insgesamt eine *Flexibilität* abverlangt (§ 10.7), gemeinsam mit dem Patienten die Hierarchien von evidenz-basierten Behandlungsoptionen und Patienten-Präferenzen insgesamt zu gewichten und auszubalancieren, bis eine gemeinsame Entscheidung möglich wird.² Dabei ist zu berücksichtigen,

² Auf Typologien zur Entscheidungsfindung (nach *Schwere, Risiko, Unsicherheit* bei spezifischen *akuten* bis *chronischen* Erkrankungen und ihren spezifischen Behandlungsmaßnahmen usw.) kann hier nur verwiesen werden (z. B. Whitney 2003, Whitney et al. 2004, Loh, Härter 2005, Whitney

dass sich die Präferenzen des Patienten wiederum selbst einem Wandel unterliegen können, sei es aufgrund neuer medizinischer Informationen, die zu einer neuen *informierten Präferenz* führen, oder auch aufgrund eigener Erfahrungen im Falle von schweren Krankheitsverläufen mit erhöhten Risiken usw., die im Vergleich zu weniger bedrohlichen oder belastenden Erkrankungen mit geringeren (Behandlungs-)Risiken ohnehin zu einer anderen Orientierung führen können. So kann es in weiteren *Aushandlungsprozessen* auch zu weiteren Prüfungen der Akzeptanz kommen (§ 22.4-7), die zu einer Revision oder Modifikation führen kann, bis die vorerst gültige Entscheidung erneut getroffen wird. Diese verlangt nicht notwendig, eine vollständige („hundertprozentige“) Übereinstimmung zu erreichen, wohl aber (im obigen Sinne von *Concordance*) (§ 10.1.3) eine hinreichend befriedigende Einigung zu erzielen, d.h. insofern eine „gute“ Wahl zu treffen, als diese auch von beiden Interaktionspartnern gemeinsam verantwortet und getragen werden kann.

10.4 Entscheidungsmodelle und Kommunikationsmuster

In der Forschung und Praxis zur Arzt-Patient-Kommunikation können gleichermaßen Einsichten in den Zusammenhang von Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung gewonnen werden, die sich wechselseitig bedingen (§ 7.5). So hängt die Wahl bestimmter Kommunikationsmuster von der Wahl des Beziehungsmodells zum Patienten ab und vice versa. Ist ein bestimmtes Beziehungsmodell zwischen Arzt und Patient durch die Kommunikation zwischen ihnen erst einmal etabliert, ist ein Wandel nur schwer zu erreichen, weil sich beide Partner an ihre spezifische Art des kommunikativen Umgangs miteinander bereits „gewöhnt“ haben. Sie wiederholen dann bestimmte Kommunikationsmuster, etwa ein *interrogatives* Muster (Frage-Antwort) versus *narratives* Muster (Erzählen-aktiv Zuhören) (§ 9, 19) und verstetigen dadurch ihre Art der Beziehung.

Die Frage nach dem Ursprung erweist sich dann oft als Henne-Ei-Problem, dessen Lösung müßig erscheint. Gleichwohl ist es jedoch zu meist der Arzt, der schon zu Beginn der Beziehung in der ersten Sprechstunde (§ 18, 19) mit seiner professionellen Gesprächsführung

et al. 2008, Lussier, Richard 2008). Auf Probleme einer flexiblen ärztlichen Kompetenz bei wechselndem Informations- und Partizipationsbedarf kommen wir noch (§ 10.7) zurück.

routinemäßig die Richtung bestimmt, in die beide Gesprächspartner gehen (sollen). Vom Ergebnis her können dann Typen von Gesprächen bestimmt werden, in denen die *Macht* und die *Kontrolle* über das Gespräch und den Gesprächspartner ganz unterschiedlich ausgeübt werden können. Hier lassen sich verschiedene Grund-Modelle und ihre Varianten unterscheiden, die nachfolgend unter dem Aspekt erörtert werden sollen, inwieweit sie eine Beteiligung des Patienten bei der Entscheidungsfindung eher fördern oder behindern.

10.4.1 Wechsel-Modelle von Macht und Kontrolle

In der Gesprächspraxis setzt sich oft durch, was „immer schon“ praktiziert wurde, weil es sich augenscheinlich „bewährt“ hat. Wer sich als Arzt „a priori“ für das paternalistische Modell der Arzt-Patient-Beziehung entscheidet, wird kaum nachvollziehen können, warum verbale Interventionen des Arztes wie *Suggestivfragen* (eines bestimmten Typs) oder strikte *Anweisungen* oder zurechtweisende *Belehrungen* oder beschwichtigende *Bagatellisierungen* oder wohlwollende (*Not-*)*Lügen*, die der Schonung des Patienten dienen sollen, denn überhaupt als *strategisches* Handeln verpönt sein sollen (§ 7.5, 10.2, 10.5). Ebenso wird vom Arzt in gewisser Weise aufgrund seines Vorwissens und seiner Vorerfahrungen („a posteriori“) im Umgang mit Patienten oft vorab eine Entscheidung hinsichtlich des Beziehungsmodells getroffen, das insgesamt vorherrschen soll oder zumindest im Sinne von regulativen, handlungsleitenden *Zielideen* anzustreben ist.

Allerdings hat sich hier ein Wandel auch in den Zielideen vollzogen, der mit dem gesellschaftlichen Wandel und nicht zuletzt mit den beschriebenen Praxisproblemen der nachweislich hohen Non-Adhärenz von Patienten begründet wurde (§ 10.1). In den nachfolgenden Reform-Debatten schlug das Pendel von dem einen Extrem der traditionellen, *arztzentrierten* Medizin, in der der Patient wie ein „unmündiges Kind“ behandelt wurde, zum anderen Extrem einer *patientenzentrierten* Medizin um, die sich bis zum Dienstleistungsmodell steigern sollte, in der der Patient gleichsam wie „König Kunde“ zu behandeln sei. Zwischen diesen Extremen sind andere Entwicklungen in der Forschung und Praxis eingeleitet worden, die wir vorausgehend in Anlehnung und Erweiterung von Beach (2013) und Koerfer, Albus (2015) als *beziehungsinteraktions-* und *dialogzentrierte* Medizin (§ 7.5) charakterisiert hatten.

In diesem Spektrum bewegen sich auch spezifische Modelle der Entscheidungsfindung, die hier ausgeführt und in einer Musteranalyse weiter ausdifferenziert werden sollen. Bei der Musteranalyse müssen wir eine Reduktion auf drei Grundmodelle vornehmen, mit der die große Vielfalt an Modellen, Varianten und Mischformen kaum erfasst werden kann, die die Diskussion der letzten Jahrzehnte auch spezifisch zur medizinischen Entscheidungsfindung bestimmt haben. So werden auch Unterscheidungen getroffen zwischen *vier* Modellen (Emanuel, Emanuel 1992, Peters 2015) oder *sechs* Modellen (Kettner, Kraska 2009) oder *neun* Modellen (Sandman, Munthe 2010, Sandman et al. 2012). In einer zunächst offenen Liste lassen sich etwa die folgenden Modelle bzw. Modellvarianten unterscheiden:³

- Paternalismusmodell
- Deliberationsmodell
- Interpretationsmodell
- Informationsmodell
- Businessmodell („Dienstleistung“)
- Präventionsmodell
- Agentenmodell
- Kontraktmodell
- Kooperationsmodell („shared decision making“)(SDM)
- Partnerschaftsmodell
- usw.

Die Vielfalt der Modelle lässt sich nur schwer vergleichend ordnen und für die Praxis kritisch bewerten, zumal es hier auch Unter- und Überordnungsverhältnisse und Mischformen gibt. So wird etwa unter dem Aspekt der *Deliberation* sowohl ein eigenständiges Modell (Emanuel, Emanuel 1992, Kettner, Kraska 2009, Peters 2015) beschrieben als auch eine Subphase im Kooperationsmodell (SDM) verstanden, deren Sinn und Zweck noch genauer zu bestimmen ist (§ 10.4.6, 10.6.3). Je-

³ Über einen Zeitraum von vier Jahrzehnten seien hier exemplarisch (sic) folgende Arbeiten genannt, auf die wir teils noch zurückkommen werden: Byrne, Long 1976, Pellegrino, Thomasma 1981, 1988, Charles et al. 1997, 1999, Gwyn, Elwyn 1999, Gafni et al. 1998, Guadagnoli, Ward 1998, Elwyn 2001, Scheibler 2004, Elwyn et al. 2005, Härter et al. (Hg.) 2005, Makoul, Clayman 2006, Kasper et al. 2010, 2011, Légaré et al. 2014, Koerfer, Albus 2015, Peters 2015, Becker 2015, Hauser et al. 2015, Schmacke et al. 2016, Frain, Wearn 2018, Alheit, Herzberg 2018 (die besonders Differenzen zwischen „Entscheidungskulturen“ (Kanada, USA, BRD) betonen).

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

denfalls müssen Arzt und Patient auch im Kooperationsmodell in der dafür vorgesehenen spezifischen Gesprächsphase erst in einen gemeinsamen Prozess des „Nachdenkens“, „Beratens“ und „Abwägens“ über das „Für und Wider“ von Behandlungsoptionen eintreten, bevor sie überhaupt eine gemeinsame Entscheidung sinnvoll treffen können.

Die neueren Modelle treffen sich in der mehr oder weniger starken Abkehr vom paternalistischen Modell, bei dem der traditionelle, „allmächtige“ Arzt gleichsam zum Besten seines „unmündigen“ Patienten über dessen Kopf hinweg entscheiden und handeln darf. Demgegenüber ist mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen eine mehr oder weniger radikale Umkehr der Macht- und Kontrollverhältnisse gefordert worden, wie sie jeweils mit graduellen Ausprägungen in einem *power/control-shift-model* dargestellt werden können (Abb. 10.6, A-E), in dem sich die jeweils unterschiedlichen kommunikativen Beteiligungsformen von Arzt und Patient in einer historisch-systematischen Synopse zusammenfassen lassen.

Für die (Sub-)Modelle der Entscheidungsfindung, die sich jenseits der paternalistischen, arztzentrierten Tradition bewegen, ist es konstitutiv, dass mit dem Wechsel der Macht- und Kontrollverhältnisse zwischen Arzt und Patient eine Änderung sowohl der *Gesprächsinhalte* (patenspezifische Tagesordnung, Themen, Einstellungen usw.) als auch der *Gesprächsformen* (interrogativ versus narrativ) verbunden werden muss (Abb. 10.6, A-B, D). Allerdings bleibt das Ausmaß der Veränderungen weiterhin auch unter einem höherrangigen, medizinethisch relevanten Aspekt strittig, weil etwa bei einem reinen Dienstleistungsmodell der Autonomiegewinn des Patienten mit einem Autonomieverlust des Arztes „erkauft“ würde, worauf wir noch gesondert (§ 10.6) zurückkommen werden.

In der Forschung insgesamt werden die verschiedenen Möglichkeiten der Patientenbeteiligung bei der medizinischen Entscheidungsfindung weiterhin als konkurrierende Beziehungs- und Entscheidungsmodelle diskutiert. Eine vorläufige (auch didaktisch sinnvolle) Reduktion der Vielfalt der Modelle kann zunächst durch eine graduierende Darstellung erreicht werden (Abb. 10.7, C, n. Charles et al. 1997, 1999, Elwyn et al. 1999, 2005), bei der auf verschiedenen Ebenen fließende Übergänge zwischen unterschiedlichen Typen von Gesprächsstilen und Beteiligungsformen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden können.

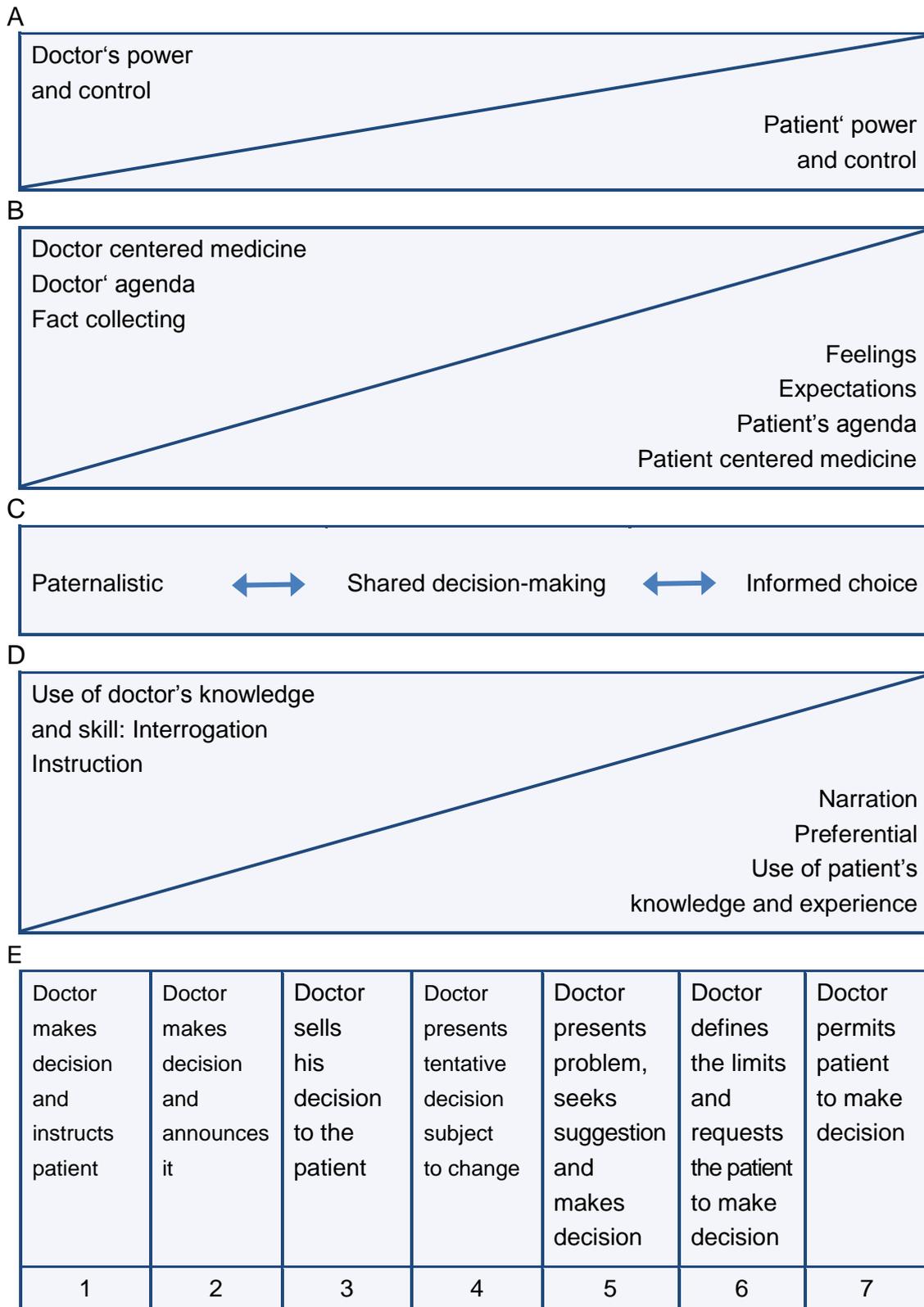


Abb. 10.6: A-E: Power/control-shift models (cf. Byrne, Long 1976, Pendleton 1983, Elwyn et al. 1999, Charles et al. 1997, 1999, Roter 2000, Tate 2004, Koerfer et al. 2008)

Nach dieser graduierenden Darstellung lässt sich das Konzept der *Partizipativen Entscheidungsfindung* (PEF), das im englischsprachigen Raum unter der Bezeichnung „shared decision making“ (SDM) bekannt und diskutiert wurde, in einer Mittelposition zwischen den zwei Extremen verorten, bei denen die Entscheidung eben nicht gemeinsam von beiden Partnern getroffen wird, sondern das Entscheidungsmonopol entweder allein beim Arzt („paternalistic“) oder ganz beim Patienten („informed choice“) liegt (Abb. 10.6, C). Allerdings muss der „goldene Mittelweg“ nicht immer der „Königsweg“ sein, der in jedem Fall beschritten werden sollte. Dass die Extrempositionen („rechts“ und „links“) keineswegs obsolet sind, zeigte die obige Diskussion um das Modell von Whitney und anderen (§ 10.3), bei dem je nach Ausprägung in den Dimensionen *Relevanz* und *Sicherheit* die *Priorität* der Entscheidung beim Arzt oder aber beim Patienten liegen konnte.

Darüber hinaus sind weitergehende Graduierungen auch zwischen den Extrempolen möglich (Abb. 10.6, E), wie dies bereits Byrne und Long (1976) lange vor dem so bezeichneten Konzept des *shared decision making* (SDM) überaus differenziert vorgenommen haben. Ihre frühen, umfangreichen empirischen Untersuchungen zur ärztlichen Gesprächsführung legen bereits den Schluss nahe, dass es in der Gesprächspraxis auch zwischen Arzt und Patient immer wieder zu Wechseln und Mischformen mit fließenden Übergängen von unterschiedlichen Gesprächsstilen kommt.

Dies ist unter *evaluativen* Aspekten nicht nur negativ zu beurteilen, sondern gegebenenfalls als spezifische Kompetenz von Ärzten zu bewerten, die sich auf den wechselnden Informations- und Partizipationsbedarf ihrer Patienten flexibel einzustellen verstehen, worauf wir ebenfalls noch gesondert (§ 10.7) eingehen werden.

10.4.2 Methodische Probleme der Evaluation

Zwar hat sich in der gegenwärtigen Diskussion um eine stärkere Patientenbeteiligung das Konzept „SDM“ durchaus etablieren können, es ist aber auch nach Auffassung prominenter Vertreter weiterhin klärungsbedürftig (Charles et al. 1997, 1999, Gwyn, Elwyn 1999, Gafni et al. 1998, Guadagnoli, Ward 1998, Elwyn 2001, Elwyn et al. 2005, 2014). Der Klärungsbedarf erstreckt sich sowohl auf die *Theorie*, bei der schon die Definitionen und Konzepte zu SDM sehr heterogen ausfallen (Makoul, Clayman 2006), als auch auf die *Praxis*, in der es etwa im Klinik-

alltag zu „Konfusionen“ bei der Anwendung kommen kann (Gulbrandsen et al. 2014). Ebenfalls erweist sich die Studienlage zu Effekten der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) auf patientenrelevante, krankheitsbezogene Endpunkte als „unbefriedigend“, wie Hauser et al. (2015) (Box 10.12) in ihrer Übersichtarbeit zu 22 Studien resümieren:

Box 10.12 Effekte von PEF auf krankheitsbezogene Endpunkte

Die Autoren fassen zusammen, dass die Studienlage zum Effekt von PEF auf patientenrelevante, krankheitsbezogene Endpunkte sowohl im Bezug auf die Anzahl vorliegender Untersuchungen als auch auf die Qualität der entsprechenden Publikationen unbefriedigend ist. Obwohl knapp die Hälfte der berücksichtigten Studien für eine endpunktrelevante Wirksamkeit von PEF spricht, lassen die Ergebnisse derzeit keine abschließende Beurteilung der Endpunktrelevanz von PEF zu. Die konsentrierte Standardisierung PEF-fördernder Maßnahmen sowie entsprechender klinischer Studien ist erforderlich und wünschenswert.

Hauser et al. 2015: 670

Trotz dieser *Desiderate* gehen auch Hauser et al. (2015) bei ihrer Übersichtarbeit über die Studienlage zur *Wirksamkeit* von SDM bzw. PEF davon aus, dass das Konzept inzwischen weit verbreitet ist und durchaus als „Goldstandard“ gelten kann. Möglicherweise ist gerade dieser *Goldstandard* selbst in der Theorie und Praxis in dem Sinne zu überprüfen, inwieweit eine einheitliche Anwendung von SDM bzw. PEF für alle Falltypen und Patientengruppen sinnvoll ist oder eine spezifische, flexible Passung an wechselnde Bedingungen und Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildung, Art und Schwere der Erkrankung usw.) (§ 10.7) erreicht werden muss.

In der Alltagspraxis der medizinischen Entscheidungsfindung sind gegebenenfalls weitere Varianten und Mischformen zu differenzieren, soll das reale ärztliche Gesprächsverhalten nicht nur als bloße Devianz gegenüber einem „Idealtyp“, sondern als flexible Anpassungsleistung des Arztes gegenüber einem situativen Aufklärungs- und Beteiligungsbedarf von Patienten erfasst werden können. Dieser individuelle Patientenbedarf kann seinerseits nicht stabil sein, sondern sich mit der Zeit und gerade im Medium der Kommunikation mit dem ärztlichen Gesprächspartner selbst ändern, worauf sich der Arzt mit einer spezifi-

schen *Passungskompetenz* (§ 3.2, 10.7, 17.2) wiederum passgenau einzustellen hat.

Die Frage, welche Art der Entscheidungsfindung Ärzte im Einzelnen mit welchem Partner aus welchen Gründen praktizieren, wirft methodische Probleme auf, die kaum auf der Basis von Selbstauskünften und durch Befragung der Beteiligten allein zu lösen sind. So sinnvoll und ergiebig solche Befragungen sein können, so sehr unterliegen sie doch dem Risiko der Verzerrung der Selbstwahrnehmung und Erinnerung bis hin zur Selbsttäuschung. Hier können kaum verlässliche Antworten auf Fragen erwartet werden, was denn in der Praxis unter welchen Bedingungen in welchen Varianten von individuellen Ärzten gegenüber individuellen Patienten praktiziert wurde, wenn *SDM* oder *PEF* als Konzept beansprucht oder doch nur als Name für praktizierte Gespräche geführt wird. Zugespitzt stellt sich die Frage danach, was drin ist, wo *SDM* draufsteht.

Weil Befragungen und Selbstauskünfte der beteiligten Ärzte und Patienten hier schnell an ihre Grenzen stoßen, sind zumindest (zumindest ergänzend) externe Beobachtungen von Dritten entweder direkt aus einer Teilnahmeperspektive (etwa als *rating*) sinnvoll oder indirekt durch Beobachtung auf der Basis von (Video-)Aufzeichnungen vorzunehmen, die empirische Kommunikationsanalysen erlauben, die sich auf objektiv dokumentierte, nicht bloß subjektiv erinnerte bzw. berichtete (aber „flüchtige“) Kommunikation beziehen. Diese methodischen Probleme, die die Datengewinnung- und Analyse von verbaler und nonverbaler Kommunikation in *Face-to-Face-Situationen* betreffen (Winkler 1981, Edwards, Lampert 1993, Flick et al. 2000, Gee, Handford 2014) (§ 12), sollen im Evaluationsteil des Lehrbuchs (§ 40-43) noch ausführlicher besprochen werden. Hier soll zunächst der Ansatz einer *komparativen Musteranalyse* kommunikativen Handelns beschrieben und angewandt werden, mit der die verschiedenen Modelle der Entscheidungsfindung kritisch verglichen werden können.

10.4.3 Komparative Musteranalysen

Die spezifischen Differenzen zwischen einer kooperativen- bzw. partnerschaftlichen Entscheidungsfindung (im Sinne von *SDM* oder *PEF*) und alternativen Entscheidungsformen („paternalistic“ und „informed choice“) sind nicht nur auf der Modellebene zu postulieren, sondern auf der Kommunikationsebene zu analysieren, um sie im

empirischen Entscheidungsfall identifizieren zu können. Für die empirischen Analysen von Gesprächen, wie sie später im Praxisteil am Manual durchgeführt werden, sollen hier vorweg die *komparativen* Aspekte in einer tabellarischen Übersicht angeführt werden (Tab. 10.1), unter denen sich authentische Gespräche zwischen Arzt und Patient in einer *Musteranalyse kommunikativen Handelns* vergleichend untersuchen lassen.⁴

In dieser Musteranalyse wird angesichts der beschriebenen Vielzahl der Modelle und ihrer Varianten (aus didaktischen und methodischen Gründen) eine *Reduktion* auf drei Grundmodelle vorgenommen, die im Bedarfsfall auch wieder aufgehoben werden kann, wenn sich für bestimmte Gespräche eine Mischung von Elementen aus verschiedenen Modellen oder ihren Varianten herausstellen sollte.

Unter dieser Voraussetzung werden zunächst drei Grundmodelle der Entscheidungsfindung (*Paternalismus, SDM, Dienstleistung*) unterschieden, die in ihrer *idealtypischen* Verlaufsform nach jeweils drei Kommunikationsfunktionen (*Information, Entscheidung, Verantwortung*) differenziert werden. Diese drei Kommunikationsfunktionen werden in der Regel in aufeinander folgenden Gesprächsphasen wahrgenommen, können aber auch zirkulär in Rückkopplungsschleifen realisiert werden, wenn etwa ein Patient in der Entscheidungsphase des Kooperationsmodells erneut Informationsfragen stellt und dadurch eine Rückkehr in die Informationsphase einleitet, die schon abgeschlossen schien.

⁴ Die Musteranalyse geschieht nicht voraussetzungslos, sondern sie folgt einerseits theoretischen Erkenntnissen (wie hier aus der Medizinethik, Diskursethik oder Sozial- und Kommunikationsforschung), die sie andererseits in der empirischen Analyse überprüft und gegebenenfalls revidiert. Vgl. zur Methode einer diskurslinguistischen Musteranalyse Ehlich, Rehbein 1986, speziell zu einem komparativen Ansatz bei der Analyse institutioneller Kommunikation Koerfer 1994/2013 sowie zur Diagnosemitteilung und Entscheidungsfindung die Vorarbeiten von Koerfer et al. 1996, 2005, 2008, Köhle et al. 2010, Koerfer, Albus 2015.

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

	Paternalismus	Kooperation (shared decision)	Dienstleistung (informed choice)
Ethik	Autoritative Ethik	Diskursethik	Libertäre Ethik
Beziehung	arztzentriert	beziehungsorientiert	patientenzentriert
Arztrolle	Wächter, Samariter, Vater	Partner, Berater	Dienstleister, Verkäufer
Patientenrolle	Hilfsbedürftiger; Kind	Partner, Klient	Konsument, Kunde
Themenfokus	biomedizinisch	biopsychosozial	biomedizinisch
Strategie/ Einstellung	Zwang → Gehorsam	Dialog → Überzeugung	Manipulation → Überredung
Richtung	(„one way“) A → P	(„two way“) A ↔ P	(„one way“) P → A
Evidenz (EZ)	ja	ja	nein
Präferenz (PZ)	nein	ja	ja
Transparenz	nein	ja	nein
Information	Monolog	Dialog	Interrogation
	Selektive Vermittlung und Rezeption von Teil- Informationen	Hinreichender Wissen- saustausch und wech- elseitiges Verstehen	Selektiver Wissenser- werb durch Frage- Antwort-Muster
Entscheidung	Instruktion	Deliberation	Suggestion
	Anordnung bzw. Ver- ordnung (EZ) nach ärzt- licher Vorwahl	Aushandlung evidenz- und präferenz-basierter Optionen (EZ+PZ)	Werbung und Kontrakt, Angebot und Nachfrage von Optionen (PZ)
Verantwortung	Fremdkontrolle durch A	Gemeinsame Kontrolle	Selbstkontrolle von P
	Tendenz zur Autarkie von A bei Autonomie- verlust von P	Tendenz zu gegen- seitigem Vertrauen bei beidseitiger Autonomie	Tendenz zur Autarkie von P bei Autonomie- verlust von A

Tab. 10.1: Komparative Darstellung von drei Grundmodellen der medizinischen Entscheidungsfindung (mod. n. Koerfer, Albus 2015: 121)

Wie wir noch sehen werden, können die drei Kommunikationsfunktionen (Information, *Entscheidung*, *Verantwortung*) je nach Entscheidungsmodell in der Praxis recht unterschiedlich wahrgenommen werden, weswegen auch ein späterer Wechsel in ein anderes Modell oft erschwert wird (§ 10.7). Einem Patienten, der zunächst nach dem Paternalismusmodell nur über das „Allernötigste“ informiert wurde,

wäre später für eine qualifizierte Beteiligung bei der Entscheidungsfindung im Kooperationsmodell aufgrund seines Informationsmanagements nicht hinreichend kompetent.

Diese phasenspezifischen Unterschiede sollen anhand der vergleichenden *Musteranalysen kommunikativen Handelns* im Detail herausarbeitet werden. Zu diesem Zweck bedienen sich die Musteranalysen der Darstellungsform von Flussdiagrammen, mit denen sich die idealtypischen Gesprächsverläufe für die Grundmodelle (Paternalismus, Kooperation, Dienstleistung) nachfolgend abbilden lassen (Abb. 10.7-10.9). Weitere Modellvarianten (Kontrakt-, Informations-, Präventions-, Agentenmodell usw.) sowie Mischformen können dann nachgeordnet von diesen Grundmodellen ebenso abgeleitet werden wie die spezifischen Fälle der Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient, in denen von einem der beiden Partner ein Modellwechsel initiiert wird.

Auf solche besonders interessanten Fälle des Modellwechsels werden wir im manualgeleiteten Praxisteil noch im Detail eingehen, bei dem die kommunikativen Transferleistungen ärztlichen Handelns herausgearbeitet werden sollen. So soll in einem ausführlich mit Transkripten dokumentierten Beispiel gezeigt werden, wie der Arzt ein vom Patienten zunächst im Dienstleistungsmodus vorgetragenes Anliegen („Diabetes Typ 1 ... gewünschte Umstellung auf Pumpe“) (§ 22.5) schließlich in ein Kooperationsmodell überführt.

10.4.4 Paternalismus und autoritative Ethik

In der Tradition des *paternalistischen* Modells, das noch ganz der *hippokratischen Tugendethik* verpflichtet ist, zeichnet sich der Arzt durch besondere funktionale und persönliche *Eigenschaften* aus. Dazu gehören etwa die Hilfsbereitschaft und Uneigennützigkeit des Arztes ebenso wie seine Autorität und sein Fachwissen. Diese positiven Eigenschaften werden in der Regel vom Patienten gut angenommen, weil sie durchaus geschätzt werden. Die traditionellen Rollenerwartungen korrespondieren hier mit den *komplementären* Rollen von Arzt und Patient, wie sie bereits von Parsons in seinen frühen Schriften zur Arzt-Patient-Beziehung beschrieben wurden (Parsons 1951/1970, und 1964/1970). Gerade die besonderen Eigenschaften des Arztes, die in der erworbenen bzw. zugeschriebenen Autorität und Fachkompetenz bestehen, berechtigen ihn, ganz in Sinne einer *handlungsleitenden* Maxime („doctor knows best“) auch zum *Besten* seines Patienten zu entscheiden.

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

Wie wir insbesondere an Beispielen aus der Visitenkommunikation sehen werden (§ 25), kann der Arzt im paternalistischen Modell seine Entscheidung auch „über den Kopf des Patienten hinweg“ treffen, was verschiedene Gründe haben kann (§ 10.5). Zum einen mag der Arzt aus Bequemlichkeit so handeln, bei der eine vermeintliche *Ökonomie* der sparsamen Information unterstellt wird, zum anderen mögen Motive der *Schonung* eine Rolle spielen, die in bester Absicht erfolgen kann, wenn der Arzt seinem Patienten von weiteren Informationen und Entscheidungen zu entlasten sucht. So kann der Arzt in schweren Krankheitsfällen das sog. *therapeutische Privileg* in Anspruch nehmen, indem er dem schonungsbedürftigen Patienten die volle Wahrheit vorenthält (Beauchamp 1989, Wolff 1989, Veatch 1991). Das Maß der nötigen Information wird hier ganz nach *Gusto* des Arztes bestimmt, ohne dass der Patient bei der Dosierung der Aufklärung (§ 10.5) „ein gewichtiges Wort mitreden“ könnte.

In solchen Fällen eines *starken* Paternalismus, der durch eine extreme *Intransparenz* gekennzeichnet ist (Brody 1989, Koerfer et al. 1994, Robins et al. 2011, Braddock 2012) (§ 10.5.3), kann die Kommunikation mit dem Patienten recht einfach strukturiert sein (Abb. 10.7). Der Arzt verlegt sich auf das *quasi-monologische* Modell einer „Einbahnstraßenkommunikation“ (*one way*) (Charles et al. 1999, Langewitz 2002, Lee, Garwin 2003, Elwyn et al. 2005). Dabei ist prinzipiell kein Platz für *dialogische* Kommunikation vorgesehen, in der Rückfragen oder Einwände ja gang und gäbe wären. So würden „Widerworte“ des Patienten eher überraschen und als Zweifel an der ärztlichen Autorität des Arztes ausgelegt werden, der sich *belehrend* mit der „Unvernunft“ seines Gesprächspartners auseinandersetzen hätte.

Dagegen können im erwarteten und praktizierten Normalfall des paternalistischen Modells die Positionen des Ablaufmusters (Abb. 10.7, Positionen 1-7) mehr oder weniger *monologisch-linear* durchlaufen werden. Allen verbleibenden Kommunikationsvarianten gemeinsam ist, dass der Arzt zuvor qua *Kompetenz* bereits ohne den Patienten eine *solitäre* Entscheidung getroffen hat, die seinem Gegenüber jetzt nur noch mehr oder weniger explizit vermittelt werden muss, damit dieser tut, was ihm gesagt wurde.

Phase	Paternalismus		Autoritative Ethik
	Patient	Arzt	Konstitutive Merkmale
Information	<pre> graph TD A[1. Information mitteilen] --> B[2. Information rezipieren] </pre>		Rezeption („informed“) Unidirektional: A → P Mitteilung - Kenntnisnahme Informationsbedarf: Selektion durch A: Nur das „Allernötigste“ Wissenstyp: Objektive Informationen: Diagnose, Therapie, Prognose, Risiken usw.
	Entscheidung	<pre> graph TD C[3. Anordnung treffen] --> D[4. Anordnung akzeptieren] </pre>	
Verantwortung		<pre> graph TD E[5. Untersuchungs- und Therapieplan realisieren] --> F[6. Verhalten kontrollieren] F --> G[7. Kontrolle dulden] </pre>	
		(Nicht-)Adhärenz	

Abb. 10.7: Kommunikationsmuster für Paternalismus-Modell

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

Das im Paternalismus vorherrschende Kommunikationsmuster ist die *Instruktion*, die möglichst „ohne Wenn und Aber“ befolgt werden soll (Position 3). Der dazu nötige Informationsfluss geht primär vom Arzt zum Patienten. Informationen verschiedener Art (Diagnose, Prognose, Therapie) müssen vom Arzt nur insoweit *mitgeteilt* (Position 1) und vom Patienten *verstanden* werden (Position 2), wie dies zur Befolgung der Anordnungen und Verordnungen (Positionen 3-4) notwendig erscheint, um die Bedingungen für die spätere Adhärenz bei der Umsetzung des weiteren Untersuchungs- oder Therapieplans zu erfüllen (Positionen 5-7). Als Typ der Wissensvermittlung reicht dazu oft die bloße Kenntnisnahme *objektiver, biomedizinischer Daten*, die in einem nur rechtlich relevanten Sinn von Aufklärung die Voraussetzung für die förmliche Zustimmung („informed consent“) ist, die sich im empirischen Fall oft als *Pseudo-Zustimmung* (§ 10.7.2) erweist.

Im Falle einer möglichen *Non-Adhärenz* des Patienten hätte sich der Arzt nur dann etwas „vorzuwerfen“, wenn er die fraglichen Informationen („nüchtern“, „3x täglich“ usw.) offensichtlich nicht deutlich genug „rübergebracht“ hätte, was aus seiner Sicht das einzig verbleibende „Versäumnis“ sein könnte. Alle anderen Motive und Gründe für die *Non-Adhärenz* des Patienten fielen in die *Verantwortung* eines offensichtlich „unvernünftigen“ Patienten, dem bestenfalls mit einer abermaligen „Belehrung“ zu „helfen“ wäre, was auf eine Wiederholung des bereits Gesagten „in deutlichen Worten“ hinausliefe. – jenseits aller Zweifel und Einwände, die der Patient aus seiner lebensweltlichen Perspektive (§ 10.2, 10.3.3) geltend machen könnte.

Bei einem *starken* Paternalismus kann auch im Wiederholungsfall nur das zum Thema gemacht werden, was der Arzt im Rahmen seiner Anordnung und Verordnung für relevant hält. Für die *Anordnung* bzw. *Verordnung* selbst übernimmt der Arzt die *Alleinverantwortung* ebenso wie für die *Kontrolle* des Patienten, die dieser zu *dulden* hat (Position 5-7). Diese Übernahme der Verantwortung durch den paternalistischen Arzt mag der Patient zunächst als Entlastung empfinden. Die Beziehung, die zumeist von einer starken *Abhängigkeit* des Patienten vom Arzt geprägt ist, kann sich im Sinne der oben skizzierten hippokratischen Tugendethik durchaus *persönlich* und *vertrauensvoll* entwickeln.

Dieses Vertrauensverhältnis kann jedenfalls so lange bestehen bleiben, bis der Patient die *Fremdkontrolle* des Arztes wegen seiner möglichen *Non-Adhärenz* fürchten muss, weil er vielleicht eine Tabu zu brechen und die „wahren“ Gründen für sein „Fehlverhalten“ zu offenbaren hätte. Dann könnte das bisherige Vertrauen, das vielleicht nur „blindes“

und nicht „erworbenes“ oder „verdientes“ (*earned*) Vertrauen gewesen sein mag (Braddock 2012), in Misstrauen umschlagen, was patienten-
seitig nicht selten de facto zum wiederholten Arztwechsel führt („doctor shopping“). Dieser Trennungsakt wäre dann das verbleibende Aktivitätspotenzial eines bis dahin *passiven* Patienten, der die ärztliche Kontrolle bloß erduldet hat. Die Tragfähigkeit einer komplementären Beziehung, die im Rahmen einer *autoritativen* Ethik wesentlich durch das Kommunikationsmuster der ärztlichen *Instruktion* bestimmt ist, erfährt ihre Grenzen offenbar dort, wo der intendierte *Gehorsam* des Patienten als korrespondierende Einstellung ausbleibt oder aufgekündigt wird.

10.4.5 Dienstleistung und libertäre Ethik

Als extremer *Gegenpol* zum arztzentrierten Paternalismusmodell ist das patientenzentrierte *Dienstleistungsmodell* anzusehen, bei dem der Patient den Arzt als reinen Dienstleister aufsucht, möglicherweise mit der Absicht, von ihm wie „König Kunde“ behandelt zu werden. Arzt und Patient begegnen sich dann wie in einem *Businessmodell* als Verkäufer und Käufer zum freien Warenaustausch, zu dem die Konsumhaltung des Patienten ebenso passend einladen kann wie das Angebotsverhalten des Arztes.

Eine extreme Variante stellen die *Präventionsmodelle* dar, in denen Arzt und Patient keine tragende Beziehung eingehen. Vielmehr wird dem Arzt-Besuch etwa derselbe Status zugeschrieben wie dem Sport, mit derselben Funktion zur Selbsthilfe (Pellegrino, Thomasma 1988). Derartige Modelle können kaum für das Gesundheitswesen insgesamt geltend gemacht werden, sondern bestenfalls für Teilbereiche angewandt werden, in denen bestimmte selektive Gesundheitsleistungen als beworbene Gesundheitsprogramme (*Wellness, Fitness*) angeboten und von Gesunden oder Kranken entsprechend konsumiert werden. Mit diesem Konsum sind nicht zuletzt die Risiken von *nicht-evidenzbasierten* Dienstleistungen verbunden (§ 10.3), wie sie ja auch bei bestimmten IGeL-Angeboten von Ärzten in der Diskussion stehen.

Um die möglicherweise negativen Konsequenzen einer bloß marktwirtschaftlichen Austauschbeziehung zwischen Arzt und Patient abzuwenden, die durch Angebot und Nachfrage geregelt wird, werden analog zum Wirtschaftsrecht nach dem *Kontraktmodell* auch im Gesundheitswesen Schutz- und Garantieregelungen getroffen, mit denen ärztliche

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

Übergriffe, Missbräuche, Fehlbehandlungen usw. verhindert werden sollen.

Trotz aller vorausgehenden oder nachfolgenden *Werbung* zeichnen sich Dienstleistungsmodelle vordergründig dadurch aus, dass die Handlungs- und Themeninitiativen im Wesentlichen vom Patienten ausgehen (Abb.10.8, Position 1). Der Patient konsultiert den Arzt als *Experten*, um sich sogleich die nötigen Informationen, die er als Patient in einer Vorauswahl für relevant hält, zur Vorbereitung seiner Entscheidung einzuholen, wobei er über die Art und das Ausmaß der Informationen, die der Arzt gibt (Position 2), schließlich selbst bestimmt (Entscheidungsknoten in Position 3). In dieser Rolle als *Initiator* von Themen steuert der Patient die Interaktion durch das *Muster* des Fragens und Nachfragens bis zu den widerkehrenden Kontenpunkten, an dem er je nach Sättigung oder Informationsbedarf die Befragung des Experten beendet oder in neuen Informationsschleifen fortsetzt.

Ebenso verläuft die Phase der Entscheidungsfindung (Position 4-6), in der der Patient eigeninitiativ Behandlungsangebote einholt, mit denen der Experte dienen kann. Dessen Expertise kann Berücksichtigung finden oder aber auch nicht, wenn der Patient den Informations- und Entscheidungsprozess außerhalb des Gesprächs mit anderen Experten oder unter Nutzung anderer, interaktiver Medien (Internet) fortsetzt. Die Entscheidung selbst kann vom Patienten prinzipiell allein getroffen und ohne weitere Begründung dem Arzt bloß mitgeteilt werden (Position 6), der sie weitgehend zu akzeptieren hat (Position 7), sofern die anschließende Behandlungen nicht wesentlich gegen legalistische Regelungen im obigen Sinne des *Kontraktmodells* oder gegen elementare *evidenzbasierten* Standards (§ 10. 3) der medizinischen Profession verstoßen.

In diesem gesamten Informations- und Entscheidungsprozess verharrt der Arzt offenbar in einer bloß *respondierenden* Rolle, ohne in diesen Prozess formal und substantiell eingebunden zu werden. Beide Richtungen der Interaktion sind durch *Intransparenz* bestimmt, weil sich die beiden Gesprächspartner nur sehr eingeschränkt über die „wahren“ Motive und Gründe ihres Handelns aufklären. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient bleibt insgesamt *unpersönlich* bis *anonym*. Im Sinne einer *libertären* Ethik („laissez-faire“), die lediglich nach dem Kontraktmodell durch eine *legalistische* Ethik begrenzt wird (Pellegrino 1989), begegnet der Arzt dem Patienten eher mit *Gleichgültigkeit* als mit einem persönlichen Engagement unter hoher Mitverantwortung.

Phase	Dienstleistung (informed choice)		Libertäre Ethik
	Patient	Arzt	Konstitutive Merkmale
Information	<pre> graph TD 1[1. Information suchen] --> 2[2. Information geben] 2 --> 3{3.} 3 --> 4[4. Angebote einholen] </pre>		Rezeption („informed“) Unidirektional: P → A Frage-Antwort-Muster Informationsbedarf: Selektion durch P Wissenstyp: Objektive Informationen: Diagnose, Therapie, Prognose, Risiken usw.
	Entscheidung	<pre> graph TD 4[4. Angebote einholen] --> 5[5. Angebote machen] 5 --> 6[6. Entscheidung mitteilen] 6 --> 7[7. Entscheidung akzeptieren] </pre>	
Verantwortung		<pre> graph TD 8[8. Untersuchungs- und Therapieplan realisieren] --> 9[9. Selbstkontrolle] 9 --> 10[10. Verhalten dulden] </pre>	
		(Nicht-)Adhärenz	

Abb. 10.8: Kommunikationsmuster für Dienstleistungsmodell

Die Verantwortung für seine *autonom* getroffene Entscheidung wird allein vom Patient getragen, der den Arzt deswegen ebenso wenig in die Pflicht nehmen kann wie für die Kontrolle seines eigenen, möglicherweise non-adhärenenten Patientenverhaltens, das der Arzt wiederum zu akzeptieren hat (Positionen 8-10). Hier kann die *Autonomie* des Patienten bis zur *Autarkie* gesteigert werden, indem er sich von der Person des Arztes und dessen Einflussnahme auf die Entscheidung unabhängig macht. Dabei werden möglicherweise die Interessen und Präferenzen des Patienten derart hypostasiert, dass der *Autonomiegewinn* des Patienten mit dem *Autonomieverlust* des Arztes „bezahlt“ wird (v. Uexküll 1993, Quill, Brody 1996, Sandman, Munthe 2009, Sandman et al. 2012), worauf unter medizin- und diskursethischer Perspektive noch besonders (§ 10.6.1) einzugehen sein wird.

Insgesamt sind mit der *libertären Ethik*, nach der fast „alles geht“, was nicht explizit „verboten“ ist, Tendenzen zu einer *Gefälligkeitsmedizin* verbunden, bei der sich der Arzt mit seinen Untersuchungs- und Behandlungsangeboten ausschließlich an der Nachfrage von Patienten orientiert. In diesem *Dienstleistungsmodell* der Medizin gehen beide Seiten mehr oder weniger bewusst die Risiken einer wechselseitigen *Manipulation* ein, als deren Resultat wie bei der Werbung die *Überredung* steht.

Der Mangel an *Überzeugung* des Patienten, der dem Mangel an dialogischer Aufklärung und Argumentation durch den Arzt geschuldet ist (§ 10.5-7), kann wie beim Paternalismusmodell, so auch im Dienstleistungsmodell direkt in die *Non-Adhärenz* des Patienten führen. Hier wie dort besteht die *Pseudo-Lösung* des häufigen Arztwechsels („doctor shopping“), von dem der *konsumorientierte* Patient allerdings noch mehr Gebrauch machen dürfte als der bloß *gehorsame* Patient.

10.4.6 Kooperaton (SDM) und Diskursethik

Im Unterschied zur *autoritären Verordnungspraxis* im paternalistischen Modell, in dem ein *gehorsamer* Patient den *Instruktionen* des Arztes ohne Widerspruch zu folgen hat, und der *libertären Angebotspraxis* im Dienstleistungsmodell, in dem der *konsumorientierte* Patient die ärztliche Dienstleistungen nach Gusto in Anspruch nehmen kann, beruht das Kooperationsmodell (SDM) wesentlich auf dem Muster der *Aus-handlung* („negotiation“) zwischen zwar *ungleichen*, aber *gleichberechtig-*

ten und *gleichrationalen* Partnern (§ 7.5, 10.6). Bei allen Asymmetrien, die der „therapeutischen Allianz“ zwischen ungleichen Partnern geschuldet ist, begegnen sich diese im Gespräch dennoch „auf Augenhöhe“, um gemeinsam das *Beste* für den „hilfsbedürftigen“ Partner auszuhandeln.

Das Konzept der *Aushandlung*, wie es vorausgehend schon als dialogisches Verständigungsverfahren (*Concordance*) eingeführt wurde (§ 10.1), ist in einer langen sozialwissenschaftlichen Tradition systematisch begründet (Strauss 1978) worden, die inzwischen auch in der Medizin durch vielfache Anwendungen fortgeführt wurde (cf. Stewart 1984, Fisher 1983, 1986, Roter, Hall 1992/2006, Lazare 1995, Gwyn, Elwyn 1999, Elwyn 2001, Pollock 2005, Stivers 2006, Sandman 2009, Sandman, Munthe 2010, Sandman 2009, Labrie, Schulz 2014). Mit dem Konzept des *Aushandelns* wird auch bei der medizinischen Entscheidungsfindung immer die Möglichkeit von kontroversen Ausgangsdifferenzen angenommen, die aus den unterschiedlichen Kenntnissen, Meinungen und Einstellungen der Teilnehmer resultieren. Diese Ausgangsdifferenzen können nur durch wechselseitiges diskursives Engagement der Gesprächspartner überwunden werden, um schließlich zu einer gemeinsamen Lösung eines als gemeinsam erkannten Problems zu kommen, das schließlich durch gemeinsam beschlossenes Handeln bewältigt werden soll.

Auf dieses diskursive Engagement sind auch die Gesprächspartner in der Sprechstunde wechselweise angewiesen, wenn sie schließlich zu einer *gemeinsamen Verantwortungsübernahme* für eine *gemeinsame Entscheidung* kommen wollen. Zu diesem Zweck muss zuvor die *lebensweltliche* mit der *medizinischen* Perspektive in einem Dialog zwischen Arzt und Patient erfolgreich vermittelt worden sein (§ 10.2). Dabei ist immer auch die *Vorgeschichte* zwischen Arzt und Patient zu berücksichtigen, die als gemeinsame Kommunikationsgeschichte immer schon präsent ist und im Bedarfsfall in Erinnerung gerufen werden muss, indem der Arzt etwa zu Beginn der Entscheidungsphase eine Zwischenbilanz in Form eines Resümees zieht (Anamnese, Diagnose, Untersuchungs-, Therapieproblem usw.). Erst auf der Basis dieses geteilten Wissens können Entscheidungsdialoge thematisch sinnvoll aufbauen.

Zwar haben Elwyn et al. (1999) im Zusammenhang mit der Forschung zur Entscheidungsfindung zu Recht eine „neglected second half of the consultation“ beklagt, aber diese zweite Hälfte hat immer eine erste Hälfte zur Voraussetzung, auf deren Basis Entscheidungsprozesse überhaupt nur sinnvoll eingeleitet werden können. Diese erste Hälfte

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

umgekehrt bei der Entscheidungsfindung zu „vernachlässigen“ hieße, die bereits von den Teilnehmern erbrachten Verständigungsleistungen derart zu ignorieren, dass die zweite Hälfte ohne Sinn und Verstand bliebe. Ein Entscheidungsdialog kann also nicht voraussetzungslos begonnen werden, sondern muss immer passend an bekannte Probleme, Aufgaben, Ziele usw. anschließen, durch die sich die Gesamtperspektive des gemeinsamen Entscheidens und Handelns erst sinnvoll eröffnet lässt.

Schon beim ersten Informationsaustausch, bei dem sich der Arzt im Bedarfsfall nach dem *Vorwissen* des Patienten erkundigt (Abb. 10.9, Position 1), können beide Teilnehmer weitere Informationen sowohl anbieten als auch nachfragen (Positionen 2-4). An den beiden Entscheidungsknoten (Rauten) sind sie jeweils in der Lage, je nach Bedarf in die Informationsphase zurückzukehren (Positionen 5, 7). Nach einem hinreichend gesättigten *Informationsaustausch* werden die (*Be-*)*Handlungsoptionen* (Position 6) als mögliche Alternativen in Relation zu den Präferenzen (Position 8) des Patienten einer gemeinsamen *Evaluation* unterzogen (Positionen 10), bevor der Untersuchungs- bzw. Therapieplan (Position 11) im *Konsens* realisiert werden kann.

Bevor es dazu kommt, ist die Entscheidungsphase (Position 7-10) zunächst durch einen ergebnisoffenen Prozess der *Deliberation* bestimmt (§ 10.6.3) (Charles et al. 1999, Sandman, Munthe 2010, Munthe et al. 2012, Labrie, Schulz 2014, Han et al. 2014, Elwyn et al. 2014). In diesem Prozess der *Deliberation*, der am besten in der Form des spontanen, „lauten Nachdenkens“ (§ 10.6.3) vollzogen wird, werden die Präferenzen und Dispräferenzen, Argumente und Gegenargumente, aber auch Befürchtungen und Hoffnungen ausgetauscht, um aus verschiedenen lebensweltlich und medizinisch relevanten Perspektiven das „Für und Wider“ von Behandlungsalternativen in der gemeinsamen *Beratung* kritisch abzuwägen. Dabei können beide Partner an vielen Entscheidungsknoten (Rauten), von denen hier aus Gründen der Reduktion nur wenige exemplarisch hervorgehoben werden (Rauten 5, 7, 9), das Gespräch über *dialogische* Rückkopplungsschleifen wechselseitig steuern.

So können beide Partner das Gespräch in die eine oder andere Richtung bewegen, also vor einer aktuell anstehenden Entscheidung auch frühere, möglicherweise bereits revidierte Präferenzen des Patienten erneut thematisieren und evaluieren.

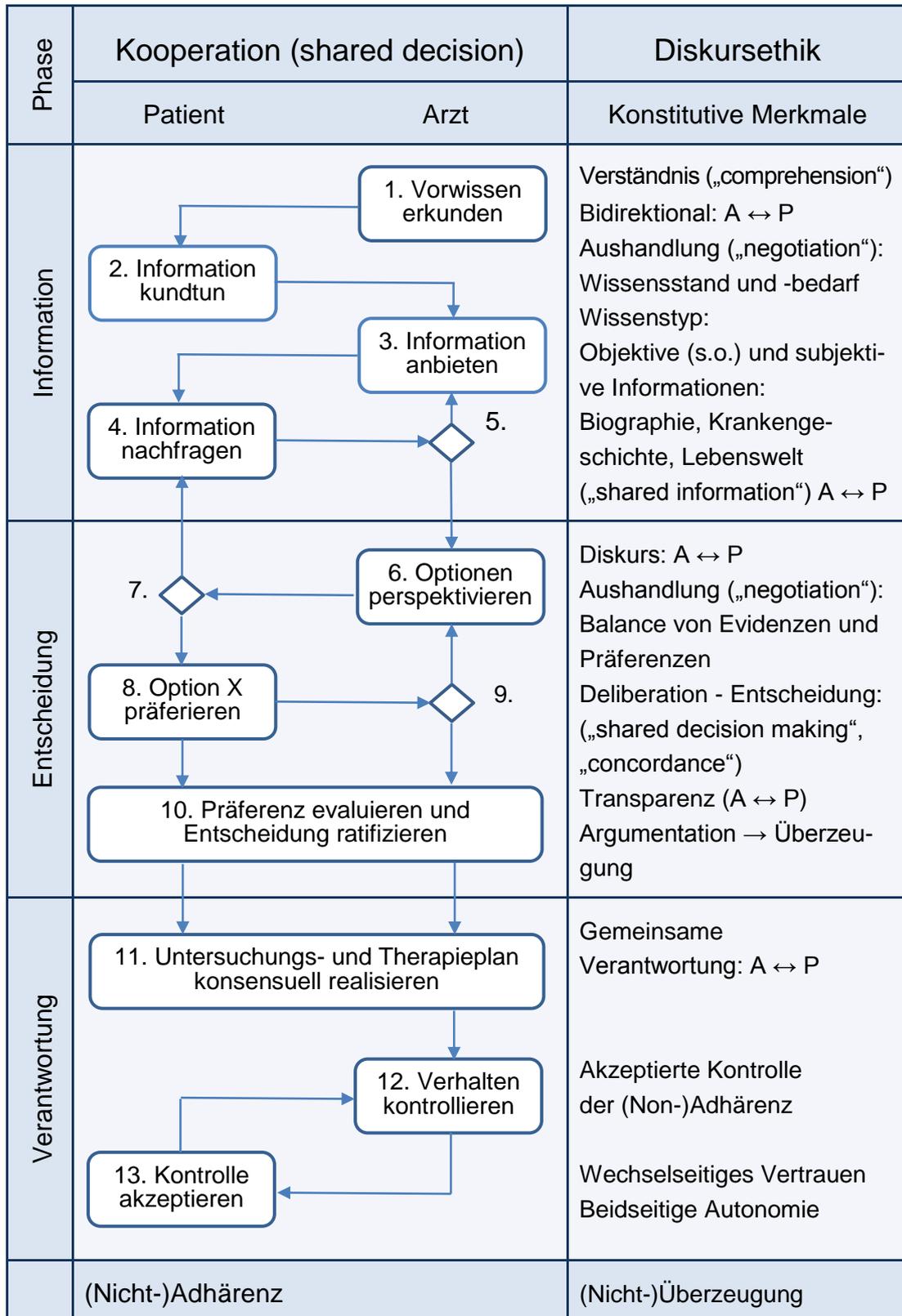


Abb. 10.9: Kommunikationsmuster für Kooperationsmodell

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

Ebenso können die Partner bei Bedarf in den Informationsmodus zurückkehren, weil sich etwa zwischenzeitlich der Krankheitsverlauf geändert hat und deswegen eine Neubewertung notwendig wird, in die nicht nur die *objektiven* „Fakten“, sondern auch das *subjektive* Krankheitserleben eingehen. Wie wir an einem empirischen Beispiel noch ausführlich besprechen werden, kann es auch zu Verunsicherungen kommen, wenn einmal getroffene Entscheidungen erneut *zur Disposition gestellt* werden. Was dann der kritischen Prüfung standhält, kann umso sicherer von Bestand bleiben, weil es abermals mit „Bedacht“ gewählt wurde (§ 22.6). Unter Umständen müssen Entscheidungen, sofern dies nach dem evidenzbasierten „Sachstand“ möglich ist, auch noch hinausgezögert oder gar „vertagt“ werden, bis der Information- und Meinungsbildungsprozess so weit abgeschlossen ist, dass eine Entscheidung gemeinsam getroffen und „endgültig“ *ratifiziert* (Position 10) werden kann.

In diese Entscheidung können im Kooperationsmodell allerdings nicht alle möglichen Alternativen im Sinne einer *libertären* Ethik eingehen, sondern nur solche Behandlungsoptionen berücksichtigt werden, die den Standards einer *evidenzbasierten* Medizin standhalten können, was eine notwendige Bedingung für die gleichzeitige *Verantwortungsübernahme* durch den Arzt ist (§ 10.3). Obwohl damit eine Reihe von Patientenwünschen von vornherein ausgeschlossen sein mag, kann der Patient entsprechend seiner individuellen Lebens- und Wertgeschichte dennoch Präferenzen entwickeln, die der „besten“ Empfehlung des Arztes entgegenstehen mögen (*Operation*). Andererseits kann der Arzt einer aus seiner Sicht „zweitbesten“ Patientenwahl (*konservative Behandlung*) ebenso wie einer „drittbesten“ Wahl wie etwa einem „watchful waiting“ (Elwyn et al. 2005, Epstein 2013, Hausteiner-Whiele, Henningsen 2015) durchaus zustimmen, sofern sich die vom Patienten präferierte (Be-)Handlungsoption im Rahmen einer evidenz-basierten Medizin rechtfertigen lässt. Der Aushandlungsprozess bei der Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient verlangt am Ende also keine vollständige („hundertprozentige“) Übereinstimmung, sondern lediglich eine Entscheidung, die für beide Partner *hinreichend akzeptabel* ist.

Beim Kooperationsmodell sind schließlich beide Partner die Gewinner: Aufgrund des vorherrschenden *Transparenzprinzips*, das im Sinne einer *Diskursethik* für die Arzt-Patient-Beziehung konstitutiv ist (§ 7.5, 10.5), muss der Arzt sich mit seinem Professionswissen sowie seiner persönlichen Erfahrung und Meinung nicht zurückhalten, zumal wenn er danach explizit gefragt wird („Herr Doktor, was würden Sie an meiner Stelle tun?“). Das diskursive Engagement des Arztes dient der Förde-

rung der Patientenautonomie insofern, als sich die letztlich gültigen *Überzeugungen* des Patienten im Sinne einer Kompetenzsteigerung nur in dialogischen Aushandlungsprozessen herausbilden und stabilisieren können. So kann die Patientenautonomie im Kooperationsmodell optimal gefördert werden, ohne dass die Autonomie des Arztes gefährdet wäre (§ 10.6), der weiterhin im Einklang mit den evidenzbasierten Standards seiner Profession handeln kann.

Im weiterhin möglichen Fall der Non-Adhärenz muss der Patient die Kontrolle nicht fürchten, sondern er kann sie im wohlverstandenen Eigeninteresse akzeptieren (Position 12-13). Entsprechend der beiderseitig eingespielten Bereitschaft für ein „echtes“ Gespräch (§ 7.5) kann der Patient sein „Fehlverhalten“ ohne Tabu zum Thema machen. Die offene „Besprechung“ von Problemen stellt die Beziehung nicht in Frage, sondern lediglich vor neue Herausforderungen, die modifizierte Entscheidungen verlangen, um die Adhärenz des Patienten zu verbessern.

Obwohl diese Zielsetzung der Adhärenz in allen Grundmodellen mehr oder weniger verfolgt werden, unterscheiden sie sich doch erheblich in der Art und Weise, wie der Weg zum Ziel zu erreichen ist und das intendierte Verhalten des Patienten auch verstetigt werden kann. Die beschriebenen Unterschiede sollen in einem evaluativen Vergleich nochmals resümiert werden (Box 10.13), indem die extremtypologischen Ausprägungen der drei Grundmodelle auf den jeweiligen Nenner gebracht werden.

Box 10.13 Die drei Grundmodelle im evaluativen Vergleich

Im *Kooperationsmodell* der Arzt-Patient-Beziehung begegnen sich beide Interaktionsteilnehmer als *Partner*, deren Teilnahmeperspektiven sich bei aller Unterschiedlichkeit in der *Reziprozität* der Einsicht verschränken, dass der eine Partner ohne die Kooperation des anderen nicht erfolgreich ist (Veatch 1991). Gegenüber einem bloß *strategischen* Sprachgebrauch sowohl im *Paternalismusmodell*, bei dem der *Gehorsam* des Patienten durch Zwang und Drohung erreicht werden soll, als auch im *Dienstleistungsmodell*, bei dem die Zustimmung des Patienten als *Überredung* durch Werbung und Manipulation erschlichen werden soll, setzt das Kooperationsmodell ausschließlich auf *Überzeugung* durch *kommunikatives* Handeln, bei dem eine gemeinsame Entscheidung kraft *guter Gründe* gesucht wird.

Koerfer et al. 2008: 148

Obwohl sich etwa Beispiele eines extremen Paternalismus durchaus in der Visite finden lassen (§ 25), können die drei Grundmodelle in der Praxis der Entscheidungsfindung kaum durchgängig in „Reinkultur“ realisiert werden. Vielmehr sind verschiedene Varianten und Mischformen zu erwarten, die nicht nur der Bequemlichkeit oder Gewohnheit wegen, sondern ebenfalls aus *guten* Gründen praktiziert werden können.

10.4.7 Varianten und Mischformen des Entscheidens

Die vorausgehend beschriebenen drei Grundmodelle der Entscheidungsfindung (*Paternalismus, Dienstleistung, Kooperation*) stellen *Idealtypen* dar, die in der Gesprächspraxis von Ärzten im kommunikativen Umgang mit ihren individuellen Patienten vielfältige Varianten und Mischformen erfahren können. Dies hängt sicher auch mit dem wechselnden Informations- und Partizipationsbedarf von Patienten zusammen (§ 10.7.), auf die sich die Ärzte *flexibel* einzustellen haben.

Die Wahl des letztlich praktizierten Entscheidungsmodells muss immer auch als Ergebnis des Aushandlungsprozesses zwischen Arzt und Patient interpretiert werden, bei dem eben auch spezifische Partizipationschancen eröffnet oder aber verstellt werden können. Dabei kann das Spektrum der Partizipationschancen auch zwischen und innerhalb der Grundmodelle variieren, wie dies bereits mit der frühen Differenzierung von Byrne, Long (1976) nahegelegt wurde, nach der sich in einer graduellen Darstellung sieben Typen der Entscheidungsfindung unterscheiden lassen (Abb. 10.6, E). Wie eingangs bereits angeführt, werden über die drei Grundmodelle hinaus auch in der aktuellen Diskussion etwa vier, sechs oder gar neun Modelle differenziert (Emanuel, Emanuel 1992, Kettner, Kraska 2009, Sandman, Munthe 2010, Sandman et al. 2012, Peters 2015). Strittig bleibt sicherlich, ob es sich jeweils um eigenständige Modelle oder um Varianten handelt.

So lassen sich bereits verschiedene Formen eines *schwachen* bis *starken* Paternalismus unterscheiden, die uns sowohl bei der Aufklärung (§ 10.5) als auch bei der Entscheidungsfindung begegnen können (§ 10.7). Ein *starker* Paternalismus zeichnet sich dadurch aus, dass er einfach ohne Zustimmung des Patienten *oktroziert* wird, ohne dass dieser gefragt würde oder gar zustimmen müsste. Von einer Aushandlung kann also bei einem starken Paternalismus erst gar

keine Rede sein. Dagegen kann bei einem *schwachen* Paternalismus die Autorität des Arztes ja auch patientenseitig mehr oder weniger explizit nachgefragt werden („You decide for me doctor“, Guadagnoli, Ward 1998, Kampits 1996). Ein derart *deklariertes* Kommunikationsverzicht mit Verantwortungsdelegation kann der *paternalistischen* Haltung des Arztes mehr oder weniger entgegenkommen, so dass sich auch eine Art „unheiliger Allianz“ einstellen könnte, die durchaus kritisch zu sehen ist (§ 10.7), obwohl sie zunächst harmonisch verlaufen kann.

Weitere (Sub-)Typen der Entscheidungsfindung können auch auf der anderen Seite differenziert werden, auf der das Dienstleistungsmodell („informed choice“) in mehr oder weniger *starken* Formen auftreten kann. Wie bereits ausgeführt (§ 10.4.5) wird hier zur Kontrolle ein *Kontraktmodell* gefordert, um die ärgsten Folgen einer bloß marktwirtschaftlichen Orientierung beider Partner einzudämmen. Im extremen Informationsmodell geht es vor allem um die starke Wahrnehmung der Patientenautonomie, mit der sich die vorausgehend schon beschriebene Tendenz zur Autarkie einstellen kann. Hier besteht die Gefahr, dass die vom Patienten gewünschten Informationen unpassend bleiben, weil der Arzt sie mangels individueller Kenntnisse über den Patienten als Person nicht patientengerecht abstimmen kann.

Aber selbst wenn der Patient zur besseren Abstimmung mit dem Arzt mehr persönliche Informationen über sich preisgeben sollte, würde weiterhin gelten: „information sharing does not necessarily lead to a sharing of treatment decision-making process“ (Charles et al. 1997: 683). Eine *Trennung von Informations- und Entscheidungsprozess* kann hier also aufrechterhalten werden, wobei der Informationsprozess nach Charles et al. (1997) im extremen Fall sogar durch *interaktive Medien* übernommen werden kann.

Dies birgt allerdings die bekannten Risiken einer verkürzten Patientenaufklärung (§ 10.5), weil auch das beste interaktive Medium das persönliche Gespräch mit dem Arzt eben nicht ersetzen, sondern nur ergänzen kann, was in Handlungsfeldern der *Chirurgie* noch besonders (§ 39) zum Thema gemacht wird. Mit und ohne Medien besteht in der Variante des reinen Informationsmodells für den Arzt nach Frosch und Kaplan (1999) die Gefahr, letztlich auf die Rolle eines bloßen *Informationsmaklers* („broker of information“) reduziert zu werden, der damit seine originären ärztlichen Versorgungsfunktionen zu verlieren droht.

Eine spezifische *Zwitterstellung* zwischen Paternalismus und Informationsmodell nimmt das *Agentenmodell* ein. Hier trifft der Arzt auf der

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

Basis wechselseitiger Information die Alleinentscheidung, für die er wie im Paternalismusmodell auch die Alleinverantwortung trägt. Der Arzt macht sich aber zuvor in besonderer Weise zum durchaus persönlich engagierten Agenten des Patienten, indem er nach einem optimalen Informationsaustausch („shared information“) für ihn als dessen autorisierter Stellvertreter entscheidet, das heißt sich so verhält, als ob er selbst in der individuellen Entscheidungssituation des Patienten wäre (Gafni et al. 1998). Bei einer hinreichend empathischen Perspektivenübernahme durch den Arzt kann der Patient mit einer für ihn optimalen Entscheidung durch den Arzt als einen „perfekten Agenten“ rechnen, die er jedoch nicht selbst getroffen hat.

Darüber hinaus werden auch Varianten einer Doppel-Agentenschaft (Rochaix 1998) diskutiert, bei der der Arzt nicht nur als der persönliche Agent des Patienten, sondern zugleich als stellvertretender Agent öffentlicher Interessen handelt. Dabei lässt sich der Arzt nicht nur vom individuellen Interesse seines individuellen Patienten, sondern zugleich von allgemeinen Kriterien der *Verteilungsgerechtigkeit* und *Sozialverträglichkeit* ebenso wie von seinen spezifischen *evidenzbasierten* Professionsstandards leiten. Mögliche Konflikte liegen hier auf der Hand, denen aber ohnehin nicht ausgewichen werden kann. Hier muss mit den Gefahren eines sog. *Neopaternalismus* gerechnet werden (Feuerstein, Kuhlmann 1999), bei dem sich die gesellschaftlichen oder bloß versicherungswirtschaftlichen Interessen von *dritter* Seite (z. B. Kostenfaktor) *hinter dem Rücken* des Patienten gegen seine persönlichen Interessen durchsetzen können.

Einer solchen *Konfliktsituation* kann der Arzt im Sinne der *Diskursethik* letztlich nur mit der strikten Einhaltung des *Transparenzgebots* begegnen (Brody 1989, Koerfer et al. 1994, Robins et al. 2011, Braddock 2012) (§ 7.5, 10.5). Danach werden dem Patienten die (Begründungen für die) Begrenzungen seiner Interessen nicht im Sinne einer *Manipulation verdeckt-strategisch* vorenthalten, sondern im Dialog mit ihm als Teil der Patientenaufklärung *erkennbar* offenlegt. Dass *kommunikatives* Handeln, das mit Argumenten auf *Verständigung* setzt, nicht immer zielführend sein muss, war und ist ein Dauer-Thema nicht nur bei der medizinischen Entscheidungsfindung. Wie auch sonst im Leben, gibt es nicht immer nur das „bessere“ Argument, dem wir im Sinne von Habermas gerne, weil überzeugt folgen (§ 10.6.2), sondern oft „gleich gute“ Argumente, die uns die Entscheidung so schwer machen.

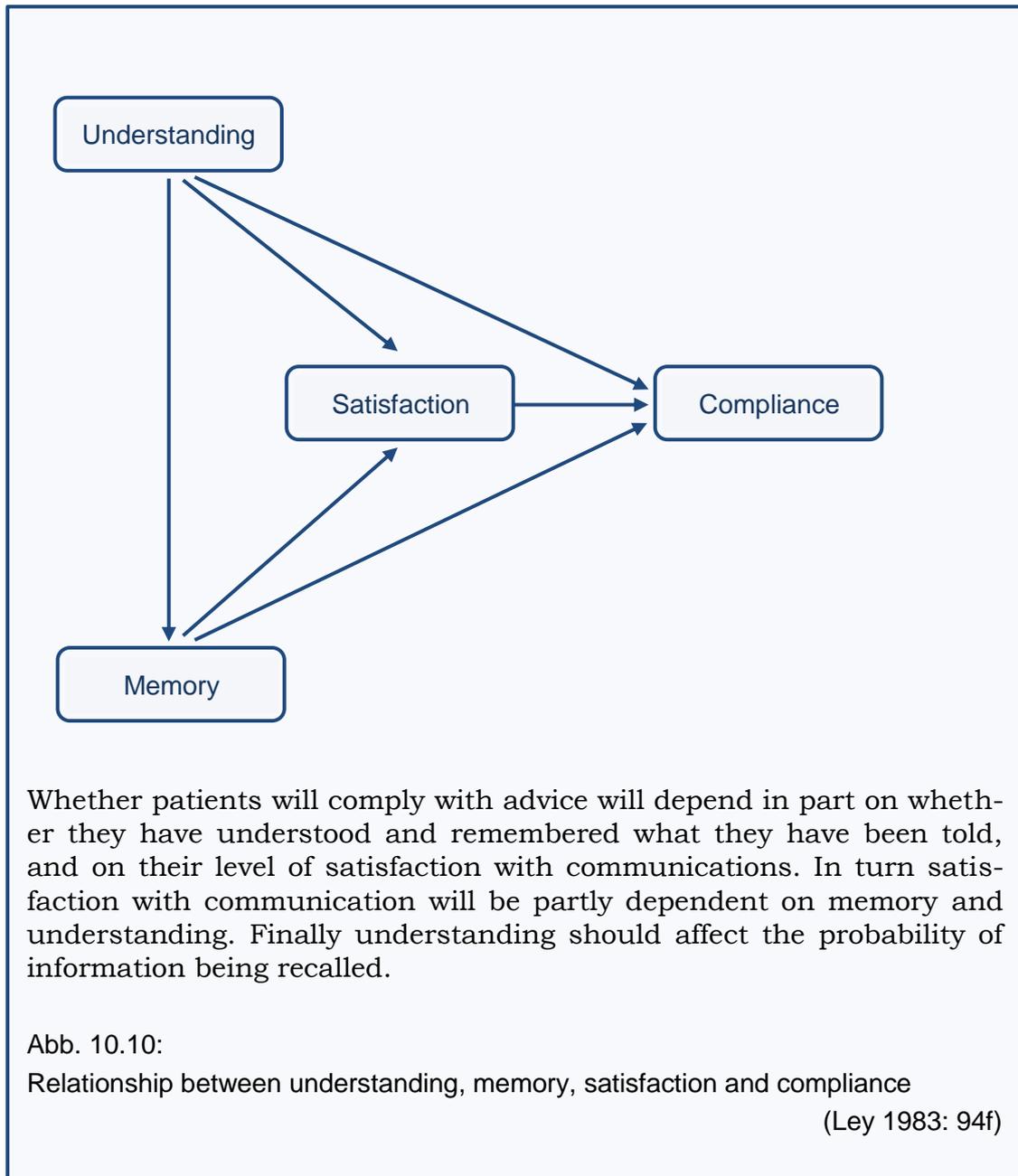
10.5 Die Kunst der ärztlichen Aufklärung

Wie vorausgehend ausgeführt, ist der gut informierte Patient eine allererste Voraussetzung für seine qualifizierte Mitwirkung bei der medizinischen Entscheidungsfindung. Ihn in dieser Hinsicht hinreichend zu qualifizieren, ist Aufgabe des Arztes, der bei der *Aufklärung* patientengerecht vorgehen muss. Die Vermittlung von Wissen, über das der Patient verfügen muss, um seinerseits bei der Entscheidungsfindung kompetent „mitreden“ zu können, ist so zu gestalten, dass eine Integration in das bisherige Weltwissen des Patienten unter Berücksichtigung seiner persönlichen *kognitiven* und *emotiven* Aufnahmefähigkeiten möglich wird. Hier die individuellen Grenzen des „Zumutbaren“ im Gespräch mit dem Patienten immer wieder auszuloten und gegebenenfalls neu zu justieren, ist eine Herausforderung an die *Kunst der ärztlichen Gesprächsführung* (§ 17), bei der der Arzt oft die Klippen zwischen *Unter-* und *Überforderung* des Patienten meistern muss. Hier sollte der Arzt unter Wahrung des *Transparenzprinzips* beim kommunikativen Handeln über die nötige Kompetenz zur *Dosierung* von Informationen in ähnlicher Weise verfügen, wie er auch sonst beim ärztlichen Handeln mit dem Dosierungsproblem gegenüber individuellen Patienten kompetent umgeht.

10.5.1 Verstehen, Erinnern, Zufriedenheit und Therapietreue

Um zunächst die unmittelbare Tragweite einer mangelhaften Verständigung zwischen Arzt und Patient vor Augen zu führen, soll das Erklärungsmodell vorausgeschickt werden, dass einer der Pioniere zur Arzt-Patient-Kommunikation, Philip Ley, in einem einfachen Schaubild (Abb.10.11) dargestellt und erläutert hat (1980, 1983, 1988). Aus dem vorausgehend genannten Gründen halten wir hier im Kontext eines Zitats am Begriff der *Compliance* fest, den wir ansonsten durch den moderneren Begriff der *Adherence* ersetzen (§ 10.10). In der Abbildung (10.11) und der dazugehörigen Erläuterung soll der Originalbegriff (*Compliance*) von Ley beibehalten werden. Wo es frei vom Kontext möglich ist, spricht nichts dagegen, auch von „Adhärenz“ oder „Therapietreue“ zu reden.

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge



Das einfache Erklärungsmodell von Philipp Ley, zu dem er vielfältige empirische Studien durchgeführt hat, stellt immerhin vier zentrale Begriffe und die dazugehörigen Konzepte in einen Zusammenhang, der in vielen anderen Wissenschaften (Psychoanalyse, Psychologie, Neurologie, Informatik) von Bedeutung ist. Dort wird etwa den Fragestellungen nachgegangen, was Menschen unter welchen kognitiven und emotiven Bedingungen mit welchem Interesse lernen und behalten oder aber wieder vergessen oder verdrängen, weil es für sie uninteressant oder bedrohlich ist usw. Hier verhalten sich Menschen als „Patienten“ zwar

nicht prinzipiell anders als auch sonst in ihrem Alltagsleben. Aber dadurch, dass eben dieses Alltagsleben etwa bei einer schweren Erkrankung stark beeinträchtigt sein kann, wird doch vieles anders wahrgenommen und verarbeitet als in der täglichen Routine.

Insbesondere bei einem Wechsel aus der vertrauten Umgebung der alltäglichen Lebenswelt in die Institution Krankenhaus drohen unsere Selbstgewissheiten zu zerbrechen und unsere bewährten Verarbeitungs- und Kommunikationsroutinen zu versagen. Was besonders in der klinischen Visite zu berücksichtigen ist (§ 25), gilt aber auch schon beim Hausarzt- und Facharztbesuch. Auch hier ist damit zu rechnen, dass Angst- oder Ohnmachts- oder Abhängigkeitsgefühle die Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigen. Deswegen sind die nötigen Informationen nicht nur unter besonderen Umständen gegenüber einem Kind (§ 35) oder älteren Patienten (§ 37) besonders „einfach“ und „anschaulich“ oder „laut, klar und deutlich“ zu vermitteln oder mehrmals zu „wiederholen“. Auch gegenüber einem irritierten Jungakademiker müssen mögliche „Konzentrationsstörungen“ berücksichtigt werden, die sich auch bei ihm in einer besonderen Situation wie etwa bei der Verarbeitung von Informationen im Falle der ärztlichen „Mitteilung einer schwerwiegenden Diagnose“ (§ 16, 22) einstellen können.

Das Modell von Ley zeigte rudimentär die Schaltstellen und Kumulationspunkte auf, an denen mit Problemen und Störungen zu rechnen ist, die schließlich ein adhärentes Patientenverhalten erschweren und den intendierten Therapieerfolg gefährden. Was im positiven Fall des Modells mit der Compliance („Therapietreue“) des Patienten endet, beginnt im negativen Fall schon mit einem mangelhaften Verständnis des Patienten, mit entsprechend kumulativen Effekten von ungenügender *Erinnerung*, *geringerer Patientenzufriedenheit* und *größerer Non-Compliance*.⁵

Kommt ein Patient schon bei der Anamneseerhebung zu kurz, weil seine Krankengeschichte nicht hinreichend „erhört“ wurde (§ 9), so wird er sich mit seinen Interessen auch bei seiner Aufklärung „unzufrieden“, weil als Person „übergangen“ fühlen, wenn der Arzt etwa einen Aufklärungsvortrag *ohne Punkt und Komma* und ohne Bezug zu ihm als Per-

⁵ Zum systematischen Zusammenhang von *Kommunikation*, *Zufriedenheit* und *Adhärenz* sei hier auf die umfangreiche Meta-Studie von Haskard Zolnierek, DiMatteo (2009) sowie den Kommentar von Roter, Hall (2009) verwiesen, worauf wir im Evaluationsteil (§ 40) zurückkommen werden.

son hält. Was hier *ohne Sinn und Verstand* bleibt, wird auch später nicht in Erinnerung gerufen werden können, wenn es darauf ankommt, ein zukünftiges Verhalten zu motivieren. Soll ein Wissen anwendungsbezogen abgerufen werden können, bedarf es zuvor einer anderen, nämlich *dialogischen* Art von Wissensvermittlung, in der die nachfolgend beschriebenen Probleme des Verstehens und der Verständigung vermieden oder doch gemildert werden können.

10.5.2 Probleme und Konzepte der Verständnissicherung

Ärzte verfügen über eine alltägliche und professionelle *Doppelkompetenz*, weil sie – so wie wir alle – zunächst Angehörige der Lebenswelt, aber auch zugleich Agenten einer spezifischen Institution sind. Mit dieser Doppelkompetenz müssen Ärzte ähnlich wie Lehrer, Anwälte, Richter, Abgeordnete usw. systematisch Gebrauch machen, die sich im Prinzip ebenso durch Perspektivenwechsel auf den Laienstatus ihrer Klienten einzustellen haben. Dies ist ein allgemeines Merkmal institutioneller Kommunikation, deren *Asymmetrie* sich jedoch oft genug zum Nachteil der Klienten auswirkt (Koerfer 2013) (§ 7.5, 10.6). Dies gilt für Schüler, Angeklagte und eben auch Patienten gleichermaßen, die oft hinter den Notwendigkeiten und Möglichkeiten des Verstehens zurückbleiben, das eine allererste Voraussetzung für eine aktive Teilhabe am interaktiven Geschehen ist.

Die erste Hürde, die zwischen Arzt und Patient zu nehmen ist, besteht in der *Überbrückung* der Verständigungsprobleme, die sich aus dem Zusammenprall der Lebenswelt mit der medizinischen Welt ergeben, wie dies vorausgehend mit Elliot G. Mishler (1984) aus sprachsoziologischer und medizinethischer Perspektive herausgearbeitet wurde (§ 10.2). Da die Kompetenzen zwischen Arzt und Patient in dieser Hinsicht wie ausgeführt *asymmetrisch* verteilt sind, ist hier besonders der Arzt gefragt, der als „Alltagsmensch“ und Mediziner naturgemäß über beide Arten von Kompetenzen verfügt und deswegen für die Entstehung wie Lösung von Verständigungsproblemen gleichermaßen eine besondere Verantwortung trägt.

Um zu einer gemeinsamen Verständigung zu kommen, sind insbesondere ärztliche Kompetenzen zur *Verständnissicherung* bei *Anordnungen* und *Verordnungen* (§ 26), aber auch bei der *Mitteilung schwerwiegender Diagnosen* (§ 16) und der *Aufklärung* vor Operationen (§ 39) gefragt (Mann 1984, Diz 2005, Jung 2005, Bührig, Meyer 2007, Hoefert

2008, Mendick et al. 2010, 2011, Turner et al. 2011, Klüber 2015). Ohne ärztliche Übersetzungsfunktion aus der Alltagsperspektive werden die rein (fach-)medizinischen Informationen für Patienten „ohne Sinn und Verstand“ bleiben oder gar zu gravierenden, folgenschweren Missverständnissen (etwa bei der Medikation) führen können.

Sieht man von mangelhafter Motivations- und Überzeugungsarbeit ab, die auf die berühmte Zeitnot, aber auch individuelle Resignation oder Desengagements des Arztes gegenüber diesem individuellen Patienten zurückgeführt werden mag, bleiben leicht vermeidbare Fehlerquellen bei der Verständnissicherung übrig. Formal können vier *Typen* von „Fehlschlägen“ bei der Informationsvermittlung und ihre Subtypen differenziert werden, die etwa schon bei der Aufklärung einzeln oder aber kumulativ zusammenwirken können.

Diesen Typen von Fehlschlägen ist rechtzeitig mit den entsprechenden *Gegenkonzepten* (z.B. Fremdwörter „eindeutschen“ oder „übersetzen“ oder „paraphrasieren“) entgegenzuwirken, die vor allem auf eine Aufklärung „in der Sprache des Patienten“ und eine *dialogische* Verständnissicherung (*aktives Zuhören, Verständnisfragen, Rückversicherungen* usw.) setzen.

1. Fachkommunikation

Der ärztliche „Fachjargon“ führt bei Patienten qua mangelnder Vorbildung häufig zu *Unverständnis*, das sie sich oft nicht zu klären trauen, zumal in der nicht-dyadischen Visite (§ 25). Dies betrifft die häufige Wahl folgender Subtypen:

- (a) ungebräuchliche *Fremdwörter* („Ischämie“), vor allem wenn diese mündlich von der Lautgestalt zu verwechseln sind („Hypotonie“ - „Hypertonie“, „indiziert“ - „induziert“)
- (b) professionelle *Abkürzungen* („CT“, „PSA-Wert“)
- (c) *Terminologisierung* der Alltagssprache („Wasser lösen“, „abgehen“).

So kann sich ein visiteführender Arzt über den Kopf der Patientin hinweg problemlos im Stationsteam verständigen, indem er am Bett stehend in der 3. Person über die Patientin äußert: „Sie kam ja wegen Verdachts auf ischämische Herzmuskelreaktion“ (§ 22.5). Das Unverständnis von Patienten mögen Ärzte (a) wohl selten willentlich zu erreichen suchen, aber (b) häufiger z.B. wegen „Zeitnot“ billigend in Kauf nehmen (wie im Visitenbeispiel) oder (c) oft als Problem verkennen.

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

Die Problemverkennung ist dann auf einen Mangel an alltäglicher Wahrnehmungskompetenz bei der Kommunikation zurückzuführen, wenn der Arzt den fragenden Blick seines Patienten „übersieht“ oder die mechanische oder zögerliche Rückmeldung „überhört“. So werden wohl manche Patienten weiterhin vorerst irritiert bis besorgt sein, wenn sie zunächst von „negativen“ Befunden hören, bevor sich im Verlauf des Gesprächs das mögliche Missverständnis aufklären und sich die Patientenmimik aufgrund der „positiven“ Nachricht (der „negativen“ Befunde) aufhellen mag usw.

2. Informationsdefizite

Ärzte können Informationen „aussparen“, weil etwa die fragliche Information

- (a) für *selbstverständlich* gehalten wird („rektale“, nicht „orale“ Applikation)
- (b) für *irrelevant* befunden wird, weil die Mitteilungen etwa der „Risiken und Nebenwirkungen“ entbehrlich (weil zu selten) erscheinen
- (c) von vornherein für *unrealistisch* erachtet wird, weil sie für den Laien als nicht „verstehbar“ gilt
- (d) für (unnötig) *beunruhigend* eingeschätzt wird, weswegen die entsprechende Information aus Gründen der Schonung lieber *verschwiegen* werden.

Diese letzte Art der defizitären „Aufklärung“ kollidiert sicherlich mit medizinethischen Prinzipien der *Transparenz* ärztlichen Handelns (§ 10.5.3) sowie der Autonomiegewährung gegenüber einem „mündigen“ Patienten (§ 10.1), der ein Recht auf eine patientengerechte Aufklärung hat.

3. Fehlinformationen und Informationsverfälschungen

Fehlinformationen und Verfälschungen können aus sehr verschiedenen Gründen mehr oder weniger „passieren“ oder bewusst so „gewählt“ werden:

- (a) Eigene *Unkenntnis*, weil etwa ein Arzt über den Unterschied zwischen *absoluten* und *relativen* Risiken nicht hinreichend informiert ist (Steckelberg et al. 2005, Wegwarth 2013, Gigerenzer 2013, Keller et al. 2014), so dass er auch den Patienten nicht entsprechend differenziert aufklären kann.
- (b) Motiv der *Schonung*, die nicht nur zum *Verschweigen* von Informationen führt (s.o.), sondern sich zu gravierenden *Informations-*

verfälschungen auswachsen kann. Hierher gehören auch die vielen „Grenz“-Fälle der durchaus „gut gemeinten“ *Verharmlosungen, Beschönigungen, Beschwichtigungen* („Das ist halb so schlimm“, „Das wird schon“, „Das kriegen wir schon wieder hin“), die gegenüber dem medizinischen „Sachstand“ unangemessen sein können.

Während das Problem (a) der Fehlinformation durch Kompetenzerweiterung in der Sache kurzfristig behoben werden kann, verlangt das Problem der Informationsverfälschung (b) langfristig einen Wandel von ärztlichen Einstellungen. Rhetorische *Strategien der Manipulation* (§ 10.2), die eine ernste Sache „schönreden“, verstoßen nicht nur gegen das *Transparenzprinzip* ärztlichen Handelns (§ 10.5.3, 17), sondern sie können sich auf Dauer als kontraproduktiv erweisen, weil sie zwar kurzfristig beruhigen mögen, aber langfristig (auch im Sinne von: „Lügen haben kurze Beine“) zu Irritationen und damit zur Belastung der Arzt-Patient-Beziehung führen, wenn etwa Patienten aus anderem Munde oder anderer Quelle (Internet usw.) andere Informationen erhalten.

4. Überfrachtung mit Informationen

Die Gefahr der Überfrachtung mit Informationen liegt vor allem dann vor, wenn sie von Ärzten vermehrt „am Stück“ oder „ohne Punkt und Komma“ gegeben werden („Aufklärungsvortrag“). Dies kann mehr oder weniger plausible und verschränkte Gründe und Motive haben:

- (a) *Offensiv* sollen Patienten in einem gut gemeinten Sinn (*empowerment*) vom Arzt mit möglichst „umfassenden“ Informationen „versorgt“ und dadurch ihre Gesundheitskompetenz gesteigert werden.
- (b) *Defensiv* folgt der Arzt einer bloß *legalistischen* Aufklärungsethik (Brody 1989, Koerfer et al. 1994, Bühring, Meyer 2007) (§ 10.7.2), um sich aller Aufklärungspflichten formal entledigen zu können in dem Sinn, dass er „seine Schuldigkeit getan“ hat und später keine (vor allem juristischen) „Anfeindungen“ mehr fürchten muss.

In beiden Fällen besteht die Tendenz der „Überfrachtung“ in Form eines Aufklärungsvortrags, ohne sich nach dem *Vorwissen* des Patienten nach dem *Informationsbedarf* des Patienten zu erkundigen und auf einen dialogischen Verstehens- und Verständigungsprozess

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

einzulassen, der von den notwendigen dialogischen Rückversicherungen lebt.

So scheint der Aufklärungsmonolog auf den „ersten Blick“ trotz des relativen Zeitaufwands „günstiger“ zu sein, als die scheinbar „aufwändige“ Form *dialogischer* Verständigung. Derartige Bilanzen sind allerdings nicht kurz-, sondern langfristig unter beiden Aspekten der Effektivität und Effizienz zu ziehen: Wenn ein Patient anschließend non-adhärent ist, weil er der „Rede am Stück“ eben nicht „am Stück zuhören“ hat konnte und „nur die Hälfte verstanden“ hat, hat der beste Aufklärungsvortrag sein Ziel verfehlt – womit auch die (zeitlichen) Folgekosten deutlich erhöht wären.

Diese und weitere „Fehlerquellen“ der Kommunikation sollen im Detail differenziert und anhand empirischer Beispiele konkretisiert werden. Insbesondere werden wir anhand von Fällen aus der *Visitenkommunikation* (§ 25) herausarbeiten, wie Ärzte in ihrer Fachsprache „über die Köpfe des Patienten hinwegreden“, um eine effektive, „reibungslose“ Verständigung vor allem zwischen den Teammitgliedern in der Visite zu erreichen.

Hier wäre in erster Linie der Maxime zu folgen, in jedem Fall möglichst „in der Sprache des Patienten zu reden“, das heißt zunächst sich der Alltagssprache zu bedienen und dort, wo sie an die Grenzen stößt, *fachsprachliche* Termini einzuführen und diese gegebenenfalls mit der entsprechend dialogischen Verfahren der *Verständnissicherung* zu erläutern (*aktives Zuhören*, Zwischenfragen, Nachfragen, *Rückversicherungen*, *Resümees* usw.) (§ 19, 27).

Auf diese dialogische Verständigungsweise können die notwendigen Informationen nach und nach ins Bewusstsein des Patienten dringen und von ihm als aktives Krankheits- und Behandlungswissen nach Bedarf abgerufen werden, weil sie eben in „seiner Sprache“ *verstanden* wurden und deswegen später leichter *erinnert* werden können.

10.5.3 Transparenz und Dosierung von Informationen

Um eine *dialogische* Vermittlung der notwendigen Information mit dem individuellen Informationsbedarf des Patienten zu erreichen, sollte das dialogische Prinzip der *Transparenz* auch in der Arzt-Patient-Kommunikation zur Geltung kommen (Brody 1989, 2007, Koerfer et al. 1994, Robins et al. 2011, Braddock 2012) (§ 7.5.3). Danach gibt der

Arzt nicht nur in *Reaktion* auf *Fragen* des Patienten angemessene *Antworten*, sondern ergreift seinerseits die *Initiative* zur Information, um *vorausgehend* Wissenslücken des Patienten zu erkunden und zu schließen.

Wegen seiner *Doppelkompetenz* als Mediziner und Alltagsmensch, die eine Übersetzungsleistung zwischen der Fach- und Alltagswelt erlaubt, fällt dem Arzt eine besondere Verantwortung für die gemeinsame Verständigung zu, deren Probleme er hinreichend antizipieren oder doch im konkreten Gesprächsverlauf rechtzeitig erkennen können muss. Als beste „Prävention gegen Unverständnis“ hilft die Einhaltung des *Transparenzprinzips* (§ 10.5), das sowohl *initiativ* als auch *reaktiv* wahrzunehmen ist. In beiden Fällen geht es um die Setzung und Anerkennung von Relevanzen (17.4), die im Falle der Patientenaufklärung wesentlich durch einen Informationsaustausch bestimmt ist, der in der Regel vom Arzt initiiert wird und dann reaktiv durch Fragen des Patienten und Antworten des Arztes fortgesetzt wird.

- *Initiative Transparenz*

Der Arzt ergreift die *Initiative* zur Information. Dabei antizipiert er Probleme des Verstehens und der Verständigung, die schon fachsprachlich bedingt sein können (§ 10.5.2, 27). Er erkundigt sich *initiativ* nach dem *Wissensstand* und *Wissensbedarf* des Patienten und ermuntert ihn dazu, Fragen zu stellen, die er dann entsprechend beantworten sollte (s.u.). Nach einem wechselseitigen Informationsaustausch, der hinreichend gesättigt scheint, ergreift der Arzt erneut die Initiative zur weiteren Information, mit der wiederum *vorausgehend* Wissens- und Verständnislücken geschlossen werden sollen usw.

- *Reaktive Transparenz*

Der Arzt gibt in *Reaktion* auf *Fragen* des Patienten angemessene *Antworten*, die gegebenenfalls zu weiteren Patient-Fragen und Arzt-Antworten führen. Hier sollte der Arzt in der Regel der *Maxime* folgen: „*Fragen* haben *Vorrang!*“ - auch wenn sie aus seiner ärztlichen Sicht nicht berechtigt erscheinen, weil sie etwa vom präferierten Informationsweg abzuführen drohen. Nur im Ausnahmefall sollte der Arzt die Patienten-Fragen explizit zurückstellen und auf sie verzögert zurückkommen dürfen, die aber grundsätzlich nicht überhört und übergangen werden sollten.

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

Wie bereits anhand der Musteranalysen bei der Entscheidungsfindung deutlich wurde, verlaufen die verschiedenen Prozesse einer transparenten Kooperation nicht linear ab, sondern sie können auch wiederholt und in zirkulären Rückkopplungsschleifen durchlaufen werden. Nur in diesem initiativen und reaktiven Wechselspiel kann die Verständnissicherung kontrolliert werden, bis der Informationsaustausch eine gewisse Sättigung erreicht hat, die für beide Seiten befriedigend sind. Dass Ärzte die Fragen ihrer Patienten auch angemessen beantworten, ist leider keine Selbstverständlichkeit, wie schon die Forschung zur Visitenkommunikation gezeigt hat (§ 2, 25), was noch an entsprechenden Beispielen zu belegen ist. In diesen Fällen sind verschiedene strategische Formen des *ausweichenden*, *abwiegenden*, *verharmlosenden* Antwortverhaltens des Arztes unterschieden worden (Bliesener 1982, Siegrist 1982, Nothdurft 1982), mit dem das Transparenzprinzip erheblich verletzt wird.

Auf der ersten Informationsbasis können dann Argumentationsprozesse anschließen, bei denen der Patient zu ersten Meinungs- und Willensbildungen kommt. Dabei verlaufen die verschiedenen informativen und argumentativen Prozesse erneut nicht linear ab, sondern sie können kooperativ wiederholt und in zirkulären Rückkopplungsschleifen entwickelt werden. So sollten nach der Maxime: „Informationsfragen haben Vorrang!“ immer unmittelbar reaktiv *Zwischenfragen* als Informationsfragen, aber auch als Verständnisfragen des Patienten beantwortet werden, so dass der dialogische Informationsfluss nach beiden Seiten hin offen bleibt. Nur in diesem reaktiven und initiativen Wechselspiel kann die Verständnissicherung kontrolliert werden, bis der Informationsaustausch eine gewisse Sättigung erreicht hat, die für beide Seiten befriedigend sind.

Sicherlich ist der „optimale“ Weg zwischen den vielen „Gesprächsklippen“ für den Arzt nicht immer einfach zu finden, was oft als eine Qual der Wahl zwischen *Szylła* und *Charybdis* erlebt werden mag. Ohne wesentliche Informationen aus gut gemeinten Gründen zu verschweigen oder zu beschönigen, bedarf es einer patientengerechten Dosierung, die sich als „verträglich“ erweist.

Oft genug muss der Arzt die Gradwanderung zwischen den Alternativen gehen, „zu viel“ oder „zu wenig“ informiert zu haben, wenn er seiner Informationspflicht etwa beim Aufklärungs- und Risikogespräch allgemein oder speziell vor einem chirurgischen Eingriff nachzukommen sucht (Mann 1984, Jung 2005, Turner et al. 2011, Mendick et al. 2010, 2011, Hax, Hax-Schoppenhorst (Hg.) 2012, Langewitz 2013). Dabei fällt das „Notwendige“ eben oft nicht mit dem „goldenen Mittelweg“ zusam-

men. Im Zweifel mag sich der Arzt dafür entscheiden, „mehr“ Informationen „als nötig“ zu geben. Gerade die letzte Art der *Überfrachtung* mit Informationen („Vortrag“) kann „gut gemeint“ sein, aber sie kann zu einem „Zu-viel-des-Guten“ führen, was im Sinne einer „Überdosierung“ zu einer Störung der Kommunikation führen kann (§ 17.3, vgl. § 22.3 zum *Ask-Tell-Ask*-Schema). Die „Überflutung“ mit Informationen kann beim Patienten zu Gegenreaktionen (*Abwehr*) führen, die in *kognitive* und *emotive* Blockaden münden können, die sich etwa in *interaktiven* Formen der Verweigerung („Schweigen“ usw.) manifestieren.

Neben dieser *direkten* Verweigerung von Patienten bereits im Gespräch selbst ist eine andere Reaktion ebenso als kontraproduktiv anzusehen: Werden Patienten von ihren Ärzten mit überbordenden Informationen „schwindelig“ geredet, kann das zu einem nicht-intendierten Ergebnis führen, das sich als *Pseudo-Zustimmung* (§ 10.7.2) charakterisieren lässt. Was dann auf der „Gesprächsoberfläche“ vermeintlich als Konsens „kommuniziert“ wird, entpuppt sich später als *Nicht-Adhärenz* eines „uneinsichtigen“ Patienten, der aber vom Arzt zu keinem Zeitpunkt des Gesprächs von der Notwendigkeit einer Therapie wirklich „überzeugt“ werden konnte.

10.5.4 Informationen und Emotionen

Die Möglichkeiten der Überzeugung durch Information hängen nicht allein von bloßen Inhalten der Informationsvermittlung ab, sondern sind von anderen kognitiven, motivationalen, emotionalen und schließlich interaktiven Bedingungen bestimmt. Bekanntlich sind Informationen durch den Arzt oft *besorgniserregend* bis *bedrohlich*, weswegen ja auch manch ein Arztbesuch aufgeschoben oder ganz *verdrängt* wird. So ist erst recht mit Formen der *Abwehr* in der laufenden Sprechstunde zu rechnen, insbesondere bei der Vermittlung von „schlechten“ Nachrichten (§ 15, 16). Hier sind entsprechende *empathische* Kompetenzen gefragt (§ 3.2), die mit den ärztlichen Kompetenzen für eine verständliche Informationsvermittlung zusammenwirken müssen.

Natürlich müssen große Informationsbrocken für den Laien, der mit den Inhalten nicht vertraut ist, zunächst in kleineren „Stücken“ portioniert werden, um „verdaulich“ zu sein. Aber die Mitteilung einer infausten Diagnose bleibt trotz aller Ankündigungsstrategien („warning shot“) und Portionierungsbemühungen in ihrem Kern der „schwere Brocken“, der er ist (Buckman 1994, Langkafel, Lüdke 2008, Köhle, Obliers, Koer-

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

fer 2010, Köhle 2011). Dies sollte auch nicht „klein geredet“ werden, selbst wenn dies kurzfristig möglich wäre. An Fällen der Mitteilung schwerwiegender Diagnosen wird das Problem des Umgangs mit Emotionen in der Arzt-Patient-Kommunikation zu erörtern sein (§ 16, 20, 38), die eben nicht auf einen uneingeschränkt rationalen Informationsaustausch reduziert werden kann.

Obwohl die Rationalität des Patienten bei der Entscheidungsfindung nur im Ausnahmefall in Frage gestellt werden sollte (§ 10.6.2), muss der Patient doch von einer *vertrauensvollen* Beziehung getragen werden, in der die *emotionale Bindung* die Sicherheit geben kann, vom Gesprächspartner unter Umständen auch „ohne viel Worte“ im Großen und Ganzen „richtig verstanden“ worden zu sein. Dass sich in dieser Art der ungefähren Verständigung auf das Wesentliche auch Missverständnisse allein schon deshalb einschleichen können, weil es auch Selbstmissverständnisse gibt, ist ein allzu menschliches Problem. Mit diesem Problem (der Selbsttäuschung) setzt sich bekanntlich die Psychotherapie in professioneller Bearbeitungsform auseinander. Derart „heikle“ Themen können jedoch in jeder Arzt-Patient-Beziehung virulent sein, weswegen auch der Hausarzt, Internist, Chirurg usw. auf die Ambivalenzen seiner Patienten etwa bei der Entscheidungsfindung professionell eingestellt sein sollte.

Nicht selten bleiben die *verängstigten* oder auch bloß *irritierten* Reaktionen der Patienten unterhalb der Wahrnehmungsschwelle von Ärzten, die ihrerseits weiterreden, ohne in ihrem Aufklärungsmonolog innenzuhalten. Offenbar können sie oft die Wirkung ihrer eigenen „schockierenden“ Worte nicht abschätzen, die Bernhard Lown (2002), der die Elektrodefibrillation bei Kammer- und Vorhofflimmern erfunden hat, in seiner langjährigen Praxiserfahrung als Kardiologe oft gehört und seinem beeindruckenden Buch über „Die verlorene Kunst des Heilens“ mit vielen Beispielen zusammengestellt. Hier soll exemplarisch ein erinnerter Gesprächsausschnitt mit einem Patienten wiedergegeben werden (Box 10.14), bei dem die „vernichtenden“ Worte verschiedener Ärzte offenbar stark nachgewirkt haben.

Box 10.14 Die „vernichtende“ Wirkung „gedankenloser“ Äußerungen

In einem großen Krankenhaus ist es nahezu unmöglich, einen Patienten vor unerfahrenen oder gedankenlosen Äußerungen zu bewahren. Unpassende Bemerkungen können ebenso vernichtend wirken wie ein körperlicher Angriff. Ich erinnere mich an eine kleine klinische Visite bei einem

Patienten, der sich bis dahin gut und ohne Zwischenfälle von einem Herzinfarkt erholt hatte (...)

„Herr Jackson, weshalb so missmutig und deprimiert? fragte ich.

„Jeder wäre das, wenn ich Ihnen erzählte, was ich heute morgen gehört habe“, entgegnete er.

„Was war es denn?“

„Der Assistenzarzt erzählt mir, dass ich einen Herzinfarkt erlitten habe, der Stationsarzt spricht von einem frischen Myokardinfarkt, der Oberarzt nennt es eine Koronararterienthrombose, wohingegen der diensthabende Arzt darauf verweist, dass ich eine akute ischämische Episode erlitten hätte. Wie, in Gottes Namen, kann jemand überleben, wenn so vieles mit seinem Herzen nicht in Ordnung ist? Schlimmer noch“, fuhr er fort, „als ich die Schwester fragte, was eigentlich los sei, sagte sie mir, dass ich lieber nicht fragen sollte.“

Alle diese hier genannten Begriffe sind verschiedene Umschreibungen eines einzigen Zustands. Ein Patient kann zur tiefsten Verzweiflung getrieben werden und sich das Schlimmste vorstellen, wenn er einen unpassenden Ausdruck oder ein schlecht gewähltes Wort einnimmt.

Lown 2002: 52

Dieses Beispiel aus der langjährigen Berufserfahrung von Bernard Lown steht sicher für eine extreme Praxis der kommunikativen Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung, in der die „vernichtende“ Wirkung von Worten „unüberhörbar“ ist. Dazu gehören nach Lown auch „gedankenlos“ geäußerte Worte wie: „Sie leben mit geborgter Zeit“ oder „Ihr nächster Herzschlag könnte ihr letzter sein“ oder „Dieses eingeengte Blutgefäß ist ein Witwenmacher“ (53) usw. Auf derartige Beispiele kommen wir noch einmal unter dem Aspekt der „Macht des ärztlichen Wortes“ zurück (§ 17.1), das ja nicht nur eine „vernichtende“, sondern auch eine „heilende“ Wirkung haben kann.

Darüber hinaus handelt es sich bei Verstehens- und Verständigungskonflikten in der Sprechstunde oder Visite oft um weniger drastische, aber dennoch grundsätzliche Probleme einer mangelnden Perspektivenübernahme durch die Ärzte, was nicht zuletzt einer mangelhaften *empathischen* Kompetenz geschuldet sein kann. Obwohl diese als Alltagskompetenz durchaus vorhanden sein mag, wird sie häufig aufgrund einer falsch verstandenen professionellen Kompetenz unterdrückt, weil etwa der Umgang mit Emotionen des Patienten, das heißt seinen Ängsten, Sorgen, Befürchtungen, Hoffnungen usw., nicht zur *Kernkompetenz* des Arztes gerechnet wird (§ 3.2, 17, 20). Möglicher-

weise übersteigt auch die Berufsroutine des Arztes seine Phantasie, von welchen Ängsten (vor Infektionen, Schmerzen, Komplikationen, Fehlbehandlungen usw.) Patienten geplagt sein können, wenn sie wegen eines „Routine-Eingriffs“ ein Krankenhaus aufsuchen müssen und sich nicht nur vor den „Krankenhauskeimen“ usw., sondern vor der Vollnarkose als dem „kleinen Tod“ fürchten (Hempel 2010, Hontschik 2011, Kindler, Harms 2011) (§ 25). Was für Ärzte wie selbstverständlich zur Routine des Berufsalltags gehört, stellt für Patienten oft eine Bedrohung dar, die allein schon mit dem Wechsel von der vertrauten Lebenswelt in die fremde Institution verbunden ist.

Insgesamt sollten kommunikative Alltagskompetenzen, über die natürlich grundsätzlich auch Ärzte weiterhin verfügen, mit dem Beginn der Sprechstunde oder Visite gerade nicht aufgegeben, sondern *spezialisiert* werden: Ärzte müssen als multifunktionale „Kommunikatoren“ (§ 6.3) zwischen der *Lebenswelt* der Patienten und der ärztlichen *Berufswelt* Brückenfunktionen wahrnehmen, um die notwendigen Übersetzungen zwischen diesen oftmals *konfligierenden* Welten (§ 10.2) zu leisten.

Die vorausgehend beschriebenen Arten von Probleme der Kommunikation möglichst zu verhindern oder ihnen auch nur mehr oder weniger erfolgreich entgegenzuwirken, steht in der besonderen ärztlichen Verantwortung, weil mit der alltäglich-professionellen Doppel-Kompetenz die möglichen Probleme des Verstehens und der Verständigung überhaupt nur zu antizipieren sind. Je besser der ärztliche Perspektivenwechsel gelingt, beim Sprechen und Zuhören die Alltagsperspektive von Patienten *einzunehmen*, das heißt zwischen alltäglicher und professioneller Kompetenz gekonnt zu oszillieren, desto „störungsfreier“ gestalten sich die darauf aufbauenden Beziehungs- und Therapieprozesse.

10.6 Angewandte Medizin- und Diskursethik

Wie eingangs schon ausgeführt, kann die *Patientenautonomie* nur im Rahmen einer *Medizinethik* begründet werden, die den „mündigen“ Patienten mit der demokratischen Grundidee des „mündigen“ Bürgers verknüpft. Gerade weil es bei der eigenen Gesundheit um ureigene, individuelle Interessen und Belange geht, ist das *Selbstbestimmungsrecht* des Patienten ein hochrangiges Prinzip, das zwar mit anderen Prinzipien (Solidarität usw.) konfligieren, aber nicht grundsätzlich außer Kraft gesetzt werden kann. Das Selbstbestimmungsrecht kann allerdings nicht

im luftleeren Raum, d.h. etwa als solipsistischer Selbstreflexionsprozess („Was wäre wohl das Beste für mich?“), sondern nur in Kooperation und Kommunikation mit Ärzten des Vertrauens oder anderen frei gewählten Experten des Gesundheitswesens aktiv wahrgenommen werden.

Erst im Dialog mit einem professionellen Partner, der die Dialog- und Argumentationsrollen von Proponent und Opponent mit einem begründeten „Für“ und „Wider“ kompetent einzunehmen versteht, können individuelle Präferenzen gegenüber bestimmten Behandlungsoptionen schrittweise entwickelt und geprüft, stabilisiert, modifiziert oder revidiert werden, solange dies nur innerhalb eines bestimmten Zeitfensters noch möglich ist. Allein schon diese Einschätzung der zeitlichen Befristung und Gültigkeit bei bestimmten Behandlungsoptionen (und ihren Risiken) übersteigt oft die aktuelle *Gesundheitskompetenz* von Patienten, die durch „Aufklärung“, „Motivation“ und „Erziehung“ (*information, motivation, education*) erst mühsam im Dialog mit dem professionellen Partner gefördert werden kann (*empowerment*) (§ 8.2). Dabei sollten Arzt und Patient möglichst eine kooperative *Partnerschaft* eingehen, in der sie sich *als* zwar *ungleiche*, aber *gleichberechtigte* und *gleichrationale* Partner begegnen, in deren beider Interesse es liegt, „das Beste“ für den Patienten gemeinsam *auszuhandeln*.

Insofern *alle* Meinungs-, Willens- und Entscheidungsprozesse wesentlich *gesprächsweise* ablaufen und zunächst *ergebnisoffen* beginnen sollten (§ 7.5), kommt ein „dialogisches Prinzip“ (Kampits 1996) auch in der Arzt-Patient-Beziehung zur Anwendung, nach dem sich beide Gesprächspartner ohne Vorgaben und Zwang begegnen. Hier erweisen sich die Prinzipien einer angewandten *Medizinethik* und *Diskursethik* als zwei Seiten einer Medaille, was abschließend in einer integrativen Perspektive weiter ausgeführt werden soll.

10.6.1 Autonomie und Partnerschaft

Insbesondere bei schwerer Erkrankung ist der Prozess der *Entscheidungsfindung* für den Patienten oft ein Prozess der *Selbstfindung*, den der Arzt in Richtung auf die Stärkung der *Selbstbestimmung* zu fördern hat. Ein entsprechendes Konzept und Verständnis von *Patientenautonomie* erfordert eine prinzipielle Neuorientierung in der ärztlichen Ethik (Sass 1989, Veatch 1989, Murrhardter Kreis 1995, Kampits 1996, Koerfer et al. 1996, 2005, 2008, Vollmann 2000, Geisler 2004, Ritschl 2004, Gethmann-Siefert et al. (Hg.) 2005, Vollmann et al. (Hg.) 2009, Kreß

2012). Gegenüber der traditionellen paternalistischen Ethik, die sich primär an der Hilfe für den Kranken orientierte („salus aegroti suprema lex“), wird nun die Autonomie des Patienten stark in den Vordergrund gerückt („voluntas aegroti suprema lex“): Der Patient sollte seine subjektiven Lebens-, Erwartungs-, Wunsch- und Wertvorstellungen im Entscheidungsprozess selbst beim Risiko eines Wertekonfliktes (§ 5.1) mit dem Arzt zur Sprache bringen können, ohne deswegen schon einen Beziehungskonflikt mit ärztlichen Sanktionen fürchten zu müssen. Die Beziehung ist nicht länger „konfliktscheu“, sondern offen für alle Probleme, die der Patient „bereiten“ könnte.

Ohne die traditionelle *Fürsorgepflicht* des Arztes im Verhältnis zur *Patientenautonomie* zu vernachlässigen, wird insgesamt eine andere Art der *partnerschaftlichen* und gleichwohl „hilfreichen“ Beziehung (§ 3.1) gewählt, in der der Arzt die Autonomie des Patienten so zu fördern sucht, dass seine *Gesundheitskompetenz* auch im Sinne einer wachsenden *Selbstfürsorglichkeit* des Patienten gesteigert wird. So kann die Fürsorgepflicht des Arztes mit der Autonomie des Patienten gut korrespondieren, wenn dieser mit und nach der ärztlichen Hilfestellung am Ende selbst erkennen kann, was für ihn persönlich „das Beste“ ist, und das heißt, eine getroffene Entscheidung qualifiziert verantworten und im weiteren Behandlungsverlauf aktiv mittragen kann.

Die ärztliche Förderung der *Patientenautonomie* erweist sich in der Praxis oft als schwierig, ohne dass die prinzipiellen Beschränkungen von den bloß institutionellen Bedingungen (Zeitdruck usw.) oder individuellen Unzulänglichkeiten handelnder Personen (Ungeduld usw.) immer klar unterschieden werden könnten (Brody 1989, von Uexküll 1993, Koerfer et al. 1994, Borrell-Carrío et al. 2004, Sandman, Munthe 2009, Sandman et al 2012). Hier sind die Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen der Förderung der Patienten aus *medizinethischer* und *diskursethischer* Perspektive zu differenzieren. So sollte Autonomie nicht durch strategisches Handeln in *Autarkie* umschlagen, in der sich die eine Person (ego) ohne oder gar gegen andere Personen (alter) auch ohne Rücksicht auf *Solidarität* (auch gegenüber der Gemeinschaft) durchsetzt. Mangelnde Solidarität auch von Patienten wäre gerade bei „knappen“ Ressourcen, die von der begrenzten *Sprechstundenzeit* (§ 17-19, 25) bis zur begrenzten Organspende bei *Transplantation* (§ 38) reichen können, ein Begrenzungsgrund für überzogenen und das heißt auch „ungesunden“ Egoismus.

Die Autonomie muss also dann begrenzt werden, wenn sie sich auf Kosten anderer durchzusetzen droht (§ 10.4.5-7). So kann die Autono-

mie des Patienten auch nach von Uexküll nur insoweit gefördert werden, als die Autonomie des Arztes nicht gefährdet wird: „Kein mündiger Patient ohne mündigen Arzt“ (von Uexküll 1993: 62). Entsprechend wird hier eine „autonomy in relation“ gefordert (Borrell-Carrio et al. 2004), bei der die Beziehungsgestaltung zwischen beiden Partnern zu einem Ausgleich zwischen den Versorgungsbedürfnissen des Patienten und den Versorgungspflichten des Arztes führt. Dazu war vorausgehend (§ 10.3) bereits die Balance zwischen einer *präferenz-* und *evidenz-*basierten Medizin betont worden, der beide Partner verpflichtet sind, so dass der Arzt hier nicht bedingungslos den Patientenpräferenzen folgen kann. Seine ärztliche Autonomie zu wahren, kann im Einzelfall zu Begrenzungen führen, die aber nicht notwendig einen Autonomieverlust des Patienten zur Folge haben müssen.

Vielmehr ist die Autonomie durch weitgehende Kooperation zum Vorteil beider Partner zu steigern, was sich im Idealfall bei einer für beide tragfähigen medizinischen Entscheidungsfindung etwa in der Korrespondenz einer größeren Patientenzufriedenheit und vermehrten Berufszufriedenheit des Arztes niederschlägt. Wie Quill und Brody (1996) bereits betont haben, sollte die Interaktion zwischen Arzt und Patient eben nicht als Nullsummenspiel angelegt sein, bei dem der eine Partner auf Kosten des anderen gewinnt (win/lose), sondern als Kooperation zum Vorteil für beide Partner als Gewinner (win/win) genutzt werden können.

In diesem Sinne sind Arzt und Patient keine *Kontrahenten*, sondern gehen eine *kooperative Partnerschaft* in einem „echten“ Gespräch ein (§ 7.5), indem sie ihre Gesprächs-, Konflikt- und Kompromissbereitschaft bis zum Nachweis des Gegenteils unter Beweis stellen. Auch im Konfliktfall sollte es keinen Verlierer geben. Angesichts der *Pluralität* in einer demokratischen Gesellschaft ist ein Werte-Konflikt zwischen Arzt und Patient zugleich als möglich und gerechtfertigt anzusehen (§ 5). Im Sinne einer *angewandten Diskursethik* ist „Strittiges“ nicht nur zulässig, sondern zur weiteren Klärung der allgemeinen und individuellen Entscheidungsbedingungen konstruktiv zu nutzen (Apel, Kettner 1992, Kettner 1991, 1998, Koerfer et al. 1994, 2005). Das „dialogische Prinzip“ ist eben auch zwischen Arzt und Patient weitgehend aufrechtzuerhalten (Kampits 1996), so dass der Kommunikationsabbruch bei Dissens nur am Ende eines dem Anspruch nach ernsthaften Verständigungsversuchs stehen kann. Allerdings kann auch die weitgehendste Kooperation eine mögliche Trennung der Beziehung bei einem prinzipiellen Dissens nicht verhindern, der wiederum als Trennungsgrund

einvernehmlich (an)erkannt werden kann.⁶ Der Konsens über den Dissens sollte dann „vernünftigerweise“ zur Beendigung der Beziehung führen.

10.6.2 Rationalität und Symmetrie

Die Partnerschaft von Arzt und Patient ist zwar eine Partnerschaft zwischen *ungleichen* Partnern, die sich aber als *gleichberechtigte* und *gleichrationale* Gesprächspartner begegnen sollten. Die Annahme einer hinreichenden *Rationalität* des Patienten zurückzuweisen, hieße letztlich, ihm das Selbstbestimmungsrecht bei der Entscheidungsfindung abzusprechen. Wie bereits ausgeführt (§ 7.5.) besteht die *Asymmetrie* der Arzt-Patient-Beziehung allein schon im Zweck der Heilung oder Besserung des Befindens des einen Partners, der deswegen gerade die professionelle Hilfe des anderen Partners sucht.

Gemeinsam gehen sie eine *therapeutische Allianz* ein, in der sie die nötigen Informationen austauschen und aus ihren je spezifischen lebensweltlichen und professionellen Perspektiven gemeinsam Ideen und Konzepte entwickeln, wie dem hilfebedürftigen Partner zu helfen sei. Auf dem Weg dorthin sollten sich beide Partner trotz aller faktischen Einschränkungen prinzipiell „auf Augenhöhe“ begegnen, wozu im Regelfall auch die *Reziprozität* der Rationalitätsannahme gelten sollte, von der wir uns ja auch sonst bei unserem Alltagshandeln aus guten Gründen leiten lassen (Koerfer 1994/2013, Rubinelli 2013). Trotz aller *Asymmetrie* sollten sich beide Partner also auch in der ärztlichen Sprechstunde oder Visite um eine rationale Entscheidungsfindung bemühen, bei der sie im Sinne von Habermas dem „eigentümlich zwanglosen Zwang des

⁶ Dies gilt etwa bei den „klassischen“ Konfliktfällen am Lebensanfang (z.B. Schwangerschaftsabbruch) und Lebensende (z.B. lebensverlängernde Maßnahmen), bei denen es zu prinzipiellen Konflikten zwischen Arzt und Patient kommen und evtl. für beide Seiten ein Abbruch der individuellen Beziehung sinnvoll sein kann. In der Regel ist der (faktisch häufige) Arztwechsel von Patienten weniger dramatisch, der mal mit und mal ohne Konsens über den Dissens erfolgen kann, weil etwa Patientenunzufriedenheit gegenüber dem Arzt nicht weiter begründungspflichtig ist.

besseren Argumentes“ (1981, Bd.1: 47, 52f.) weitgehend zu folgen suchen.⁷

Eine gegenteilige Unterstellung von „Irrationalität“ oder gar „Unzurechnungsfähigkeit“ gegenüber Gesprächspartnern würde nicht nur im Alltag zumeist schon das Gesprächsende einleiten; denn mit der „Entmündigung“ des Gesprächspartners wird die Sinnhaftigkeit eines Gesprächs überhaupt in Zweifel gezogen. Ebenso kann auch der Zweifel an der Gesprächsfähigkeit eines Patienten seiner „Entmündigung“ gleichkommen und dadurch ein Gespräch mit ihm „obsolet“ erscheinen lassen.

Natürlich gibt es gerade beim medizinischen Handeln *Sonderfälle*, in denen dem Patienten die nötige Rationalität abgesprochen werden muss. So mag beim stark *verunsicherten*, *verängstigten* oder gar *geschockten* Patienten die Rationalität vorübergehend eingeschränkt sein, sie muss aber langfristig wieder als hinreichend unterstellt werden, soll der Patient nicht durch stellvertretendes Handeln eines paternalistischen Arztes dauerhaft entmündigt werden. Was aber im Sonderfall oder im Notfall ohnehin vorgesehen ist, in dem der Patient nicht „ansprechbar“ oder nicht „voll orientiert“ sein kann und aus medizinischen Gründen dennoch unmittelbar gehandelt werden muss, sollte nicht zum paternalistischen *Regelfall* einer „legitimen“ *Entmündigung* hochstilisiert werden, aus der in der weiteren Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung kein „Entrinnen“ mehr möglich scheint.

Bei aller Notwendigkeit einer „helfenden“ Beziehung (§ 3.1), die letztlich auf die Hilfe zur Selbsthilfe setzt, ist ein Patient nur in den umschriebenen Sonderfällen einer eingeschränkten *Zurechnungsfähigkeit* partiell und temporär aus seiner Selbstverantwortung zu entlassen. Wie

⁷ Wir hatten vorausgehend (§ 7.3, 7,5) schon angemerkt, dass Habermas die medizinisch-therapeutischen Kommunikation spezifisch in der Form etwa der *Psychoanalyse* als Sondertyp bestimmt, der allerdings trotz möglicher Selbsttäuschungen, die ja in der Therapie gerade Thema werden sollen, durch eine *spezifische* Art einer *asymmetrischen Argumentation* getragen wird: „Im analytischen Gespräch sind die Rollen asymmetrisch verteilt, Arzt und Patient verhalten sich nicht wie Proponent und Opponent. Die Voraussetzungen eines Diskurses können erst erfüllt werden, nachdem die Therapie zum Erfolg geführt hat. Die Form der Argumentation, die der Aufklärung systematischer Selbsttäuschungen dient, nenne ich deshalb *therapeutische Kritik*“ (1981, Bd. 1: 42). Sie setzt gleichwohl eine rationale Selbstreflexionsfähigkeit des Patienten voraus, die in der Therapie zugleich gefördert wird.

immer im Einzelfall eingeschränkt, muss im Regelfall auch aus *medizin-* und *diskursethischer* Perspektive eine hinreichende *Rationalität* der Beteiligten („co-construction of reasoning“) bei der medizinischen oder therapeutischen Kooperation zwischen Arzt und Patient angenommen werden, wenn das Wechselspiel zwischen Hilfe und Selbsthilfe gelingen soll (Koerfer 1994/2013, Koerfer et al. 2005, 2008, Sandman, Munthe 2010, Rubinelli 2013, Sandman et al. 2012, Richard, Lussier 2014). Während die „helfende Beziehung“ zwar Ausdruck der Asymmetrie zwischen „ungleichen“ Partnern ist, sollten sie sich - von den Sonderfällen abgesehen - als „gleichberechtigte“ und „gleichrationale“ Partner begegnen, die auch bei der medizinischen Entscheidungsfindung mehr oder weniger „guten Gründen“ folgen, indem sie diese einer mehr oder weniger rationalen Reflexion unterziehen.

Dabei ist für das kooperative Wechselspiel zwischen Arzt und Patient keineswegs ein „naiver“ Symmetriebegriff anzunehmen (§ 7.5), nach dem sich beide Partner faktisch mit gleichen Anteilen derselben (Typen von) Kommunikationsthemen, -zwecken und -formen bedienen. Vielmehr soll im Anschluss an Habermas' Konzeption einer *idealen* Sprechsituation, wie sie vorausgehend beschrieben wurde (§ 7.3, 7.5), ein diskursethisch begründeter Symmetriebegriff zugrunde gelegt werden (Box 10.15). Danach sind lediglich annähernd symmetrische Zugangschancen zur Kommunikation zu gewährleisten, in der die Teilnehmer die für sie relevanten Themen, Zwecke und Formen der Kommunikation ohne Zwang und Furcht vor Sanktionen frei wählen können.

Box 10.15 Symmetrie und Asymmetrie in der Arzt-Patient-Kommunikation

Für dieses kooperative Wechselspiel zwischen Arzt und Patient kann keineswegs ein naiver Symmetriebegriff im Sinne einer „Halbierung der Macht“ angenommen werden, wonach beide Gesprächspartner eine hälftige Teilhabe an allen Äußerungen überhaupt sowie an bestimmten Typen (Hörerrückmeldungen, Fragen, Antworten usw.) im Besonderen haben sollen. Dass der Patient *erzählt* und der Arzt *zuhört*, ist eine *funktionale* Asymmetrie. Davon zu unterscheiden ist eine *dysfunktionale* Asymmetrie, die sich durch *strategischen* Sprachgebrauch wie Bagatellisierung, Täuschung, Einschüchterung oder Übergehen (...) auszeichnet und gerade auch zwischen Arzt und Patient verpönt sein sollte.

Vielmehr ist in der ärztlichen Sprechstunde und Visite von einer *diskursiven* Symmetrie auszugehen, nach der für die Gesprächspartner approximativ eine *Chancengleichheit* bestehen sollte sowohl für die Relevanzsetzung von Gesprächsthemen und -zielen als auch für eine dazu

angemessene Wahl von kommunikativen Mitteln, wie sie bei einer *verständigungsorientierten* Kommunikation einschlägig sind (Fragen, Behaupten, Bestreiten, Bezweifeln usw.). Wenn im Zusammenhang mit einer ärztlichen Gesprächs-Führung von einer Vormachtstellung des Arztes ausgegangen werden soll, dann ist diese ganz im Sinne einer „Gewährleistung“ der Zugangschancen zu einer dialogischen Kommunikation zu nutzen.

Koerfer, Albus 2015: 131, Hervorhebungen im Original

Diese Zugangschancen zur Kommunikation für den Patienten sicherzustellen, heißt für den Arzt vor allem, den Entscheidungsprozess als „echtes“ Gespräch im Sinne Bubers (1954/1986) (§ 7.5) im weiteren Verlauf wesentlich von *Zwang* und *Manipulation* frei zu halten. In ihrem Aushandlungsprozess, in dem Informationen, Argumente und Meinungen ausgetauscht werden, sollten Arzt und Patient so kooperieren, dass ihr gemeinsames „Nachdenken“ über die „beste“ Behandlungsoption möglichst lange „ergebnisoffen“ bleibt, was besonders in der zentralen Phase der *Deliberation* jegliche „Denkverbote“ ausschließen sollte. Das verlangt eine besonders sensible Kooperation in dieser Phase, in der die *objektiven* Informationen und Argumente im Verhältnis mit den *subjektiven* Einstellungen und Werthaltungen der Patienten in einem dialogischen Prozess zu „bedenken“ sind.

10.6.3 Deliberation im Dialog

In der beschriebenen *kooperativen Partnerschaft* nehmen die *ungleichen*, aber *gleichberechtigten* und *gleichrationalen* Gesprächspartner unterschiedliche Interaktions- und Dialogrollen ein, in denen sie unterschiedliche Positionen besetzen. Wie ausgeführt, begegnen sich beide Partner zwar *nicht* als *Kontrahenten*, aber der Patient braucht einen professionellen „Gegenspieler“, der mit ihm alle relevanten Alternativen der Behandlung, ihr „Für“ und „Wider“ (Risiken) kompetent „durchspielen“ kann. Dabei können die ersten Meinungs- und Willensbildungsprozesse noch wenig stabil sein, was gesprächsweise mit dem Arzt zu prüfen ist, der je nachdem die Rolle des *Proponenten* oder *Opponenten* einnimmt.

Diese Übernahme von *Argumentationsrollen* kann sich bis zur Rolle des „Advocatus Diaboli“ steigern, wenn etwa eine Spontan-Präferenz des Patienten „auf den Prüfstand zu stellen“ ist, um ihre Stabilität zu „tes-

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

ten“ („Meinen Sie das wirklich?“- „Haben Sie die Konsequenzen für Ihren Alltag auch zu Ende gedacht?“- „Wollen Sie das mit den Schmerzen wirklich ohne Medikamente durchhalten?“). Wie wir an empirischen Beispielen noch sehen werden (§ 22), gibt es oft gute Gründe, selbst bereits gemeinsam getroffene Entscheidungen erneut zu „überdenken“ und dann erneut zu ratifizieren oder zu modifizieren, wenn dies der evidenzbasierte, medizinische „Sachstand“ innerhalb eines Entscheidungsfensters noch zulässt.

Damit sich nicht „übereilt“ getroffene Entscheidungen als bloß „provisorische“ Entscheidungen erweisen, die sogleich zum Problem werden, ist bei der dialogischen Entscheidungsfindung dem Prozess der *Deliberation* auch genügend Raum zu geben (Charles et al. 1999, Sandman, Munthe 2010, Munthe et al. 2012, Elwyn et al. 2012, 2014, Labrie, Schulz 2014, Han et al. 2014). Dabei ist die eingeräumte „Bedenkzeit“ für die gemeinsame „Beratung“ insbesondere für ein „lautes Nachdenken“ zu nutzen, bei dem alles *ohne Tabu* offen „besprochen“ werden kann. Denn erstbeste Entscheidungen können schon zum Problem der Adhärenz werden, wenn etwa die Lebensumstände und -gewohnheiten des Patienten nicht hinreichend „bedacht“ und „beraten“ wurden und der Patient etwa seine Diät nicht einhalten kann oder seine „vielen“ Medikamente zu „verwechseln“ droht, was er sich zunächst zu äußern nicht getraut hatte.

Das „laute Nachdenken“ ist in der Sprechstunde aus den jeweiligen *Expertenrollen* (§ 7.5.) von Arzt und Patient in spezifischer Weise wahrzunehmen: In seiner Rolle als *professioneller* Experte muss der Arzt immer wieder Gesprächseinladungen zum lauten Denken aussprechen. Umgekehrt muss er die Gesprächseinladungen des Patienten annehmen, der in seiner Expertenrolle (qua Selbstkenntnis) sich selbst und seine Probleme zum Thema machen kann, indem er etwa zur Einhaltung der Diät oder Medikamenteneinnahme Fragen stellt oder Zweifel und Einwände formuliert.

Mögen schon einfache Probleme schwer zu entscheiden sein, so sind wir im Falle einer schwerwiegenden Erkrankung vor besondere Entscheidungsprobleme gestellt, weil die Folgen qua *Ungewissheit* oft schwer abzuschätzen sind (Murrhardter Kreis 1995, Frosch, Kaplan 1999, Klemperer 2005, Pollock 2005, Politi, Street 2011, Braddock 2012) (§ 10.3). Hier können stabile Präferenzen von Patienten kaum im ersten Gesprächsanlauf erwartet werden. Die Präferenzen können in der Regel kaum *a priori* unterstellt werden und deswegen auch nicht ohne weiteres einfach vom Arzt *erfragt* werden. Vielmehr müssen die Patien-

tenpräferenzen analog zu Kleists Diktum „Über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden“ (1878/1966) oft erst im Gespräch mit dem Arzt nach und nach mühsam entwickelt und gesprächsweise auf ihre aktuelle Gültigkeit immer wieder überprüft werden.

Jeder von uns kann sich (Typen von) Fragen vorlegen oder auch per Fragebogen stellen lassen, was für ihn „im Falle des Falles“ zu „gelten“ hat.⁸ Wenn wir „hier und heute“ eine bestimmte (feste) Meinung (Präferenzen) äußern können sollten, wissen oder ahnen wir doch oft, wie labil und fragil sich Meinungen unter einem bestimmten Erfahrungs- und Entscheidungsdruck ändern können. Präferenzen sind oft weder a priori festgelegt noch bleiben sie unbedingt stabil, sondern müssen entwickelt und geprüft werden. Dazu können neue Lebens- und Krankheitserfahrungen, aber gerade auch Gesprächserfahrungen beitragen, sei es mit Partnern, Freunden, Mitpatienten oder gerade mit dem professionellen ärztlichen Gesprächspartner, der sich „in der Sache auskennt“, weil sein großes Erfahrungswissen nicht zuletzt aus vielen Patientenkontakten mit ähnlichen Problemen der Entscheidungsfindung resultiert.

Dagegen wird es kaum zielführend sein, wenn der (selbst vorinformierte) Patient sich im „stillen Kämmerlein“ in solipsistischen Selbstreflexionsprozessen immer wieder die Frage vorlegt: „Was wäre wohl das Beste für mich?“ Solche „leise“ geführten Selbstgespräche können durchaus sinnvoll sein, drohen aber als bloßes „Grübeln“ schließlich „um sich selbst zu kreisen“, weil keine neuen Impulse von außen kommen. Hier braucht es ein Verfahren der *dialogischen Deliberation*, in dem „laut“ gedacht, aber auch *geantwortet* wird, und zwar von einem kompetenten, empathischen Gesprächspartner, der die Alternativen kennt und konkret formulieren kann, das heißt auch für den Patienten *maßgeschneidert* auf seine persönlichen Lebensumstände und -werte hin individualisieren kann.

Im dialogischen Gegenzug wird sich der Patient dann wiederum in (lauten) Selbsterkundungsprozessen äußern, in denen er etwa im Falle einer (lebens-)bedrohlichen Erkrankung oder gravierenden medizinischen Maßnahme auch seine damit verbundenen *Emotionen* (Hoffnungen und Ängste) zum Ausdruck bringt. Da dies oft nicht im ersten Ge-

⁸ Um einem Missverständnis vorzubeugen: Im Folgenden wird hier nicht etwa gegen eine schriftliche Patientenverfügung plädiert, die durchaus sinnvoll sein kann, nachdem genügend „Bedenkzeit“ war, so dass bestimmte Entscheidungen „nach reiflicher Überlegung“ zustande kommen konnten.

sprächsanlauf (etwa nach Diagnosemitteilung, § 16, 22) gelingt, sind nach gewissen „Beratungs-“ und „Denkpausen“, in denen etwas „sacken“ kann, immer wieder Gesprächsschritte über mehrere „Sprech“-Stunden nötig. In diesen Folgegesprächen muss das Verfahren des „lauten Denkens“ vom Arzt dialogisch laufend angeregt und über Feedbackverfahren in Gang gehalten und verstärkt werden, damit eine Entscheidung entsprechend „reifen“ kann.

10.7 Partizipationsbedarf und ärztliche Flexibilität

Ebenso wie die Patientenpräferenzen gegenüber bestimmten Behandlungsoptionen variieren können, ambivalent sind oder bleiben, so heterogen und ambivalent sind offenbar die Patientenpräferenzen hinsichtlich (des Ausmaßes) ihrer Partizipation bei der Entscheidungsfindung. Entsprechend muss sich der Arzt auf unklare, wechselnde Partizipationspräferenzen in der Wahrnehmung *sensibel* einstellen und in der Kommunikation *flexibel* reagieren, d.h. in der *Kunst* der individuellen *Dosierung* üben, die er ja auch sonst beim ärztlichen Handeln beherrschen können muss.

10.7.1 Patiententypen und individueller Partizipationsbedarf

Dass eine vermehrte Partizipation auch vermehrt gewünscht wird und zudem die Therapietreue (*Adhärenz*) und der Therapieerfolg (medizinische *Endpunkte*) begünstigt werden, wird inzwischen durch die Forschung mehr und mehr bestätigt (Härter, Simon 2013, Martin, DiMatteo (eds.) 2014, Hauser et al. 2015). Dennoch kann man weder einen einheitlichen Gegenstand der Forschung zugrunde legen, die sich durch sehr verschiedene Begriffe und Konzeptionen von Partizipation (SDM) auszeichnet (Makoul, Clayman 2006), noch von einer Homogenität der Partizipationspräferenz von Patienten ausgehen, die eine einheitliche, standardisierte Gesprächspraxis bei der Entscheidungsfindung zuließe. So betonen auch Härter, Simon (2013) (Box 10.16) in ihrer Übersichtsarbeit, dass Präferenzen bei der Partizipation in Abhängigkeit von vielen Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildung, Art der Erkrankung usw.) variieren und selbst einem Wandel und Entwicklungsprozess unterliegen können.

Box 10.16 Partizipationspräferenz als Entwicklungsprozess

Patientenpräferenzen bei der Partizipation sind nicht unveränderlich und können variieren, abhängig von Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildung, Erfahrungen mit Krankheiten, medizinischer Versorgung, dem Gesundheitszustand, der Art der Entscheidung, der Einstellung zur Entscheidungsfindung, der Beziehung zum Arzt und Informationspräferenz (...) Darüber hinaus haben qualitative Studien gezeigt, dass die Teilnahme an der Entscheidungsfindung ein Entwicklungsprozess ist, der durch Zugang zu Informationen, die Entwicklung persönlicher Fachkenntnis und eine gute Beziehung zum Arzt verstärkt wird. Barrieren, die die Partizipationspräferenz hemmen, sind mangelndes Verständnis seitens der Patienten über ihre potentielle Rolle in der Entscheidungsfindung sowie ein Mangel an Wissen und dem Verständnis dafür, dass es nicht immer eine richtige Entscheidung gibt (...) Daher befürchten Patienten, dass es ihnen an für das Treffen von Entscheidungen nötiger Fachkenntnis, Wissen und klinischer Erfahrung fehlt sowie der Unterstützung, um die eigenen Präferenzen zu erkennen.

Härter, Simon 2013: 57

Natürlich ist es sinnvoll und nützlich, von einem *typologischen* Wissen ausgehen zu können, das Ärzte in die Lage versetzt, ihre Gesprächspraxis bei der Entscheidungsfindung je nach Alter, Geschlecht, Bildung oder Art und Schwere der Erkrankung ihrer Patienten ausrichten und mögliche Hindernisse berücksichtigen zu können (Braun, Marstedt 2014). Aber welche (Art der) Partizipation im *individuellen* Fall genau dieser Patient hier und heute oder morgen oder im Verlauf seiner Erkrankung später präferieren wird, kann der Arzt letztlich nur im Gespräch mit eben diesem Patienten erfahren.

Die Ambivalenzen des Patienten wird der Arzt zudem noch im Laufe der Behandlung und in weiteren Gesprächen in die eine oder andere Richtung „beeinflussen“ können, die für beide Gesprächspartner allerdings hier und jetzt noch nicht „vorhersehbar“ ist. So wird das Ergebnis einer Reihe von Gesprächen aufgrund ihrer individuellen *dialogischen Dynamik* nicht ohne weiteres antizipiert werden können. Es kann gerade eine positive Eigenschaft „guter“ Gespräche sein, dass sie ihre Teilnehmer noch zu „überraschen“ vermögen.

10.7.2 Die Kunst der Dosierung von Information und Partizipation

Die Heterogenität und Ambivalenz von Partizipationspräferenzen lässt sich leicht nachvollziehen, wenn man zunächst etwa an Fälle *schwerwiegender* Erkrankungen bzw. Diagnosen denkt (§ 16, 21, 38). Patienten können hier mit einer komplexen Entscheidungssituation konfrontiert werden, der sie sich aufgrund ihrer bisherigen Lebenserfahrung erst einmal nicht „gewachsen“ fühlen. Hier eine Präferenz gegenüber bestimmten Behandlungsoptionen zu „haben“ und diese dann auch „unmissverständlich“ gegenüber dem ärztlichen Gesprächspartner zu „äußern“, dürfte ebenso schwierig sein, wie einen nach *Art* und *Umfang* konkreten „Informationsbedarf“ und „Partizipationsbedarf“ bei der Aufklärung und Entscheidungsfindung vorab angemessen „artikulieren“ zu können.

Sprachverstehen und die Kunst der Dosierung

Selbst wenn man als Arzt die entsprechenden begrifflichen Unterscheidungen (*Paternalismus* versus *SDM* oder *PEF*) umgangssprachlich erläutert und die Konzeptionen entsprechend umgangssprachlich auch erklärt hätte, sind „stringente“ Antworten auf Alternativfragen („Wollen Sie (lieber) ... oder ...?“) ebenso wenig zu erwarten wie auf „offene“, umschreibende Frage-Formulierungen, die auch graduierende Antworten zulassen können („Inwieweit wollen Sie sich an ... (beteiligen)?“ „Wieviel ... wollen Sie?“). Selbst wenn Patienten auf die entsprechende Arzt-Frage hin zunächst „alles“ oder „gar nichts“ wissen wollen oder bei der Entscheidungsfindung „gar nicht“ oder „kaum“ oder möglichst „aktiv“ oder „umfassend“ (oder wie auch immer sprachlich modifiziert) „mitwirken“ wollen, können sie dennoch im Gespräch gleichermaßen „verstummen“, sobald es „ernst“ wird.

Die erstbeste geäußerte Präferenz muss noch lange nicht die letztlich „gültige“ sein, die (im obigen Sinne von von Kleist) nur „allmählich“ und „beim Reden“ entwickelt werden kann. Dem „Reden“ muss der Arzt aufmerksam und *aktiv zuhören* (§ 19), um die „Nuancen“ zu verstehen, die der Patient auch ohne graduierende Arzt-Fragen selbst „zu verstehen geben“ kann.

Allerdings kann auch eine zunächst „sehr“ dezidiert geäußerte Meinung zur Präferenz noch einem *Wandel* unterliegen, dem der Arzt im laufenden Gespräch Rechnung tragen muss, um nicht einer Moment-

aufnahme „aufzusitzen“. Vielmehr muss er eine *stabile* Präferenz unterstellen können, die sich in weiteren Gesprächs- und Behandlungsverläufen als dauerhaft erweisen muss (ähnlich wie in der Psychologie zwischen *state* und *trait* unterschieden wird). Ein Patient, der anfangs noch möglichst „nichts“ wissen oder nur „wenig“ informiert und beteiligt werden will, weil er vielleicht von der ersten Diagnosemitteilung noch „geschockt“ alles *abzuwehren* und entsprechend zu verleugnen sucht (§ 3.2, 29), wird vielleicht nach und nach immer „neugieriger“ und „aktiver“, weil er erkennt, dass er um mehr Information und Mitwirkung nicht „herumkommt“, um seine Krankheit selbst besser bewältigen (*co-ping*) zu können.

Es gehört zur *Kunst* der ärztlichen *Gesprächsführung* (§ 17.3), diesen Prozess der Selbsterkundung und Selbstbestimmung des Patienten zu forcieren, ohne ihn zu *überfordern*. Um den Patienten durch Information, Motivation und Edukation in seiner *Gesundheitskompetenz* zu stärken (*empowerment*), folgt der Arzt seinerseits einer Art *Zumutbarkeitsregel* (Koerfer 1994/2013). Danach muss der Arzt das aktuell Zumutbare für diesen Patienten austesten, indem er das gerade noch Mögliche Schritt für Schritt bis an eine zunächst stabile Grenze zu erweitern sucht, bei dem für den Patienten das Ende des Zumutbaren und der Anfang des Unzumutbaren erreicht ist. Hier verfährt der Arzt wie bei einer *tangentialen* Gesprächsführung (§ 3, 17, 32), bei der der Patient „berührt“ wird, ohne „verletzt“ zu werden. So müssen Ärzte den Bedarf an Information und Mitwirkung testen und nach Maßgabe dieses Tests eine entsprechend individuelle *Dosierung* vornehmen, mit der sie ja auch sonst in ihrem ärztlichen Handeln bestens vertraut sind. Ein besonderes Dosierungsproblem stellt sich schon bei der Aufklärung, die ja bekanntlich „schonend“ erfolgen soll, ohne wesentliche „Informationslücken“ zu lassen

Dosierte Aufklärung und Mitwirkung

Wie eingangs (§ 10.1) beschrieben, können nur gut informierte Patienten an der Entscheidungsfindung qualifiziert mitwirken. Insofern besteht ein Zusammenhang zwischen Informations- und Partizipationsbedarf. Aufklärung und Mitwirkung sollten „Hand in Hand gehen“ und nach Möglichkeit auch aus einer „ärztlichen“ Hand gefördert werden (§ 10.5). Je mehr ein Patient mitwirken will oder soll, desto mehr muss er aufgeklärt werden, und je mehr er aufgeklärt ist, desto eher wird er in der Lage (und wahrscheinlich auch willens) sein, mehr oder weniger ak-

tiv mitzuwirken. Die Einschränkung rührt daher, dass *Wissenszuwachs* (nicht nur in der ärztlichen Sprechstunde, sondern) in der Regel zu einem *Interessenszuwachs* führt, jedenfalls durch Wissen das *Selbstwirksamkeitsgefühl* allgemein gestärkt werden kann.

Die Dosierung der Information und Mitwirkung wirft gelegentlich Probleme auf, weil es zu *Fehldosierungen* kommen kann (§ 10.5). Patienten können sich als „schwieriger“ erweisen, als dies zunächst vom Arzt erwartet wurde, mit der Folge von regressiven oder aggressiven bzw. entwertenden Reaktionen (§ 34). Gelegentliche Fehldosierungen in der Gesprächsführung können jedoch verkraftet, weil korrigiert und kompensiert werden. Andersartige Probleme können sich daraus ergeben, dass beide Gesprächspartner sowohl *Kommunikationsrechte* als auch *Kommunikationspflichten* haben, die grundsätzlich konfliktieren können.

Mit der Gewährleistung *symmetrischer Zugangschancen* zur Kommunikation (§ 7.5, 10.6.2) ist der Patient zunächst nicht verpflichtet, alle Chancen vollständig auszuschöpfen. Im Allgemeinen ist Kommunikation kein Selbstzweck und sollte auch kein Zwang zur Kommunikation ausgeübt werden, schon gar nicht in der ärztlichen Sprechstunde. Allerdings kann das Patientenrecht auf „Nicht-Wissen“ mit der Aufklärungspflicht des Arztes in Konflikt treten. So ist der Arzt etwa vor einer Operation zu einer Aufklärung verpflichtet, die teils in schriftlicher Form kodifiziert ist und vom Patienten entsprechend rezipiert werden muss. Zwar mag es neben den bekannten Aufklärungsbögen, die vom Patienten nach einer diskursiven Vorgeschichte zu unterschreiben sind (Bühning, Meyer 2007, Klüber 2015), in der mündlichen Kommunikation abkürzende Darstellungsverfahren geben. Diese können aber nicht einseitig durch den Patienten begrenzt werden, der sich vielleicht nur das „Allernötigste“ zumuten will. Hier fällt die Unterscheidung des „Nötigen“ gegenüber dem „Entbehrlichen“ allein in die Kompetenz des Arztes. Nur er kann aufgrund seiner *Wissens- und Handlungskompetenzen* (§ 3.2) etwa darüber befinden, welche (der vielen) Risiken in den Aufmerksamkeitsfokus der Aufklärung zu rücken sind oder eben nicht, weil etwa „Nebenwirkungen“ von Medikamenten im *Verordnungsgespräch* (§ 26) nur „gestreift“ werden müssen.

Pseudo-Aufklärung und Pseudo-Zustimmung

Insgesamt bleibt die Dosierung der Aufklärung natürlich ein Problem der Balance zwischen Unter- und Überdosierung (§ 10.5). Um auch aus

juristischen Gründen dem Vorwurf einer mangelhaften Aufklärung zu entgehen, werden oft Extreme der „überladenen“ Aufklärung gewählt, die schon im Stil eines mehr oder weniger akademischen Vortrags daher kommen und den „eentlichen“ Aufklärungszweck gänzlich verfehlen. Hier handelt es sich um eine mangelnde *Passungskompetenz* (§ 3.2) des Arztes, dem eine „Übersetzung“ der Fachkommunikation in eine verständliche Alltagskommunikation misslingt (§ 27). Anstatt die Aufklärung in dosierten, für den Patienten aufnahmefähigen Informationsmengen und in dessen Alltagssprache zu formulieren, wird eine medizinische Aufklärung wie vor einem Fachpublikum gehalten. So wird der Konflikt zwischen der Medizin und der Lebenswelt des Patienten, wie er mit Mishler (1984) beschrieben wurde (§ 10.2.2), allein durch den ärztlichen *Sprachjargon* und *Vortragsduktus* bis zur Pseudo-Verständigung verschärft.

Eine „elaborierte“ Aufklärungsform, die einem nicht-akademischen Patientenbedürfnis entgegensteht, könnte - wie oben bereits ausgeführt - primär der Furcht vor juristischen Sanktionen geschuldet sein, die hier nur durch eine *Pseudo-Aufklärung* vermieden werden soll. Gleichwohl können solche Pseudo-Aufklärungen zu einer *Pseudo-Zustimmung* der Patienten führen, die als „Zustimmung aus Verwirrung“ (*confused consent*) charakterisiert wurde (von Uexküll 1987: 125, vgl. Koerfer et al. 1994: 69). Treffender kann man einen erschlichenen Konsens, der eben nicht auf der *Überzeugung* des Patienten, sondern auf seiner *Manipulation* beruht, nicht auf den Begriff bringen.

Das Risiko einer „Zustimmung aus Verwirrung“ ist dann besonders hoch, wenn Ärzte sich bei ihrer Aufklärungspflicht auf einen sogenannten *objektiven* Standard zurückziehen, der gleichsam mechanisch (und mit „Textbausteinen“) gegenüber einem als Prototyp behandelten Patienten abgearbeitet wird. Gegenüber einem individuellen Patienten ist jedoch zugleich ein *subjektiver* Standard zu berücksichtigen, der nach Veatch (1991: 84) wiederum am ehesten in einem *partnerschaftlichen* Modell realisiert werden kann, in dem der Arzt seiner Verpflichtung nachkommt, den Patienten ausdrücklich zur Wahrnehmung seiner persönlichen Einstellungen und Interessen zu ermuntern, eine allererste Voraussetzung, um zu einer „informierten Zustimmung“ (*informed consent*) zu kommen. Im Ergebnis sollte ein Maß der Übereinstimmung gefunden werden, bei dem die „Notwendigkeiten“ der Medizin mit den „Möglichkeiten“ der Lebenswelt des Patienten zur Zufriedenheit beider Partner hinreichend in Einklang gebracht werden konnten.

10.7.3 Ärztliche Passungskompetenz bei Modell-Wechsel

Wie vorausgehend ausgeführt, muss der Arzt bei der alltäglichen Entscheidungspraxis mit sehr differenzierten und teils sehr ambivalenten Partizipationsbedürfnissen rechnen, die zudem im weiteren Gesprächs- und Behandlungsverlauf einem Wandel unterliegen können. Hier muss der Arzt eine spezifische *Passungskompetenz* entwickeln (§ 3.2), um auf die wechselnden Anforderungen der Entscheidungspraxis *flexibel* reagieren zu können.

Da insgesamt keineswegs von einem homogenen Bedarf von Patienten nach einer *maximalen* Beteiligung an der Entscheidungsfindung ausgegangen werden kann, muss der Arzt hier in jedem Fall die passende „Dosierung“ im Gespräch mit dem Patienten erst individuell herausfinden und immer wieder neu mit ihm aushandeln. Dabei muss sich die ärztliche *Passungskompetenz* als *Metakompetenz* bewähren (§ 3.2), mit der sich der Arzt einerseits *ad hoc* auf die *aktuellen* Bedürfnisse der Patienten einstellen kann und gleichzeitig deren *potentielle* Bedürfnisse zu wecken versteht. Es handelt sich insofern im Sinne von v. Uexküll, Wesiack (1991) um eine *Metakompetenz* (§ 3.2), als der Arzt hier in der Lage sein muss, in kritischen Selbstbeobachtungs- und Reflexionsprozessen darüber zu befinden, wie weit er mit dem Patienten „gehen“ kann, ohne ihn mit einem für ihn *unpassenden* Beziehungsmodell zu *überfordern*.

Bei der Wahl des *angemessenen* Entscheidungsmodells kann sich der Arzt zunächst von den anfänglichen, spontanen *Beziehungsangeboten* seiner Patienten durchaus leiten lassen. Die praxiswirksame *Nachhaltigkeit* dieser Beziehungsangebote ist dann in weiteren Gesprächs- und Behandlungsverläufen immer wieder zu überprüfen, um gegebenenfalls eine Korrektur oder Modifikation einzuleiten. Anstatt etwa einer frühen *Fixierung* auf ein *paternalistisches* Beziehungsangebot auf Dauer zu unterliegen, sind die Möglichkeiten und Grenzen auch eines *Modellwechsels* beizeiten interaktiv zu testen, was zu einer Neuaushandlung der Beziehung führen kann.

Solche *Aushandlungsprozesse* können sich aufwändig über mehrere Gespräche erstrecken, aber auch schon in kurzen Gesprächssequenzen vollzogen werden. Wie in empirischen Gesprächsanalysen noch zu zeigen sein wird (§ 19, 22), sind auch Patienten, die im „ersten Augenblick“ des Gesprächs eine *Dienstleistungsbeziehung* zum Arzt zu *präferieren* scheinen, nach den ersten verbalen Interventionen des Arztes des Arz-

tes durchaus bereit, zu einem *kooperativen Partnerschaftsmodell* zu wechseln. Bei einem späteren Modellwechsel sind allerdings spezifische *Passungsprobleme* zu beachten (Box 10.17), da sich die verschiedenen Phasen der Modelle (Information, Entscheidung, Verantwortung aufgrund ihrer verschiedenen Handlungsmuster (vgl. oben Abb. 10.7-9) nicht beliebig gegeneinander austauschen lassen.

Box 10.17 Probleme der Passung bei Modellwechsel

Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung im Entscheidungsdialog besteht gerade darin, den Partizipationsbedarf des Patienten mit einem für ihn tragfähigen Entscheidungsmodell zur *Passung* zu bringen. In derartigen Passungsprozessen wird der Arzt gegebenenfalls mehrfach nachjustieren müssen, und zwar innerhalb des gewählten Ausgangsmodells oder - wenn es nicht mehr passt - durch einen Modellwechsel. Dabei sind allerdings Restriktionen zu beachten, die aus der *Inkompatibilität* der Entscheidungsmodelle resultieren, so dass man nicht gleichsam mitten im „Sprachspiel“ beliebig die „Spielregeln“ ändern kann.

Wie in der vergleichenden Musteranalyse von Entscheidungsmodellen deutlich wurde, sind diese Modelle nicht beliebig gegeneinander austauschbar (...) Wenn die Interaktion zwischen Arzt und Patient im Stil des Paternalismus begonnen hat, kann nicht einfach zum Kooperationsmodell gewechselt werden. Vielmehr verlangt der Wechsel zugleich eine Rückkehr in eine frühere Phase. Weil eine „shared decision“ durch eine „shared information“ bedingt ist, ist mit dem Modellwechsel auch die Informationsphase erneut zu durchlaufen, um die Informationsdefizite aus dem anfänglich paternalistischen Modell zu kompensieren (...)

Koerfer et al. 2005: 151

Insgesamt sollte der Arzt zwar weitgehend der Maxime folgen, dass mehr Information und Beteiligung auch für den Patienten „besser“ ist als weniger, aber er muss den Patienten dabei „mitnehmen“ können. Dass ein Mindestmaß an Aufklärung nicht unterschritten werden darf, ist ja oft schon juristisch kodiert. Keineswegs sollte sich der Arzt der eigenen Interessen wegen auf ein paternalistisches Modell zurückziehen, weil Patienten dann leichter zu „führen“ wären. Auch spontane Patientenäußerungen vom einschlägigen Typ („You decide for me, doctor“) können bestenfalls Ausgangspunkte sein (Guadagnoli, Ward 1998). Keinesfalls sollten sie einer *Fixierung* Vorschub leisten, die so nicht hinreichend geprüft wurde.

10. Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge

Bei dieser Prüfung lassen sich Formen eines mehr oder weniger *schwachen* oder *starken*, *autoritativen* Paternalismus unterscheiden, für die noch Beispiele aus der Visitenkommunikation angeführt werden (§ 25). Diese Beispiele zeigen, wie Ärzte „über die Köpfe von Patienten hinweg“ gravierende Entscheidungen treffen und diese auf eine *autoritäre* Art zum Ausdruck bringen, die für die Patienten erkennbar keine „Widerworte“ duldet. Hier handelt es sich offensichtlich um Fälle eines *oktroierten* Paternalismus, der vom Patienten so nicht gewollt ist.

Entsprechend lassen sich gleichermaßen aus medizinethischer und diskursethischer Perspektive Typen von „aufgefordertem“ und „unaufgefordertem“ Paternalismus (*solicited* und *unsolicited*) unterscheiden, die sich nach Kampits (1996) durch ein (verschieden) hohes Maß an *Asymmetrie* auszeichnen (Box 10.18), die der *Autonomie* des Patienten entgegenstehen kann.

Box 10.18 „Aufgeforderter“ und „unaufgeforderter“ Paternalismus

Die Unterscheidung zwischen aufgeforderten und unaufgeforderten Paternalismus (*solicited* und *unsolicited* paternalism) greift weitere Probleme auf, die mit der Autonomie des Patienten kollidieren können. Während ersterer in Übereinstimmung mit den Entscheidungen des Patienten erfolgen kann (etwa therapeutische Hilfe beim Versuch, das Rauchen aufzugeben), also eine Art aktiven Appells des Patienten erfordert, ihm eine Behandlung aufzuzwingen, stellt der unaufgeforderte Paternalismus etwa bei einer forcierten Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas ein weiteres Problem dar. In jedem Fall drückt eine paternalistische Deutung des Arzt-Patient-Verhältnisses eine in hohem Maße vorhandene Asymmetrie aus.

Kampits 1996: 16

Während die Kritik an einem *starken*, *oktroierten* Paternalismus allgemein außer Frage steht, stellt sich andererseits das Problem der Oktroierung auch für kooperative bzw. partnerschaftliche Entscheidungsmodelle (SDM), die ebenfalls problematisch werden können, wenn sie von Patienten eben nicht präferiert werden. Hier läuft der Arzt Gefahr, sich trotz bester Absichten dem Verdacht aussetzen, Manipulation oder Zwang auszuüben. So folgert den auch Kettner in einer vergleichenden Betrachtung von Konzepten einer „autonomiefördernden Beratung“ kritisch: „Ein zum Zweck der Autonomieförderung strategisch durchgeführter Nichtpaternalismus ist selber paternalistisch.“ (Box

10.19). Demnach sind Formen des Nicht-Paternalismus noch keine „Selbstläufer“, die alle Beteiligten problemlos nutzen und akzeptieren könnten.

Box 10.19 Nicht-Paternalismus im Beratungsprozess

Moralischer Nicht-Paternalismus, das sollte nicht vergessen werden, ist aber auch für einige Klienten eine Zumutung, deren guter Sinn nicht einfach pauschal unterstellt werden dürfte, sondern im Beratungsprozess selber noch mitgeklärt werden müsste. Die persönliche Agenda von Klienten, die eine Beratung in der Überzeugung aufsuchen, ihnen sei mit dem guten Rat des Experten am besten gedient („the doktor knows best“) würden ja von einem Berater, der unerklärt seine nichtdirektive Agenda der Verweigerung dieses Begehrens durchsetzt, genauso fragwürdig manipuliert, wie Klienten, die sich eine autonomiefördernde Beratung wünschen, aber auf einen Berater treffen, der eine paternalistische direktive Agenda unerklärt durchsetzt. Ein zum Zweck der Autonomieförderung strategisch durchgeführter Nichtpaternalismus ist selber paternalistisch.

Kettner 1998: 34

Wenn sich der Arzt unter dem Aspekt der Gewährung von Autonomie bei der Entscheidungsfindung nicht in *Paradoxien* verwickeln will, wird er das von ihm präferierte Entscheidungsmodell (z.B. SDM) nicht einfach dem Patienten *oktroyieren* können, sondern er wird die Alternativen offen legen und mit dem Patienten im Dialog *aushandeln* müssen. Auch hier gilt wieder das dialogische Prinzip der *Transparenz*, nach der *initiative*, vorausseilende Informationen über das „Fragliche“ oder gar „Strittige“ gegeben werden, das dann *reaktiv* durch (Nach-)Frage-Antwort-Muster weiter geklärt und entschieden wird.

In der Regel ist die Entscheidung über die Art der Entscheidungsfindung („decision, how to decide“) weniger meta-kommunikativ und explizit und wird in actu vollzogen, zumal wenn sich die Präferenzen hinsichtlich der *Beteiligungsrollen* während der Interaktion ändern (Elwyn et al. 2005, Koerfer et al. 2005, 2008, Epstein 2013, Epstein, Grambling 2013, Koerfer, Albus 2015). Im Laufe von Aushandlungsprozessen, in den Informationen, Argumente und Meinungen eingehen, werden bestimmte Entscheidungstendenzen vorbereitet. Diese Entscheidungstendenzen können durch wechselseitige, dialogische Erkundigungen der Position des jeweils anderen Partners forciert werden. Dabei werden in der Regel auch die präferierten oder auch nur erwarteten *Partizipations-*

rollen zunehmend ausgehandelt, weil sie im Frage- und Antwortspiel immer deutlicher *zugeschrieben* werden.

So wird der Arzt im Kooperationsmodell der Entscheidungsfindung (SDM) auch explizit eine *Beraterrolle* einnehmen können (§ 22.5), bei der er mit seinen Präferenzen nicht hinter dem Berg halten muss, zumal wenn er vom Patienten nach seinen *persönlichen Empfehlungen* gefragt wird („Was empfehlen Sie?“, „Was würden Sie an meiner Stelle tun?“ usw.). Aber anders als im Paternalismusmodell, in dem keine „Widerworte“ gegen *Anordnungen* und *Verordnungen* erwartet werden, muss der Patient keineswegs der „besten“ Empfehlung des Arztes folgen, der seinerseits mit der aus seiner Sicht „zweitbesten“ Entscheidung oder gar „drittbesten“ Entscheidung einverstanden sein kann, solange sie sich im Rahmen der evidenzbasierten Medizin (§ 10.3) bewegen. So wird der Arzt bereit sein, der vom Patienten präferierten Option (z.B. „watchful waiting“) zu folgen, obwohl er eine andere Maßnahme (z. B. Operation) präferiert, die er im Gespräch auch bereits für den Patienten erkennbar empfohlen haben kann.

Es ist also am Ende eines Aushandlungsprozesses zwischen Arzt und Patient keine vollständige („hundertprozentige“) Übereinstimmung erforderlich, sondern lediglich eine für beide Seiten akzeptable Entscheidung. Die Einigkeit im Sinne von *Concordance* (§ 10.1) besteht für beide Partner in der Gewissheit, unter hinreichender Abwägung (*Deliberation*) der relevanten Gründe („Für“ und „Wider“) bis auf weiteres „das Beste“ für den Patienten mit „Bedacht“ entschieden zu haben. Damit ist ein hinreichender Konsens erzielt, dass „Beschlossene“ auch gemeinsam umzusetzen und die Folgen gemeinsam zu verantworten und zu tragen.

10.7.4 Integration von Medizin und Lebenswelt

Um einen *Pseudo-Konsens* in der oben mit von Uexküll beschriebenen Form einer „Zustimmung aus Verwirrung“ (*confused consent*) zu verhindern, bei der auf der Gesprächsoberfläche lediglich kein Widerspruch „hörbar“ wird, muss der Patient hinreichend qualifiziert an einer gemeinsamen Entscheidungsfindung beteiligt werden. Dazu bedarf es zuvor einer dialogischen Offenlegung der individuellen Patientengeschichte, mit der zugleich die persönliche Lebenssituation des Patienten und seine individuellen Einstellungen und Werte (Glauben, Hoffnungen,

Wünsche, Vorlieben usw.) eingehend dargelegt und bei der Entscheidungsfindung hinreichend berücksichtigt werden können.

Erst mit diesem Hintergrundwissen, über das sich beide Gesprächspartner als wesentlich für den Aufbau eines gemeinsamen Wissens (*shared knowledge*) verständigen müssen, ist eine Entscheidungsgrundlage gegeben, auf der sich aus medizinethischer Perspektive die Wahl einer adäquaten Behandlungsmethode überhaupt erst sinnvoll begründen lässt, was bereits von Pellegrino, Tomasma (1988) folgendermaßen kontrastiv resümiert wurde:

A biomedically or technomedically good treatment is not automatically a good from the patient's point of view. It must be examined in the context of the patient's life situation and his or her value system.

(Pellegrino/Thomasma 1988: 79)

Die Konsequenz hieraus ist, die *Krankengeschichte* des Patienten von Beginn an zugleich als *Lebensgeschichte* und *Wertgeschichte* zu rekonstruieren. Hier wäre die *partizipative* Perspektive der Medizin mit ihrer *narrativen* Perspektive zu integrieren. Danach sollte beim Austausch von Basis-Informationen zunächst der Patient *erzählend* zu Wort kommen (§ 9, 19), bevor der Arzt sinnvollerweise die weitere Lebensperspektive mit dem Patienten „besprechen“ kann, in die ja bestimmte Behandlungsoptionen - sei es zur *Verlängerung* oder *Verbesserung* des Lebens (Gustavsson, Sandman 2015) - passend eingreifen sollen. Da medizinische *Eingriffe* immer auch „Eingriffe“ ins Leben darstellen, sind sie gleichsam im Vorgriff auf das zukünftige Leben zu bewerten und zu planen, das heißt in einen *Lebensentwurf* des Patienten zu *integrieren*. Diese Integrationsmöglichkeiten sind in einer narrativen Selbstausslegung mit dem Arzt, der hier als aktiver Zuhörer die Rolle als *Ko-Konstrukteur* der Lebens- und Krankengeschichte des Patienten wahrnimmt (§ 9, 19), gemeinsam und selbstkritisch zu prüfen.

Hieraus ergibt sich als weitere, spezifische Konsequenz für das ärztliche Handeln, dass die *biographisch-narrative Anamneseerhebung* (§ 9) mit der *Aufklärung* und *Entscheidungsfindung* im Idealfall integriert und „aus einer Hand“ geleistet wird. Wenn das aus institutionellen Gründen (etwa der Arbeitsteilung zwischen Hausarzt und Facharzt bzw. Krankenhaus) nicht immer optimal geleistet werden kann, sollten minimale Standards eines integrativen Ansatzes gewahrt bleiben, um den Konflikt zwischen der *Medizin* und der *Lebenswelt* der Patienten nicht zu verschärfen (§ 10.2). Wer hier einem integrativen Ansatz die Realität des

gegenwärtigen Versorgungssysteme entgegenhält und unter ökonomischen Aspekten die Machbarkeit in Frage stellt, sei an die weiterhin hohen subjektiven und objektiven „Kosten“ erinnert (§ 10.1), an der wir alle durch die *Non-Adhärenz* von Patienten mitzutragen haben, die wesentlich einer mangelhaften Kommunikation mit dem Arzt geschuldet ist.

10.8 Zusammenfassung und weiterführende Hinweise

Zusammenfassend besteht die *Kunst* der ärztlichen Gesprächsführung bei der Entscheidungsfindung nicht nur darin, auf der Grundlage von evidenzorientierten Basis-Informationen über die alternativen Behandlungsoptionen zunächst die *aktuellen* Präferenzen des Patienten zu „erkunden“, sondern auch darin, *potenzielle* Präferenzen zu „wecken“ und dann in einem dialogischen Deliberationsprozess hinreichend „reifen“ zu lassen und diesen Reifungsprozess beim Patienten so lange zu *befördern* (*empowerment*), dass die schließlich getroffene Entscheidung bis auf weiteres einer *rationalen* Akzeptabilitätsprüfung standhalten kann.

Das gilt sowohl für die Präferenzen auf der *Sach-Ebene*, auf der die Entscheidungen zwischen alternativen Behandlungsoptionen getroffen werden müssen, als auch für die Präferenzen auf der *Meta-Ebene* („decision, how to decide“), auf der mehr oder weniger explizit, aber für beide Gesprächsteilnehmer hinreichend erkennbar ihre jeweiligen Beteiligungsrollen in reziproken Zuschreibungsprozessen ausgehandelt werden. Gegenüber den wechselnden Partizipationsbedürfnissen ihrer Patienten sollten sich die Ärzte mit ihrer kommunikativen Kompetenz *flexibel* einstellen können (Box 10.20), was sicher im Praxisalltag eine Herausforderung für alle Beteiligten bleiben wird.

Box 10.20 Maßgeschneiderte Entscheidungsfindung

Das eine, *universell* für alle Patienten gültige Entscheidungsmodell ist ohnehin zu verwerfen, wie das gelegentlich metaphorisch auf den Begriff gebracht („Tailoring“) und begründet wird: „Because one shoe doesn't fit all“ (Lussier, Richard 2008, Epstein, Gramling 2013, Keller, Sarkar, Schillinger 2014). Für das damit verbundene *Passungsproblem* sollten Ärzte, die ja auch sonst mit individuellen Dosierungen vertraut sind, ent-

sprechend eine *kommunikative* Kompetenz entwickeln (Koerfer u.a. 2008b), mit der sie sensibel und flexibel auf unterschiedliche und wechselnde Patientenbedürfnisse „maßgeschneidert“ reagieren können.

Koerfer, Albus 2015: 132

Empirische Gesprächsbeispiele zur Entscheidungsfindung finden sich besonders in Kap. 22 („Vorgehen abstimmen“) und Kap. 24 („Visitenkommunikation“). Spezifische Probleme zur „Verordnung“ und zur „Fachkommunikation“ werden in den Kap. 26 bzw. 27 behandelt.

Aus dem großen Spektrum der Literatur zur medizinischen Entscheidungsfindung, die vorausgehend ja auch schon angeführt wurde, sollen die beiden jeweils deutsch- bzw. englischsprachigen Monographien von Scheibler (2004) und Pollock (2005) sowie die Sammelbände von Härter et al. (Hg.) (2005) und von Martin, DiMatteo (eds.) (2014) erwähnt werden. Zum Zusammenhang von SDM und Therapie (krankheitsrelevante „Endpunkte“) sei auf die Übersichtsarbeit von Hauser et al. (2015) verwiesen. Darüber hinaus sollen exemplarisch die konversations- bzw. gesprächsanalytisch orientierten Arbeiten von Stivers (2006) und Toerien, Shaw, Reuber (2013) sowie von Peters (2015) und Becker (2015) angeführt werden, die als Online-Publikationen leicht zugänglich sind und viele empirische Gesprächsbeispiele enthalten, die ebenfalls in der Lehre gut verwendet werden können.

Wer sich einen systematischen Überblick verschaffen will, sei auf die Übersichtsarbeiten (reviews) von Dwamena et al. (2012) (zum „patient centered approach“), Légaré et al. (2014) und Hauser et al. (2015) (zu SDM) und Braun, Marstedt (2014) (zu „Anspruch und Wirklichkeit“ von SDM/PEF) sowie auf Alheit, Herzberg (2018) verwiesen, die besonders Differenzen zwischen „Entscheidungskulturen“ (in Kanada, USA, BRD) betonen.

11 Die Macht der Metaphern

Michael B. Buchholz

11.1	Ein Beispiel zu Beginn	562
11.2	Metaphern im therapeutischen Gespräch	564
11.3	Zur Theorie der Metapher	566
11.3.1	Konzeptionelle Metaphern	
11.3.2	Die Rolle der körperlichen Schemata	
11.3.3	Der neuronale Unterbau	
11.4	Die Implementierung einer alternativen Metapher	574
11.4.1	Erster antagonistischer Austausch	
11.4.2	Kooperativer Aufbau einer imaginativen Agenda	
11.5	Abschluss und weiterführende Hinweise	582

In der psychotherapeutischen Behandlung besteht z. B. der Schritt zum Verstehen des eigenen Selbst darin, dass der Klient sich bewusstmacht, wie er nach unbewussten Metaphern lebt und wie diese sein Leben bestimmen.

Lakoff, Johnson 1998: 266

Abstract: Anhand von Transkriptbeispielen aus therapeutischen Gesprächen wird gezeigt, welchen Reichtum Metaphern mitteilen. Insbesondere wird dabei auf Verben abgehoben, weniger auf Substantive. Dann wird die moderne Metaphertheorie vorgestellt sowie deren neuronale Basis skizziert. Schließlich wird, wiederum anhand von Transkriptbeispielen, der Frage nachgegangen, wie eigentlich die Übernahme einer neuen, vom Therapeuten vorgeschlagenen Metapher durch den Patienten gelingt? Um das zu beschreiben, werden Mittel der Konversationsanalyse herangezogen. Die Verbindung von Metaphertheorie und Konversationsanalyse macht transparent, wie in einer therapeutischen

Sitzung durch therapeutische *Re-Formulierungen* der Metapher eines Patienten, mit der er sein Symptom beschrieb, ein Aufbau einer gemeinsamen *imaginativen Agenda* gelingt. Der Therapeut *positioniert* sich im Gespräch *meta-komplementär*, was ebenso im Detail beschrieben wird wie linguistische *alignments*, die zu intensivierten Formen der affektiven *Affiliation* und gesteigerter Hörer-Sprecher-*Synchronisierung* führen. Dazu macht der Therapeut von Praktiken des *Empowerments* und der *Komplettierung* Gebrauch. Die eine erhöht das Selbstwertgefühl des Patienten, indem manche Relevanzen anders eingestuft werden, als der Patient es bislang selbst tat; die andere vervollständigt die narrative Einbettung des Symptoms durch Details, an denen der Affekt hängt. Das scheinbar sinnlose Symptom kann dann allmählich als sinnvolle Produktion erkennbar werden. Wenn eine solche Agenda geschaffen ist, kann die Transformation der das Symptom bestimmenden metaphorischen *Verb-Insel-Konstruktion* durch Implementierung einer vom Therapeuten vorgeschlagenen reformulierten Metapher gelingen. Was hier abstrakt klingt, wird durch die Beispiele leicht verständlich.

11.1 Ein Beispiel zu Beginn

Auf einer Station in einer psychotherapeutischen Klinik trifft sich die wöchentliche Stationsbesprechung. Wir (Buchholz et al. 2000) hatten die Erlaubnis, diese Sitzungen mit dem Tonband aufzunehmen. Der Oberarzt, der die Gruppe leitet, sagt einen Halbsatz: „Wer von Ihnen möchte heute ...“ und dann folgt ein erster männlicher Sprecher mit der folgenden Äußerung:

B 11.1 „Wollte mir dann verkaufen halt, dass ...“

Ja, also, Frau N. is (räuspert sich) zum Pflegepersonal relativ (-) mmh (.) zurück hält die sich (1,5) gleichzeitig wenn se was will dann sagt sie das relativ bestimmt (.) So! Eigentlich kann man sagen (.) so (-) dann weiß sie was sie will, dann kommt sie rein (-) zumindest verhält sie sich so bei mir. Ich hab bis jetzt einmal richtig eigentlich Kontakt gehabt (.) vorige Woche ehh (.) wo sie mir erzählt hat, dass ihre (-) mmh (-) Tochter wohl irgendwie Alten-Schwester, Altenkrankenschwester ist. Wollte mir dann verkaufen halt, dass es ganz toll ist und ich dann gesagt, ich hab da auch 3 Jahre in der Geronto gearbeitet und ich fand's eigentlich nicht so

11. Die Macht der Metaphern

toll! Naja, es ging dann soweit, dass wir uns dann irgendwie unterhalten haben und sie meinte so zu mir (-)°das war wirklich n naives Gespräch° (1) aber ja, die verdien'n ja sowieso mehr Geld als Krankenpfleger und – schwestern.

Der Sprecher berichtet über eine Begegnung mit einer Patientin, Frau N. Sie halte sich zurück, sie wisse, was sie wolle. Erst einmal habe er richtigen Kontakt mit ihr gehabt; das Gespräch habe sich um die Tätigkeit in der „Geronto“ gedreht, also um die Gerontopsychiatrie. Nach einer kleinen Pause, dargestellt durch den eingeklammerten Gedankenstrich (-) macht er mit °leiser Stimme°, angezeigt durch die hochgestellte kleine Null, einen selbstreflexiven Kommentar „(-) °das war wirklich n naives Gespräch° (-)“. Dieser Kommentar ist an die zuhörende Gruppe gerichtet und antizipiert offensichtlich eine leichte Kritik seines Gesprächs.

Sieht man genau hin, ist es aber keineswegs „naiv“, was er mitteilt. Er macht, was der Aufmerksamkeit der allermeisten beim ersten Lesen entgeht, eine charakteristische Umwandlung. Er erzählt von einem Gespräch und formuliert dabei, die Patientin habe ihm was „verkaufen“ wollen. Solche Umwandlungen von Gesprächselementen geschehen sehr häufig, wenn wir anderen in einem Gespräch von einem Gespräch erzählen (Holt, Clift 2007). Niemand gibt ein Gespräch wieder, als würde er eine Aufzeichnung ablaufen lassen, dass würde zu viel Zeit verbrauchen. Die verdichtende Formulierung durch eine Metapher erzeugt temporalen Zugewinn, weil die sequentielle Organisation des Sprechens wesentlich langsamer verläuft als die Gleichzeitigkeit gedanklicher Abläufe.

Jedoch, die Umwandlung macht noch mehr. Sie stellt unbewusst ein imaginatives Szenario vor. Das Gespräch, das er wiedergibt, war ein Verkaufsgespräch. Wenn man die Metapher SPRECHEN IST VERKAUFEN hier formuliert, kann man alles gleich überprüfen: Die Patientin wird zu einer Verkäuferin, der Erzähler zu einem Kunden. Allerdings ist der Wert des Verkauften strittig: Für die eine ist es „ganz toll“, für den anderen „eigentlich nicht ganz so toll“ in der „Geronto“ zu arbeiten. Die Metapher vom „verkaufen“ transformiert die gesamte Agenda. Manche nennen das eine „agenda transforming utterance“ (Stivers 2007).

Hat diese Umwandlung noch weitere Folgen? Die Antwort ist ja, denn den Beitrag dieses ersten Sprechers in der Fallbesprechung durchzieht erkennbar die Mitteilung eines diffusen Unbehagens, eine schwer greifbare Skepsis der Patientin gegenüber wird mitgeteilt. Be-

zieht man diese Skepsis nun auf die metaphernanalytisch erschlossene Agenda, wird sie sofort verständlich: der Sprecher fühlte sich von der Patientin in einen „Deal“ verwickelt, wo ihm etwas „verkauft“ werden sollte, das er wegen seines geringen Wertes nicht haben wollte.

Dies Gefühl erweist sich als klug. Die weitere Analyse dieser Fallbesprechung zeigte – man kann das in unserer genannten Publikation nachlesen –, dass diese Patientin tatsächlich auf sehr ungewöhnlichen Wegen zur Behandlung auf die Station gekommen war und sich auf der Flucht vor dem Staatsanwalt wegen erheblicher Steuerhinterziehung befand. Das aber hatte der Sprecher, als er mit der ersten, hier wieder gegebenen Bemerkung, darüber zu sprechen begann, noch gar nicht gewusst. Es wird viel später von anderen Mitgliedern des Teams mitgeteilt.

Die beschriebene Umwandlung durch die Metapher erweist sich hier als *motiviert* von einem unbewussten Wissen; in dieser Situation gab es den großen Vorteil, dass dieses Wissen überprüft werden konnte. Auf Metaphern zu hören, könnte sich als besonders hilfreich erweisen.

11.2 Metaphern im therapeutischen Gespräch

Eine sehr ähnliche Art von Umwandlungen begegnet in zahllosen therapeutischen Gesprächen. Der Unterschied ist, dass die Umwandlung durch den Therapeuten vollzogen wird; die Formulierungen des Patienten werden durch den Therapeuten *reformuliert* (Antaki 2008, Dreyer, Goßmann 2014, Deppermann 2011). Sehen wir uns ein nächstes Beispiel (B 11.2) an:

B 11.2 „Ich hab den Tag gestern noch super rumbekommen“

01 ? ((Band läuft)) (31) (Räuspern) (8) .

02 P ,ch hab den Tag gestern noch super RUMBekommen (2) u:nd (2) ich wüsste nicht dass (1) irgendwelche Zwangsgedanken aufgetaucht sind (1) wieder wo ich jetzt irgendwie nachhause gefahren bin (1,5) und dann (2) war ich au:ch ne zeitlang zuHAUse (1) und ehm (1) dann (1) dann bin ich mit ner Freundin nach Landsberg gefahren (3) u:nd (-) und da ham wir so zwei: (1) alte Freunde von uns getroffen und sind ins SCHWIMMbad u:nd nachdem das Wetter dann nicht so gut war .hm au:no n bisschen so in die

11. Die Macht der Metaphern

		Stadt was essen gegangen und dann:n (-) n EIS hinterher u:nd (..) JA! (.) ich konnt wirklich (.) richtig gut wieder abschalten . (7) . also mir iss= [nicht aufgefallen, dass irgendwie was ka:m (1,2)
03	T	[hmmh
04	P	sich irgendwas eingeschlichen hat (..) das war alles=
05	T	°schön!°
06	P	=ganz ganz weit weg (11)
07	T	eigentlich haben Sie den Tag nicht RUMBekommen, sondern ge- NOSSEN!
08	P	ja genau ((lacht)) HeHe! Stimmt! (-)

Hier handelt es sich um den Beginn einer 28. Sitzung einer analytischen Psychotherapie mit einer jungen Patientin mit der Zwangsvorstellung, dass dicke Männer vor ihr stehend ihren Penis entblößen könnten. Dass sie diese Zwangsvorstellung schon etwas unter Kontrolle bekommen konnte, macht den Beginn der Stunde aus. Man kann nicht sagen, dass sie *erzählt*. Denn das für eine Erzählung so charakteristische Moment einer kleinen Einleitung, einer Spannungssteigerung zu einem Höhepunkt, einer absinkenden Spannung und dann noch eventuell einer Coda, fehlt hier gänzlich (Reeder 2005). Auch beschreibt sie die Zwangsgedanken noch als eigenständige Agenten, die „auftauchen“ können oder die sich einzuschleichen vermögen, als hätten sie eigene „agency“, wären also (Deppermann 2015) selbst initiativ handelnde Agenten. Wir finden mehrere Belege für die Darstellung einer Metapher *Gedanken sind Personen*.

Das Format, in dem sie spricht, ist im Unterschied zum Erzählen ein Bericht. Dafür ist charakteristisch die additive Aneinanderfügung von Ereignissen mit Wendungen wie „und dann“. Dem Berichtsformat eignet eine gewisse affektive Blässe, die man auch prosodisch auf dem Bildschirm sichtbar machen kann; die F0-Linie, die Grundstruktur der sog. „Formanten“ verläuft fast linear (Buchholz, Reich 2014). Den Abwehrmechanismus der Affektisolierung kann man hier parallel sichtbar machen: sowohl durch das Berichtsformat als auch in der Prosodie.

Auch in ihrer ersten Äußerung taucht eine Metapher, die vom „rumbekommen“ auf; wir erkennen wieder, wie diese Metapher zeitlich verdichtet; das Erlebnis des ganzen Tages wird hier zusammengezogen und in den nachfolgenden Berichtsfragmenten detailliert. Die Therapeutin *reformuliert* diese Metapher. Im ersten Beispiel hatte der Sprecher ebenfalls das Verb (sprechen) mit einem anderen Verb (verkaufen) selbst ersetzt, hier spricht die therapeutische Reformulierung nun vom „genie-

ßen“. Mit einer deutlichen Akzentuierung gesprochen, hat diese Reformulierung einen ähnlichen Effekt, sie verwandelt die imaginative Agenda so, dass der isolierte Affekt hinzutreten kann und sich in einem kräftigen Lachen befreit. Das kann man wiederum auf dem Bildschirm sehr schön erkennen.

Durch eine einzige Re-Formulierung gelingt es der Therapeutin, für einen Moment eine neue, befreiende affektive Lage der Patientin entstehen zu lassen.

Warum ist das eigentlich möglich? Die Antwort liegt zum Teil in dem, was manche (Tomasello 2002) eine „Verb-Insel“-Konstruktion genannt haben, was natürlich selbst ein metaphorischer Ausdruck ist. Gemeint ist, dass Verben für unsere Tätigkeiten im Strom der Kommunikation eine Art „Insel“ bilden, um die herum sich vieles andere anlandet. Verändert man das Verb, verändert sich die Agenda. Will man also Metaphern zu vernehmen lernen, lohnt es sich, nicht nur auf Substantive in der Manier von Achill ist ein Löwe zu achten. Die Metapherndiskussion der vergangenen 2000 Jahre ist mit wenigen Ausnahmen auf Substantive ausgerichtet gewesen und hat die transformierende Kraft der Verben weitgehend ignoriert; sie aber dienen unserer Selbstverständigung über das, was wir tun, weit mehr – und entziehen sich zugleich unserer Aufmerksamkeit, solange sie uns als so selbstverständlich erscheinen wie die Rede vom „verkaufen“.

11.3 Zur Theorie der Metapher

Die ältere Diskussion über die Metapher hat mächtige neue Impulse bekommen durch die Arbeiten des Linguisten George Lakoff und seines philosophischen Ko-Autors Mark Johnson (siehe das Literaturverzeichnis). Deren Arbeiten habe ich auf Deutsch zusammengefasst und in mehreren metaphernanalytischen Studien bei der Analyse einer Kurztherapie (Buchholz 1996/2003), bei der Analyse von „Kontakt-Szenarien“ zwischen Patienten und Therapeuten einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik (Buchholz, v. Kleist 1997) und bei der vollständigen Analyse einer videographierten Gruppentherapie von verurteilten Sexualstraftätern (Buchholz et al. 2008) nutzen können, weshalb ich mich hier kurzfassen kann.

11.3.1 Konzeptionelle Metaphern

Der erste Impuls von Lakoff und Johnson bezieht sich auf die Beschreibung sog. „konzeptueller Metaphern“ (KM). Ich habe oben schon stillschweigend davon Gebrauch gemacht, als ich zeigte, dass die Patientin die Metapher *Gedanken sind Personen* verwendet. Davon spricht sie im manifesten Dialog nicht, wohl aber so, dass man leicht das entsprechende *Konzept*, das durch die Formulierung *Gedanken sind Personen* beschrieben werden kann, erkennt. Die manifesten Wendungen im Dialog („auftauchen“, „dass irgendwie was kam“, „eingeschlichen“) formulieren das Konzept zwar nicht, sie sind jedoch gleichsam *sprechende Darstellungen* des metaphorischen Konzepts.

Lakoff und Johnson haben die Idee von den KM an vielen Beispielen illustriert. Eine für unsere Welt so weitverbreitete KM lautet ZEIT IST GELD. Wir hören sie in Wendungen wie, dass man seine Zeit für etwas Sinnvolles ausgeben solle; dass sie eingeteilt werden muss; in dem Vorwurf, jemandem Zeit zu stehlen. Eine andere KM ist in akademischen Debatten weit verbreitet, sie lautet AUSEINANDERSETZUNG IST KRIEG. Geäußert werden dann Wendungen wie, dass jemand seine Positionen räumen musste, eine andere musste aufgeben, ein Dritter konnte seine Theorie sehr stark verteidigen, während bei einer vierten doch erhebliche Löcher in ihre Darlegung geschlagen werden konnten und der Gegner seine Positionen ausbauen konnte.

Auch hier bemerkt man sofort die affektiven Werte, die sich schlagartig ändern, wenn wir uns Erlebnisse vergegenwärtigen, bei denen eine andere konzeptuelle Metapher AUSEINANDERSETZUNG IST TANZ das Geschehen regierte. Man sieht sofort leichte Bewegungen, hört Wendungen wie dass Beteiligte sich Bälle zugespielt hätten (statt einander zu bekämpfen) und der Bericht von solchen, leider etwas seltenen Ereignissen kommt immer in gehobener Gestimmtheit daher. Die Veränderung einer KM zeigt ihre Macht. Lakoff und Johnson ziehen drei Folgerungen aus solchen Beispielen:

- a) Die Alternative zu einer Metapher ist nicht der Begriff, sondern die alternative Metapher (Debatin 1995); „Auseinandersetzung“ lässt sich so und so metaphorisieren.
- b) Die Metapher ist keineswegs nur Element des Textes, sondern der Kognition – wir denken in Metaphern (dazu später noch etwas mehr)

- c) Die Metapher ist nicht die Darstellung eines Wortes durch ein anderes Wort; sie ist vielmehr das „matching“ eines Konzepts aus einem sinnlich erfahrbaren Ursprungsbereich in einen abstrakteren Zielbereich. Das schwer übersetzbare „matching“ stellt man sich am besten als eine Art Projektion wie bei einem Projektor vor. Eine weiße Wand (Zielbereich) zeigt plötzlich ein farbiges Bild (Ursprungsbereich).

Die neue Theorie nimmt also einige Verschiebungen vor: sie hebt den traditionellen Gegensatz von Begriff und Metapher auf, der immer mit einer stillschweigenden Höherwertung des Begriffs verbunden war. Viele haben sich daran gemacht zu zeigen, wie übervoll auch wissenschaftliche Sprache, selbst die der Mathematik, von Metaphern ist (Konersmann 2007, Nunez 2008, Núñez 2010, Radman 1995). Eine weitere Entdeckung war, dass deren Ursprungsbereich sich in körperlicher Gestik (Cienki, Müller 2010, McNeill 2000, Lee, Schwarz 2010) und generell körperlicher Erfahrung erkennen lässt. Kurz, die Metaphertheorie entdeckt den Körper, sie rehabilitiert ihn sogar und dreht das Verhältnis von Körper und Geist radikal um, wie manche Buchtitel wie „The Body in the Mind“ (Johnson 1987) oder „Philosophy in the Flesh“ (Lakoff, Johnson 1999) programmatisch angekündigt hatten. Die Metaphertheorie hat der Idee des *Embodiment* starke Impulse geben können.

Die neue Theorie nennt sich dennoch kognitive Linguistik, weil sie die Kognition und andere mentale Prozeduren einschließt und das Sprechen weder vom körperlichen Vollzug noch von der Imagination trennt; und sie schließt schließlich ein, dass Konzepte als „Szenarios“ gedanklich-imaginativ vorhanden sind. Konzepte sind weniger begrifflich-abstrakt verfügbar, sondern als narrative Szenarien; erst auf ihnen ruht der Begriff auf.

Wir verstehen ein Wort wie „Vor-Haben“ genau dann, wenn wir als Kinder beim Krabbeln den Ball vor uns gesehen haben und Kraft aufwendeten, um ihn zu haben. Seitdem solche Beispiele erstmalig (Johnson 1987) genannt und in vielfacher Differenzierung analysiert worden sind, hat sich eine gewaltige Forschungsanstrengung entwickelt, die Anschlüsse gesucht und gefunden hat – zur Rolle der Gestik beim Lernen (Goldin-Meadow 1997, 2003, 2006) im Allgemeinen oder insbesondere bei der so lebenswichtigen menschlichen Kooperation vor dem ersten Lebensjahr (Liszkowski 2006) oder auch zur Struktur von Zeiterfahrung in anderen Kulturen (McNeill 2007) mit dem Befund, dass in fast

allen Kulturen die Zukunft auf einem metaphorischen Zeitpfeil als vor uns, die Vergangenheit aber als hinter uns liegend artikuliert wird – mit sehr wenigen Ausnahmen.

11.3.2 Die Rolle der körperlichen Schemata

Lakoff und Johnson haben nicht nur die ganz neue Idee der KM eingeführt, sondern die Theorie der Metaphern auch mit anderen wissenschaftlichen Befunden zu verbinden gesucht. Eine Frage lautet dabei, wie eigentlich Neugeborene mit der gewaltigen Fülle an Information, die über ihre Sinneskanäle auf sie eindringt, fertig werden können? Die Antwort wurde gefunden bei einer Theorie, die die Art der *Erfahrungsorganisation* beschreiben kann. Die vielen Millionen Informationsbits und -bytes müssen irgendeine Form der *Organisation* erhalten. Diese Autoren schlagen eine Theorie der verkörperten Schemata vor. Sie kann man sich am leichtesten vorstellen, wenn man das *Balance*-Schema an den Anfang stellt.

Wie lernen wir Balance? Gewiss nicht durch Anwendung der physikalischen Gesetze des freien Falls und der schiefen Ebene, sondern weil wir es körperlich lernen. Kinder empfinden es als angenehm, wenn sie so aus dem Bettchen aufgenommen werden, dass ihre Raum-Lage-Labilität nicht verstört wird und ihre noch sehr unvollkommene Körperkontrolle dem Aufgehoben-werden mit folgen kann; also nicht zu schnell. Sie haben einen körperlichen Balance-Sinn, der sich mit Ausbau der Muskulatur verfeinert und sie schließlich in die Lage versetzt, den aufrechten Gang zu lernen. Wenn sie später das Wort Balance hören, wissen sie schon, was es bedeutet.

Beim Lernen des aufrechten Gangs machen sie eine weitere sinnliche Erfahrung, die von Lakoff und Johnson als KM formuliert wird: OBEN IST MEHR. Sie können sich aufrichten und überblicken mehr. Wenn die Mutter Milch in ein Glas schüttet und sie das beobachten, sehen sie, wie der nach OBEN steigende Flüssigkeitsspiegel MEHR anzeigt. Dass Erwachsene aus ihrer Perspektive oben sind und mehr zu sagen haben, reiht sich in diese Erfahrungskette ein. So werden sie darauf vorbereitet, Sätze wie Der Dollar steigt ebenso zu verstehen wie Metaphern vom sozialen Aufstieg, die Rede von einem Überflieger oder umgekehrt, wenn jemand mit seiner Selbstachtung ganz unten ist. Auch hier haben Untersuchungen (Kronberger 1999, Charteris-Black 2012) gezeigt, dass Depressionen metaphorisch mit Wendungen wie fallen o-

der gar abstürzen verwendet werden; schwarze Löcher sind nie oben, sondern immer unten. Änderungen der entsprechenden Metaphern können als Indizes für das therapeutische Ergebnis (Levitt et al. 2000) verwendet werden; die körperlich-symptomatischen Darstellungen der Depression (Blick, Rücken, allgemeiner Habitus) sind nach unten gerichtet.

Ein weiteres körperliches Schema ist das für Kraft. Wir verspüren den Druck des Magens, wir müssen selbst Kraft aufwenden, wenn wir zu einem Ziel wollen und diese Erfahrung machen schon sehr kleine Kinder. Johnson (1987) zeigt in aufwendigen sprechakttheoretischen Analysen, dass die Modalverben können, dürfen, müssen eben diese Kraft anzeigen. Sehen wir uns ein Beispiel (B 11.3) an, es ist die Auftaktszene aus dem Film „Oh Boy“.

B 11.3 Auftaktszene aus „Oh Boy!“

- | | |
|----|--|
| 01 | Tom Schilling in der Rolle von Niko zieht sich leise an einem Morgen an, die Schuhe folgen, eine Frau im Bett räkelt sich. Er versucht, leise zu sein und sie nicht zu stören. |
| 02 | Sie Du gehst schon? |
| 03 | Er (schaut zu ihr rüber und verzögert das Anziehen der Schuhe) (2) He! (2) >>Ja! (0.5) ‘chmuss los . |
| 04 | Sie (verwundert, nachdem sie auf eine Uhr zur Seite geschaut hat) So früh?=
05 Er (zieht sich die Jacke über): =ich hab Termine . |
| 06 | Sie (spielt mit der rechten Hand an ihrem linken Ohr) (4) . |
| 07 | Er Ich::=ruf-dich-an (0.2) Ok? |
| 08 | Sie Setz dich doch noch mal |
| 09 | Er (setzt sich zu ihr aufs Bett, die Kamera zeigt beide jetzt im Scheiterschnittprofil aus dem Blickwinkel der Tür) (4) |
| 10 | Sie (mit schmeichelnder Stimme): Gut geschlafen? (Ihre Hand geht zu ihm, ihr Gesicht lächelt ihn an) |
| 11 | Er Hmm |
| 12 | Sie (schaut ihn verführerisch an) Soll ich uns noch n Kaffee machen? |
| 13 | Er iss nett (sein Blick geht zu Boden) Ich bin spät dran (er schaut sie an) |

Sie spricht die ersten drei Worte, die schwer zu kategorisieren sind: Formuliert „Du gehst schon?“ eine Frage oder einen Vorwurf oder ist es eine Feststellung? Die konversationsanalytische Untersuchung hat viel-

11. Die Macht der Metaphern

fach schon beobachtet, dass Ambiguität kommunikativ nicht anschlussfähig ist und das sehen wir auch hier.

Ihre nur ambig zu kategorisierende erste Äußerung wird von ihm mit einem ebenso diffusen „He“ beantwortet und dann folgt nach einer kleinen Pause die Bemerkung „‘ch muss los“. Mit dem Modalverb „müssen“ zeigt er eine Kraft an, die er als für sich relevant setzt, er positioniert sich als unter dem Einfluss dieser Kraft – des Zeitdrucks, der Verpflichtungen – stehend. Sie zweifelt erkennbar daran, versucht noch, ein „Wir“ zu etablieren, die Geste ihrer Hand-zum-Ohr ist eine Geste der Selbstvergewisserung (Hoffer 1947) angesichts des schwer Glaubbaren, dass sie vor sich sieht: dass er sich nach einer gemeinsamen Nacht davon schleicht. Als er erneut feststellt, er sei spät dran – und damit die Kraft des Müssens erneut ins Spiel bringt – hat sie schon verstanden, dass das eine Rationalisierung ist, ein Vorwand, mit dem sie getäuscht wird. Als er schließlich bemerkt, dass sie ihn „durchschaut“, lässt er nicht nur resigniert, sondern schuldbewusst den Kopf nach unten fallen. Auch sein Körper reagiert im Einklang mit dem sprachlichen Geschehen.

In seinem Buch (Lakoff 1987) nennt Lakoff weitere 25 Schemata der körperlichen Erfahrungsorganisation, von denen das „Container“-Schema hier noch erwähnt werden soll; es wird nicht anders verwendet als in der Psychoanalyse, nämlich so, dass etwas in etwas enthalten gedacht werden kann – aber erfahrungsbasiert. Die Erfahrung lautet etwa, dass ein Baby in einem Bettchen liegt, das Bettchen in einem Zimmer steht und das Zimmer Teil einer Wohnung ist, die in einem Haus besteht, das in einer Straße steht. Kurz, die Präposition „in“ indiziert hier das Verhältnis des Kleineren zum Umfassenderen. Wenn wir sagen, dass Peter seinen Freund Paul „in“ den Blick nimmt, ist der Blick als das Umfassendere konzeptualisiert. Auch mit der Äußerung, dass Werners Artikel „in“ der Zeitung erschien, verwenden wir die Präposition in einem metaphorischen Sinn, die auf der Container-Schematik beruht. Gerade der Umstand, dass in einem Satz „Das Haus steht in der Stadt“ die Präposition nicht metaphorisch, sondern wörtlich verwendet wird, zeigt, dass sie in den anderen Beispielen metaphorisch verwendet wurde. Das Container-Schema organisiert große Teile unserer Erfahrung und deren Artikulation.

Die deutsche Vorsible „ent-“ wird häufig, wenn auch nicht immer, mit Bezug zum Container-Schema verwendet (Buchholz 1996/2003). Etwa, wenn wir sagen „ich entnehme Deinen Worten...“ oder „Dieser Plan enthält notwendigerweise auch, dass...“ Sehr viel mehr, als die äl-

tere Theorie angenommen hatte, ist metaphorisch basiert. Die einst so sorgfältige Trennung zwischen dem begrifflich reinen und dem anschaulich bildhaften Formulieren eines Sachverhalts oder einer Darstellung verliert an Prägnanz (Jacobs 2014). Der Begriff ist im metaphorischen Bild basiert, das Bild emergiert aus der Erfahrungsorganisation des Körpers in seinen Schemata.

11.3.3 Der neuronale Unterbau

Dieser Auflösung bislang vertrauter Grenzlinien arbeiten auch die Neurowissenschaften zu. Deshalb ist es nicht überraschend, wenn auch Lakoff versucht, seiner Metapherntheorie eine neurowissenschaftliche Fundierung zu geben. Die Neurowissenschaften kennen das sog. „Bindungsproblem“, wobei der Begriff der Bindung nicht im Sinne der „Bindungstheorie“ von John Bowlby verwendet wird. Es geht vielmehr darum, wie es kommt, dass man etwa sofort ein „rotes Dreieck“ sieht, obwohl die Informationen für Farbe, Kantenlänge und Form in ganz verschiedenen Regionen des Gehirns „abgelegt“ werden. Dies Problem ist in seinen Details nicht gelöst, Lakoff hat in verschiedenen Publikation (Lakoff 2008, Gallese, Lakoff 2005) auf der Basis der Körperschemata einen Vorschlag dazu gemacht (Feldman 2008). Die von diesen Autoren gemeinsam durchdachte „Neural Theory of Language“ (NTL) nimmt an, dass das Gehirn durch Erfahrung ein „shaping“ erfährt, dies aber durch das Nadelöhr der Körperschemata muss. Die so geläufige Metapher der „Prägung“ wird ausrangiert, weil sie die zu prägende menschliche Münze als viel zu passiv vorstellt. Tatsächlich handelt es sich um bottom-up- und top-down-Prozesse.

Damit ist gemeint, dass man sich die Entstehung einer emotionalen Reaktion nicht einfach als „input“ eines sensorischen Impulses vorstellen kann, der unmittelbar zu Empfängersensoren des Gehirns weitergeleitet würde. Vielmehr greifen Prozesse der Neubewertung eines Erlebnisses aus den „höheren“, v. a. kortikalen Hirnregionen ebenso in die Weiterleitung eines Impulses ein wie von „unten“ her Impulse, v. a. aus dem dopaminergen Belohnungssystem und den serotonergen Stimmungsregulierungen. Diese „Eingriffe“ lassen sich etwas genauer skizzieren.

Die Wahrnehmung einer anderen Person geschieht schon beim Säugling v. a. durch Blick in deren Augen und auf deren Gesicht. Dem lassen sich bestimmte Hirnregionen zuordnen, hier v. a. die Amygdala.

11. Die Macht der Metaphern

Auf diese Weise wird allmählich eine allozentrische Repräsentation des fremden Körpers am eigenen und des eigenen am fremden Körper (Area extrastriata) repräsentiert, eigene und fremde Körperbewegungen werden detaillierter analysiert (oberer temporaler Sulcus), es kommt zu einer Simulation (Gallese, Goldman 1998, Goldman 2006) des Anderen, der als „Wie-Ich“ erfahren wird.

Diese höherstufigen Prozesse werden schließlich mehr und mehr kortikal repräsentiert (unterer parietaler Cortex und unterer frontaler Cortex), die Ausbildung der Fähigkeit zu eigenen intentionalen Akten findet im mittleren präfrontalen Cortex statt ebenso wie die Ausbildung der Fähigkeiten einer „Theory-of-mind“ im Alter zwischen drei und vier Jahren. Das ist (Kandel 2014) eine recht schematische Entwicklungslinie, aber sie passt recht gut zu anderen Befunden (Ulmen, Wirth 2014), wonach offensichtlich kleine Kinder schon im Alter von einem Jahr deutlich erkennen lassen, dass sie alterozentrisch und nicht nur egozentrisch Bedürfnisse von anderen erkennen, nicht-egozentrische Hinweise auf versteckte Gegenstände, die der andere sucht, geben können – aber entsprechende Tests der Theory-of-mind nicht bestehen würden. Die zeitliche Datierung sozialer Fähigkeiten muss weit vorverlagert werden in vorsprachliche Entwicklungen des ersten Lebensjahres. Dies ist als „Paradox“ der Theory-of-mind-Forschung (Astington 2006) bezeichnet worden.

Hier kann sich die neuronale Metapherntheorie einhängen. Menschliche Erfahrungen lassen sich noch im vorsprachlichen Bereich durch die Entdeckung der Spiegelneuronen und durch die sog. Simulations-Semantik erklären: Wir ahmen gleichsam alles nach, was wir erfahren, wir assimilieren selbst bei äußerer Unbeweglichkeit. Dabei entsteht eine neurale Choreographie, die dem Satz folgt, dass „neurons that fire together wire together“. Verschiedene Typen neuronaler Kreisläufe entstehen dabei, es bilden sich höhere Level der Informationsverarbeitung und die Ausbildung von konzeptuellen Metaphern wird als Teil des kognitiven Unbewussten angesehen.

Lakoff schließt dabei keineswegs die soziale und kulturelle Erfahrung aus, wie ihm manchmal zu Unrecht vorgehalten wurde:

The preponderance of our system of primary metaphors is acquired in childhood, and childhood experience has an important influence on the system of our primary metaphors that we learn. (Lakoff 2008: 28)

Dies bedeutet auch, dass die „top-down“-Steuerung nicht nur auf das Verhältnis von Cortex und evolutionär frühen Schichten des Gehirns bezogen werden muss, sondern dass die soziale Mitwelt eine weitere ganz wesentliche „top-down“-Steuerung vornimmt. Darin liegt die Chance der therapeutischen Beeinflussung menschlichen Erlebens, ohne sie könnte keine kommunikative Kompetenz entstehen.

Eine moderne Metapherntheorie könnte nicht auf eine solche doppelte, soziale und neuronale Grundlegung verzichten. Lakoff bietet eine solche Basierung an, ohne seine Interessen an kulturellen und sozialen Zusammenhängen aufzugeben. Dagegen sprechen schon seine politischen Engagements (Lakoff 2008).

Ich möchte hier nachfolgend nun Fragen nachgehen, die an den Anfang dieses Textes zurückführen: Wie lässt sich diese Auffassung von den Metaphern in der Praxis der Gesprächsführung nutzen? Kann man einfach einem Patienten mitteilen, dass er doch, bitte sehr, eine andere Metapher nutzen solle? Wie lässt sich eine neue metaphorische Reformulierung implementieren?

11.4 Die Implementierung einer alternativen Metapher

Wir haben die Macht der Metapher kennen gelernt, sie kann eine sozio-emotionale Agenda transformieren. Sie kann als kulturell implementierte Konzeptuelle Metapher (z. B. ZEIT IST GELD) Selbstverständnis und Verständigung großer menschlicher Gruppen kohärent steuern. Ihr Operationsmodus ist das „matching“, die *metaphorische Projektion* eines Bildes sinnlich-körperlicher Erfahrung in einen abstrakteren Bereich. Dieser Operationsmodus erklärt, warum auch vollständig neue Metaphern von anderen Menschen sofort verstanden werden können. Die Metapherntheorie konnte hier mächtige Anstöße zur Entwicklung des *Embodiment*-Konzepts in den *cognitive sciences* geben (Buchholz 2014). Wenn es gelänge, die Bildung von Metaphern

- bei der Wiedergabe von Gesprächen
- für das eigene Selbst („Ich bin ein Stehaufmännchen“)
- bei der Konzeptualisierung von Erfahrungen
- in der Strukturierung von Narrativen
- in der Darstellung anderer Personen

therapeutisch zu reorganisieren, müssten sich für die Therapeutik erhebliche Möglichkeiten, hilfreich zu behandeln, ergeben. Die psychotherapeutische Forschung hat sich dem durchaus mit Aufmerksamkeit zugewandt (Angus, Rennie 1988, Angus 1996, Buchholz 1995, Cameron, Maslen 2010, Fischer 2005, Gelo, Mergenthaler 2012, Stigler, Pokorny 2001).

11.4.1 Erster antagonistischer Austausch

Ich möchte hier Abschnitte aus einer intensiv untersuchten Kurzzeittherapie präsentieren, an denen sich der Umbau einer das zwanghafte Symptom eines Patienten steuernden Metapher beispielhaft analysieren lässt. Es handelt sich um den in der „Ulmer Textbank“ dokumentierten Fall des „Studenten“, der in meiner Arbeitsgruppe an der Berliner „International Psychoanalytic University“ (IPU) nachtranskribiert worden ist¹. Wir wollten auf die Feinheiten des kommunikativen Austauschs nicht verzichten, Pausen und wechselseitige Unterbrechungen, Beantwortung oder Nicht-Beantwortung von Fragen etc. machen zu viel für die Atmosphäre einer Sitzung aus, als dass man diese Dimensionen ignorieren könnte. Wir können hier verfolgen, wie der Umbau einer Metapher innerhalb und durch solche Konversation gelingt.

Die Begegnung zwischen dem Studenten und seinem Therapeuten beginnt in der Audio-Aufzeichnung so:

B 11.4 „Haben Sie den Bogen gekriegt?“

01	?	Geräusche unverständliche Worte, Türen werden auf/zu gemacht, Schritte (insgesamt ca.20sec)
02	?	((Klack))
03	T	so (.) ((Klingelgeräusch)) wenn Sie hier platznehmen möchten, (2)
04	?	hhh (9) ((Schritte, Scharngeräusch wie vom Stuhl))
05	T	s!O!; hhh ((Schmatzgeräusch)) (2.2) ich <u>weiß</u> :
06	P	=hm=
07	T	>über Si:e< nicht viel=Einzelheiten (.) ja (1)
08	P	=hm=
09	T	Mentz hat kurz: >über Sie gesprochen< = und gesagt dass Sie ein .hh Behandlungsplatz suchen,

¹ Dank an die International Psychoanalytic Association, die diese Nachtranskription mit einem Grant finanziert hat.

10	P	hm
11	T	h (1.3) u:nd vielleicht (2) >sprechen wir darüber<? [was Sie (1)
12	P	[hm
13	T	hierher führt? (..)
14	P	Ja: i=mein haben Sie de:n Bogn gekriegt? den i ausgefüllt hab? (1.4) I hab da son Bogn ausgefüllt grad <u>was</u> eben meine Probleme sin [haben Sie nich
15	T	[>>Sind Zwangs:<< (.) irgendwelche [Zwangs:=

In Zeile 3 und Zeile 5 äußert der Therapeut sein markantes „So!“. Das ist ein besonderes kommunikatives Objekt, das von Konversationsanalytikern besondere Aufmerksamkeit (Barske, Golato 2010) wegen seiner multiplen Effekte erhalten hat. Hier² interessiert v. a. der kontrastive Effekt; ein „Vorher“ (das Eintreten in den Raum) wird von einem „Nachher“ abgegrenzt. Die Vorphase der Begegnung wird von der nun beginnenden „Arbeitsphase“ mit einer kleinen Partikel unterschieden.

Der Therapeut äußert dann, was er über den Patienten weiß, nämlich „nicht viel“ und macht, mit fragender Intonation und versehen mit einem modulierenden „vielleicht“ einen Vorschlag. Dem folgt der Patient jedoch keineswegs „brav“, sondern er stellt seinerseits eine Frage. Mit konditioneller Relevanz muss der Therapeut nun die Reaktion auf seine eigene Aufforderung gleichsam verschieben und die Frage des Patienten beantworten. Die Kooperation zwischen beiden beginnt also etwas antagonistisch. Dieser Antagonismus setzt sich im Folgenden fort:

B 11.5 „und kontrolliere auch, ob i auch nichts vergessen hab“

15	T	[>>Sind Zwangs:<< (.) irgendwelche [Zwangs:=
16	P	[(Ja so)] =verhalten also so Kontrollzwang (..) und wenn i ja so (.) zum Beispiel (.) aus der Haustür rausgeh (.) >dann net< aber wenn ich reingeh [dann guck i nach
17	T	[hm:
18	P	hinten=
19	T	=ja
20	P	und kontrolliere ob i auch nichts vergesse hab oder so
21	T	wenn sie reingehen in die Haustü[re
22	P	[Ja wenn ich rausgeh net=
23	T	=dann: kontrolliern Sie was; (1.2)

² An anderer Stelle ist die Rolle der *deontischen Autorität*, die der Therapeut hier ausübt, weit umfangreicher analysiert worden (Buchholz 2014).

11. Die Macht der Metaphern

24	P	ja was, also .hh
25	T	und wohin gucken Sie da? Wenn Sie?
26	P	Aufn Bode, (.) in der Regel
27	T	von Draußen also draußen gucken [Sie?
28	P	nee von dri >>also i geh scho in die Tür hinei oder so [oder
29	T	[hm
30	P	vor der Tür eben
31	T	hm
32	P	dis wär jetz a <u>ganz</u> konkrete Sache
33	T	↑hm hm

Als dieser Abschnitt auf dem zweiten Berliner Arbeitstreffen für qualitative Forschung im Mai 2013 an der IPU vorgestellt wurde, war sich die Hälfte der Teilnehmer sicher, der Patient übe seinen Zwang beim Eintreten ins Haus, die andere Hälfte meinte, beim Herauskommen aus. Offenbar hat auch der Therapeut Mühe, das zu verstehen, er nutzt „ancillary questions“ (Heritage 2011, Heritage, Lindström 2012), hilfsweise Nachfragen, um sich ein angemessenes *Bild* von dem Geschehen in der eigenen nachvollziehenden Imagination aufbauen zu können – doch dieser Versuch scheitert und er gibt an dieser Stelle den Versuch auf. Warum scheitert dieser Versuch?

Pausen können semantische Bedeutung haben. Man stelle sich nur den Satz eines Lehrers gegenüber seinem Schüler „Das kannst Du doch, nicht“ einmal ohne das Komma vor, das in der Schriftsprache hier die lautliche Pause wiedergibt.

Der Patient macht in Zeile 16 vor dem „dann net“ eine solche Mikro-pause mit der Folge, dass unentscheidbar wird, ob das „net“ ein schwäbisches „tag“ an einem Satzende ist (wie das schweizerische „oder?“, das hessische „gell“, das weitverbreitete „ne?“ oder das englische „isn’t it?“, vgl. Jefferson 2012), oder aber ob eine Verneinung gemeint ist; er verteilt seine Pausen gleichsam a-rhythmisch. Diese Irritation wird in Zeile 21-22 wiederholt. Das „Ja wenn ich rausgeh net“ kann wieder so gehört werden, dass das „net“ eine Verneinung ist; dann jedoch gibt es eine Irritation mit dem einleitenden „Ja“, das dann als „confirmation token“ aufzufassen wäre. Oder aber das „net“ ist ein Zustimmung elizitierendes „tag“, und der vorhergehenden Äußerung des Therapeuten wird zugestimmt. Diese Unklarheit wiederholt sich noch einmal in Zeile 27-28. Auch dem Therapeuten bleibt hier unklar, wie die Partikel „Ja“ und „net“ zu hören sind; seine Nachfrageversuche lassen diese Irritation deutlich erkennen.

Wir sehen, eine empathische Grundfunktion des Therapeuten wird wirksam geblendet, nämlich die Notwendigkeit, sich vorstellen zu können, was der Patient darstellt. Und wenn Therapeuten erfahren sind, wissen sie, wie sehr es auf Details, den genauen Nachvollzug des Erlebens des Patienten ankommt. Der Affekt hängt an den Details.

Wir halten hier fest, dass der Patient das Verb kontrollieren, der Therapeut hingegen bereits die Reformulierung gucken benutzt, die aber vom Patienten noch nicht adaptiert wird. Beide befinden sich noch in verschiedenen imaginativen Agenden; der Patient formuliert seinen Kontrollzwang, der Therapeut formuliert eine re-normalisierende Aktivität - Gucken wäre ja nichts Anstößiges.

11.4.2 Kooperativer Aufbau einer imaginativen Agenda

Wie gelingt es, dass am Ende des Interviews – und dann im Laufe der Behandlung immer wieder – der Patient seinerseits die Reformulierung des Therapeuten übernimmt? Der Umbau der leitenden Verb-Metapher erfordert den Aufbau einer gemeinsam für relevant gesetzten Agenda so, dass beide Beteiligte sich darauf als gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus beziehen können.

Hier kann nicht das Material der gesamten Therapie präsentiert werden, das ist an anderer Stelle (Buchholz 2014) geschehen. Man kann die folgenden Beobachtungen nennen:

Der Therapeut zieht sich zurück, er wirft dem Patienten nicht etwa unklare Ausdrucksformen vor. Dieser Rückzug ist begleitet von einer musikalischen Struktur (Buchholz 2014): er äußert immer wieder kleine, zweigipflige getaktete prosodische Zuhörersignale („go ahead token“, „continuer“), wenn der Patient kleine Redepausen macht. Fast regelmäßig wird dieser Rhythmus unterbrochen von einem aktiven Frageimpuls. Nachdem die Frage formuliert ist, hört man vom Therapeuten die genannten kleinen Äußerungen. Man meint, der Therapeut spreche gleichsam in einem Vier-Viertel-Takt mit Betonung auf der Eins, der Frage, die wie ein betonter Akzent in das Gespräch kommt. Dieser Rhythmus, der mit Gewissheit der Aufmerksamkeit beider Beteiligten entgangen ist, sorgt unbewusst mit für den Eintritt in die gemeinsame imaginative Agenda. Neurowissenschaftlich könnte man hier vermuten, dass dieser Vorgang mit Spiegelneuronen zu tun hat und mit anderen beschriebenen neuronalen Prozessen. Immerhin sind neuronale Syn-

11. Die Macht der Metaphern

chronisierungen zwischen Personen schon lange beobachtet worden (Hofer 1984). Dazu liegen hier allerdings keine Analysen vor.

Die konversationellen Alignments vermitteln dem Patienten das Gefühl, das die Sprecher-Hörer-Linie nicht unterbrochen wird, ihm also zugehört wird und so wächst auch seine Affiliation mit dem Therapeuten, die emotional positiv getönte Verbindung mit dem Therapeuten.

Die Position, von der aus der Therapeut spricht, wird man als metakomplementär bezeichnen müssen: Er rangelt mit dem Patienten nicht um die Initiative, das Gespräch zu »führen«; vielmehr ist er es, der dem Patienten erlaubt, es zu führen. Dementsprechend meint der Patient auch an einer Stelle (die ich hier nicht zeige), dass er ja so viel rede und der Therapeut „nur“ zuhöre.

Auf der manifesten Ebene ist der Therapeut »unten« und übt geradezu wenig führende Autorität aus, auf einer anderen, weit weniger gut sichtbaren, dafür umso wirksameren Ebene ist seine Aktivität die, es dem Patienten zu erlauben, führend zu sein.

Eine weitere Aktivität ist das Empowerment. Immer wieder ermutigt der Therapeut den Patienten, nicht gefällig sich zu äußern oder in der bloß übernommenen Fachsprache seines Gegenübers, sondern seine eigenen Auffassungen zum Ausdruck zu bringen.

B 11.6 „es stört mich, ja ja“

- 60 P ((Schmatz-/Klackgeräusch wie leichtes Schnalzen mit der Zungenspitze)) Also i mach das auch wenn i jetzt zum Beispiel in der Badehose bin ja; (-) und des hat mir jetzt dermaßen ((Geräusch)) (1.8) in letzter Zeit gestö:rt gö? (-)(na) ma könnte scho damit le:be es isch ja net so (.) auffällig (1.1)
- 61 T .h !JA AL[SO!
- 62 P [es stört einfach=
- 63 T Ja:, [es stört Sie so
- 64 P [es stört mich ja ja
- 65 T es stört Si::e und zunehmend störts Sies=
- 66 P zunehmend. Und dis hat sich auch verstärkt=es hat erscht pha:sisch an[gefangen=
- 67 T [(hm)

Der Patient spricht hier weiter davon, dass er seine Zwangshandlungen ausübt, sie sogar mache, wenn er in der Badehose sei. Dann stuft er die Relevanz herauf, es habe ihn „dermaßen (.8) in letzter Zeit gestört“ – und in der Pause von 1.8 Sekunden scheint er auf eine andere Redeplanung umzuschwenken, die er dann in Zeile 60 formuliert: dass man „scho damit le:be“ könne, weil es ja nicht so auffällig sei. Man muss hier nur fragen: „auffällig für wen?“ und merkt, wie sehr er hier gedanklich die Position des Anderen überbesetzt hält. Hier greift der Therapeut ein und betont in Zeile 65: „es stört Si::e und zunehmend stört’s Sies=“ und mit einem schnellen Redeanschluss (dargestellt durch das Gleichheitszeichen =) kann der Patient dem zustimmen („zunehmend“, Zeile 66). Die Relevanzstufung ist nun von beiden synchronisiert. Der Therapeut zieht sich in die Äußerung prosodischer Zuhörersignale zurück.

Als der Patient ein ihn buchstäblich einengendes Kindheitserlebnis berichtet hatte, schließt sich der folgende Austausch an:

B 11.7 „Freiheit genommen“

- 114 P und i glaub, dass das scho mit dem (..) zusammen hängt; vielleicht dass das bloß der Auslöser war? .hhhh das die hhhh dieses Verhalten scho tiefer? (1) also von der Kindheit her kommt (-) und dis kann i halt selber net rausfinde (lasse). (-)
- 115 T Na die ham ihn ja auch etwas genommen könnt ich jetzt sa:gen die ham Ihnen ja irgendwie en Stück (-)
- 116 P [Freiheit genomme
- 117 T [Selbstgefühl? Freiheit? (.)
- 118 P aber das sich das so auswirkt=
- 119 T Sicherheit? (.)
- 120 P Sicher[heit ja
- 121 T [genommen (1.5) son Stück (..) Selbstsicherheit? genommen? (3.1)

Wir sehen hier in aller Deutlichkeit, wie passgenau die Synchronisation der Sprecherrhythmen und des Empowerments ihren Beitrag zum Aufbau der gemeinsamen imaginativen Agenda beitragen. In Zeile 116 ergänzt der Patient den kurz unterbrochenen Satz des Therapeuten, fügt das fehlende Wort ein und das wiederum wird gefolgt von einer weiteren Komplettierung durch den Therapeuten, der „Freiheit“ durch „Selbstgefühl“ und „Sicherheit“ *komplettiert*, die dem Patienten durch das Erlebnis genommen worden sei.

11. Die Macht der Metaphern

Man muss das kleine Wunder, das hier geschieht, durchaus hervorheben. Wir sind nämlich etwa in der 8. Minute des Gesprächs – Sprecher, die sich sonst kennen, lassen einander ausreden und wechselseitiges ins Wort fallen wird als „trouble“ behandelt und von „Reparaturaktivitäten“ gefolgt. Das gerade ist hier nicht der Fall, die beiden sprechen, als wären sie schon länger vertraut miteinander.

Das manifeste Thema des „Eingeengt-Seins“ wird nun an mehreren Beispielen angereichert – etwa dass dem Patienten das abendliche Kochen mehr Freude als das Lernen bereitet, weil er da nicht so durch Paragraphen „eingeengt“ sei. Schließlich kommt es zu einer Verknüpfung dieses thematischen Objekts der Einengung mit einer aktuellen Handlung, als der Patient seine Jacke auszieht:

B 11.8 „dass Sie darauf achten, ob Sie sich eingeengt fühlen“

209 T o::b das:: das wichtig wäre dass Sie darauf achten, ob Sie sich eingeengt fühlen
210 P .hh des hab i viel zu lang (.) verna:chlässigt
211 T ja? (1.6) und was sie da !TUN! könnten. Jetzt konnten Sie die Jacke auszieh.n.=
212 P =hm (-)
213 T So::ff (2.5)
214 P hm (.)
215 T mussten nicht mal, ↑fra:gen?=-

Auch diese kleine Sequenz geht mit einem *Empowerment* durch den Therapeuten einher, der es begrüßt, dass der Patient nicht einmal hat fragen müssen, ob er sich die Jacke ausziehen dürfe. Am Ende kommt das Gespräch auf die anfänglich beschriebene Zwangs-Symptomatik zurück:

B 11.9 „Suche kann ma schon sage“

848 T da ham Sie keine Ahnung, was dieses Gucken bedeuten [könnte
849 P [ne::?Hh (4,8)
850 T Des >müssn=wa raus finden;< (--) was Sie da eigentlich gucken, (2.5) wozu Sie da gucken (.)
851 P >Also< (.) ich hab mir schon imma überlegt bin ich so materialistisch orientiert dass ich anscht ham dass ich was (.) li::egen

		lass was vergess, aber das glaub i net; weil ich das ja im Schlafanzug mache oder in der Badehos, (-) des isch was anders (?we-?) (1.7)
852	T	↑hm
853	P	esch=isch steht in keiner Re- Relation mehr mit dem was i über- (.) überwache? kontrolliere? (.) könnte? Und wollte? (.) [äh wie also so stark wie sich des äußert, gä?= 854 T : [hm; =hm (1.2) .hh ja:? Also das wird uns dann beschäftigen was Sie da gucken; (-) was Sie da suchen, (.) suchen (2.1)
855	P	suchen kann ma schon sage ja, (---) Ich glaube nicht nur kontrollieret sondern schon suchend,= 856 T So klingt's für mich,

Hier nun ist die reformulierende neue Metapher *suchen* an die Stelle von *kontrollieren* getreten und wird vom Patienten (Zeile 855) deutlich angenommen. Die Agenda-transformierende Wirkung ist, dass ein *Kontrollieren* als Zwang bekämpft werden müsste, jedenfalls glauben das Zwangskranke, die vieles durch Bekämpfen bekämpfen, selbst das Bekämpfen. *Suchen* hingegen ist eine Aktivität, die nicht normativ kritisiert werden muss – und sie hat einen Sinn erhalten, den das *Kontrollieren* gleichsam per definitionem nicht haben könnte; es wird ja gerade wegen dessen Sinnlosigkeit die Behandlung gesucht. Hier ist geschickt die Basis für weitere therapeutische Schritte, nämlich eine gemeinsame imaginative Agenda, kooperativ geschaffen worden.

11.5 Abschluss und weiterführende Hinweise

Die moderne Theorie der Metapher, wie sie hier skizzenhaft wiedergegeben wurde, eignet sich gut für die Untersuchung von therapeutischen Dialogen. Sie kann integral mit den Befunden der *Konversationsanalyse* verbunden werden. Therapeutische Umwandlungen lassen sich an Reformulierungen gut erkennen; ob sie angenommen werden, ist von anderen Faktoren abhängig, die sich mit konversationsanalytischen Mitteln gut beschreiben lassen. Neben *Reformulierungen* wurden hier *Alignments*, *Affiliationen* und das *Empowerment* sowie die Einnahme einer *meta-komplementären Position* durch den Therapeuten beschrieben. Diese Aktivitäten dienen dem Aufbau einer gemeinsam geteilten imagi-

11. Die Macht der Metaphern

nativen Agenda, die die Basis für die Suche nach den richtigen Verben, den geeigneten Metaphern darstellt.

Als weiterführende Literatur sei auf den „Klassiker“ von Lakoff und Johnson (dt. 1998: „Leben in Metaphern“) verwiesen sowie auf die Metaphernanalyse von Buchholz zum psychotherapeutischen Prozess (1996/2003: „Metaphern der Kur“). Im weiteren Verlauf des Lehrbuchs werden immer wieder empirische Beispiele für den Gebrauch von Metaphern bei der Bedeutungsaushandlung angeführt, die besonders der narrativen Selbstausslegung in Lebenserzählungen von Patienten (§ 19-21) dienen.

12 Nonverbale Interaktion

Hedda Lausberg

12.1	Spezifika nonverbalen Verhaltens und nonverbaler Interaktion	585
12.1.1	Nonverbale Interaktion als unbewusste Ebene des Arzt-Patient-Gesprächs	
12.1.2	Universelle, individuelle und kulturelle Faktoren nonverbalen Verhaltens	
12.1.3	Nonverbales Verhalten als Reflexion emotionaler, kognitiver und interaktiver Prozesse	
12.2	Teilbereiche der nonverbalen Interaktion	594
12.2.1	Handbewegungsverhalten	
12.2.2	Mimisches Verhalten	
12.2.3	Blickverhalten	
12.2.4	Ganzkörperliches Verhalten	
12.3	Lernziele für die nonverbale Interaktion im Arzt-Patient-Gespräch	606
12.4	Lernangebote zur nonverbalen Interaktion im Arzt-Patient-Gespräch	610
12.4.1	Selbst- und Fremdwahrnehmung des nonverbalen Verhaltens	
12.4.2	Nonverbale Expression	
12.5	Selbst- und Fremdevaluation	615
12.5.1	Selbstevaluation und Selbstsupervision	
12.5.2	Fremdevaluation und Forschung	

The task of becoming spontaneously involved in something when it is a duty to oneself or others to do so, is a ticklish thing, (...) The individual's actions must happen to satisfy his involvement obligations, but in a certain sense he cannot act in order to satisfy these obligations, for such an effort would require him to shift his attention from the topic of conversation to the problem of being spontaneously involved in it.

Goffman 1972: 155

Abstract: Die nonverbale Interaktion¹ (lat. *non* nicht; *verbum* Wort; *inter* zwischen; *actio* Ausführung, Handlung, Vortrag(sweise), Gestik, Darstellung) umfasst den Bereich der menschlichen Interaktion, der nicht verbal ist. In diesem Kapitel werden zunächst die Besonderheiten der nonverbalen Interaktion - im Vergleich zur verbalen Interaktion - dargelegt. Nach Darstellung dieser allgemeinen Prinzipien wird auf ausgewählte Teilbereiche der nonverbalen Interaktion eingegangen, die für die Arzt-Patient-Interaktion von besonderer Bedeutung sind. Auf diesen theoretischen und empirischen Grundlagen basieren die danach dargestellten Lernziele für die nonverbale Interaktion im Arzt-Patient-Gespräch, zu denen auch praktische Übungen angeboten werden. Zum Schluss wird die Rolle der Analyse der nonverbalen Interaktion in Selbst- und Fremdevaluation erläutert.

12.1 Spezifika nonverbalen Verhaltens und nonverbaler Interaktion

Im Folgenden werden Besonderheiten der nonverbalen Interaktion – in Abgrenzung zur verbalen Interaktion - dargestellt, die für die ärztliche Gesprächsführung von besonderer Bedeutung sind.

12.1.1 Nonverbale Interaktion als unbewusste Ebene des Arzt-Patient-Gesprächs

In jeder zwischenmenschlichen Interaktion ist nonverbales Verhalten der Interaktionspartner in Form von Gestik, Mimik, Körperorientierung usw. zu beobachten. Jedoch auch wenn Menschen allein sind, zeigen

¹ Der Begriff "nonverbal" birgt den Nachteil, dass er den Gegenstand per Ausschluss (des Verbalen) definiert. Mangels allgemein akzeptierter alternativer Begriffe wird er jedoch in diesem Buchkapitel verwendet. Der Begriff "nonverbale Kommunikation" (lat. *communicatio* Mitteilung, Redefigur mit der sich der Redner an die Zuhörer wendet und sie gleichsam mit *zurate* zieht) suggeriert einen bewussten Austausch von Information. Tatsächlich findet der nonverbale Austausch jedoch überwiegend unbewusst statt, so dass der diesbezüglich neutralere Begriff "nonverbale Interaktion" in diesem Buchkapitel verwandt wird.

sie nonverbales Verhalten, z. B. Selbstberührungen beim Nachdenken oder Gesten bei Selbstgesprächen.

Unabhängig davon, ob das nonverbale Verhalten in Gegenwart oder Abwesenheit anderer gezeigt wird, findet es überwiegend unbewusst statt. Selbstberührungen, Gesten oder Veränderungen der Körperorientierung werden typischerweise ausgeführt, ohne dass sich die Person dessen bewusst ist. Es ist zwar möglich, dass der Agierende sich seines Verhaltens während oder unmittelbar nach der Ausführung bewusst wird, die Initiierung erfolgt jedoch in der Regel unbewusst. Ein intendiertes Lächeln oder ein absichtliches Spiegeln der Haltung des Interaktionspartners (als Beispiele für bewusste Initiierungen) sind in der alltäglichen zwischenmenschlichen Interaktion eher die Ausnahme. Ein derartiges Verhalten kann vom Interaktionspartner zudem als manipulativ erlebt werden, da der Agierende in diesem Fall in Interaktionsprozesse eingreift, die normalerweise unbewusst ablaufen.

Nur wenige Formen des nonverbalen Verhaltens werden generell bewusst ausgeführt. Dies gilt in erster Linie für kulturell definierte nonverbale Konventionen, wie zum Beispiel Grußrituale (in unserem Kulturkreis: Händeschütteln) oder emblematische Gesten. Bei Emblemen handelt es sich um innerhalb einer Kultur formal und semantisch eindeutig definierte Handzeichen, die sprachersetzend eingesetzt werden können, z. B. das Peace-Zeichen.

Nonverbales Verhalten und entsprechend auch die nonverbale Interaktion verlaufen daher für die Gesprächs- bzw. Interaktionspartner weitergehend unbewusst. Das unbewusste nonverbale Aufeinanderbezogensein lässt sich auf temporaler, formaler und semantischer Ebene nachweisen. Interaktionspartner zeigen nicht nur eine zeitliche Abstimmung ihrer verbalen Äußerungen („turn-taking“, Sacks et al. 1974), sondern auch ihrer nonverbalen Verhaltensweisen (Lausberg 2011). Die Körperbewegungen der Interaktionspartner sind zeitlich aufeinander abgestimmt, unabhängig davon, ob sie zusammen mit verbalen Äußerungen auftreten, wie die meisten Gesten, oder nicht, wie Selbstberührungen. Besonders augenfällig sind synchrone Bewegungen von Interaktionspartnern (Condon, Ogston 1966, Bebee et al. 1982). Für Lehrer-Schüler Dyaden konnte nachgewiesen werden, dass temporale Abstimmung (einschließlich Synchronizität) mit besserer Beziehungsqualität einherging (Bernieri 1988). Störungen der unbewussten temporalen Abstimmung wurden hingegen bei psychischen Erkrankungen (Condon, Brosin 1969) und bei gestörter Mutter-Kind-Interaktion (Kestenberg, Sossin 1979) nachgewiesen.

12. Nonverbale Interaktion

Die unbewusste Abstimmung der Interaktionspartner betrifft nicht nur temporale, sondern auch formale Aspekte des nonverbalen Verhaltens. Empirisch ist dies besonders gut für die Spiegelung von Körperstellungen und -orientierungen zwischen Interaktionspartnern belegt (siehe 12.2.4). Die Fähigkeit zur Übernahme des nonverbalen Ausdrucks des Interaktionspartners ist in der menschlichen Entwicklung früh angelegt: Bereits im Alter von 2-3 Wochen können Säuglinge mimische Ausdrücke des Interaktionspartners spiegeln (Metzloff, Moore 1977).

Bei sprachbegleitenden Gesten betrifft das unbewusste Aufeinanderbezogensein der Gesprächspartner sogar die semantische Ebene, d. h. die Partner nehmen gegenseitig auf den Bedeutungsgehalt ihrer Gesten Bezug. In der Regel führt dabei weder der Sprecher die Geste bewusst aus, noch nimmt der Zuhörer die Geste bewusst wahr. Obwohl die Gesten des Partners unbewusst verarbeitet werden, tragen die gestisch vermittelten Inhalte dennoch nachweislich zur Verbesserung des Verständnisses und der Erinnerung an die kommunizierten Inhalte bei (Cohen, Otterbein 1992, Feyereisen 1999). Entsprechend lernen auch Schüler besser, wenn die Lehrer ihre Erklärungen gestisch begleiten (Singer, Goldin-Meadow 2005, Cook, Goldin-Meadow 2006). Die unbewusste Verarbeitung der gestischen Inhalte lässt sich elektroenzephalographisch nachweisen: Wenn Inhalte von Gesten und Worten sich widersprechen, zeigt sich anhand ereigniskorrelierter Potentiale, dass das Gehirn die Inkongruenz sofort detektiert (Kelly et al. 2004).

Gesprächspartner verarbeiten nicht nur die Bedeutungsinhalte ihrer Gesten, sondern sie können auch Gestenformen voneinander übernehmen und diese formal und semantisch weiterentwickeln (Fallbeispiel B 12.1).

B 12.1 Fallbeispiel 1: Patientin J.²

Eine Schülerin stellt sich ihrem Hausarzt mit einem Kloßgefühl im Hals vor (hier: somatoforme Störung). Während sie dem Arzt ihre Beschwerden schildert, zeigt sie auf den Hals und berührt ihn dabei (*body-deictic* Geste).³



Diese Zeigegeste reflektiert ihr Symptomverständnis, dass etwas mit dem Hals nicht in Ordnung sei. Der Arzt greift die Geste auf und führt sie im Verlauf des Gesprächs immer wieder aus, wenn er sich auf das Symptom bezieht. Dabei modifiziert er allmählich die Geste: Er löst die Berührung zum Hals und formt die Hand so, als ob sie etwas Imaginäres halten würde (*form presentation* Geste). Mit dieser Geste vermittelt der Arzt der Patientin bildlich sein Symptomkonzept: Er sieht das Kloßgefühl im Hals nicht als Manifestation einer konkreten, strukturellen Störung im Hals, sondern als Ausdruck eines abstrakten Problems (hier: die Schulangst der Patientin). Im Laufe des Gesprächs versteht die Patientin das Symp-

² Bei allen aufgeführten Fallbeispielen wurde methodisch wie folgt vorgegangen: Mit Einverständnis von Patient und Arzt wurde das Gespräch auf Video aufgezeichnet. Das videoaufgezeichnete nonverbale Verhalten von Arzt und Patient wurde ohne Ton von zwei unabhängigen zertifizierten Ratern mit dem NEUROGES-ELAN System (Lausberg, Sloetjes, 2009, rev. 2015) analysiert. In einem zweiten Analyseschritt wurde das nonverbale Verhalten in Relation zu den verbalen Aussagen gesetzt.

³ Bei *kursiv* gedruckten Begriffen handelt es sich um operationalisierte Bewegungsformen und Gestentypen des NEUROGES Systems (Lausberg, 2013).

12. Nonverbale Interaktion

tomkonzept des Arztes. Obwohl dem Arzt seine gestische Intervention selbst nicht bewusst war, kann aufgrund o. g. empirischer Befunde davon ausgegangen werden, dass die Intervention dahingehend effektiv war, dass sie der Patientin bildhaft, d. h. über die gestische Darstellung, ein neues Verständnis ihres Symptoms vermittelt hat (ausführliche Fall-darstellung in Lausberg 2011).

Wie fein Gesten, Blick und verbale Äußerungen von Patient und Arzt aufeinander abgestimmt sind, demonstrierte Heath eindrücklich in mikroanalytischen behavioralen Studien von Arzt-Patienten Gesprächen (1984). Goffman (1972, s. o. Zitat) thematisierte diesbezüglich das Dilemma zwischen der hohen Wichtigkeit einer guten nonverbalen Abstimmung für die Qualität der Interaktion und der Unmöglichkeit diese Dimension der Interaktion willentlich zu kontrollieren. Die willentliche Ausführung nonverbaler Verhaltensweisen erfordert nicht nur – wie Goffmann darlegt - Aufmerksamkeit, die dann nicht mehr dem verbalen Austausch zur Verfügung steht, sondern sie führt andererseits auch zu einer Veränderung des Verhaltens. Die bewusst initiierte Ausführung einer nonverbalen Verhaltensweise oder Aktion unterscheidet sich von deren unbewusst initiiertes Ausführung hinsichtlich kinematischer und neuropsychologischer Parameter. So unterscheidet sich das beiläufige Greifen eines Glases (z. B. um während eines Gespräches etwas zu trinken) von dem intendierten Greifen eines Glases (z. B. nach Aufforderung das Glas zu greifen) messbar in mehreren kinematischen Parametern (Bock, Hagemann 2010). Zahlreiche neuropsychologische Studien belegen zudem, dass willkürliche und unwillkürliche Bewegungen von unterschiedlichen Hirnregionen kontrolliert werden (Liepmann, Maas 1907, Buxbaum et al. 1995, Lausberg et al. 1999). Auch der psychologische Effekt auf den Ausführenden selbst ist unterschiedlich: nur spontane, unwillkürliche, jedoch nicht willkürliche Selbstberührungen des Gesichts führen bei Lärmexposition elektroenzephalographisch zu einer Veränderung der Theta-Aktivität, die im Sinne von Stressregulation interpretiert werden kann (Grunwald et al. 2014, vgl. auch § 12.2.1). Ferner ist davon auszugehen, dass auch der Interaktionspartner zwischen spontanem und absichtlichem nonverbalem Verhalten des Agierenden differenziert. Ein freudiges versus höfliches Lächeln⁴ wird vom

⁴ In diesem Experiment wurde die Bewusstheit des Lächelns jedoch nicht speziell geprüft.

Interaktionspartner regelhaft mit dem entsprechenden Lächeln, freudig versus höflich, beantwortet (Heerey, Kring 2007, siehe § 12.2.3).

Zusammenfassend erfolgt somit nonverbales Verhalten und entsprechend auch die nonverbale Interaktion primär unbewusst. Das unbewusste Aufeinanderbezogenheit der Interaktionspartner zeigt sich in ihrem nonverbalen Verhalten auf temporaler, formaler und semantischer Ebene. Da sich die bewusste Ausführung eines nonverbalen Verhaltens von der unbewussten Ausführung in mehreren Aspekten unterscheidet, kann die bewusste Veränderung eines nonverbalen Verhaltens das implizite, fein abgestimmte Wechselspiel zwischen den Partnern erheblich stören. Für die nonverbale Interaktion im Arzt-Patient-Gespräch bedeutet dies, dass absichtlich ausgeführte nonverbale Verhaltensweisen des Arztes auf den Patienten eher irritierend wirken können und daher einer reflektierten Anwendung bzw. eines nonverbalen Interaktionstrainings bedürfen.

12.1.2 Universelle, individuelle und kulturelle Faktoren nonverbalen Verhaltens

Das nonverbale Verhalten einer Person setzt sich aus universellen, individuellen und kulturellen Komponenten zusammen.

(i) **Universell:** Bestimmte nonverbale Ausdrucksmuster in Mimik, Gestik und Haltung sind angeboren. Sie sind universelle Reaktionen auf emotional bedeutsame Stimuli⁵ (Darwin 1872, Eibl-Eibesfeldt 1979). So zeigen z. B. konnatal blinde Sportler verschiedener Nationen, die nie nonverbale Expressionsmuster bei anderen Personen haben beobachten können, bei Stolz und Scham die gleichen Gesten und Körperstellungen wie sehende Sportler (Tracy, Matsumoto 2008). Auch kognitive Prozesse scheinen universell mit ähnlichen nonverbalen Verhaltensformen assoziiert zu sein. Spontane Handzeichen tauber Kinder verschiedener Kulturkreise zeigen strukturelle Ähnlichkeiten (Goldin-Meadow, Mylander 1998). Gleichmaßen sind auch nonverbale interaktive Verhaltensweisen bei grundlegenden Beziehungsqualitäten wie Zuneigung oder Do-

⁵ Für bestimmte mimische Ausdrucksmuster konnte dokumentiert werden, dass diese bei neurologischen Erkrankungen des Hirnstamms unwillkürlich, d. h. ohne subjektives emotionales Erleben, auftreten können ("pathologisches Weinen und Lachen", Poeck, Hacke 1998). Ferner können bei 2-3 Wochen alten Säuglingen mimische Ausdrücke durch Gesichtsausdrücke des Interaktionspartners elizitiert werden (Metzloff, Moore 1977).

12. Nonverbale Interaktion

minanz universell durch ähnliche Formen gekennzeichnet (Morris 1977).

(ii) Individuell: Im Laufe seiner Entwicklung verknüpft das Individuum die o. g. angeborenen Ausdrucksmuster mit individuell bedeutsamen Stimuli (vgl. Leventhal 1982; schematic emotional processing), z. B. das unwillkürliche Auftreten eines ängstlichen Gesichtsausdrucks bei Erblicken eines Hundes. Ferner entwickelt das Individuum auch eigene nonverbale Verhaltensweisen, die von der Form her einzigartig sein können, z. B. eine ganz besondere Art des Zurückstreichens der Haare. Auch primär praktische Handlungen, wie z. B. das Hochschieben einer verrutschten Brille, können in individuell spezifischer Weise mit mentalen Zuständen verknüpft werden, z. B. das Hochschieben der Brille bei Verlegenheit, d. h. auch wenn die Brille nicht verrutscht war (vgl. Darwin 1872, "The principle of serviceable associated habits"). Individuelle Verknüpfungen von bestimmten Verhaltensformen mit bestimmten mentalen Zuständen finden sich auch in zwischenmenschlichen Beziehungen. Wie Schefflens Analyse (1974) einer Psychotherapie eindrücklich zeigte, gilt dies auch für therapeutische Beziehungen: Einer bestimmten, in den Therapiesitzungen immer wiederkehrenden Sitzstellung der Patienten folgte stets eine bestimmte Geste ("the bowl") des Therapeuten. Dieses nonverbale Interaktionsmuster trat regelhaft in einem Kontext des Flirtens zwischen Patientin und Therapeut auf. Derartige Interaktionsmuster lassen sich bereits im Laufe des ersten Gesprächs zwischen Arzt und Patient nachweisen (Fallbeispiel B 12.2).

B 12.2 Fallbeispiel 1 (Fortsetzung): Patientin J.

O. g. Patientin führte regelhaft, während der Arzt sprach, repetitive Schaukelbewegungen mit dem Oberkörper aus. Diese unterbrach sie regelhaft, wenn sie selbst anfang zu sprechen.

(iii) Kulturell: Des Weiteren erlernt das Individuum im Laufe seiner Entwicklung bestimmte kulturspezifische, konventionalisierte nonverbale Verhaltensweisen. Dies gilt z. B. für die bereits o. g. emblematischen Gesten (§ 12.1.1), die innerhalb einer Kultur eine definierte Form und Bedeutung haben. Emblematische Gesten werden daher – ebenso wie Sprache – zumeist auch nur innerhalb einer (Sprach-)Kultur verstanden. Im Gegensatz zu unter (i) beschriebenen universellen mimischen Ausdrucksmustern, die mit „echtem“ emotionalem Erleben ein-

hergehen, variieren mimische Ausdrücke, die primär der sozialen Regulation dienen, zwischen den Kulturen (und innerhalb der Kulturen zwischen Geschlechtern, sozialem Status usw.). Eine Amerikanerin zeigt z. B. beim höflichen Lächeln eher die Zähne ("Cheese"), wohingegen eine traditionell erzogene Koreanerin, für die das Zeigen der Zähne unschicklich sein würde, mit geschlossenen Lippen lächelt. Entsprechend unterliegt auch die nonverbale Interaktion zwischen Individuen bestimmten, kulturell determinierten Regeln.

Zusammenfassend setzt sich das nonverbale Verhalten eines Individuums bzw. das nonverbal interaktive Verhalten zwischen Individuen aus universell, individuell und kulturell determinierten Verhaltensweisen zusammen. Da nur universelle und kulturelle Verhaltenskomponenten eine überindividuelle Form und Bedeutung haben, können auch nur diese Komponenten des Patientenverhaltens vom Arzt ad hoc interpretiert werden. Wenn Patient und Arzt unterschiedlichen Kulturen entstammen, ist es von Vorteil, wenn der Arzt die nonverbalen Ausdrucksregeln der Kultur des Patienten kennt. Die individuellen Verhaltenskomponenten des Patienten sollten keinesfalls (vor-)schnell gedeutet werden, sondern zunächst nur deskriptiv erfasst werden. Erst bei längerem oder wiederholtem Patientenkontakt kann der Arzt die Bedeutung einer individuellen nonverbalen Verhaltensweise durch die Analyse des Kontextes (emotional, sozial, thematisch usw.) erschließen.

12.1.3 Nonverbales Verhalten als Reflexion emotionaler, kognitiver und interaktiver Prozesse

Die nonverbale Interaktion bzw. Kommunikation wird traditionell in mehrere Teilbereiche unterteilt: Haltung, Gestik, Berührungsverhalten, Mimik, Blickverhalten, Stimme und Sprachmelodie, Proxemik (persönlicher Raum und Territorium) (vgl. Knapp, Hall 1992). Die Aufteilung in diese Teilbereiche wurde im Wesentlichen aus der Ausdruckspsychologie⁶ übernommen (vgl. Aspendorf, Wallbott 1982), in der Physiognomik, Mimik, Gestik, Haltung, Gang, Stimme und Handschrift als Parameter der Persönlichkeit untersucht wurden. Aus diesem Grunde liefern die meisten Teilbereiche der nonverbalen Interaktion sowohl Aufschluss

⁶ Die Untersuchung einiger dieser Parameter wie Gang, Haltung, Mimik oder Gestik als Ausdruck der Persönlichkeit lässt sich bis in die Antike zurückverfolgen.

12. Nonverbale Interaktion

über die Interaktion per se, z. B. über Offenheit oder Dominanz zwischen Personen, als auch über das Fühlen und Denken des einzelnen Individuums (Abbildung 12.1, durchgezogene Pfeile).

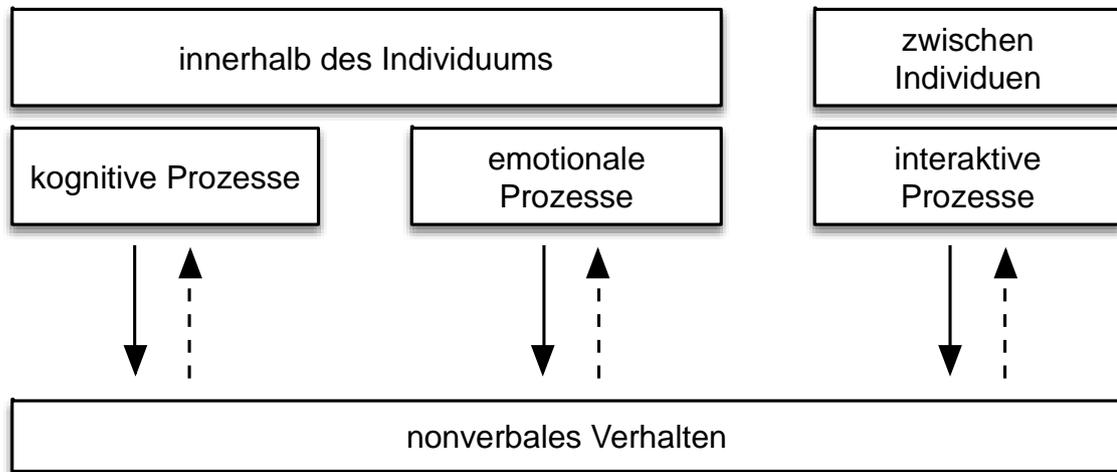


Abb. 12.1: Bi-direktionaler Einfluss von nonverbalem Verhalten und kognitiven, emotionalen und interaktiven Prozessen

In diesem Sinne wird auch im bio-psycho-sozialen Modell von v. Uexküll "Bewegungsverhalten als Symptom" betrachtet: „Symptome sind Zeichen, die über den Zustand lebender Systeme informieren. Der Gang, die Haltung und der Gesichtsausdruck eines Patienten informieren den Arzt über den Zustand, in dem sich der Patient befindet“ (1986: 26). Von besonderem Interesse ist hierbei, dass - wie bereits unter 12.1.1 dargelegt - nonverbales Verhalten primär unbewusst erfolgt und entsprechend auch unbewusste (implizite) kognitive, emotionale und interaktive Prozesse reflektieren kann. Die Beobachtung des nonverbalen Verhaltens des Patienten ermöglicht dem Arzt daher Einblicke in dessen nicht reflektierte Gefühle und Vorstellungsbilder, z. B. die sich selbst nicht eingestandene Angst vor einer OP oder die (falsche) Vorstellung, dass die eigene Krankheit unheilbar sei. Ferner können die Gesten des Patienten Gedanken reflektieren, die ihm zwar bewusst sind, die er aber nicht verbal thematisiert.

Neben den Informationen über das Erleben und Denken des Patienten erhält der Arzt bei Berücksichtigung nonverbaler Aspekte während des Gesprächs auch Einblicke in ihre Interaktion. Darüber hinaus eröffnet ihm die Beobachtung seines eigenen nonverbalen Verhaltens neue Einsichten in sein eigenes Erleben. Der Zusammenhang zwischen

nonverbalem Verhalten und kognitiven, emotionalen und interaktiven Prozessen wird in den folgenden Abschnitten genauer anhand der einzelnen nonverbalen Teilbereiche dargelegt. Das Augenmerk liegt dabei nicht nur darauf, wie sich diese Prozesse im nonverbalen Verhalten zeigen, sondern auch - umgekehrt - wie diese Prozesse über das nonverbale Verhalten beeinflusst werden können (Abb. 12.1, gestrichelte Pfeile).

12.2 Teilbereiche der nonverbalen Interaktion

Die o. g. nonverbalen Teilbereiche sind für die Arzt-Patient-Interaktion von unterschiedlich großer Wichtigkeit.⁷ Im Hinblick auf den Anwendungsbezug dieses Buches wird die Relevanz dabei wie folgt definiert: 1. Es gibt theoretische und empirische Hinweise für die Bedeutung dieses Teilbereichs für die ärztliche Gesprächsführung; 2. Der Arzt kann das Verhaltensphänomen während des Gesprächs bei dem Patienten und bei sich selbst gut beobachten; 3. Der Arzt kann diese Komponente des nonverbalen Verhaltens ggf. bei sich selbst während des Gesprächs verändern, ohne dass der Interaktionsfluss gestört wird.

Aufgrund dieser Kriterien sind – in Übereinstimmung mit Davis und Hadiks (1994) – Körperstellung und -orientierung sowie Gesten und Berührungen der Hände besonders relevante nonverbale Parameter für die Arzt-Patient-Interaktion. Insbesondere Körperstellung und -orientierung lassen sich während des Gesprächs gut beobachten, da sie i. d. R. unverändert über einen längeren Zeitraum eingenommen werden. Entsprechend bleibt auch dem Arzt genug Zeit, um ggf. seine Sitzstellung und -orientierung zu verändern. Ebenso kann der Arzt sein eigenes Handbewegungsverhalten und das des Patienten während des Gesprächs gut beobachten, insbesondere wenn es sich um länger dauernde Verhaltensphänomene handelt wie z. B. kontinuierliche Selbstberührungen der Hände. Während die Mimik häufig Gegenstand von Forschungsstudien ist, sind jedoch in der Praxis einige emotional bedeutsame Facetten der Mimik kaum erfassbar. So können während des Arzt-Patient-Gesprächs zwar sozial erwünschte mimische Ausdrücke wie höfliches Lächeln gut beobachtet werden, die mit

⁷ Für eine allgemeine Darstellung zu nonverbaler Interaktion und Kommunikation sei auf das Buch von Knapp und Hall (1992) verwiesen.

emotional relevanten Prozessen, insbesondere negativer Valenz, häufig verknüpften flüchtigen mimischen Mikroexpressionen lassen sich jedoch in der Gesprächspraxis kaum zuverlässig erfassen (vgl. § 12.2.2). Ebenso kann der Arzt selbst auch seine eigene Mimik nur mittels somatosensorischer Wahrnehmung erfassen. Im Folgenden, insbesondere bei den Lernangeboten, wird daher der Schwerpunkt auf Handbewegungsverhalten und Körperstellung und -orientierung gelegt.

12.2.1 Handbewegungsverhalten

Während des Gesprächs sind bei vielen Patienten und Ärzten die Hände ständig in Bewegung. Diese Handbewegungen können deskriptiv anhand des Raumweges (*phasisch*⁸, *repetitiv*, *irregulär*) und des Aktionsortes (*körperintern*, *am Körper*, *am körperverbundenen Objekt*, *am körperfernen Objekt*, *an einer anderen Person*, *im Raum*) beschrieben werden (Lausberg, Sloetjes 2009/2015).

Handbewegungen im Raum

Bei Handbewegungen *im Raum* agiert die Hand vor dem Körper, häufig auf Brust- oder Bauchhöhe. Der Bewegungsweg lässt sich in Phasen unterteilen (Phasenstruktur), typischerweise bestehend aus (i) Transportphase, in der die Hand zum Aktionsort geführt wird, (ii) komplexer Phase, in der die Hand einen komplexen *phasischen* (Einwegtrajektorie) oder *repetitiven* (Mehrwegtrajektorie) Raumweg beschreibt, z. B. auf einen Punkt zeigen oder mehrere Kreise in die Luft zeichnen, und (iii) Retraktionsphase, bei der die Hand zur Ruheposition zurückgeführt wird. Handbewegungen *im Raum* haben fast ausnahmslos eine gestische Funktion^{9,10}. Sie begleiten häufig verbale Äußerungen in der Interakti-

⁸ Für die NEUROGES-Werte finden sich Beispiele im Bildlexikon der NEUROGES-Kurzskalen im Anhang des Buches.

⁹ Das Zufächeln von frischer Luft mit der Hand ist deskriptiv eine *im Raum* Bewegung. Aufgrund des fehlenden Ausdruckgehaltes ist es aber funktionell als praktische Handlung und nicht als Geste zu klassifizieren.

¹⁰ Im Folgenden wird der Begriff Geste dann verwendet, wenn die inhaltliche Betonung auf dem funktionellen Aspekt der Handbewegungen *im Raum* liegt. Auch Bewegungen der Füße, des Kopfes und der Augen können gestische Funktionen haben, z. B. mit den Füßen oder dem Blick auf etwas deuten (Zeigegesten) oder mit dem Kopf nicken (emblematische Gesten).

on, können aber auch bei Selbstgesprächen, beim Nachdenken oder bei emotionalem Erleben auftreten. In Gesprächssituationen begleiten sie die verbalen Äußerungen auch dann, wenn die Handbewegungen von dem Gesprächspartner nicht gesehen werden können, z. B. bei Telefonaten. Handbewegungen *im Raum* sind daher auch in Gesprächen zwischen blinden Partnern zu beobachten.

Obwohl Handbewegungen *im Raum* überwiegend sprachbegleitend ausgeführt werden, weisen neuropsychologische Untersuchungen darauf hin, dass sie primär unabhängig von Sprache generiert werden können (Feyereisen 1987). Während die Sprachproduktion bei Rechtshändern in der linken Hemisphäre lokalisiert ist, werden bestimmte Typen von Gesten jedoch in der rechten Hemisphäre generiert (Lausberg et al. 2007). Die Gestenproduktion ist daher nicht nur mit linkshemisphärischer Sprachproduktion assoziiert, sondern auch mit rechts-hemisphärischen Funktionen wie emotionalen Prozessen, Prosodie oder räumlichem Denken. Entsprechend werden gestische Handbewegungen vermehrt bei imaginativen Denkprozessen ausgeführt. Wenn z. B. über räumliche Relationen (Emmorey et al. 2000, McNeill 1992), Formen (Barosso et al. 1973, Beattie, Shovelton 2006) oder Aktionen (Feyereisen, Havard 1999) gesprochen wird, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass der Sprecher dabei gestikuliert. Dies entspricht der alltäglichen Beobachtung, dass Wegbeschreibungen regelmäßig von Gesten begleitet werden. In experimentellen Settings zeigen Probanden bei kognitiven Aufgaben, die räumliche Vorstellungskraft und Antizipation erfordern, wie Piagets Versuch zur Mengeninvarianz (Umschüttversuch), signifikant mehr Gesten als bei Interferenz-Aufgaben, wie dem Stroop-Test (Barosso et al. 1978).

Gesten können sich dabei nicht nur auf konkrete, sondern auch auf abstrakte Formen, Aktionen oder räumliche Relationen beziehen, wie z. B. die Nähe in einer zwischenmenschlichen Beziehung (Fallbeispiel B 12.3).

B 12.3 Fallbeispiel 2: Patientin F.

Eine Patientin mit leichter Depression und atypischer Anorexie bearbeitete in einer psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie die Beziehung zu ihrer Mutter. Der Fokus der psychodynamischen Therapie lag auf der geringen Selbst- und Objektdifferenzierung. Im Laufe der Therapie lernte die Patientin zunehmend zwischen ihren eigenen und den Bedürfnissen ihrer Mutter zu differenzieren. Diese Entwicklung spiegelte sich auch in

12. Nonverbale Interaktion

ihrem gestischen Verhalten. Zu Therapiebeginn lokalisierte die Patientin ihre Mutter gestisch im Gestenraum nahe ihrer Körpermitte, d. h. wenn sie auf ihre Mutter verwies, zeigte sie in Richtung ihres eigenen Bauches. Bei Therapieende projizierte sie ihre Mutter gestisch körperfern in den Raum links von ihrem Körper (ausführliche Falldarstellung in Lausberg, Kryger 2011).

Da Gesten z. T. sprachunabhängig generiert werden, können sie andere Aspekte abbilden als die Worte des Patienten. Dabei können sogar Widersprüche („Mismatches“) zwischen gestischer und verbaler Aussage auftreten (Lausberg et al. 2000, Garber, Goldin-Meadow 2002) (Fallbeispiel B 12.4). Die gestischen Handbewegungen des Patienten liefern dem Arzt daher wertvolle Informationen in Ergänzung zu den verbalen Aussagen des Patienten.

B 12.4 Fallbeispiel 3: Patientin S.

Eine Patientin, die seit mehreren Jahren an Colon irritabile und depressiver Stimmung litt, thematisierte in der Psychotherapie ihre Ehe. Bei diesem Thema fielen Diskrepanzen zwischen gestischer und verbaler Aussage auf. Zum Beispiel führte die Patientin eine linkshändige pantomimische Geste aus, als würde sie etwas nach unten wegstoßen. Zeitgleich sagte sie: "Da habe ich mich meinem Mann angepasst". Die Diskrepanz zwischen gestischer und verbaler Aussage spiegelte die ambivalente Beziehung zum ihrem Ehemann.

Nicht nur die Bedeutung einzelner Gesten, sondern auch die Quantität, Geschwindigkeit und Dauer der Handbewegungen *im Raum* geben dem Arzt Aufschluss über das psychische Befinden des Patienten. So kommt es bei klinischer Depression zu einer Abnahme der Häufigkeit und der Geschwindigkeit von Gesten (Ulrich, Harms 1979, Ellgring 1986, Wallbott 1989). Bei Besserung der Depression ist dieser Befund wieder rückläufig. Ferner zeigen Menschen, die Schwierigkeiten haben ihr emotionales Erleben zu verbalisieren (Alexithymie), eine Abnahme der Dauer der Handbewegungen *im Raum*, wenn sie mit emotionalen Szenarios konfrontiert werden (Lausberg et al. 2015). Bei emotional relevanten Themen in therapeutischen Gesprächen sind Gesten durch eine mittlere Dauer, mittlere räumliche Komplexität in Kombination mit großer Dynamik gekennzeichnet (Davis, Hadiks 1990).

Nicht nur das gestische Verhalten des Patienten, sondern auch das des Arztes selbst ist für die Arzt-Patient-Interaktion relevant. Der oben dargelegte Befund, dass Schüler besser lernen, wenn ihre Lehrer Erklärungen gestisch begleiten, hat direkte Implikationen für die ärztliche Gesprächsführung. Es ist plausibel, dass auch Patienten die Mitteilungen ihres Arztes besser verstehen, wenn dieser seine Botschaften sowohl verbal als auch gestisch vermittelt (vgl. auch Fallbeispiel B 12.1). In diesem Fall nutzt der Arzt sowohl den sprachlichen als auch den bildlichen, analogen, räumlich-zeitlichen Weg der Mitteilung. In seiner bereits o. g. mikroanalytischen Arzt-Patient Studie demonstrierte Heath (1984) insbesondere, wie Gesten den Blick des Interaktionspartners leiten und sein Engagement in der Interaktion fördern. Generell scheint eine höhere Gestenproduktion des Arztes mit höherer Patientenzufriedenheit assoziiert zu sein (Hall et al. 1995). Es ist anzunehmen, dass u. a. die verbesserte Verständlichkeit des Arztes durch zusätzlich bildhafte Vermittlung als auch der Eindruck seines großen Engagements, das durch den gestischen Einsatz entsteht, zur Zufriedenheit der Patienten beitragen.

Zusammenfassend bieten die Handbewegungen *im Raum*, die der Patient spontan sprachbegleitend ausführt, dem Arzt wertvolle Einsichten in das Erleben und Denken des Patienten. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf dem Patienten nicht bewusste oder vom ihm nicht verbalisierte Aspekte. Umgekehrt verbessert gestische Aktivität des Arztes die Verständlichkeit seiner Mitteilungen und erhöht generell die Patientenzufriedenheit.

Handbewegungen am Körper und an Objekten

Eine weitere große Gruppe von Handbewegungen finden *am Körper*, an *körperverbundenen Objekten*, z. B. Kette, an *körperfernen Objekten*, z. B. Stuhllehne, oder an einer *anderen Person* statt. Bei diesen Handbewegungen bewegt sich die Hand direkt und dynamisch an dem Gegenpart. Der Raumweg kann dabei *phasisch*, z. B. die Stuhllehne entlangstreichen, *repetitiv*, z. B. sich am Unterarm kratzen, oder *irregulär* sein, z. B. an den Fingern knibbeln. Zur Abgrenzung sei der statische Kontakt genannt, bei dem die Hand keinen Raumweg am Gegenpart ausführt, z. B. die Hand ruht auf Armlehne. Dabei handelt es sich nicht um eine Handbewegung, sondern um eine *Ruheposition* im Rahmen einer Körperstellung (siehe § 12.2.4).

12. Nonverbale Interaktion

30-70% der Handbewegungen in therapeutischen Interaktionen oder Interviews finden *am Körper* oder *am körperverbundenen Objekt* statt. Diese Formen der Handbewegung, die auch unter dem Begriff körperfokussiert zusammengefasst wurden (Freedman, Hoffmann 1967), treten unter Bedingungen auf, die im weitesten Sinne als Stress bezeichnet werden könnten. So werden in experimentellen Settings wie bei dem Stroop-Test (siehe oben, Barosso et al. 1978) signifikant mehr Handbewegungen *am Körper* und *an körperverbundenen Objekten* ausgeführt als bei dem Umschüttversuch. In Interviews mit persönlichen und teilweise belastenden Themen treten körperfokussierte Handbewegungen signifikant häufiger auf als in Interviews mit unpersönlichen Themen (Sousa-Poza, Rohrberg 1977). Ebenso zeigen Probanden in Interviews mit kühl auftretenden Interviewern mehr körperfokussierte Handbewegungen als in Interviews mit warmherzigen, einfühlsamen Interviewern (Freedman et al. 1972). Feldabhängige Personen (vgl. Witkin, Lewis 1954) führen signifikant mehr kontinuierliche körperfokussierte Handbewegungen, besonders Hand-zu-Hand, aus als feldunabhängige Personen (Freedman et al. 1972). Ähnliches ("fidgeting") gilt auch für Personen mit sozialen Ängsten in Gesprächen mit unbekanntem Personen (Heerey, Kring 2007). Generell wird in Gesprächen zwischen Personen, die sich nicht kennen, das „fidgeting“ häufiger von beiden Partnern simultan als von einem Partner allein ausgeführt wird. In Dyaden, in denen ein Partner an sozialen Ängsten leidet, führen beide Partner – zu meist initiiert von dem Sozialangstpartner - mehr „fidgeting“ aus als in Dyaden, in denen beide Partner nicht davon betroffen sind. Bei klinisch depressiven Zuständen ist einer Zunahme körperfokussierter Handbewegungen zu beobachten, die bei Besserung der Depression wieder rückläufig ist (Ulrich, Harms 1979) (Fallbeispiel B 12.5).

B 12.5 Fallbeispiel 2 (Fortsetzung): Patientin F.

O. g. Patientin zeigte im Verlauf der erfolgreichen Psychotherapie einhergehend mit der Besserung der Depression und der Essstörung eine deutliche Abnahme der *irregulären* Handbewegungen *am Körper*. Während sie zu Beginn der Therapie 10,12 Sekunden pro Minute damit verbrachte, betrug der Zeitanteil am Ende der Therapie nur noch 0,83 Sekunden pro Minute.

Es gibt somit überzeugende empirische Evidenz, dass Bewegungen *am Körper* oder *an körperverbundenen Objekten* bei Stress und depressiven

Zuständen vermehrt auftreten. Die o. g. Studie von Grunwald et al. (2014) liefert zudem erste Hinweise, dass dieses Verhalten möglicherweise nicht nur Stress reflektiert, sondern sogar eine effektive Form der Stressregulation darstellen könnte, da die spontanen Selbstberührungen der lärmexponierten Probanden elektroenzephalographisch zu einer Zunahme der Theta-Aktivität führten.

Für Fremdberührungen (*an anderer Person*) ist – unter bestimmten Bedingungen - ein positiver Effekt bereits gut dokumentiert. Bei Frühgeborenen bewirkt eine Massagebehandlung eine schnellere Gewichtszunahme und eine Abnahme des Blut-Kortisolspiegels (Schanberg, Field 1987, Guzzetta et al. 2009). Häufige Umarmungen des Partners korrelieren bei Frauen mit niedrigerem Blutdruck und geringerer Herzfrequenz (Light et al. 2005). Im Gegensatz zu den experimentellen Studien ist die Befundlage bei Untersuchungen von Arzt-Patienten Kontakten jedoch heterogen. In diesem Kontext können Berührungen des Patienten durch den Arzt im Rahmen der körperlichen Untersuchung oder als sozial-expressive Kontaktaufnahme auftreten (vgl. Albardiaz 2014). Eine Vielzahl von Faktoren bei Patient und Arzt, wie Geschlecht, Alter, Kultur, Persönlichkeit, oder Rollenklischees, beeinflusst die Wirkung der Berührung durch den Arzt auf den Patienten. Bezüglich eher negativer Effekte wurde berichtet, dass Berührungen im Rahmen der Untersuchung von Patienten als dominant erlebt wurden (Street, Buller 1987) und dass mehr Berührung durch den Arzt mit geringerer Patientenzufriedenheit korrelierte (Hall et al. 1995).

Zusammenfassend liefern die Handbewegungen *am Körper* oder *an Objekten*, die der Patient während des Gesprächs ausführt, dem Arzt wertvolle Hinweise, ob der Patient gestresst, ängstlich oder depressiv gestimmt sein könnte. Die Studie von Heerey und Kring legt nahe, dass der Arzt selbst im Gespräch (unbewusst) dazu tendieren könnte, dieses nonverbale Verhalten des Patienten zu übernehmen. Welchen Effekt die Berührung durch den Arzt auf den Patienten hat, wird von einer Vielzahl von Faktoren bestimmt. Eine Verhaltensmaxime kann daher beim aktuellen Stand der Forschung nicht formuliert werden. Es ist daher vorerst zu empfehlen, dass der Arzt seine Fremdwahrnehmung dahingehend schult, bei den Patienten feine nonverbale Zeichen der Annahme oder Ablehnung seiner Berührung wahrzunehmen.

12.2.2 Mimisches Verhalten

Bewegungen der Gesichtsmuskulatur dienen verschiedenen Funktionen, wie Nahrungsaufnahme, Sprechen, Schließen/Öffnen der Augen, und auch dem mimischen Ausdruck (§ 12.1.2). Anhand der Kontraktionsmuster der mimischen Muskulatur unterscheiden Friesen und Ekman (1984) sieben Gesichtsausdrücke, die nach assoziierten Emotionen benannt sind: Angst, Ekel, Trauer, Ärger, Verachtung, Überraschung und Freude. Wie bereits oben dargelegt, werden in Arzt-Patient Gesprächen insbesondere die mit negativen Affekten assoziierten Gesichtsausdrücke selten in voller Ausprägung gezeigt und sind daher primär über mikroanalytische Untersuchungen zu erfassen. Die einfache Beobachtung der Mimik in Arzt-Patienten Gesprächen konzentriert sich daher häufig auf höfliches und freudiges Lächeln, operationalisiert durch die (Nicht-)Einbeziehung der Augenregion, sowie Stirnrunzeln (z. B. Heerey, Kring 2007).

In Gesprächen zeigen Menschen mit sozialen Ängsten gleich häufig freudiges Lächeln und Stirnrunzeln, jedoch häufiger höfliches Lächeln als Menschen ohne soziale Ängste (Heerey, Kring 2007). Menschen, die Schwierigkeiten haben emotionales Erleben zu verbalisieren (Alexithymie), zeigen eine geringere spontane Mimik (v. Rad 1983, Taylor et al. 1991), insbesondere negativer Affekte (Rasting et al. 2005). In mikroanalytischen Untersuchungen finden sich bei Patienten mit unterschiedlichen psychosomatischen Erkrankungen wie Asthma, Colitis ulcerosa und somatoforme Störungen unterschiedliche Muster der Reduktion des mimischen Ausdrucks (Steimer-Krause et al. 1990). Klinische Depression geht mit einer Verminderung und Verlangsamung der Mimik einher (Juckel 2005). Bei Besserung der depressiven Störung zeigen 61% der Patienten eine Zunahme des Lächelns und 31% eine generelle Zunahme der Mimik (Ellgring 1986). Psychische Störungen spiegeln sich daher in unterschiedlicher Weise in der Mimik.

Wie oben bereits dargelegt, wird freudiges versus höfliches Lächeln vom Interaktionspartner mit dem entsprechenden Lächeln, d. h. freudig versus höflich, beantwortet (Heerey, Kring 2007). Menschen mit sozialen Ängsten erwidern jedoch freudiges Lächeln häufiger mit höflichem Lächeln als Menschen ohne soziale Ängste.

Bei geriatrischen Patienten korreliert ein hoher Grad mimischen Ausdrucks (Lächeln, Stirnrunzeln) und Nickens von Seiten des Betreuers mit einem besseren Therapieerfolg (Ambady et al. 2002). „Standardisierte Patienten“ berichten eine höhere Zufriedenheit, wenn die Ärzte

mehr lächeln (Griffith et al. 2003). Allerdings zeigen mikroanalytische Studien von Merten und Krause (1998) für psychotherapeutische Settings, dass erfolgreiche Therapeuten mimisch mehr negative Affekte (Ärger, Verachtung, Ekel) darbieten als nicht-erfolgreiche Therapeuten. Die Befunde wurden dahingehend interpretiert, dass die mimische Expression negativer Affekte der erfolgreichen Therapeuten einen Ausgleich für den einseitig positiven mimischen Ausdruck der Patienten darstellt. Die Therapeuten zeigen somit mimisch diejenigen Affekte, die die Patienten selbst nicht generieren können (Krause, Merten 1999). Bei Patienten mit Panikstörung korreliert eine hohe Lächel-Frequenz des Therapeuten in der ersten Sitzung sogar mit einem schlechteren Therapieausgang (Benecke, Krause 2005).

Allgemeine Richtlinien für den mimischen Ausdruck des Arztes können daher beim aktuellen Stand der Forschung kaum gegeben werden. Die Befundlage spricht vielmehr für die Notwendigkeit der selbst-reflexiven Passung des Arztes.

12.2.3 Blickverhalten

Das Blickverhalten ist durch Bewegungen der Augäpfel in verschiedene Richtungen definiert. Blickbewegungen sind an Aufmerksamkeitsprozesse gekoppelt. Eine Änderung der Blickrichtung geht mit einer Veränderung des Aufmerksamkeitsfokus einher (Shepard et al. 1986, Chelazzi et al. 1996, Schneider, Deubel 1996). Im Gespräch kann der Blick der Regulation der Interaktion dienen, z. B. als eine Aufforderung an den Partner zu antworten, der Beobachtung, z. B. zur Prüfung ob der Partner zuhört, und der Expression, z. B. zum Ausdruck eines Vorwurfs (Kendon 1967). Das interaktive Blickverhalten unterliegt dabei kulturellen Normen (vgl. Knapp, Hall 1992). Das Blickverhalten kann zudem den psychischen Zustand der Person reflektieren. Bei klinischer Depression ist der Blickkontakt des Patienten zum Arzt vermindert (Ellgring 1986). Besserung der Depression geht bei 58% der Patienten mit einer Zunahme des Blickkontaktes zum Arzt einher.

Die Blickabwendung ("gaze away from partner") des Arztes vom Patienten korreliert positiv mit der Blickabwendung des Patienten vom Arzt (Street, Buller 1987). Mehr Blickkontakt des Arztes geht mit höherer Patientenzufriedenheit einher (Bensing 1991). Ebenso berichten „standardisierte Patienten“ eine höhere Zufriedenheit, wenn die Ärzte mehr Blickkontakt aufnehmen (Griffith et al. 2003). In Allgemeinarztpraxen

korreliert der Blickkontakt von Arzt zu Patient ("patient-directed gaze") positiv mit dem Ausmaß, in dem die Patienten psychosoziale Problemen ansprechen und die Ärzte affektiv und fachlich auf die Probleme eingehen (Bensing et al. 1995). Dabei sind Ärzte mit hoher Blickausrichtung auf den Patienten besser über die psychosoziale Geschichte des Patienten informiert und erfassen dessen psychische Probleme besser.

12.2.4 Ganzkörperliches Verhalten

Körperstellung und Körperhaltung

Eine Körperstellung ist definiert als ein temporäres Arrangement von Rumpf, Kopf und Gliedern. Es kann sich dabei funktionell um Basisstellungen oder um Posen handeln. Jede Person verfügt über ein individuelles Repertoire an Basisstellungen, z. B. bestimmte Sitz- oder Stehstellungen, zu denen eine Person immer wieder zurückkehrt (vgl. „home base position“, Davis 1991). Posen sind Ganzkörperausdrucks-muster. Es handelt es sich dabei um Ausdrucksverhalten, bei dem der gesamte Körper einbezogen wird, z. B. die Siegerpose. Körperstellungen können mit spezifischen mentalen Zuständen assoziiert sein (Fallbeispiel B 12.6).

B 12.6 Fallbeispiel 3 (Fortsetzung): Patientin S.

O. g. Patientin nahm in den Therapiesitzungen wiederholt eine sehr augenfällige Sitzstellung ein, bei der sie im Sitzen die Knie streckte und dabei beide Unterschenkel gegen die Schwerkraft hielt. Diese angespannte Sitzstellung behielt sie für bis 2,5 Minuten bei. Die Einnahme dieser Sitzstellung war regelhaft mit für sie belastenden Themen assoziiert.

Bei der Analyse von Körperstellungen in Gesprächen werden primär offene und geschlossene Stellungen unterschieden, die sich durch die Positionierung der Glieder ergeben. Dabei können hinsichtlich der Positionierung der oberen bzw. unteren Extremitäten drei Stellungen unterschieden werden: *ungekreuzt ohne Kontakt*, *ungekreuzt mit Kontakt*, *gekreuzt* (siehe NEUROGES Bildlexikon für Handpositionen im Anhang). Ein direkter Wechsel von einer Körperstellung zu einer anderen wird als Stellungswechsel, die Veränderung der Position eines Körperteils inner-

halb einer Körperstellung als *Positionswechsel* (siehe Bildlexikon) bezeichnet.

Von Patienten wurden Ärzte, die eine offene Position der Arme zeigten, positiver beurteilt als solche, die ihre Arme geschlossen hielten (Harrigan, Rosenthal 1983, Harrigan et al. 1985). Auch bei der ausführenden Person selbst scheint das Einnehmen einer geschlossenen Sitzstellung zu einer Zunahme des Erlebens negativer Emotionen zu führen (Rossberg-Gempton, Poole 1993). Hinsichtlich der Relation zwischen den Sitzstellungen von Arzt und Patient werden nicht-kongruente und kongruente Formen unterschieden (siehe Charny 1965). In psychotherapeutischen Settings gehen kongruente Sitzstellungen von Therapeut und Patient mit positiven, interpersonellen, spezifischen und an die therapeutische Situation gebundenen verbalisierten Themen einher (Charny 1965). Nicht-kongruente Sitzstellungen von Therapeut und Patient hingegen sind eher mit selbstbezogenen, unspezifischen und widersprüchlichen Äußerungen und Negationen assoziiert.

Die Körperstellung ist abzugrenzen von der Körperhaltung. Diese ist definiert durch die Ausrichtung des Körpers im aufrechten Stand bzw. Sitz relativ zur vertikalen, horizontalen und sagittalen Körperachse. Die Körperhaltung wird neben dem individuellen Körperbau, Alltagsaktivitäten, familiären und kulturellen Faktoren auch von der Persönlichkeit geprägt. U. a. Lowen (1988) entwickelte daher eine Typisierung von Körperhaltungen in Relation zur Persönlichkeit. Neben diesen potentiell dauerhaft wirksamen Faktoren können sich auch zeitlich begrenzte psychische Zustände auf die Körperhaltung auswirken. Bei klinischer Depression wird häufig eine schlaffe, in sich zusammengefallene Körperhaltung beobachtet. Sogar kurzfristige psychische und körperliche Befindlichkeiten können die Haltung vorübergehend beeinflussen, z. B. eine passager eingefallene Haltung nach einer Niederlage oder bei Müdigkeit.

Körperorientierung und Proxemik

Die räumliche Beziehung zwischen Personen wird mit den Parametern Körperorientierung und Proxemik beschrieben. Die Körperorientierung bezieht sich auf die Ausrichtung der horizontalen Körperachse zu der des Interaktionspartners. Zugewandtheit versus Abgewandtheit wird anhand des Winkels relativ zum Interaktionspartner operationalisiert: zugewandt (0° - 3°), neutral (3° - 15°), abgewandt ($> 15^\circ$) (Davis, Hadiks

12. Nonverbale Interaktion

1990). Dabei werden Oberkörper und Unterkörper separat kodiert. Proxemik beschreibt die räumliche Distanz zwischen Personen.

Eine eher abgewandte Körperorientierung des Arztes wird von Patienten als dominant erlebt (Street, Buller 1987). In psychotherapeutischen Settings korreliert die Körperorientierung und Rumpfneigung des Patienten, zusammengefasst als „accessibility“, mit dem Grad seiner Selbstöffnung und seines Engagements (Davis, Hadiks 1990). Gleichermassen korreliert die „accessibility“ des Therapeuten mit dessen eigener Beteiligung (Davis, Hadiks 1994). Ferner besteht eine signifikante Korrelation zwischen der „accessibility“ von Therapeut und Patient und der „accessibility“ des Therapeuten und der Selbsterfahrung des Patienten.

In Arzt-Patient Gesprächen spielt die Proxemik eine eingeschränkte Rolle, wenn die räumliche Distanz zwischen Patient und Arzt durch die Möblierung vorgegeben ist, d. h. die Stühle können z. B. nicht näher gerückt bzw. weiter voneinander entfernt werden. In diesbezüglich flexiblen Gesprächssettings oder bei der Visite im Krankenhaus kann die Regulation der räumlichen Distanz zwischen Arzt und Patient hingegen gut beobachtet werden. Dabei scheint eine engere räumliche Nähe zwischen Arzt und Patient mit höherer Patientenzufriedenheit einherzugehen (Hall et al. 1995). Es ist jedoch anzunehmen, dass die bereits oben bei dem Thema Fremdbührung diskutierten Einflussfaktoren eine ebenso große Rolle beim Erleben von körperlicher Nähe bzw. Distanz spielen.

Zusammenfassend sind die verschiedenen Teilbereiche nonverbalen Verhaltens in unterschiedlicher Weise mit kognitiven, emotionalen und interaktiven Prozessen assoziiert. Während Handbewegungen *im Raum* hauptsächlich mit kognitiven Prozessen verbunden sind, hängen Handbewegungen *am Körper* oder *an Objekten* mit Stress und depressiver Stimmung zusammen. Mimik ist mit emotionalem Erleben assoziiert, wird aber in starkem Maße auch durch soziale Konventionen geprägt. Blickverhalten steht in Zusammenhang mit Aufmerksamkeitsprozessen. Haltungen und Körperstellungen sind mit mentalen Zuständen verknüpft. Körperorientierung und Proxemik reflektieren die Beziehung zwischen Individuen.

12.3 Lernziele für die nonverbale Interaktion im Arzt-Patient-Gespräch

Viele der oben aufgeführten empirischen Studien zu nonverbaler Arzt-Patient-Interaktion fokussieren primär das nonverbale Verhalten des Arztes mit dem Ziel ein Arztverhalten zu identifizieren, dass mit hoher Patientenzufriedenheit einhergeht (z. B. Bensing et al. 1995, Hall et al. 1995, Ambady et al. 2002, Griffith et al. 2003). In Hinblick auf die Entwicklung eines nonverbalen Interaktionstrainings für Ärzte würde es dieser Forschungsansatz nahelegen, für den Arzt Maximen für sein nonverbales Verhalten zu formulieren, wie z. B. „Lächeln Sie den Patienten an!“, „Sehen Sie den Patienten an!“, „Orientieren Sie Ihren Körper zum Patienten!“, „Nehmen Sie eine offene Körperhaltung ein!“.

Derartige Maximen wären uneingeschränkt sinnvoll, wenn nonverbales Verhalten ausschließlich universell und kulturell geprägt wäre. Patienten (innerhalb eines bestimmten Kulturkreises) würden dann ein bestimmtes nonverbales Verhalten des Arztes in gleicher Weise deuten. Aufgrund der Individualität nonverbalen Verhaltens (§ 12.1.2) kann jedoch ein und das gleiche Arztverhalten von unterschiedlichen Patienten ganz unterschiedlich erlebt werden. Ein Patient mag eine Berührung durch den Arzt als angenehm erleben, ein anderer als übergriffig. Schmid Mast (2007) diskutiert diesbezüglich den Einfluss verschiedener Einflussfaktoren („moderators“), wie Geschlecht, Art und Schwere des medizinischen Problems, Alter, oder Bildung. Da diese Faktoren einen erheblichen Einfluss auf das eigene nonverbale Verhalten und die Deutung des nonverbalen Verhaltens anderer haben, schlussfolgert Schmid Mast: „The existing results rather speak to a physician training that is not “one size fits all““ (2007: 317).

Eine weitere entscheidende Einschränkung der Anwendung von Maximen liegt darin begründet, dass nonverbales Verhalten und nonverbale Interaktion primär unbewusst erfolgen (§ 12.1.1). Die bewusste Veränderung des eigenen nonverbalen Verhaltens gemäß Maximen kann daher nicht-authentisch auf den Patienten wirken und die unbewusst ablaufende, feine nonverbale Abstimmung zwischen Arzt und Patient stören. Wenn die Ausführung von Verhaltensmaximen angestrebt wird, muss diese daher im Kontext von Selbst- und Fremdwahrnehmung erfolgen. Im Sinne der didaktischen Orientierung dieses Lehrbuchs ist eine selbstreflexive Passung des Arztes (§ 12.1) daher auch im nonverbalen Verhalten gefordert.

12. Nonverbale Interaktion

Das Potential der nonverbalen Interaktion für die ärztliche Gesprächsführung wird weniger durch die Erfüllung von Verhaltensmaximen ausgeschöpft, sondern vielmehr durch die Selbst- und Fremdwahrnehmung des nonverbalen Verhaltens und kreative nonverbale Interventionen. Das nonverbale Verhalten des Patienten ist für den Arzt aufschlussreich, da es in Ergänzung zur verbalen Aussage des Patienten Informationen über unbewusste (implizite) oder nicht-verbalisierte Aspekte in dessen emotionalem Erleben, Vorstellungen oder Denken liefert (§ 12.1, § 12.2). Gleichmaßen ist für den Arzt die Wahrnehmung des eigenen nonverbalen Verhaltens aufschlussreich. Darüber hinaus kann der Arzt durch kreative nonverbale Interventionen dem Patienten die sinnlich-bildhafte Verarbeitungsebene eröffnen.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Lernziele für das Training von Ärzten in nonverbaler Interaktion:

Theoretische Kenntnisse zu nonverbalem Verhalten, nonverbaler Arzt-Patient-Interaktion und der objektiven Analyse nonverbaler Interaktion

Das theoretische Wissen zu nonverbalem Verhalten und nonverbaler Interaktion im Arzt-Patient-Gespräch ist eine Voraussetzung für die differenzierte Fremd- und Selbstwahrnehmung und für die verantwortungsvolle Durchführung nonverbaler Interventionen. Die theoretischen Kenntnisse sollten die Spezifika des nonverbalen Verhaltens und der nonverbalen Interaktion (im Vergleich zu verbaler Kommunikation), die Teilbereiche der nonverbalen Interaktion sowie die empirischen Befunde zur Arzt-Patient-Interaktion umfassen. Kenntnisse in der objektiven Analyse nonverbalen Verhaltens und nonverbaler Interaktion ermöglichen es dem Arzt ferner seine Selbstbeobachtung und die Beobachtung des Patienten zu strukturieren und vorschnelle subjektive Interpretationen nonverbaler Verhaltensweisen zu vermeiden (vgl. Lausberg 2013, § 12.3.1).

Objektive Wahrnehmung des eigenen nonverbalen Verhaltens

Mittels Introspektion (vgl. § 12.1) kann der Arzt die Verknüpfung von nonverbalen Verhaltensweisen und psychischen Prozessen bei sich selbst explorieren. Die Wahrnehmung des eigenen nonverbalen Verhaltens eröffnet dem Arzt einen neuen Zugang zu seinem Befinden wäh-

rend des Gesprächs, z. B. ob er bei einem Patienten beim Erstkontakt spontan eine geschlossene oder eine offene Körperstellung einnimmt.

Hierbei ist entscheidend, dass die Selbstwahrnehmung objektiv ist (siehe Lernziel oben: Kenntnisse in der objektiven Analyse nonverbalen Verhaltens), da der Grad der Objektivität der Wahrnehmung des eigenen nonverbalen Verhaltens mit dem Grad der Objektivität der Fremdwahrnehmung korreliert. Dieser Zusammenhang wurde z. B. für die Beschreibung des eigenen Gangbildes und des Gangbildes anderer Menschen (Wolff 1943) sowie für die Identifikation der eigenen Stimme und der Stimme anderer Personen (Sackheim, Gur 1978) dokumentiert. Daher dient eine objektive und differenzierte Wahrnehmung des eigenen nonverbalen Verhaltens nicht nur der Selbstwahrnehmung per se, sondern sie verbessert auch die Fremdwahrnehmung.

Objektive Wahrnehmung des nonverbalen Verhaltens des Patienten

Die differenzierte Wahrnehmung des nonverbalen Verhaltens des Patienten ergänzt die Informationen, die der Arzt über die Gefühle, die Vorstellungen und das Denken des Patienten anhand dessen verbaler Äußerungen erhält. Dies gilt insbesondere für unbewusste (implizite) emotionale und kognitive Prozesse oder nicht-verbalisiertes Erleben und Denken. Die Wahrnehmung des nonverbalen Patientenverhaltens ermöglicht es daher dem Arzt, umfassender auf den Patienten einzugehen (§ 12.1.1).

Die Relevanz der ärztlichen Fremdwahrnehmungskompetenz wurde durch eine Studie von DiMatteo et al. (1986) an 28 Hausärzten belegt. Die „nonverbal decoding skills“ des Arztes korrelierten negativ mit Terminabsagen bzw. das Nicht-Erscheinen bei Terminen von Seiten des Patienten. Je schlechter die Ärzte den nonverbalen emotionalen Ausdruck ihrer Patienten wahrnahmen, umso häufiger erschienen die Patienten nicht zu den vereinbarten Terminen.

Entwicklung der eigenen nonverbalen Expressivität

Wie bereits unter § 12.2.1 dargelegt, geht eine hohe gestische Expressivität des Arztes mit größerer Patientenzufriedenheit einher. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass der Patient die Mitteilungen des Arztes besser versteht und ihn als engagierter erlebt. Ferner

kann der Patient vom Arzt lernen, mittels nonverbaler Expression seine Gefühle und Gedanken nicht-sprachlich bildhaft auszudrücken.

Eine gezielte Überprüfung der „nonverbal encoding skills“ von Ärzten wurde in o. g. Studie von DiMatteo et al. (1986) mit einem Test durchgeführt, in dem die Probanden bei Aufforderung mimischen und prosodischen Ausdruck¹¹ von Freude, Trauer, Ärger und Überraschung zeigen sollten. Ärzte, die bei dieser Aufgabe eine hohe Kompetenz bewiesen, erzielten auch in ihrer Praxis eine höhere Patientenzufriedenheit hinsichtlich der emotionalen Betreuung („affective care“). Die Befunde belegen die Relevanz der nonverbalen expressiven Kompetenz des Arztes.

Durchführung nonverbaler Interventionen während des Gesprächs

Wie unter § 12.2.1 dargelegt, fördert die Ausführung von Gesten beim Ausführenden selbst die Verarbeitung von Problemen, da durch die gestische Formung ein bildhafter, analog räumlich-zeitlicher Verarbeitungsprozess stimuliert wird. Der Arzt kann gezielt diese nonverbale Ebene der Formulierung und Verarbeitung von Problemen beim Patienten fördern. So kann er den Patienten zum Beispiel anregen, eine Geste oder Körperstellung für einen thematisierten Aspekt zu finden, z. B. eine Geste für eine Beziehungsdynamik, die der Patient schwer in Worte fassen kann. Ebenso kann er dem Patienten verschiedene Gesten anbieten und ihn z. B. bitten zu prüfen, ob diese als Bild für ein bestimmtes Gefühl stimmig sind. Durch die Arbeit mit Gesten oder Körperstellungen eröffnet der Arzt somit dem Patienten die nonverbale Ebene zur Verbesserung von Verständnis, Verarbeitung und Ausdruck. Im Gegensatz zu der oben kritisch diskutierten Umsetzung von Verhaltensmaximen handelt es sich bei der Durchführung dieser Art nonverbaler Interventionen während des Gesprächs um ein Vorgehen, das explizit thematisiert wird.

¹¹ Expressive Bewegungen des Körpers einschließlich der Hände (Gestik) wurden in dem Test nicht gefordert.

Verbalisierung des nonverbalen Verhaltens des Patienten

Dieses Lernziel erfordert spezifische therapeutische Kompetenzen und kann daher im Rahmen dieses Buchkapitels nicht weiter besprochen werden (vgl. § 20, 30-34).

12.4 Lernangebote zur nonverbalen Interaktion im Arzt-Patient-Gespräch

In Bezug auf die o. g. Lernziele werden im Folgenden einige praktische Lernangebote zur Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, zur Entwicklung der eigenen Expressivität und zur Durchführung nonverbaler Interventionen gegeben. Die Lernangebote nehmen schrittweise an Komplexität zu - von der Selbstwahrnehmung bis hin zur nonverbalen Intervention. Einige der Techniken stammen aus körper- und bewegungsorientierten psychotherapeutischen Verfahren und werden hier auf die nonverbale Interaktion übertragen. Die in den Boxen aufgeführten Fragen bzw. Aufgaben sind exemplarisch und nicht als eine vollständige Systematik der Lernangebote zu verstehen.

12.4.1 Selbst- und Fremdwahrnehmung des nonverbalen Verhaltens

Intermittierende fokussierte Wahrnehmung („Scheinwerfertechnik“)

Während des Gesprächs mit dem Patienten liegt die Aufmerksamkeit des Arztes primär auf dem verbalen Austausch. Eine länger andauernde Verlagerung der Aufmerksamkeit auf die nonverbale Interaktion würde zu einer Unterbrechung des verbalen Kommunikationsflusses führen. Der Arzt muss daher als Technik erlernen, die Aufmerksamkeit für kurze Momente - in der Regel beim Zuhören - auf spezifische nonverbale Aspekte zu richten („Scheinwerfertechnik“) und danach sofort wieder in den verbalen Kommunikationsfluss einzusteigen.

Wie oben dargelegt, sind Körperstellung, Körperorientierung und Proxemik in Selbst- und Fremdwahrnehmung leicht zu erfassen, da es sich um relativ lang dauernde nonverbale Verhaltensphänomene handelt (Beispiele Box 12.1).

Box 12.1 Selbst- und Fremdwahrnehmung: Körperstellung, Körperorientierung und Proxemik

- Sind meine Arme/Hände *ungekreuzt ohne Kontakt, ungekreuzt mit Kontakt*, oder *gekreuzt* (vgl. NEUROGES Bildlexikon für Handpositionen im Anhang)?
- Sind Arme/Hände des Patienten *ungekreuzt ohne Kontakt, ungekreuzt mit Kontakt*, oder *gekreuzt*?
- Ist mein Oberkörper dem Patienten zugewandt (0-3°), neutral (3-15°) oder abgewandt ($\geq 15^\circ$)?
- Ist der Patient mit seinem Oberkörper mir zugewandt (0-3°), neutral (3-15°) oder abgewandt ($\geq 15^\circ$)?
- Wie groß ist der räumliche Abstand zwischen dem Patienten und mir? (Wer hat den Abstand bestimmt?)

Beobachtung von Veränderungen spezifischer nonverbaler Verhaltensparameter im Gesprächsverlauf

Eine weitere Technik besteht darin, dass der Arzt bei dem Patienten einen bestimmten nonverbalen Verhaltensparameter, z. B. die Körperstellung, die Körperorientierung oder das Handbewegungsverhalten, im Verlauf des Gesprächs beobachtet. Insbesondere sind dabei Verhaltensparameter von Interesse, die zuvor im Rahmen der Scheinwerfertechnik als veränderungssensitiv identifiziert worden sind. Zum Beispiel könnte dem Arzt zuvor aufgefallen sein, dass der Patient häufig die Körperstellung öffnet oder schließt oder häufig zwischen Handbewegungen *im Raum* oder *am Körper* wechselt. Diese Wahrnehmungstechnik dient dazu, ein bestimmtes nonverbales Verhalten im Verlauf zu beobachten und zu identifizieren, in welchem Kontext es regelhaft die eine oder andere Ausprägung annimmt (Beispiele Box 12.2). Zu Beginn des nonverbalen Interaktionstrainings sollte sich der Arzt auf einen nonverbalen Parameter konzentrieren. Mit zunehmender Erfahrung können zwei oder mehr Parameter während des Gesprächs verfolgt werden.

Box 12.2 Fremdwahrnehmung: Beobachtung eines bestimmten nonverbalen Parameters im Gesprächsverlauf

- Bei welchen Themen/nach welchen meiner Interventionen ändert der Patient seine Körperstellung? Wann nimmt er eine offenere bzw. geschlossener Körperstellung an?

- Bei welchen Themen/nach welchen meiner Interventionen orientiert sich der Patient mehr zu mir bzw. wendet sich von mir ab?
- Bei welchen Themen/nach welchen meiner Interventionen beginnt der Patient Handbewegungen *im Raum* bzw. *am Körper* oder *an körperverbundenen Objekten* auszuführen (vgl. NEUROGES Bildlexikon für Handbewegungen im Anhang)?

Die Beobachtungen von prozessfördernden Verhaltensänderungen (Öffnung der Körperstellung, Orientierung zum Arzt, Handbewegungen *im Raum*) ermöglicht es dem Arzt, eigene konstruktive Interventionen sowie Themen, die für den Patienten Ressourcen darstellen, zu identifizieren. Umgekehrt zeigen prozesshemmende Verhaltensänderungen (Schließung der Körperstellung, Abwendung vom Arzt, Handbewegungen *am Körper* oder *an körperverbundenen Objekten*) dem Arzt, welche seiner Interventionen bzw. welche Themen bei dem Patienten zu Rückzug und ggf. Abwendung und erhöhter selbstregulatorischer Aktivität führen.

Erfassen gestisch vermittelter Informationen

Bei den Handbewegungen *im Raum* fallen in der Regel diejenigen Gesten ins Auge, die Formen, räumliche Relationen oder Bewegungsqualitäten präsentieren, Aktionen pantomimisch darstellen, auf Orte zeigen oder Richtungen anzeigen. Diese Gesten können Aufschluss über sinnliches Erleben und bildhafte Vorstellungen des Patienten geben (Beispiele Box 12.3). Bei der Beobachtung der Gesten ist es wichtig, nicht vorschnell zu interpretieren (vgl. Lausberg, Sloetjes, 2015), sondern deskriptiv vorzugehen, d. h. zum Beispiel die Form, die gestisch gezeichnet wird, und den Kontext, in dem die *form presentation* Geste dargeboten wird, zu beschreiben.

Box 12.3 Beobachtung der Gesten des Patienten

- Achten Sie auf Zeige- oder Richtungsgesten (*egocentric deictics, egocentric directions*): Beziehen sich diese auf konkrete Orte, auf die Lokalisation von Personen im imaginierten Raum, auf Ziele, auf Entwicklungen?
- ... auf Gesten, die Formen präsentieren (*form presentation*): Stehen diese z. B. für Symptom- oder Krankheitskonzepte?
- ... auf Gesten, die räumliche Relationen präsentieren (*spatial rela-*

tion presentation): Stehen diese z. B. für Beziehungen zwischen Personen oder für zeitliche Relationen?

- ... auf Gesten, die Bewegungsqualitäten präsentieren (*motion quality presentation*): Stehen diese für Vorstellungen von Entwicklungsprozessen, Beziehungsdynamik, ...?
- Falls Sie eine besondere Geste des Patienten identifiziert haben, z. B. eine Geste, die das Symptomkonzept des Patienten repräsentiert (vgl. B 12.1): Verändern sich diese im Gesprächsverlauf oder bei einem zweiten Gesprächstermin?

12.4.2 Nonverbale Expression

Expressionsentwicklung und implizite nonverbale Expression

Die eigene allgemeine nonverbale Expressivität kann durch Ausdrucksübungen, z. B. Nonverbal Encoding Task (DiMatteo et al. 1986), weiterentwickelt werden. Darüber hinaus können für bestimmte Patienten oder Themen nicht nur verbale Formulierungen geprobt werden, sondern ebenso gestische Ausdrücke entwickelt und geübt werden (Beispiele Box 12.4). Dies kann bei der Vorbereitung oder Nachbereitung eines Gesprächs erfolgen.

Box 12.4 Entwicklung expliziter gestischer Expression

- Gesprächsvorbereitung: Versuchen Sie eine Geste für den Befund, die Prognose, oder die Therapiewirkung, die Sie dem Patienten mitteilen wollen, zu finden. Welche Geste würde Ihrer Vorstellung nach positive Aspekte betonen?
- Gesprächsnachbereitung: Versuchen Sie eine Geste für ein wesentliches Anliegen des Patienten zu finden, z. B. welche Qualität seine Angst vor der OP hat. Nehmen Sie sich Zeit genau die treffende Geste zu finden.

Es ist nicht notwendig, diese geübte Geste beim (nächsten) Gespräch bewusst darzubieten. In der Regel werden Sie die Geste spontan ausführen, wenn das sinnlich-bildhafte Konzept in dem gegebenen Kontext für Sie stimmig ist (gleiches gilt auch für eingeübte verbale Formulierungen). Möglicherweise führen Sie spontan auch eine modifizierte

Form der eingeübten Geste aus, die für Sie in dem gegebenen Gesprächskontext intuitiv stimmiger ist. Selbst wenn das Risiko besteht, dass Sie die Geste während des Gesprächs doch nicht spontan ausführen, so hat diese an impliziten Prozessen ansetzende Methode doch den Vorteil, dass die unbewusst ablaufende, fein abgestimmte Interaktion nicht gestört wird.

Umsetzung von nonverbalen Verhaltensmaximen unter Vorgabe einer selbst-reflexiven Passung

Während des Gesprächs kann der Arzt sein nonverbal-interaktives Verhalten bewusst beeinflussen. Wie bereits oben dargelegt, sollte die Veränderung des eigenen nonverbalen Verhaltens gemäß Maximen jedoch nur vor dem Hintergrund einer selbst-reflexiven Passung erfolgen (Beispiele Box 12.5). Aufgrund ihrer relativ langen Dauer lassen sich Körperstellung und Körperorientierung nicht nur gut wahrnehmen (s. o.), sondern im Vergleich zu anderen nonverbalen Verhaltensweisen auch am besten im Sinne von Maximen beeinflussen.

Box 12.5 Veränderung von Körperstellung und Körperorientierung gemäß Maximen unter Vorgabe einer selbst-reflexiven Passung

- Falls Sie bei der Selbstwahrnehmung eine geschlossene Körperstellung bei sich bemerken, versuchen Sie diese in kleinen Schritten zu öffnen und dabei zu prüfen, ob Sie sich immer noch in der Stellung wohlfühlen und wie der Patient auf die Öffnung ihrer Körperstellung reagiert.
- Falls Sie bei der Selbstwahrnehmung eine abgewandte Körperorientierung bei sich bemerken, versuchen Sie Ihren Körper in kleinen Schritten dem Patienten zuzuwenden. Das Gefühl der Stimmigkeit Ihrer Orientierung in der Beziehung hat dabei jedoch Priorität.

Eröffnung bildhaft-sinnlicher Verarbeitungs- und Ausdrucksmöglichkeiten für den Patienten

Ferner kann der Arzt dem Patienten Gesten als "Formulierungshilfen" für sinnliche Aspekte seines Erlebens oder bildhafte Aspekte seiner Vorstellungen anbieten (Beispiel Box 12.6). Damit eröffnet er dem Patienten die sinnlich-bildhafte Verarbeitungs- und Ausdrucksebene. Diese Technik erfordert die spontane Kreativität des Arztes während des Gesprächs. Bei mehreren Gesprächsterminen mit dem Patienten kann der Arzt diese Geste natürlich auch vorbereitend entwickeln.

Box 12.6 Angebote einer gestischen Expression an den Patienten

Falls Sie bemerken, dass der Patient Schwierigkeiten hat, ein bestimmtes Gefühl zu benennen oder einen bestimmten Gedanken in Worte zu fassen, können Sie ihm einen gestischen Ausdruck anbieten: „Wäre diese Geste passend für ... Ihr Gefühl, Ihre Beziehung, Ihre Situation etc.?“

Schließlich kann der Arzt auch den Patienten anregen, selbst eine Geste für sein Gefühl oder seinen Gedanken zu finden (Beispiel Box 12.7).

Box 12.7 Stimulation der nonverbalen Expression des Patienten

Falls Sie bemerken, dass der Patient Schwierigkeiten hat, ein bestimmtes Gefühl zu benennen oder einen bestimmten Gedanken in Worte zu fassen, können Sie ihn anregen, selbst eine Geste dafür zu entwickeln: „Mit welcher Geste würden Sie ... Ihr Gefühl, Symptom, gesundheitliche Entwicklung, Beziehung, Wunschvorstellung von der Beziehung etc. darstellen?“

12.5 Selbst- und Fremdevaluation

Die Analyse der nonverbalen Interaktion ist eine effektive Methode für Selbst- und Fremdevaluation in Ausbildung, Berufspraxis und Forschung. Das Potential dieser Methode liegt insbesondere darin, dass unbewusste Prozesse in der Interaktion erfasst werden. Während die Analyse nonverbalen Verhaltens noch vor 20 Jahren ein mühsames Un-

terfangen war, ermöglichen die aktuellen technischen Entwicklungen eine einfache Aufzeichnung von Gesprächen mittels Video und eine objektive und reliable Analyse der nonverbalen Interaktion durch Anwendung von behavioralen Analysesystemen in Kombination mit Annotationssoftware (z. B. NEUROGES-ELAN, Lausberg, Sloetjes 2009/2015). Aufgrund der Vielzahl aktueller Forschungsprojekte zur Entwicklung (teil-)automatischer Analysen nonverbalen Verhaltens ist davon auszugehen, dass diese mittelfristig für die Analyse nonverbaler Interaktion zur Verfügung stehen werden.

12.5.1 Selbstevaluation und Selbstsupervision

In Ausbildung und Praxis bietet sich dem Arzt die Möglichkeit, das Gespräch mit dem (Schauspiel-)Patienten auf Video aufzuzeichnen und anschließend zu analysieren. Der Patient muss dazu sein schriftliches Einverständnis geben. Die Einverständniserklärung sollte den üblichen rechtlichen Datenschutzstandards entsprechen und eine möglichst eingeschränkte Nutzung der Videoaufzeichnung vorsehen, z. B. eine ausschließliche Nutzung durch den Arzt (und ggf. einen Supervisor). Ferner sollte die Option aufgeführt werden, bei Wunsch des Patienten das Video ggf. direkt nach der Aufzeichnung oder zu einem späteren Zeitpunkt zu löschen.

Die Selbstevaluation des Gesprächs anhand der Videoaufzeichnung kann im Prinzip anhand derselben Fragen erfolgen, die bei den Lernangeboten zur Selbst- und Fremdwahrnehmung aufgeführt wurden (vgl. Box 12.1-3). Für eine Analyse des Handbewegungsverhaltens können z. B. die NEUROGES Kurzskalen (siehe Anhang) eingesetzt werden und für eine Analyse von Körperstellung und -orientierung das Position Coding von Davis und Hadiks (1994).

12.5.2 Fremdevaluation und Forschung

In der bereits erwähnten Studie von DiMatteo et al. (1986) korrelierte die per Fremdevaluation ermittelte Fähigkeit der Hausärzte, Emotionen mimisch und prosodisch darzustellen, positiv mit der Patientenzufriedenheit bezüglich emotionaler Betreuung. Die Selbsteinschätzung der Ärzte hinsichtlich ihrer nonverbalen Ausdrucksfähigkeit hingegen korrelierte nicht mit der Patientenzufriedenheit. Methodisch illustriert diese

12. Nonverbale Interaktion

Studie die Notwendigkeit der Fremdevaluation von nonverbalem Verhalten im Vergleich zur Selbstevaluation.

Die Fremdevaluation der nonverbalen Interaktion erfolgt i. d. R. durch trainierte „Rater“, die für ein bestimmtes Analysesystem ausgebildet wurden. Analysesysteme, die primär für Fremdevaluations- und Forschungszwecke entwickelt wurden, beziehen sich in der Regel nur auf einen nonverbalen Parameter, z. B. auf Mimik oder auf Handbewegungsverhalten. Die objektive und reliable Analyse des nonverbalen Verhaltens ermöglicht es, im Bereich der Grundlagenforschung den Zusammenhang zwischen Parametern des nonverbalen Verhaltens und kognitiven, emotionalen und interaktiven Prozessen zu explorieren. Anhand dieser Befunde können nonverbale Parameter im Hinblick auf psychische und interaktive Prozesse validiert werden und empirisch basierte Methoden zur Verbesserung der nonverbalen Arzt-Patient-Interaktion entwickelt werden. Ferner kann die Effektivität von Kommunikationstrainings evaluiert werden. Ein Beispiel dafür ist die aktuelle Evaluation des KomPASS-Trainings zur Kompetenzerweiterung in der Onkologie (siehe § 43). Dabei bilden die Analyse der nonverbalen Interaktion mit NEUROGES-ELAN und die Beurteilung des Arztverhaltens mit dem KEK (siehe Anhang) unterschiedliche Aspekte der Interaktion ab (Gabor et al. 2014).

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Lothar Stemwedel für seine inhaltlich und stilistisch hilfreichen Kommentare und Corinna Klabunde für die Formatierung des Manuskriptes und die Erstellung des Literaturverzeichnisses.

13

Medizinische Kommunikationsdidaktik

Armin Koerfer, Christian Albus

13.1	Integratives Curriculum Kommunikation	619
13.2	Medizinische Kommunikationsdidaktik	624
13.2.1	Lernzieltaxonomie	
13.2.2	Didaktisch-methodischer Überblick	
13.3	Theorie, Reflexion, Training und Evaluation	630
13.4	Lern-Konzepte der Kommunikationsausbildung	634
13.4.1	Manual-basiertes Lernen	
13.4.2	Problemorientiertes Lernen	
13.4.3	Forschendes Lernen	
13.4.4	Komparatives Lernen: „Best Practice“-Beispiele	
13.4.5	Multimediales Lernen	
13.5	Lernen durch Probehandeln	647
13.5.1	Typen von praxisnahen Lernsituationen	
13.5.2	Lernen in multimedialen Gesprächssimulationen	
13.5.3	Lernen mit realen Patienten	
13.5.4	Lernen mit simulierten Patienten (SP)	
13.6	Prüfung kommunikativer Kompetenz	662
13.6.1	Das Beobachterparadoxon als Evaluationsproblem	
13.6.2	Standardablauf der Prüfung (OSCE)	
13.6.3	Feedback (SP) und Evaluation (KEK)	
13.6.4	Relevanz und Akzeptanz des Prüfungsverfahrens	
13.7	Weiterführende Hinweise	672

In the last 20 years, medical education and the broad profession that it serves have taken on communication education and training as an important component of the curriculum.

Kurtz, Cooke 2011: 583

Abstract: Wir geben hier einen *Überblick* über unser Lehrangebot und stellen die wichtigsten *methodisch-didaktischen* Konzepte vor, die

durchgängig in allen Modulen *eines integrativen Spiral-Curriculums* zum Tragen kommen. Das Spiral-Curriculum beginnt mit dem Erstsemester-tutorium und erstreckt sich über Vorlesungen und Praktika bis zur Vorbereitung auf das Praktische Jahr. In allen Ausbildungsstufen geht es über die Fächergrenzen hinaus um die zirkuläre Vermittlung von *Theorien, Reflexionen, Übungen* und schließlich *Prüfungen* zur kommunikativen Kompetenz, die schrittweise entwickelt und erweitert werden soll. Die *kommunikative* Kompetenz wird laufend mit *klinischen* Kompetenzen zur Diagnosestellung und Therapie bei spezifischen Krankheitsbildern vermittelt, zu denen die Studierenden kontinuierlich Praxiserfahrungen in den klinischen Praktika im kommunikativen Umgang mit Patienten machen können. Die Praktika finden in *Kleingruppenarbeit* statt, die wesentlich *kompetenzorientiert, problemorientiert, manualbasiert, multimedial* und *praxisbezogen* aufgebaut ist. Der Praxisbezug wird in *interdisziplinärer* Kooperation mit anderen Fächern durch Gesprächsübungen direkt mit *realen*, aber auch *simulierten* Patienten (SP) hergestellt, die zugleich in spezifischen *Prüfungen* (OSCE) mit ausgewählten Rollen- und Krankheitsbildern eingesetzt werden. Während wir nachfolgend einen Überblick über unser Curriculum Kommunikation und die tragenden Konzepte einer *medizinischen Kommunikationsdidaktik* geben, sollen die einzelnen Lehrveranstaltungen vom Erstsemester-tutorium bis zum Praktischen Jahr anschließend im gesamten *Kölner Curriculum Kommunikation* (KCK) (§ 14) im Detail dargestellt werden.

13.1 Integratives Curriculum Kommunikation

Im Anschluss an die internationale Forschung zur Arzt-Patient-Kommunikation (§ 2) haben sich seit über zwei Jahrzehnten vielfältige Reformansätze im Medizinstudium entwickelt. Für diese Reformansätze sind nicht nur die praxisbezogene Kleingruppenarbeit und neue Lernkonzepte wie das *Problemorientierte Lernen* (POL) charakteristisch, sondern auch, dass die Ausbildung und Fortbildung in der ärztlichen Gesprächsführung eigene Schwerpunkte gebildet hat, in denen spezifische Lehr-, Übungs- und Prüfungsmethoden (mit Rollenspielen, Simulierten Patienten, OSCE usw.) entwickelt und erprobt wurden.¹

¹ Aus der Vielfalt der Publikationen zu Reformen des Medizinstudiums und der spezifischen Entwicklung von Kommunikationscurricula kann hier nur

An unserer Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Uniklinik Köln haben wir in Kooperation mit anderen Fächern und dem Studiendekanat seit über zwei Jahrzehnten an der Entwicklung eines *integrativen, kompetenzorientierten, interdisziplinären und longitudinalen* Curriculums zur Kommunikation gearbeitet (§ 14), bei dem sich die Lehre, Übung und Prüfung der ärztlichen Gesprächsführung sowohl an Erfordernissen einer biopsychosozialen Medizin (§ 4) als auch an neuen Lern- und Prüfungsmethoden orientiert. In enger Koordination mit anderen Fächern und dem Studiendekanat verfolgen wir während des gesamten Medizinstudiums und in der Fortbildung zur psychosomatischen Grundversorgung ein integratives Curriculum, das in allen Ausbildungsstufen wesentlich *kompetenzbasiert, problemorientiert, manualbasiert, praxisbezogen* und *multimedial* aufgebaut ist (Koerfer et al. 1996, 1999, 2008, Köhle et al. 1997, 1999, 2003, Obliers et al. 2002). Der interdisziplinäre Praxisbezug wird laufend im direkten Umgang mit *realen* oder *simulierten* Patienten (SP) mit Krankheitsbildern aus verschiedenen Fächern bzw. Kliniken (Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Dermatologie usw.) oder indirekt durch videographierte und transkribierte Gesprächsfälle aus realen Sprechstunden und Visiten hergestellt, die *multimedial* aufbereitet wurden.

Mit spezifischen Schwerpunktbildungen enthalten die Lehrveranstaltungen differenzierte Lernangebote zu Theorien der Arzt-Patient-Beziehung und Kommunikation, kritischen Reflexionen und praktischen Übungen, an die sich wiederum regelmäßig Evaluationen anschließen. Zu diesem Zweck der Evaluation führen wir an unserer Klinik für Psychosomatik und Therapie seit 1999 spezifische Prüfungen (OSCE) mit *simulierten* Patienten durch (§ 41), in denen wir den *Kölner*

eine sehr begrenzte Auswahl getroffen werden, mit der wir bei weitergehendem Interesse für einen so großen Zeitraum und so viele Studienorte nur exemplarisch auf folgende (Übersichts-)Arbeiten zu verschiedenen konzeptionellen, curricularen und didaktisch-methodischen Aspekten verweisen können: Norman, Schmidt 1992, Barrows 1994, Harden, Davis 1998, Moust, Bouhuijs, Schmidt 1999, Davis, Harden 1999, Koerfer et al. 1996, 1999, 2000, 2008, Köhle et al. 1999, 2003, Jünger, Köllner 2003, Deveugele et al. 2005, Lane, Rollnick 2007, Brown 2008, Fragstein et al. 2008, Bachmann et al. 2009, Silverman 2009, Hargie et al. 2010, Roch et al. 2010, Harden 2011, Kurtz, Cooke 2011, Frischenschlager, Hladschik-Kerner (Hg.) 2013, Kiessling, Langewitz 2013, Bachmann et al. 2013, Mortsiefer et al. 2014, Deveugele et al. 2015, Sator, Jünger 2015a, b, Härtl et al. 2015, Thistlethwaite 2016, Frain, Abdalla 2018.

Evaluationsbogen Kommunikation (KEK) einsetzen (Koerfer et al. 2008). Nach dem Prinzip, das nur geprüft werden soll, was zuvor gelehrt wurde, orientiert sich der Evaluationsbogen an unserem *Manual zur ärztlichen Gesprächsführung* (Köhle et al. 2010), das seit 1998 in mehreren Auflagen leicht überarbeitet wurde und in der Ausbildung und Fortbildung in Köln, aber auch in anderen Uni-Kliniken genutzt wird. Das Manual wird im Praxisteil (§ 17-23) anhand von Beispielen ausgeführt, der Einsatz des Evaluationsbogens wird im Evaluationsteil (§ 40-41) beschrieben.

Unser Lehrangebot insgesamt (Tab. 13.1) erstreckt sich vom Erstsemestertutorium über Vorlesungen sowohl in der vorklinischen als auch klinischen Ausbildungsphase, in der die Kurse zentral für den kommunikativen Umgang mit realen und simulierten Patienten sind, bis hin zum PJ-Startblock, der die Studierenden unter der Leitung des Studiendekanats auf das Praktische Jahr vorbereiten soll. Darüber hinaus bieten wir Fortbildungsveranstaltungen an, die sich an praktizierende Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Fort- und Weiterbildungsordnung wenden (§ 16, 43). Innerhalb dieses Rahmens werden von uns auch spezifische Fortbildungen für Tutorinnen und Tutoren sowie Dozentinnen und Dozenten angeboten („teach the teachers“), die ihrerseits an Lernkonzepten für die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in ihren spezifischen Tätigkeitsbereichen arbeiten. In der vorklinischen und klinischen Ausbildung sind die Lehrveranstaltungen unserer Klinik thematisch eng verknüpft mit benachbarten Fächern, in denen die Vermittlung *psychosozialer* Kompetenzen zentral ist.

In einer interdisziplinären Vorlesung werden bereits in der vorklinischen Phase bestimmte Themen und Probleme im kommunikativen Umgang mit Patienten bei bestimmten *Krankheitsbildern* behandelt (Diabetes, Rückenschmerz usw.). Während in der Kleingruppenarbeit bereits im Erstsemestertutorium die Grundlagen für das Verständnis der ärztlichen Gesprächsführung im Rahmen einer biopsychosozialen Medizin gelegt werden, ist das Praktikum im 1. klinischen Semester der zentrale Baustein für die Theorie und Praxis der ärztlichen Gesprächsführung, die in Kleingruppen mit realen Patienten aus verschiedenen Fächern bzw. Kliniken (Innere Medizin, Chirurgie, Dermatologie usw.) vermittelt und in der Wahlpflichtveranstaltung nochmals vertieft wird.

Semester	Typ der Lehr-Veranstaltung	Inhalte - Lernziele	Didaktik - Methodik	Prüfung
1. Vorklinik	Tutorium	Biopsychosoziale Medizin und Gesprächsführung	Theorie, Reflexion, VG, RS, SP, POL	Text-Klausur
1.-4. Vorklinik	Vorlesung	Interdisziplinäre Kompetenzfelder: Diabetes, Rückenschmerz, Myokardinfarkt, Tod und Trauer usw.	Vortrag, Multimedia, Video-Gespräche mit RP	Text-, MC-Klausur
1. Klinik	Kurs	Biopsychosoziale Anamneseerhebung, Ärztliche Gesprächsführung	Theorie, Reflexion, Training; POL, RP, SP, RS, VG, Video Konferenz	OSCE, KEK
	Video-Konferenz			
	PatDocTalk MM			
1. Klinik	Wahlpflicht-Seminar	Gesprächsführung, Anamneseerhebung, BBN, SDM, Palliativmedizin	Theorie, Reflexion, POL, VG, Komparative Kasuistik, Video-Konferenz, Multimedia PDT	
4. Klinik	Vorlesung	Psychosomatik und Psychotherapie	Vortrag; Multimedia, VG, Interaktiv	MC-Klausur
4. Klinik	Block-Kurs	Psychodiagnostische Gesprächsführung bei spezifischen Krankheitsbildern	Theorie, Reflexion, Training, POL, RP, SP, VG, MG, Junior-Balint-Arbeit, Selbsterfahrung	MC-, Text-Klausur
4. Klinik	Wahlpflicht-Seminar	Theorie und Praxis der Psychodynamischen Psychotherapie, BBN, SDM	Theorie, Reflexion, POL, MG, Komparative Kasuistik, Video-Konferenz	
4. Klinik	Wahlpflicht-Seminar	Onkologie, BBN, SDM	Theorie, Reflexion, POL, MG,	
Fortbildung	Kurs	Psychosomatische Grundversorgung	Balint-Arbeit, POL, Fallberichte, VG, RP, RS, SP	MC-, Text-Klausur, KEK

Tab. 13.1. Curriculum der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie (Uni-Köln)
(s. nachfolgende Legende)

13. Medizinische Kommunikationsdidaktik

Legende (Tab. 13.1)

POL	Problemorientiertes Lernen	MG	Manual zur Gesprächsführung
RP	Reale Patienten	BBN	Breaking Bad News
RS	Rollenspiel	SDM	Shared Decision Making
SP	Simulationspatienten	OSCE	Objective Structured Clinical Examination
MC	Multiple Choice	PDT	PatDocTalk (Multimedia-Programm)
VG	Video-Gespräche	KEK	Kölner Evaluationsbogen Kommunikation
MM	Multimedial		s. Anhang § 44.2

Die bisher von den Studierenden erworbenen *kommunikativen Kompetenzen* werden dann in der Vorlesung zur Psychosomatik und Psychotherapie sowie im Block-Kurs und Wahlpflichtseminar im 4. klinischen Semester als *psychotherapeutische Kompetenzen* ausdifferenziert und erprobt. Diese fortgeschrittene klinische Ausbildungsphase ist vor allem durch die Kommunikation mit spezifisch erkrankten Patienten bestimmt (Angststörung, Anorexie, Diabetes usw.), auf die sich ärztliches Handeln mit einer kommunikativen Passungskompetenz (§ 3.2) entsprechend passgenau einzustellen hat.

Dabei werden auch *selbstreflexive* Formen der Junior-Balint-Arbeit eingeführt, in denen die Studierenden auf ihre spätere Berufspraxis vorzubereiten sind, in der der kommunikative Umgang mit schwierigen Patienten zu antizipieren ist (§ 34), der zu einer besonderen Belastung der Arzt-Patient-Beziehung führen kann. Hier werden auch Probleme der ärztlichen „Psycho-Hygiene“ besprochen, die einen schonenden Umgang mit den eigenen Ressourcen verlangen.

Dass die Arzt-Patient-Beziehung und Gesprächsführung in Abhängigkeit von der Art und Schwere der Erkrankung sowie dem Alter, dem Geschlecht, der Bildung sowie der sozio-kulturellen Herkunft und Persönlichkeit der Patienten individuell gestaltet werden muss (§ 3.2, 10.7, 28, 37), ist in der klinischen Ausbildungsphase verstärkt zu vermitteln. Dies geschieht entweder im direkten kommunikativen Umgang mit Patienten oder anhand von ausgewählten Fallbeispielen aus der Sprechstunde und Visite, an denen etwa Probleme der Verleugnung ernsthafter Erkrankungen (z. B. nach Myokardinfarkt) oder des kommunikativen Umgangs mit *subjektiven Theorien* von Patienten behandelt werden (Albus 2014, Albus, Köhle 2017, Birkner 2006, Birkner, Vlassenko 2015) (§ 21.5). Diese Probleme eines individuellen Zugangs zum Patienten und seinen subjek-

tiven Erklärungs- und Verarbeitungsformen werden über die obligatorischen Veranstaltungen hinaus insbesondere in den Wahlpflichtseminaren vertieft (§ 14), in denen es um eine spezifische Vermittlung von kommunikativen und klinischen Kompetenzen geht (§ 3.2).

Dazu gehören etwa *supportive* und *ressourcenaktivierende* Gesprächstechniken in *Motivationsgesprächen*, aber auch der kompetente Umgang mit Abwehrformen (Verleugnung, Projektion) von Patienten, die im Gespräch von ärztlicher Seite mit einer Verstehens- und Interpretationskompetenz überhaupt erst erkannt werden müssen, bevor darauf etwa mit einer *tangentialen* Gesprächsführung (§ 3.2, 17.3) angemessen reagiert werden kann.

13.2 Medizinische Kommunikationsdidaktik

Sowohl in der Forschung als auch in der Lehre zur Arzt-Patient-Kommunikation ist zu berücksichtigen, dass die Wahl bestimmter Kommunikationsformen, wie etwa des *aktiven Zuhörens* (Redeermunterung, Wiederholung, Paraphrase usw.), das der Förderung von Patientenerzählungen dienen kann (§ 9, 19), wesentlich von der Wahl des *Beziehungsmodells* abhängt, in dem die Macht und Kontrolle über das Gespräch und schließlich über den Gesprächspartner vom Arzt recht unterschiedlich ausgeübt werden können (§ 10).

Wer als Arzt noch ganz dem traditionellen, *paternalistischen* Modell der Arzt-Patient-Beziehung verhaftet ist, wird kaum nachvollziehen können oder wollen, warum bei der Anamneseerhebung (§ 9) ein rein interrogativer Interviewstil oder bei der Entscheidungsfindung (§ 10) eine rein strikte Anweisung oder eine einschüchternde Zurechtweisung oder gar Drohung wenig zielführend sein können. Ebenso wird ein Arzt, der ein *Dienstleistungsmodell* präferiert, seine beschwichtigenden Bagatellisierungen oder schonenden (Not-)Lügen oder verlockenden Versprechungen oder seine zustimmungserheischenden Suggestivfragen nicht per se unangemessen finden, nur weil sie offensichtlich gegen das Transparenzprinzip ärztlichen Handelns (§ 7.5, 10.5) verstoßen.

Wie vorausgehend immer wieder begründet wurde, ist eine Förderung der kommunikativen Kompetenz nicht mit einer Rhetorikschulung zu verwechseln, sondern im Rahmen der Vermittlung einer bi-

opsychosozialen und dialogischen Medizin zu leisten (§ 4, 7-10). Hierzu bedarf einer spezifisch *medizinischen Kommunikationsdidaktik*, in der die Lernziele zur ärztlichen Gesprächsführung mit höherrangigen Lernzielen einer biopsychosozialen Patientenversorgung in einer *Lernzieltaxonomie* verknüpft und für die Zielerreichung dann in einem *Spiral-Curriculum* geeignete *didaktisch-methodische* Konzepte genutzt werden. Nachfolgend sollen die Grundzüge einer medizinischen Kommunikationsdidaktik im Überblick und dann spezifische Lern- und Prüfungskonzepte im Detail dargestellt werden, deren Anwendung in einzelnen Lehrveranstaltungen im Rahmen des gesamten *Kölner Curriculums Kommunikation* (KCK) gesondert (§ 14) beschrieben wird.

13.2.1 Lernzieltaxonomie

Zwar zielt die Kommunikationsausbildung auf eine Veränderung des ärztlichen Gesprächsverhaltens, aber die entsprechenden Lernziele auf dieser Verhaltensebene sind mit höherrangigen Lernzielen zu vermitteln. Entsprechend sind in der Kommunikationsausbildung im Sinne einer *Taxonomie* von hierarchisch gegliederten Lernzielen bestimmte *Richt-* und *Grobziele* und schließlich *Feinziele* zu unterscheiden, an deren Ende erst jene konkreten Gesprächsmaximen stehen können, an denen sich das ärztliche Gesprächsverhalten als manifeste Form orientieren kann (Abb. 13.1). Eine entsprechende Lernzieltaxonomie lässt sich in einer exemplarischen Darstellung mit Hilfe von *Zweck-Mittel-Relationen* abbilden (s.u.), die den spezifischen Abhängigkeiten der Lernziele auf der Ebene des beobachtbaren Gesprächsverhaltens („Paraphrasen“, „Wiederholungen“ usw.) von jeweils höherstufigen Lernzielen Rechnung tragen.

Die Wechselwirkung und das Zusammenspiel zwischen den Lernzielen waren vorausgehend schon beschrieben worden (§ 3, 8-10). Nur wer als Arzt im Rahmen einer biopsychosozialen Medizin einen narrativen Ansatz verfolgt, stellt seine typischen ärztlichen Informationsfragen zu Details der Beschwerdeschilderung zunächst zurück (§ 21) und lässt vorerst seinen Patienten erzählend zu Wort kommen. Und nur wer als Arzt den Patienten zur Weiterrede ermuntert, eröffnet Chancen für Patientenerzählungen im Rahmen einer biopsychosozialen Medizin.

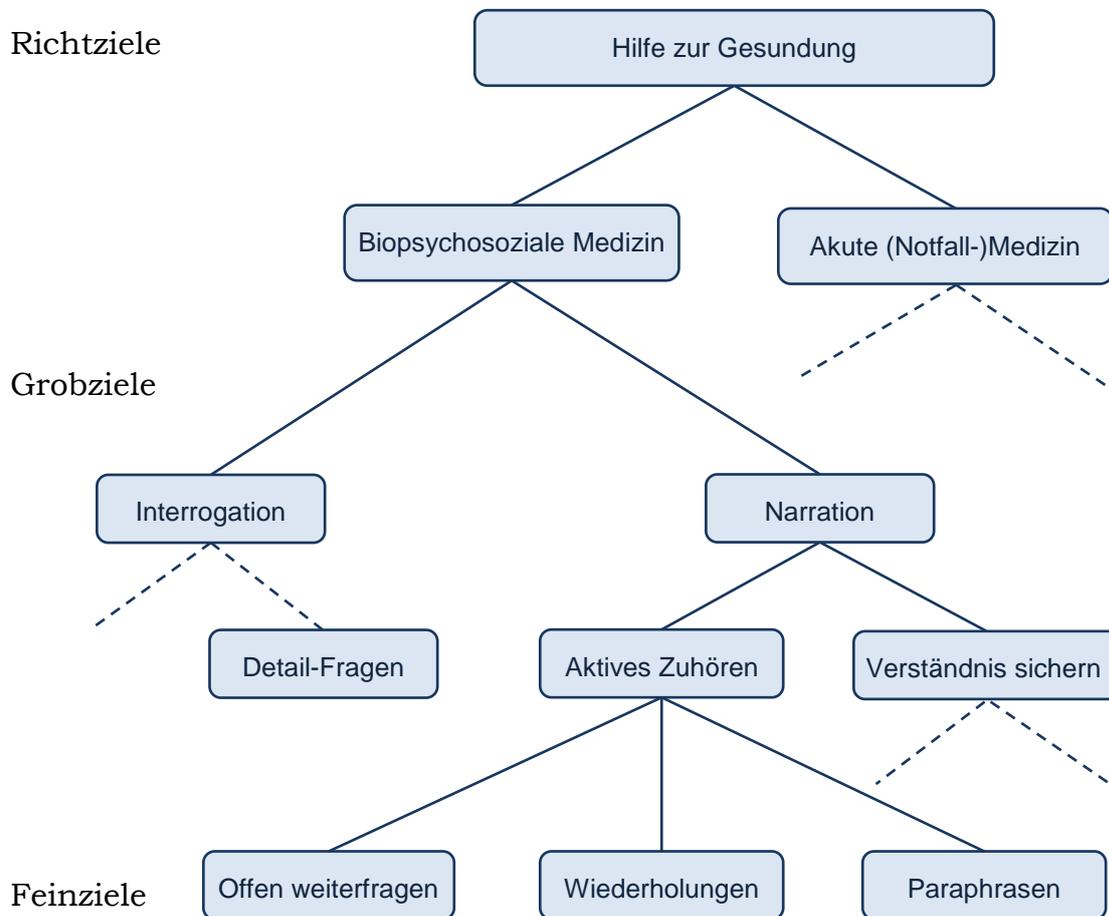


Abb. 13.1: Lernzieltaxonomie (mod. n. Koerfer et al. 2008)

Die gesamte Lernzieltaxonomie lässt sich entsprechend der Tradition der analytischen Handlungstheorie (Koerfer 2013) in sog. „indem“-Relationen formulieren, die von größeren Einheiten zu kleineren Einheiten fortschreiten (*top down*) (Box 13.1). Umgekehrt können etwa mittels „dadurch dass“-Relationen auch Beschreibungen von kleineren zu größeren Einheiten gewählt werden (*bottom up*). So können die Wechselwirkungen von (Typen von) Lernzielen in beiden Richtungen beschrieben werden. Eine explizite Variante mit *indem*-Relationen, die einer Ordnung von oben nach unten folgt, könnte dann exemplarisch in folgender Form formuliert werden (Box.13.1), bei der lediglich einige Hauptalternativen beim ärztlichen Handeln berücksichtigt werden sollen.

Box 13.1 Indem-Relationen zwischen Richt-, Grob- und Feinlernzielen

Trage zur Besserung des Patienten bei, indem du ihn nach dem biopsychosozialen Modell versorgst, indem du (...) einen narrativen Interviewstil praktizierst, indem du den Patienten erzählen lässt, indem du (...) ihm aktiv zuhörst, indem du (ihn nach Möglichkeit nicht unterbrichst und) bei passender Gelegenheit seine Worte wörtlich wiederholst oder paraphrasierst. Oder in Kurzform ausgedrückt: Die kommunikativen Funktionen von Paraphrasen oder Wortwiederholungen sind im Dienste einer narrativ-basierten, biopsychosozialen Medizin zu nutzen. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung besteht dabei in der kommunikativen Passung (...) von verbalen Interventionen des Arztes, die nicht beliebig, sondern kontextsensitiv erfolgen muss, um etwa an dieser aktuellen Gesprächsstelle eine Erzählung in Gang zu bringen, zu fördern oder zu bearbeiten usw.

Koerfer et al. 2008: 47

Die funktionale Wechsel-Perspektive zwischen den Lernzielen zu vermitteln, ist eine Hauptaufgabe einer guten Lehre zur Gesprächsführung, die immer *passgenau* und *kontextsensitiv* zu leisten ist (§ 3.2, 17). So haben bestimmte Kommunikationsformen keinen Selbstzweck, sondern erfüllen ihre Funktion nur im Rahmen höhergeordneter Zielsetzungen. Die bloße Häufung von Hörerrückmeldungen (*hm, ja*) oder Schweigepausen kann ebenso zu Kommunikationsstörungen führen wie der anhaltende Blickkontakt, der als Anstarren ausgelegt werden kann. Eine gezielte Veränderung im ärztlichen Gesprächsverhalten macht nur Sinn, wenn diese zugleich höherrangigen Zielen einer biopsychosozialen Medizin dient, deren kommunikative Formen und Funktionen vorausgehend in einer dialogischen Medizin (§ 7.5) beschrieben wurden, die wesentlich durch einen narrativen (§ 9) und partizipativen Ansatz (§ 10) der Patientenversorgung gekennzeichnet wird.

Die für die Kommunikationsausbildung tragenden Lernzielkomplexe sollten nicht nur „im Kopf der Lehrenden“ unterrichtsleitend sein, sondern im Sinne des allgemeinen Transparenzgebots der Lehre in der Unterrichtspraxis für die Lernenden selbst immer wieder offen gelegt werden. Nur durch Offenlegung und Selbstvergewisserung der Lernziele kann eine Lernhaltung erzeugt werden, die eine sog. patientenzentrierte Gesprächsführung nicht nur passiv als bloßes rhetorisches Zugeständnis an Patienten zu tolerieren bereit ist, sondern als ärztliches Anliegen

einer biopsychosozialen Patientenversorgung versteht, das auch im ärztlichen Interesse aktiv wahrzunehmen ist.

Erst unter der Voraussetzung eines permanent reflexiven Rückbezugs auf eine biographisch-narrative Anamneseerhebung und kooperative Entscheidungsfindung innerhalb eines biopsychosozialen Versorgungsmodells kann eine bloß schematische Aneignung von Kommunikationstechniken verhindert und eine *Manualisierung* der Gesprächsführung gerechtfertigt werden (§ 17-23), mit der schließlich Veränderungen auf der konkreten Ebene beobachtungsnahen Gesprächsverhaltens von Ärzten erreicht werden sollen, die beiden Gesprächspartnern zugutekommen können.

13.2.2 Didaktisch-methodische Konzepte im Überblick

Bevor wir im Praxisteil auf die intendierten Veränderungen des ärztlichen Gesprächsverhaltens im Rahmen der höherrangigen Zielsetzung einer biopsychosozialen Patientenversorgung weiter eingehen, sollen unsere *didaktisch-methodischen* Konzepte vorgestellt werden, die hier zunächst in einem tabellarischen Überblick zu einer *medizinischen Kommunikationsdidaktik* (Tab. 13.2) zusammenfassend dargestellt werden.

Wie im Überblick schon deutlich wird, bedienen wir uns auch in unseren Lehrveranstaltungen der allgemeinen Konzepte einer Medizindidaktik, wie sie sich inzwischen in der medizinischen Aus- und Fortbildung etabliert haben. Was sich für die *Medizindidaktik* insgesamt bewährt hat, soll für eine spezifisch *medizinische Kommunikationsdidaktik* nachfolgend konkretisiert und spezifiziert werden.

So soll etwa das bewährte *problemorientierte* Lernen ebenso für eine medizinische Kommunikationsdidaktik genutzt werden, indem etwa misslungene mit gelungenen Gesprächsfällen („best practice“) kontrastiert werden, ohne dass dieser Unterschied zuvor im Unterricht explizit markiert worden wäre. Nur so kann das *aktive* und *selbständige Problemlösen* der Studierenden auch bei der ärztlichen Gesprächsführung gefördert werden, die keineswegs einem *Schema F* folgen sollte. Insofern ist auch unserer *Manual* zur ärztlichen Gesprächsführung sowohl im Unterricht wie beim Selbstlernen als eine Strukturierungshilfe einzusetzen, die im Sinne problemorientierten Lernens flexibel und fallspezifisch zu nutzen ist usw.

13. Medizinische Kommunikationsdidaktik

Didaktik und Methodik	Merkmale - Beispiele
Theoriegeleitet	Biopsychosoziale Medizin, Krankheitstheorie, Beziehungstheorie, Kommunikationstheorie, Modelle der Entscheidungsfindung usw.
Kompetenzorientiert	Fähigkeiten, Fertigkeiten, Haltungen beim instrumentellen (OP, Medikation) und kommunikativem Handeln
Manual-basiert	Manual zur ärztlichen Gesprächsführung und Mitteilung schwerwiegender Diagnosen (Leporello „für die Kitteltasche“)
Problemorientiert	Transparenz vs. Manipulation, Interrogation vs. Narration, konfrontative vs. tangentielle Gesprächsführung
Forschungsorientiert	Strittige Fragen einer „guten“ Gesprächsführung: Schonung vs. Offenheit; Offene vs. suggestive Fragen, konfrontative vs. tangentielle Gesprächsführung usw.
Fall- und praxisbezogen	Praxisbezug in Klinik (Visite) und Hausarzt-Praxis bzw. Facharzt-Praxis
Transkript-basiert	„Verschriftung“ aufgezeichneter Gespräche, spezifische „Best practice“-Beispiele
Multimedial	Video-Gespräche (mit spezifischen Krankheitsbildern), Bild, Ton, Info-Texte, Transkriptionen, Graphiken, Videokonferenzen mit realen Patienten usw.
Trainingsorientiert	Übungsgespräche mit realen und simulierten Patienten, Probehandeln, Multimediaprogramm „PatDocTalk“?
Gruppen- und selbstlernorientiert	Vorlesung („Frontalunterricht“), Praktikum („Gruppenunterricht“), Tutorium, „Hausaufgaben“ (Lektüre, Übungen)
Selbstreflexiv und selbstevaluativ	Rollenspiel, Simulation, Multimedia-Programm („PatDocTalk“), Evaluation
Prüfungsorientiert	Simulationspatienten, Evaluation: OSCE, Feedback, Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)

Tab. 13.2: Konzepte einer medizinischen Kommunikationsdidaktik

Der bereits einleitend (§ 1, 2) ausgewiesene methodische Ansatz einer empirischen Gesprächsforschung soll mit unserem didaktischen Ansatz so verknüpft werden, dass wir in der fall- und praxisbezogenen Lehre und beim Selbstlernen jeweils reale Arzt-Patient-Gespräche zugrunde legen, die die Lernenden entweder selbst mit realen Patienten in Live-Situationen führen, die eine Arbeitsplatz-Situation nachgebildet sind, oder die bereits direkt am ärztlichen Arbeitsplatz in der Visite oder Hausarztpraxis aufgezeichnet wurden.

Diese aufgezeichneten Gespräche wurden multimedial so aufbereitet, dass sie als Lernanlässe für Gesprächsreflexionen oder eigene Interventionsübungen (in einem Multimedia-Programm) genutzt werden können, worauf wir sogleich (§ 13.4.5) zurückkommen werden.

Wie die didaktisch-methodischen Konzepte in einem integrativen Curriculum zusammen wirken, soll nachfolgend in einer fortschreitenden *Lern-Lern-Spirale* beschrieben werden, in der die Lernenden auf immer höheren Lernniveaus ihre kommunikativen Kompetenzen erweitern und schließlich in der Evaluation unter Beweis stellen können. Anschließend werden die wesentlichen Lernkonzepte einer medizinischen Kommunikationsdidaktik im Detail dargestellt.

13.3 Theorie, Reflexion, Training und Evaluation

Unser Lehrangebot ist insgesamt als *integratives Spiral-Curriculum* aufgebaut, in dem die klinischen und kommunikativen Kompetenzen der Studierenden in zirkulären Lernprozessen systematisch aufeinander bezogen und schrittweise aufgebaut und erweitert werden (§ 14.1.3) (Murrhardter Kreis 1995, Kurtz, Silverman, Draper 1998, Harden, Stamper 1999, Koerfer et al. 2008, Fragstein et al. 2008, Silverman 2009). In wiederkehrenden Themenschleifen werden alte und neue Wissens- und Handlungskompetenzen zu verschiedenen Lernanlässen auf immer höheren Lernlevels erprobt und geprüft (Box 13. 2), die von der vorklinischen über die klinische Ausbildung bis ins Praktische Jahr führen und schließlich in der Fortbildung weitergeführt werden.

Box 13.2 Features of a spiral curriculum

1. *Topics are revisited:* Students revisit topics, themes or subjects on a number of occasions (...) They may revisit themes, such as clinical skills, or medical ethics. They may return to generalizable and transferable skills such as management or communication.
2. *There are increasing levels of difficulty:* The topics visited are addressed in successive levels of difficulty (...)
3. *New learning is related to previous learning:* New information or skills introduced are related back and linked directly to learning in previous phases of the spiral (...).
4. *The competence of students increases:* The learner's competence increases with each visit, until the final overall objectives are achieved. This progressive gain in competence can be tested through the assessment procedures.

Harden, Stamper 1999: 141

Das Spiral-Curriculum beginnt an unserer Klinik bereits im Erstsemester-tutorium (§ 14.2), in dem am Modell einer biopsychosozialen Medizin (§ 4) kommunikative Basis-Kompetenzen (wie etwa des *Aktiven Zuhörens*) vermittelt werden, die dann schrittweise erweitert werden. Die Lehrveranstaltungen sind inhaltlich vernetzt und folgen jeweils dem Konzept des problemorientierten Lernens (POL) (§ 13.4.2), das sich auf jedem Lernniveau in einer mehrphasigen Lehr-Lern-Spirale von Theorie, Reflexion, Training und Evaluation bewegt (Abb. 13.2). Je nach individuellen und institutionellen Lernbedingungen (Gruppengröße, Vorwissen, Lernstand, Lernzeit, Lerntempo usw.) kann der Einstieg in diese Lehr-Lern-Spirale eher theorie- oder eher praxisbezogen gewählt werden.

In der Regel werden an unserer Klinik nach einer kurzen theoretischen Einführung, die sich an ausgewählter Forschungsliteratur, Lehrfilmen und an unserem *Manual* zur ärztlichen Gesprächsführung (MG) orientiert (§ 13.4.1), problemorientierte Praxisfälle zum Ausgangspunkt weiterer Lernprozesse genommen. Dabei werden die ersten Reflexionsphasen über Fallberichte oder Video-Gespräche aus unserem multimedialen Lernprogramm initiiert, das sowohl *positive* („best practice“) Beispiele, aber auch *negative* („worst practice“) Beispiele anbietet, an denen insgesamt vergleichend gelernt werden kann (§ 13.4.4). Die in der reflexiven Lernphase erzielten Lernfortschritte können dann in spezifischen

Trainingsphasen in Gesprächen mit realen Patienten (RP) oder simulierten Patienten (SP) (§ 13.5) sowie im selbstreflexiven Rollenspiel (RS) vertieft werden (Koerfer et al. 1996). Die Übungsgespräche werden dann jeweils einer Evaluation unterzogen, die gegebenenfalls aus einem erlebnisnahen Feedback der Patienten (SP, RS) sowie der kritischen Beobachtungsperspektive der Teilnehmer und Dozenten gegeben wird, deren Rating sich wiederum am Manual bzw. Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK) (s. Anhang) orientiert, das allen Beteiligten zur Kontrolle zur Verfügung steht.

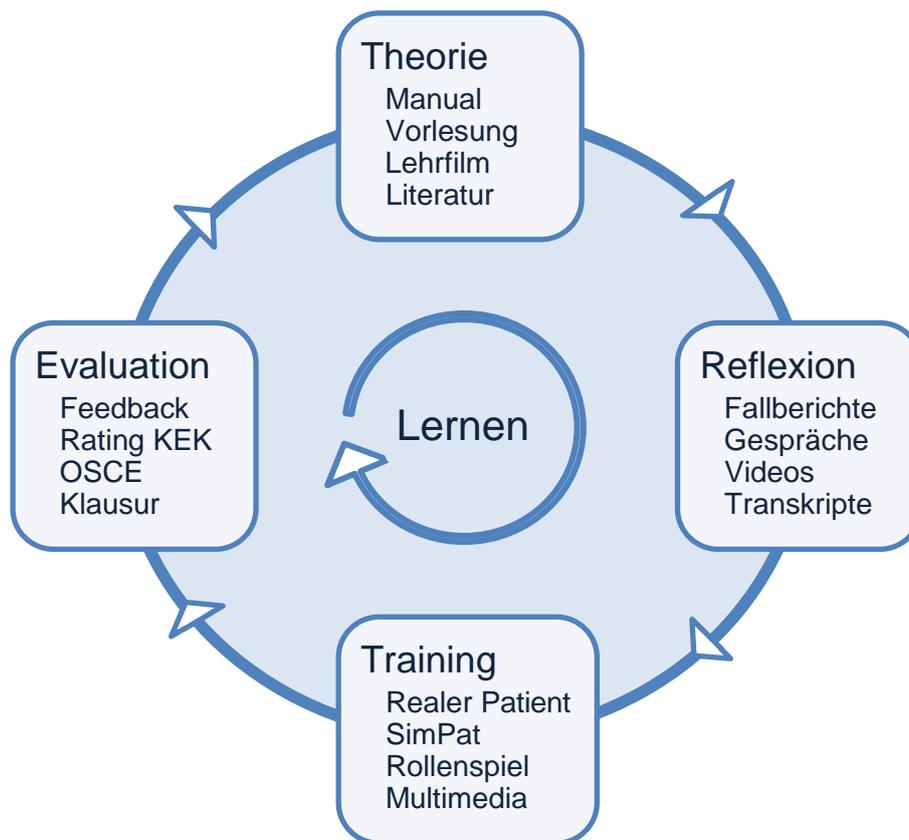


Abb. 13.2: Lehr-Lern-Spirale

Je nach aktuellem Lernstand werden dann weitere Theoriestücke oder neue Praxisfälle mit anschließenden Reflexions-, Trainings- und Evaluationsphasen in die Lehr-Lern-Spirale eingezogen, die in erweiterten Lernschleifen auf einem jeweils höheren Lernniveau durchlaufen wird, wobei bestimmte Themen (Biographisch-narrative Anamneseerhebung, BBN, SDM, Non-Adhärenz, Abwehrformen usw.) wieder aufgenommen, modifiziert oder ergänzt und vertieft werden.

13. Medizinische Kommunikationsdidaktik

In wiederholt erfolgreichen Durchgängen durch die Lehr-Lern-Spirale können die Lernenden jeweils durch Theorien ihr aktives Wissen (*knowledge*) erweitern, durch Reflexionen ihre Einstellungen (*attitudes*) ändern und durch Übungen Technikfertigkeiten (*skills*) zur Gesprächsführung erwerben, die sie gegenüber realen und simulierten Patienten (SP) mit einer hinreichenden *Passgenauigkeit* kompetent anzuwenden verstehen (§ 3.2-3, 17.2-3). Diese Kompetenz wird wiederum in spezifischen Prüfungsverfahren (OSCE) einer *Evaluation* unterzogen (§ 13.6, 40-43), bei der objektive und subjektive Bewertungen kombiniert werden.

Im *idealen* Fall höherstufigen Lernens, bei dem man (im Sinne von George Bateson 1985) die eigenen Wissens-, Einstellungs- und Verhaltensveränderungen auch selbst wahrnehmen kann, werden einzelne Teilnehmer ihre individuellen Lernfortschritte in der eigenen Gesprächspraxis selbstreflexiv bemerken und diese Selbstwahrnehmungen in der Lerngruppe entsprechend einbringen (Koerfer et al. 2004), in dem sie etwa folgende Typen der Selbst- und Verhaltensveränderung formulieren:

- Ich kann jetzt besser zuhören
- In bin achtsamer geworden
- Ich bin weniger ungeduldig
- Ich bin weniger voreingenommen
- Ich gehe strukturierter vor

Derartige Selbsterkenntnisse der Lernenden, die natürlich auch einer Selbsttäuschung im Sinne einer Selbstüberschätzung unterliegen können, sind wiederum in weiteren Evaluationsverfahren (Video-Analyse, Rating, KEK) zu überprüfen, die sich nicht nur auf „erinnertes“, sondern auf real „gezeigtes“ Gesprächsverhalten beziehen (§ 40-43). Schon so manch eine Selbsteinschätzung („Ich lasse die Patienten ausreden“) musste in der Fremdbeobachtung korrigiert werden, wenn etwa in der Video-Aufzeichnung eine hohe Zahl von ärztlichen Unterbrechungen manifest wurde. Je nach Ergebnis objektivierbarer Evaluation werden dann korrigierende, modifizierende oder verstärkende Lernprozesse neu in Gang gesetzt usw., deren erreichte Zwischenstände dann jeweils weiter evaluiert werden können.

13.4 Lernkonzepte der Kommunikationsausbildung

Die Lehre zur ärztlichen Gesprächsführung folgt spezifischen didaktisch-methodischen Konzepten, die hier allgemein vorgestellt und später im Überblick über das gesamte *Kölner Curriculum Kommunikation* (KCK) (§ 14) und im Praxisteil (17-23) weiter ausgeführt werden sollen.

13.4.1 Manual-basiertes Lernen

Didaktisch-methodische Grundlage für die Lehre an unserer Klinik ist ein *Manual zur ärztlichen Gesprächsführung* (Abb. 13.3), das wir für Aus-, Fort- und Weiterbildungszwecke entwickelt haben und dessen Erstauflage (1998) inzwischen mehrmals überarbeitet wurde (Köhle et al. 2010). Das Manual ist in der Form eines Leporellos gestaltet und soll als „Studienbegleiter im Kitteltaschenformat“ verwendet werden, der auf differenzierte Weise vom Erstsemestertutorium bis zur Fortbildung in der Psychosomatischen Grundversorgung benutzt werden kann (Koerfer et al. 1999, 2004, Köhle et al. 2003, Köhle et al. 2010). Zum anderen dient das Manual als Strukturvorlage für ein multimediales Lernprogramm (Koerfer et al. 1999), das für individuelle Anwendungen und im Gruppenunterricht zur Verfügung steht (§ 13.4.5).

Das Manual gliedert sich auf in einen allgemeinen Teil zur Ärztlichen Gesprächsführung (Vorderseiten) und einen speziellen Teil zur Mitteilung schwerwiegender Diagnosen (Rückseiten), worauf hier nur am Rande eingegangen werden kann (Köhle et al. 2010). Beide Teilbereiche untergliedern sich weiterhin jeweils in 6 Schritte/Funktionen (Abb. 13.3), die bei einer idealtypischen Verlaufsform von realen Gesprächen auch in dieser Abfolge (1-6) realisiert werden.

Alle 6 bzw. 12 Haupt-Funktionen des Manuals sind in weitere Sub-Funktionen untergliedert, die als Gesprächsmaximen zu verstehen sind und die nach Möglichkeit bis auf die Verhaltensebene der Gesprächsführung operationalisiert und mit Ankerbeispielen versehen wurden. Diese Ankerbeispiele werden wir im Praxisteil (§ 17-23) wiederaufnehmen und mit empirischen Beispielen aus realen Gesprächen ergänzen. Wie dort noch auszuführen sein wird, sollte ein Manual zur Gesprächsführung nicht als *Schema F* für die Arzt-Patient-Kommunikation missverstanden, das strikt zu „exekutieren“ sei, sondern als Strukturie-

rungs- und Orientierungshilfe gerade für den Anfänger genutzt werden, denen „Anhaltspunkte“ für die ersten Praxisschritte gegeben werden sollen.

	FUNKTIONEN	⁵ 2010
Manual und Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)	1 Beziehung aufbauen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 04
	2 Anliegen anhören	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10
	3 Emotionen zulassen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 08
	4 Details explorieren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
	5 Vorgehen abstimmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
	6 Resümee ziehen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 04
¹ 1998	EVALUATION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 50

Abb. 13.3: Kölner Gesprächsmanual und Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)

Wie sich allerdings auch in der Fortbildung gezeigt hat (Koerfer et al. 2004), kann ein solches Manual ebenso als Korrekturhilfe bei „gestandenen“ Praktikern dienen, bei denen sich bestimmte Routinetechniken der interrogativen Gesprächsführung in der Alltagspraxis schon allzu sehr verfestigt hatten. So kann ein Manual zur Gesprächsführung sowohl der *Orientierung* als auch der *Umorientierung* dienen.

Analog zum Manual haben wir für Prüfungszwecke (§ 13.6) den *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK 2010)* entwickelt (s. Anhang § 44.2), der zugleich im DIN-A-4-Format einen Überblick über den allgemeinen Teil zur ärztlichen Gesprächsführung gibt.

13.4.2 Problemorientiertes Lernen

Die Verbesserung der ärztlichen Gesprächsführung lässt sich nicht durch die bloße Rezeption von Lehrbuchwissen, sondern nur durch aktive Formen des Lernens in Praxiskontexten erreichen. In diesen realen oder simulierten Praxiskontexten ist ein selbstreflexives Problemverständnis zu entwickeln, an dem sich das Wissen („knowing that“) und Können („knowing how“) der Lernenden wechselseitig zu ergänzen und zu bewähren haben.² Hierzu bedarf es komplexer Lernprozesse, die sowohl *wissensbasiert* als auch *handlungsorientiert* („learning by doing“) vollzogen werden können. Diese Vermittlung verlangt eine Reform der traditionellen, rein wissensbasierten Lehre, die sich auch im Falle der Kommunikationsausbildung kaum als zielführend erweisen kann. Der bloße Erwerb von Lehrbuchwissen, solange dieses in der Anwendungspraxis keine Erprobung erfährt.

Medizinische Ausbildungsreform: Selbständiges Problemlösen

In der langen Reformdiskussion um eine effiziente Ausbildung in der Medizin hat sich nicht von ungefähr der Ansatz des *problemorientierten Lernens* (POL) etabliert, das als *problem-based learning* eine internationale Verbreitung gefunden hat (Norman, Schmidt 1992, Barrows 1994, Moust, Bouhuijs, Schmidt 1999). Das problemorientierte Lernen hat inzwischen auch an hiesigen Universitäten eine breite Anwendung gefunden und an unserer Klinik seit Mitte der 90er Jahre eine differenzierte Erprobung erfahren (Köhle et al. 1997, 1999, 2003, Obliers et al. 2002, Koerfer et al. 2008). Das Konzept eines problemorientierten Lernens

² Diese Unterscheidung ist mit einer langen Tradition (z.B. Ryle 1949) vielfältig in sprach-, handlungs- und erziehungswissenschaftlichen Forschungen ebenso wie in der Medizindidaktik berücksichtigt und weiterentwickelt worden, so z.B. mit Millers (1990) Lernpyramide, in der Lernstufen von *Knows (Knowledge)*, über *Knows how (Competence)* und *Shows how (Performance)* bis *Does (Action)* unterschieden werden (§ 40.3). Erst auf der letzten Stufe wird das ärztliche Handeln in der klinischen Praxis vollzogen, das zuvor auch in Lern- und Prüfungssituationen mit Simulationscharakter (§ 13.6, 40-43) unter Beweis gestellt werden kann. Nachfolgend orientieren wir uns an der Darstellung des problemorientierten Lernens in Koerfer et al. 2008.

verlangt in vielfacher Hinsicht eine Überwindung der traditionellen Lehre, die nach einzelnen Fächern organisiert wurde und einen kanonisierten Lehrstoff vor allem in Form der Vorlesung anbot: In seiner *dozenten-zentrierten* Lehre, die gleichsam „ex cathedra“ abgehalten wurde, wurden die Studierenden zu einer *passiven* Lernhaltung verleitet, die wesentlich durch die Rezeption von *enzyklopädischen* Wissensbeständen sowie *standardisierten*, fächerspezifischen Aufgabenlösungen geprägt war, zu denen kaum Alternativen zur Diskussion gestellt wurden.

Im Unterschied zu dieser traditionellen Lehre soll beim problemorientierten Lernen eine curriculare Integration von fächerübergreifenden Lerninhalten und Lernzielen erreicht werden, die ein *aktives, selbständiges* Lernen an *exemplarischen Problemstellungen* fördern, das mit einem entsprechenden *Lerntransfer* späteres *Problemlöseverhalten* in der ärztlichen Praxis vorbereiten soll (Wissenschaftsrat 1992, Murrhardter Kreis 1995). Ein solches Problemlöseverhalten setzt die selbstkritische Bereitschaft und Fähigkeit zu einem „lebenslangen Lernen“ voraus (§ 6), bei dem Ungewissheiten im Zusammenwirken von Wissen und Handeln eine Herausforderung für neue Problemlösungsversuche sind.

Dass beim problemorientierten Lernen immer wieder die *Selbstständigkeit* des Lernens betont wird, hat seinen Grund in der *Nachhaltigkeit* bei dieser Art des Lernens, was bereits lange vor der empirischen Lernpsychologie erkannt wurde:

Das Verstehen hat zum größten Hilfsmittel das Hervorbringen.
Man lernt das am gründlichsten, und behält das am besten, was
man gleichsam aus sich selbst lernet.

Kant 1803: 736

Für die Kunst des Lehrens ist insgesamt eine spezifische Form des „Unterrichtens als Dialog“ zu präferieren, wie sie von der Antike über die Aufklärung bis in die Gegenwart mit der *sokratischen* Gesprächsmethode beschrieben wird (Wunderlich 1969, Hanke 1991, Richter 1991). Nach dieser Lehrmethode hat sich der Lehrende eben nicht durch den traditionellen Lehrervortrag („ex cathedra“), sondern vor allem in der *Hebammenkunst* beim Wissenserwerb seiner Schüler zu bewähren. Dabei können die Probleme des Lehrens schon mit der Präsentation des Problems selbst beginnen, bei der nicht schon die Problem-Lösung mit-präsentiert werden darf, wenn die selbständigen Lösungsversuche nicht von vornherein verstellt werden sollen.

Entwicklung von Problembewusstsein: Gegenstand und Problem

Für den problemorientierten Unterricht, der über den kritischen Vergleich von exemplarischen Praxis-Fällen zu einem Problembewusstsein führen soll, ist zunächst der Differenz und Einheit von *Gegenstand* und *Problem* Rechnung zu tragen. Den Gegenständen haften nicht per se alle möglichen Probleme an, sondern Probleme entstehen erst beim (Probe-)Handeln als mental oder praktisch erfahrene *Handlungswiderstände* (Ehlich, Rehbein 1986). Die bloße Beobachtung eines Gegenstandes führt nicht notwendig zu einem Problembewusstsein. Vielmehr ist umgekehrt mit Karl Popper zu berücksichtigen: „ohne Problem keine Beobachtung“ (1972/1994: 19). So führt nach Popper weder die bloße Instruktion („Bitte, beobachten Sie!“) noch die spezifische Aufmerksamkeitslenkung auf ein bestimmtes Objekt („Bitte, beobachten Sie Ihre Uhr“) unmittelbar zu einem Problem. Man muss also Lehr- bzw. Lernsituationen mit spezifischen Lernanlässen schaffen, bei denen die Lernenden selbst erkennen können, was im gegebenen Fall der Beobachtung (eines Gesprächs) ein besonderes Problem ist bzw. werden könnte.

Deswegen besteht unser Lehrangebot nach Möglichkeit zu Beginn und zwischendurch immer wieder aus „ergebnisoffenen“ Präsentationen von videographierten und transkribierten Arzt-Patient-Gesprächen aus Klinik und Praxis, ohne hier die Evaluation schon gleichzeitig „mitzuliefern“. Je nach Lerngruppe und Lernstand soll an das Alltagswissen oder im fortgeschrittenen Stadium an das bereits erworbene Professionswissen der Lernenden ohne evaluative Vorgaben angeknüpft werden (Koerfer et al. 1996, 1999, 2008). Entsprechend machen wir die Erfahrung, dass gerade bei Novizen das Problem einer ausschließlich *fragenden* Gesprächsführung oft verkannt wird (§ 19). Erst in der Diskussion zwischen den Lernenden wird von diesen selbst herausgearbeitet, dass es sich um eine Art „Verhörgespräch“ handelt („Das ist ja wie ein Verhör“), bei dem die Patientin eine ärztliche Frage nach der anderen knapp beantwortet und ansonsten mehr oder weniger „verstummt“, so dass das Gespräch bereits nach zwei Minuten endet. Was von einigen Lernenden zunächst als ein „effektives“ Gespräch („knapp und bündig“) eingeschätzt wurde, wird von anderen schließlich als „unproduktiv“ bewertet, weil der Arzt am Ende des Gesprächs, das noch ausführlich analysiert werden soll (§ 19), nichts oder wenig über die Patientin als Person, ihre Erkrankungen sowie Anliegen und Erwartungen erfahren hat.

Was für „Novizen“ noch eine Herausforderung ist, weil das Problem der Reduktion einer ausschließlich *fragenden* Gesprächstechnik erst erkannt werden muss, erweist sich für fortgeschrittene Semester bereits als eine Unterforderung, weil sie das Gespräch aufgrund ihres bereits erworbenen Professionswissens über eine *narrativ-basierte, biopsychosoziale* Medizin (§ 4, 9) bald als Problemtyp einer *interrogativen* Interviewtechnik erkennen, deren Dominanz es zu überwinden gilt.

13.4.3 Forschendes Lernen

Auf jeder Ausbildungsstufe können sich unterschiedliche Probleme stellen, die in verschiedenen komplexen Handlungssituationen differenzierte Problemlösungen verlangen. Obwohl es sich in der Praxis nicht immer vermeiden lässt, wird man „Novizen“ nicht unbedingt mit besonders „schwierigen“ Patienten konfrontieren (§ 34). So werden nach Möglichkeit Studierende erst im 4. klinischen Semester regelmäßig mit Fragen des kommunikativen Umgangs etwa bei stark *verleugnenden* oder *aggressiv-entwertenden* Patienten befasst, auf die sie parallel zum Praktikum auch in der Vorlesung zur „Psychosomatik und Psychotherapie“ vorbereitet werden, was in der Wahlpflichtveranstaltung zur „Psychodynamischen Psychotherapie“ entsprechend vertieft wird. So wird etwa im 4. klinischen Semester das Thema der *konfrontativen* versus *tangentia-len* Gesprächsführung (§ 3.2, 17.3) stärker in den kritischen Aufmerksamkeitsfokus gerückt, das im 1. klinischen Semester lediglich als allgemeine Grundlage des differenzierten Umgangs mit Emotionen von Patienten eingeführt wurde.

Allerdings können auf jedem Lernniveau strittige Fragen einer „guten“ Gesprächsführung Thema werden, die in *Forschung* und *Lehre* gleichermaßen zur Reflexion herausfordern, wobei es sogar zu einem produktiven Wechselspiel kommen kann (Makoul 2003). Dazu sollen exemplarisch zwei strittige Themenkomplexe angeführt werden, bei denen die Lehre zur ärztlichen Gesprächsführung nicht einfach auf eine *didaktische Reduktion* tradierter Forschungsergebnisse setzen kann, sondern einer kritischen Vermittlung unter Vorbehalt verpflichtet ist.

Frühe ärztliche „Unterbrechungen“ der Patientenrede

Diese Verpflichtung zur kritischen Vermittlung trifft zum Beispiel für das strittige Thema der „Unterbrechungen“ (*interruptions*) zu, das kei-

neswegs schon als geklärt gelten kann (§ 19, 22, 40). Zwar wurde in einer international sehr häufig zitierten Studie von Beckman, Frankel (1984) festgestellt, dass Ärzte ihre Patienten im Durchschnitt schon nach 18 Sekunden unterbrechen. Aber Ärzte können ihre Patienten auf ganz unterschiedliche Weise „unterbrechen“, da ihre Beiträge ganz unterschiedliche Funktionen für die Gesprächsfortsetzung haben können. Bevor wir darauf systematisch zurückkommen, soll das Problem hier nur an einem Beispiel (B 15.1) illustriert werden, das wir so auch in der Lehre zur Diskussion stellen.

B 13.1 „Das heißt, es gibt Schwierigkeiten ...“

- 01 A (...) Herr Müller, was führt Sie zu uns? .
 02 P Diabetes Typ 1 .
 03 A ja .
 04 P Bolus-Basis .
 05 A hm .
 06 P gewünschte Umstellung auf Pumpe .
 07 A ja . das heißt . äh . es gibt Schwierigkeiten im Basis-Bolus-Konzept bei Ihnen? .
 08 P sagen wir mal so . ich möchte eine Vereinfachung, mehr Variabilität ...(länger begründende Fortsetzung)

Natürlich liegt hier (schon nach wenigen und nicht erst nach 18 Sekunden) „formal“ ein „früher“ *Sprecherwechsel* vom Patienten zum Arzt vor, aber dessen Redebeitrag kann kaum einheitlich mit vielen anderen Phänomenen unter einer Kategorie des „Unterbrechens“ gefasst werden. Offenbar kann der Patient die frühe „verbale Intervention“ des Arztes im Sinne einer „Gesprächseinladung“ nutzen, sein Anliegen und seine Begründung für einen Wechsel der Therapieform („Pumpe“) weiter auszuführen, wovon er auch ausgiebig Gebrauch macht – trotz oder gerade wegen der weiteren „frühen“ Interventionen des Arztes, auf die wir noch ausführlich bei der Analyse des gesamten Gesprächsbeispiels (§ 22) eingehen werden.

Es wäre unproduktiv, jede (frühe) ärztliche Wortergreifung gleichermaßen als „Unterbrechung“ zu kodieren. Hier sind zwar durch neuere Forschungen Korrekturen, Modifikationen oder Umkodierungen (*redirection, elaborator, recompleters*) nahe gelegt worden, mit denen offenbar Kategorienfehlern (im Sinne von Ryle 1949) oder Anwendungsproblemen bei der Kodierung von *Unterbrechungen* Rechnung getragen werden

soll (Marvel et al. 1999, Makoul 2003). Jedoch ist das Spektrum der Untersuchungen phänomenal und funktional weiter zu differenzieren:

Der weite Phänomenbereich des „Unterbrechens“ lässt sich etwa charakterisieren durch idiomatische Wendungen wie „ins Wort fallen“, „in die Parade fahren“, „übers Maul fahren“ oder „zum Schweigen bringen“ und „mundtot machen“. Derartig drastische Phänomene der „Wortergreifung“ mit unterschiedlichen kommunikativen Funktionen können kaum mit Formen des „aktiven Zuhörens“ einheitlich unter einem Konzept von *Unterbrechung* gefasst werden. So gibt es auch Hörerrückmeldungen (*back channel signals*), die dem aktuellen Sprecher spezifische Redefortsetzungen „as if uninterrupted“ erlauben, ohne dass er in einem relevanten Sinne „unterbrochen“ worden wäre (Duncan 1974, Flader, Koerfer 1983, Koerfer et al. 2000). Ohne aus diesem Thema gleich ein Forschungscolloquium zu machen, lassen sich auch in der Lehre viele Gesprächsbeispiele unter dem Aspekt der „Unterbrechung“ einer komparativen Analyse unterziehen (§ 19, 22, 40). Danach können die frühen Arzt-Interventionen jeweils sehr unterschiedliche kommunikative Funktionen wahrnehmen, indem etwa Patientenerzählungen *gehemmt* oder *gefördert* werden – was genau den *qualitativen* Unterschied in der ärztlichen Gesprächsführung ausmacht.

Quantitative und qualitative Aspekte der Gesprächsführung

Ebenso sollte in der Lehre berücksichtigt werden, was sich als Entwicklung in der Forschung abzeichnet, in der eine Vermittlung von *quantitativen* und *qualitativen* Studien angestrebt wird. Zunehmend geraten traditionelle Themen qualitativer Forschungsansätze in den Aufmerksamkeitsfokus, die sich mit Fragen zur *Narrativität*, *Empathie* oder *Kooperativität* („negotiation“, „concordance“ „partnership“) (§ 10) befassen, aber auch Fragen zur *Kontextsensitivität*, *Rhetorik* („logical inference“), *Atmosphäre* oder *Kohärenz* („topic flow“) von Gesprächen nachgehen (Bensing et al. 2003, Knight, Sweeney 2007, Langewitz 2007, Ness, Kiesling 2007). Wie wir im Evaluationsteil noch sehen werden (§ 40-43), sollten quantitative und qualitative Ansätze keineswegs gegeneinander ausgespielt werden, was für die Forschung wie Lehre gleichermaßen offenzulegen ist.

Dass ein Gespräch „weniger“ gut ausgefallen ist, lässt sich sowohl in einer quantitativen Perspektive durch *Auszählung* von *Wörtern* (nach Sprechern, Redebeiträgen, Gesprächsphasen usw.) als auch in einer

qualitativen Perspektive durch eine *Erzählanalyse* einzelner Redebeiträge „erweisen“, worauf wir im Praxis- und Evaluationsteil noch ausführlich zurückkommen werden. Um ein Ergebnis vorwegzunehmen: Patientenerzählungen lassen sich u.a. daran erkennen, dass Patienten „am Stück reden“ können, was sich in einer fortlaufenden Reihe von Wörtern ohne ärztliche Unterbrechung „auszählen“ lässt, wenn man denn für die Analyse einen passenden Begriff von „Unterbrechung“ (s.o.) zugrunde legt. Die Patienten können so ihre *Patientenerzählungen* entwickeln (§ 9, 19), an denen die Ärzte mit minimalen „Wortmeldungen“ sehr effektiv als Ko-Konstrukteure beteiligt sind.

Insgesamt lassen sich quantitative und qualitative Ansätze gut ergänzen, solange jedenfalls klar ist, was sich im Einzelnen „auszählen“ lässt und was eben nicht (Koerfer et al. 1994, 1996, 2000, Köhle et al. 1995, 2001). Hier können quantitative Analysen von einer Schärfung der Beobachtungskategorien und Kodierverfahren profitieren, wenn sie entsprechend theoretische und methodische Anleihen bei qualitativen Analysen machen (Heritage, Maynard (eds.) 2006). Dies gilt auch für die traditionelle Unterscheidung von sogenannten „offenen“ und „geschlossenen“ Fragen (*open-ended* und *closed-ended* questions), die sich bereits für die Differenzierung von *Suggestivfragen* oder *Eröffnungsfragen* oder *Explanationsfragen* als insuffizient erweisen kann (Koerfer et al. 1994, 1996, Robinson 2006) (§ 21.2). Solange der beanspruchte *Goldstandard* noch nicht für alle Detailfragen eines „guten“ Gesprächs gefunden ist, sollte die Lehre für *forschendes Lernen* zu den weiterhin „strittigen“ Fragen offen sein.

13.4.4 Komparatives Lernen: „Best practice“-Beispiele

Eine spezifische Methode zur Entwicklung von Problemverständnis ist der kontrasttypologische Vergleich, der als etabliertes Forschungsprinzip auf die Lehre zu übertragen ist (von Uexküll 1987). Dazu sind Lernanlässe zu schaffen, die einen kritischen Vergleich von extrem negativen Beispielen („worst practice“) mit extrem positiven Beispielen („best practice“) stimulieren, ohne dass diese Differenz im Unterricht zuvor eigens markiert werden muss (Koerfer et al. 1996, 1999, 2008). Die Differenz zwischen positiven und negativen Gesprächsbeispielen wird nicht *deduktiv* durch die Lehrperson vermittelt, sondern im Sinne des *aktiven* Lernens von den Lernenden selbst erarbeitet. Um es auf einen kurzen Nenner zu bringen: Wer in der Lehre für einen Wechsel von der *arzt-*

zentrierten zu eine *patientenzentrierten* Gesprächspraxis plädiert, sollte analog von einer *dozentenorientierten* zu einer *lernerorientierten* Ausbildungspraxis wechseln, wie sie eher mit der schon erwähnten *sokratischen* Gesprächsmethode erreicht wird.

In einem *lernerorientierten* Ansatz wird zunächst das alltagsweltliche oder vortheoretische Wissen der Lernenden als „stummes Wissen“ über Kommunikation (wie beim *tacit knowledge* über Sprache, Chomsky 1965/69) mehr oder weniger unaufgefordert aktiviert, wenn extrem negative Beispiele mit extrem positiven Beispielen kontrastiert und dem spontanen Urteil der Lerner zunächst ohne weitere evaluative Kommentare überantwortet werden.

Auf diese Weise kann eine präjudizierende Problempräsentation vermieden werden, die selbstständige Lernprozesse verstellen würde, weil das Ergebnis schon vorweggenommen wäre. Dagegen kann bei einem *induktiven* Lernansatz die selbstständige Problemerkennung ohne weitere Instruktion weitgehend erhalten bleiben, ohne allerdings auf eine implizite Anleitung zum problemorientierten Lernen verzichten zu müssen.³ Die lernpraktisch wirksame Anleitung beruht allein in der zuvor didaktisch begründeten kontrastiven Auswahl von extremen Gesprächsbeispielen, die ein komparatives Lernen am *negativen* bzw. *positiven* Modell ermöglichen, um etwa im Unterricht den Unterschied zwischen *interrogativen* und *narrativen* Interviewstilen herausarbeiten zu können.

Wie vorausgehend schon beschrieben, können sich auch bei extrem negativen Fällen wie einem „Verhör“-Gespräch (§ 19) oft spontan positive Beurteilungen („knapp und bündig“) ergeben, die durch kontroverse Diskussionen zu Gruppenlernprozessen führen, in denen spontane Urteile einer Revision unterzogen werden, was zumeist in einen Gruppenkonsens mündet. Bei derartigen Gruppendiskussionen kann die Rolle der Lehrperson zunächst auf eine moderierende Funktion beschränkt

³ Das oben mit Karl Popper beschriebene Problembewusstsein entsteht implizit durch den Lernkontext, in dem es um den Nachweis der „besten“ (Art der) Gesprächsführung geht, die bei einem komparativen Ansatz immer eine rationale Begründung/Bewertung verlangt, um „die Spreu vom Weizen trennen“ zu können. Die (selbst)explorative Frage lautet: „Warum finde ich diese Art der Gesprächsführung „gut“ und jene „schlecht“? oder diskursiv: „Warum findest du/finden wir ...?“ Erst mit der schlüssigen Beantwortung derartigen Fragen können die evaluativen Prämissen ärztlicher Gesprächsführung offengelegt werden (Koerfer et al. 1994).

werden, in der mit einer *lernerzentrierten* Perspektive lediglich zu kontroversen Stellungnahmen zur Bewertung von Arzt-Patient-Gesprächen eingeladen werden muss: „Sind alle dieser Ansicht?–„Was meinen die anderen dazu?“. Dabei steht außer Frage, dass sich die Lehrperson letztlich mit ihrer „Experten“-Meinung nicht zurückhalten muss, zumal diese ohnehin häufig von den Lernenden als offizielle „Lehrmeinung“ nachgefragt wird. Wer diese Lehrmeinung jedoch gleich an den Anfang des Unterrichts stellt, riskiert eine passive Rezeptionshaltung, die eine kritische Diskussion „im Keim zu ersticken“ droht. Wenn es die Lernzeit zulässt, sollten „best practice“-Beispiele nicht einfach als solche präsentiert, sondern im kritischen Vergleich mit weniger gelungenen (auch „worst practice“) Beispielen erarbeitet werden, wozu wir noch mit empirischen Gesprächsfällen (§ 19-22) beitragen werden.

Bei der Bilanz von *deduktiven* und *induktiven* Lernkonzepten sind die Vor- und Nachteile zu berücksichtigen, die nicht zuletzt zu realen Curricula ins Verhältnis zu setzen sind, die ihrerseits nicht immer zur „besten“ Lehr-Lern-Praxis „optimal“ passen. Es liegt einerseits auf der Hand, dass sich eine induktive Lernmethode allein wegen der nötigen Selbstkorrekturprozesse beim Gruppenlernen in der Regel zeitaufwändiger gestaltet als eine deduktive Lernmethode, bei der das gewünschte Lernergebnis, zumal wenn es durch Medien („Power-Point-Präsentationen“) unterstützt wird, einfach von der Lehrperson „doziert“ werden kann. Andererseits sei noch einmal mit Kants Diktum (§ 13.4.2) daran erinnert, dass Selbstlernprozesse zu größerer *Nachhaltigkeit* führen. Von dieser Nachhaltigkeit können die Lehrenden und Lernenden gleichermaßen profitieren, wenn sie in fortgeschrittenen Lehr-Lern-Spiralen auf (*Selbst-)*Gelerntes zurückgreifen können, das nicht schon wieder „verlernt“ wurde, sondern als Grundlage für weiterführendes Lernen auf einem höheren Lernniveau genutzt werden kann.

13.4.5 Multimediales Lernen

Mit der vorausgehend beschriebenen komparativen Lernmethode, bei der extrem negative mit extrem positiven Beispielen kritisch verglichen werden, um die besten Beispiele (*best practice*) als exemplarische Vorbilder oder *ideale Modellgespräche* bestimmen zu können, haben wir eine langjährige Lehrerfahrung gesammelt (Koerfer et al. 1996, 2008), die wir auch in einem multimedialen Lernprogramm umgesetzt haben (Koerfer et al. 1999) (Tab. 13.3). Insgesamt erlaubt das multimediale Lern-

13. Medizinische Kommunikationsdidaktik

programm eine differenzierte Nutzung sowohl im Selbstlernverfahren als auch im Gruppenunterricht. Das Lernprogramm hat inzwischen viele formale, inhaltliche und funktionale Entwicklungen genommen, die teilweise nur innerhalb unserer Klinik genutzt werden können, aber zu einem großen Teil auch außerhalb für Lehr- und Lernzwecke zur freien Verfügung (s. Lehrbuch-Anhang: „Nützliche Internetlinks“) stehen.

Themen-Techniken-Phänomene	Beispiele
Biopsychosoziale Medizin und Erkenntnistheorie („Konstruktivismus“)	Lehrfilm „Wie sicher ist die Wirklichkeit?“ (Dauer: 13 min)
Gespräche zu spezifischen Krankheitsbildern	Depression, Anorexie, Diabetes, somatoforme Störungen usw.
Gespräche zu Problemen der (Weiter-)Behandlung	Adhärenz, Coping, Abwehr
Kompetenzfelder und Phasen der ärztlichen Gesprächsführung	Anamnese, Entscheidungsfindung (SDM), Mitteilung schwerwiegender Diagnosen, Umgang mit Sterbenden usw.
Techniken der verbalen Intervention	Eröffnungsfragen, Aktiv zuhören, Emotionen benennen, Detail-Fragen
Dialog-Rollen-Struktur	Sprecherwechselorganisation, Hörer-rückmeldungen
Nonverbale Kommunikation	Augengruß, Blickkontakt, Gestik, Mimik, Körperhaltung usw.
Kommunikative Handlungsmuster	Begrüßung und Verabschiedung, Fragen, Aufklären, Entscheidungsfindung
Themenentwicklungen	Biopsychosoziale Themenprogression, Emotionen, „heikle“ Themen usw.

Tab. 13.3: Exemplarischer Überblick zum multimedialen Lernprogramm

Inhaltlich ist das Lernprogramm wie ein Lehrbuch nach Kapiteln aufgebaut, es kann aber auch mit Hilfe von Suchbegriffen genutzt werden, so dass ein *individuelles* Nutzungsprofil nach Themen, Gesprächstechniken, Krankheitsbildern usw. möglich ist. Wie aus dem exemplarischen Überblick (Tab. 13.3) deutlich wird, können Informationen sowohl über Großthemen (Biopsychosoziale Medizin, Erkenntnistheorie) wie auch

Kommunikationsmuster (Begrüßen, Fragen, Aufklären) oder Einzelphänomene (Augengruß, Blickkontakt, Hörerrückmeldungen usw.) gewonnen werden.

Kernstück des multimedialen Lernprogramms ist eine reichhaltige Sammlung von Video-Gesprächen, die sich in der Lehre und beim Selbstlernen unter vielen Aspekten (Gesprächstechniken, Krankheitsbildern usw.) nutzen lassen. Die für dieses Lehrprogramm getroffene Auswahl von negativen bzw. positiven Modellgesprächen aus einem Gesamtpool von über 300 videographierten Gesprächen aus der überwiegend hausärztlichen Praxis ist das Ergebnis eines Selektionsprozesses durch komparative Gesprächsanalysen und Gesprächsratings im Anschluss an ein Forschungs- und Interventionsprojekt mit einem Prä/post-Design. Das Projekt diente mit diesem Design zunächst der Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten, die wegen des Vorher-Nachher-Vergleichs mindestens für ein Jahr an einer Fortbildung in Balintgruppen teilgenommen hatten (Köhle et al. 1995, 2001). Aus diesem Forschungspool von Gesprächen stammt ein Großteil der Auswahl an Gesprächen, die nach komparativen, quantitativen und qualitativen Analysen für das multimediale Lernprogramm weiterbearbeitet wurden.

Das Lernprogramm basiert auf unserem aktuellen Manual zur Gesprächsführung (Köhle et al. 2010) (§ 13.4.1, 17-23) und ist so angelegt, dass jederzeit weitere Informationen zur Gesprächsführung abgerufen werden können. Viele der Gespräche sind nach Aspekten der empirischen Gesprächsanalyse für eine entsprechend multimediale Nutzung (Zeitlupe, Transkript, Graphiken, Manual, Literatur usw.) nutzerfreundlich aufbereitet worden.

Auch das multimediale Lernprogramm lässt sich für verschiedene Unterrichtszwecke und Lerngruppen auf verschiedenen Lernlevels nutzen: So sollten „Novizen“ zu Studienbeginn mit dem multimedialen Lernprogramm im Sinne des komparativen Lernkonzepts zum Extrem-Vergleich von besonders „schlechten“ und „guten“ Gesprächen (ohne oder mit eben dieser Vorinformation) „eingeladen“ werden, die sich allein schon im Redeanteil von Patienten erheblich unterscheiden können (50-80%), was ein erster Hinweis auf eine mehr oder weniger *patientenzentrierte* Gesprächsführung ist. Für fortgeschrittene Lerngruppen, in denen die Teilnehmer bereits über ein entwickeltes Professionswissen zur ärztlichen Gesprächsführung verfügen, ist der „Beobachtungsfokus“ spezifischer auch auf schwierige Gespräche (etwa mit „heiklen“ Themen) eingestellt.

Insgesamt enthält das Multimedialprogramm viele Informationen und Gespräche, die unmittelbar für die Lehre in der Vorlesung oder im Gruppenunterricht, aber auch zum Selbstlernen genutzt werden können. Darüber hinaus besteht auch eine Vernetzung mit Kapiteln aus der jeweils neuesten Ausgabe des Uexküll-Lehrbuchs (Köhle et al. (Hg.) 2017) zur Psychosomatischen Medizin.

13.5. Lernen durch Probehandeln

Die bisher beschriebenen Lernkonzepte sind integrale Bestandteile unseres Spiral-Curriculums (§ 13.1-3), die allerdings in den einzelnen Lehrveranstaltungen (Überblick Tab. 13.1) unterschiedlich intensiv genutzt werden können (§ 14). Dies ist nicht zuletzt eine Frage des Veranstaltungstyps, in dem bestimmte Lernziele in einer gegebenen Lernzeit zu erreichen sind. So können Video-Präsentationen von exemplarischen Arzt-Patient-Gesprächen in einer Vorlesung bestenfalls zu einer gezielten *Illustration* eines spezifischen Themas (kommunikativer Umgang mit „Abwehr“) genutzt werden, während dieselben oder weitere Gespräche in einer Wahlpflichtveranstaltung (zur „Psychodynamischen Psychotherapie“) als Lernanlässe für kontroverse Diskussionen dienen können. Die Klärung „strittiger“ Themen verlangt gegebenenfalls eine flexible Rückkehr in der Lehr-Lern-Spirale (Abb. 13.1) zu ausführlichen Theorie- oder Reflexionsphasen auch zu weiteren Praxisfällen, bevor neue Übungsphasen gezielt eingeleitet werden können, in denen neue theoretische Erkenntnisse, praktische Einsichten oder veränderte Einstellungen in praxisnahen Lernsituationen handelnd erprobt werden können.

13.5.1 Typen von Probehandeln und Lernsituationen

Für das Probehandeln bei der ärztlichen Gesprächsführung stehen verschiedene Typen von mehr oder weniger praxisnahen Lernsituationen zur Verfügung, die sich graduell durch die Differenz zur Alltagsrealität ärztlichen Handelns unterscheiden. Dabei fällt das Probehandeln den Lernenden in der Regel umso leichter, desto geringer das Risiko für die wie auch immer gearteten „Fehlschläge“ des Handelns eingeschätzt wird. Danach unterscheidet sich die Lernsituation des freien Rollenspiels, in dem sich gleichgestellte Teilnehmer (*peers*) in einer vertrauten Lernsituation begegnen, schon erheblich von der Simulationssituation

mit eigens ausgebildeten Schauspielerpatienten (SP), die in der Regel nicht zur Lerngruppe gehören und als Fremde auftreten.

Während in beiden Fällen die Rollenspieler hinter ihrer Rolle noch persönlich geschützt, weil nicht persönlich adressiert erscheinen, wird das Probehandeln mit realen Patienten (RP) als besonders riskant eingeschätzt, weil hier etwa persönliche „Fehler“ im Gespräch ebenso persönliche Auswirkungen („Verletzung von Gefühlen“) haben können, die in allen anderen „gespielten“ Lernsituationen in der Regel als weniger „schlimm“ angesehen werden. Als besonders „harmlos“ wird zumeist auch die vierte Variante des Probehandelns in einer multimedialen Lernsituation gesehen, zumal wenn die „Interaktion“ mit „virtuellen“ Patienten unter Wahrung der Anonymität, das heißt ohne persönliche Zuschreibung und Rückmeldung durch ein persönliches Gegenüber vollzogen wird, so dass hier auch ein Mangel an *Authentizität* (s.u.) nicht weiter ins Gewicht fällt. Der Vorteil dieser Art multimedialen Lernens, das gleich noch gesondert dargestellt werden soll (§ 13.5.2), liegt gerade darin, dass besonders spielerisch und experimentierfreudig gelernt werden kann (Koerfer 1999), ohne schon die Folgen des Probehandelns gegenüber realen Patienten mitverantworten zu müssen.

In all diesen Lernsituationen kann es natürlich beim Probehandeln zu „Verzerrungen“ kommen, die auch sonst möglich sind, wenn unter Beobachtung dritter Personen gehandelt wird (§ 13.6.1). Lässt man die externe Beobachterrolle außen vor und betrachtet lediglich die *dyadische* Lernsituation aus der Binnenperspektive der Handelnden, dann lassen sich nach dem Kriterium der zunehmenden *Praxisnähe* die folgenden Grundtypen des Probehandelns in eine Rangordnung bringen:

1. Probehandeln in multimedialen Simulationen („virtuell“)
2. Probehandeln im „klassischen“ Rollenspiel („peers“)
3. Probehandeln mit simulierten Patienten (mit/ohne Prüfung)
4. Probehandeln mit realen Patienten

Dabei steigt die Authentizität des Probehandelns in der Regel mit der Realitätsnähe insofern, als es zunehmend einer Realitäts- und Akzeptabilitätsprüfung durch einen realen Kommunikationspartner unterworfen wird, gegenüber dem die allgemeine Zumutbarkeitsregel zu beachten ist (Koerfer 2013). Während man beim „Computerspiel“ im „schlimmsten“ Fall nur mit kritischen Rückmeldungen rechnen muss, hinter denen anonyme Programmgestalter stehen (§ 13.5.2), müssen die ärztlichen Rollenspieler in der Interaktion mit realen Patienten mit der

Entwicklung eines „echten“ Gesprächs rechnen, in dem „Unzumutbares“ auch „Wirkung zeigen“ und gegebenenfalls von realen Patienten explizit zurückgewiesen werden kann („Das können Sie doch nicht im Ernst sagen, meinen, fragen, vorschlagen usw.“ usw.). Hier sind nicht nur „gespielte“, sondern „echte“ Empörungen u.ä. eines persönlichen Gesprächspartners zu erwarten, dem man nicht „zu nahe treten“ darf. Deswegen fürchten die Lernenden (trotz bloß „ gespielter“ Arztrolle) zu Recht, die „echten“ Gefühle ihrer Patienten zu verletzen. Obwohl oder gerade weil dies natürlich auch einem „echten“ Arzt passieren kann, ist die „gespielte“ Arztrolle gegenüber realen Patienten so „dicht“ an der Realität ärztlicher Gesprächspraxis.⁴

In unserer Klinik werden alle vier Typen des Probehandelns genutzt, allerdings mit unterschiedlicher Zielsetzung und Schwerpunktbildung. Im Zentrum unserer klinischen Ausbildung steht die Gesprächsführung mit *realen* Patienten, die sich in langjähriger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit verschiedenen Kliniken (Innere Medizin, Chirurgie, Dermatologie, Orthopädie usw.) in dankenswerter Weise für unsere Lehrzwecke zur Verfügung stellen.

Schauspielerpatienten oder simulierte Patienten (SP) werden vor allem in der Vorklinik, aber auch in der klinischen Ausbildung und im Praktischen Jahr (in Zusammenarbeit mit dem Studiendekanat) eingesetzt, zumal wenn aktuell keine realen Patienten zur Verfügung stehen sollten (SP als „zweitbeste“ Lösung). Darüber hinaus setzen wir in unseren OSCE-Prüfungen simulierte Patienten (SP) ein, die wir mit einem „festen Stamm“ seit 1999 ausbilden. Über das OSCE-Verfahren zur Prüfung mit SP soll hier abschließend kurz (§ 13.6) und im Evaluationsteil (§ 41) ausführlich berichtet werden. Das „klassische“ Rollenspiel (unter *peers*) wird bei uns in einzelnen Lehrveranstaltungen je nach Bedarf in verschiedenen Varianten genutzt. Der Unterschied zwischen dem *freien* und einem *skriptbasierten Rollenspiel*, das der Interaktion mit SP recht nahekommt, ist an anderer Stelle (Koerfer et al. 1996) erörtert worden.

Nachfolgend soll zunächst (§ 13.5.2) ein *multimediales* Lernprogramm zur Gesprächssimulation vorgeschlagen werden, das in „abgespeck-

⁴ Deswegen ist das in diesem Fall zu beobachtende Gesprächsverhalten der Lernenden auch schon ziemlich weit oben im Übergang zur Spitze in der *Lernpyramide* (von Miller 1990) angesiedelt, wo ein Handeln nicht nur „demonstriert“ (*shows how; performance*), sondern bereits vollzogen (*does; action*) wird, worauf wir hier kurz unter dem Prüfungsaspekt (§ 13.6) und im Evaluationsteil (§ 40.3) zurückkommen werden.

ter“ Version auch als PowerPoint-Präsentationen angewandt werden kann, sowie anschließend (§ 13.5.3) der für uns zentrale kommunikative Umgang mit *realen* Patienten beschrieben werden, der bereits als „ernsthafte“ Probehandeln in einer Lernsituation angesehen werden kann, die der oft gestellten Forderung nach einer *praxisnahen* Ausbildung weitgehend erfüllt.

13.5.2 Lernen in multimedialen Gesprächssimulationen

Ein weiterer Baustein des vorausgehend (§ 13.4.5) dargestellten multimedialen Lernprogramms, das seit Ende der 90er Jahre verschiedene Entwicklungen genommen hat, besteht in einer computerunterstützten, simulierten Lernsituation, in der die Lernenden zu komparativen Reflexionen und Übungen zur verbalen Intervention stimuliert werden (Koerfer et al. 1999, 2008). Diese Art des Lernens kann sowohl als Selbstlernen am individuellen Rechner als auch beim Gruppelernen organisiert werden.

In beiden Fällen wird den Lernenden ein besonders gelungenes, reales Arzt-Patient-Gespräch (im Sinne von „best practice“) vorgespielt, ohne jedoch vorher diese Information mitzuteilen. Die Lernenden sollen dem präsentierten Gespräch, das zumeist ein Erstgespräch ist, ohne Vorausinformationen möglichst unvoreingenommen folgen. Die allgemeine Instruktion an die lernenden Nutzer lautet lediglich, sie mögen stellvertretend für den realen Arzt intervenieren, und zwar an bestimmten vorprogrammierten Gesprächsstellen (B 13.2: Beitrag 05), an denen die Videopräsentation für einen gewissen Zeitraum im Standbild anhält.

B 13.2 Letzte Patientenäußerung:

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | P | (...) und ich hab Schmerzen ... und bisher hab ich die letzten 20 Jahre genommen ähm [Medikamentenname] ... |
| 02 | A | hm [nickt] . |
| 03 | P | dann genommen, wenn es dann . dann nach einer halben Stunde nich weg war . noch äh [Medikamentenname] . |
| 04 | A | ja . |
| 05 | P | gegen die Schmerzen . und ich denk ... ich denk, mal gucken, nit das es doch was is, was denn mein bisheriger Arzt nich gefunden hat . |
-

13. Medizinische Kommunikationsdidaktik

In diesem Zeitraum muss die simulierte Intervention des Lerners im Anschluss an die letzte Patientenäußerung erfolgen, so dass jeweils für den Lernenden als simulierten Arzt aktuell gilt: „It’s your turn!“ (B 13.3). Anschließend können die eigenen Interventionen des Lernenden mit den Interventionen der anderen Lernenden oder der realen Intervention des real gesprächsführenden Arztes systematisch im zugespilten Transkript wie im nachfolgenden Beispiel kritisch verglichen werden (B 13.3-5). Dabei können die jeweiligen Vor- und Nachteile der Interventionsalternativen eingeschätzt und auch formal im Unterricht oder in einer Prüfung (nach „Schulnoten“ differenziert) bewertet werden.

B 13.3 „It’s your turn!“		Bewertung
L1	A [Meine Intervention lautet:]	1 2 3 4 5
B 13.4 Simulierte Gesprächsfortsetzung: Alternative Interventionen		Bewertung
L2	A Seit wann haben Sie diese Schmerzen?	1 2 3 4 5
L3	A Können Sie die Schmerzen noch näher beschreiben?	1 2 3 4 5
L4	A An was denken Sie da?	1 2 3 4 5
L5	A Was nehmen Sie sonst noch für Medikamente?	1 2 3 4 5
L6	A Wo und wie sind die Schmerzen? Sind sie stechend, ziehend oder drückend?	1 2 3 4 5
L7	A Was hat Ihr bisheriger Arzt denn gefunden?	1 2 3 4 5
B 13.5 Reale Gesprächsfortsetzung des real behandelnden Arztes		Bewertung
06	A woran denken Sie denn, was da übersehen worden sein könnte? .	1 2 3 4 5

Die simulierten Interventionen der Lernenden (L1-L7) decken in dieser kleinen Sequenz bereits ein weites Spektrum von möglichen verbalen Interventionen ab. Das Spektrum reicht von der temporalen Informationsfrage nach der Beschwerdedauer (L2), die sich bei gutem Zuhören fast selbst beantworten ließe, weil der Patient schon nach eigener Aussage seit 20 Jahren Medikamente nimmt, über die Frage nach weiteren Medikamenten (L5), die nicht „wegläuft“ und auch später noch gestellt und beantwortet werden könnte, bis zur Frage nach der *subjektiven* Theorie des Patienten (L4), die der realen Intervention des behandelnden Arztes (O6) mit ihrer passgenauen Anschlussfunktion an die letzte Patientenäußerung am nächsten kommt. Im Gruppen-Unterricht führt die Diskussion um derartige Interventionssimulationen oft zu einem regelrechten „Wettbewerb“ zwischen den Lernenden um die optimale Intervention („best choice“), deren reflexive Begründungen wiederum neue Lernprozesse auf höheren Lernniveaus in Gang setzen können.

Die Bewertung der „eigenen“ Intervention (L1) wie der „fremden“ Interventionen (L2-L7) kann von den Lernenden in der Ausgangssituation zunächst immer selbständig vorgenommen werden, aber nachträglich auch mit den „Experten“-Meinungen von Lehrpersonen oder der „Expertise“ der Programmgestalter abgegolten werden. Ein möglicher „Streit“ um die „richtige“ Bewertung der Interventionen endet in Gruppendiskussionen zumeist im Konsens. Eine große Zustimmung erfuhren jeweils die verbalen Interventionen des realen Arztes, dessen Gesprächsführung insgesamt sowohl von den Experten als auch den Lernenden als besonders „gut“ bewertet wurde. Die „guten“ Gründe für diese positive Gesamt-Bewertung dieses Modellgesprächs („best practice“) werden offenbar, wenn wir den Fortgang des Gesprächs später einer empirischen Detailanalyse (§ 19) unterziehen werden.

In der wiederholten Nutzung des Lernprogramms können die Teilnehmer gegebenenfalls ihre eigenen Lernfortschritte (im Sinne von George Batesons 1985) wiederum selbst bemerken, wenn sie im nachträglichen Vergleich feststellen sollten, dass sie inzwischen ganz andere Typen von verbalen Interventionen als ihre Vorgänger in anderen Semestern oder als sie selbst in früheren Lernstadien verwenden oder zu anderen Bewertungen (als früher) kommen. Hierzu wäre es nützlich, in der Auswertung mit einem entsprechend ergänzenden Programm (und unter Wahrung der Anonymität) individuelle und kollektive Lerngeschichten und Lernprofile zu erstellen, um beizeiten mit Interventions-

übungen Entwicklungen von Lernprozessen korrigieren oder verstärken zu können.

Das beschriebene multimediale Lernprogramm zur simulierten Gesprächsführung ließe sich zudem effektivieren, wenn etwa über ein Spracherkennungsprogramm die spontanen, mündlichen Interventionen der Lernenden (B 13.3: L1) direkt erfasst und die so gewonnenen schriftlichen Daten zur Weiterbearbeitung sowohl an die Programmgestalter und „Experten“ als auch die Mitlernenden zum unmittelbar kritischen Vergleich bereitgestellt werden können.

Mangels Ressourcen konnte die technische Weiterentwicklung des Programms leider nicht fortgesetzt werden. In der alltäglichen Lehr-Lernpraxis lässt sich das Defizit aber mit traditionellen Mitteln ohne größere Aufwände kompensieren, indem etwa zu den Videopräsentationen von Gesprächen, die sequenzweise in PowerPoint-Präsentationen eingebettet sind, zusätzlich Arbeitsblätter an die Lernenden ausgegeben werden. Diese Arbeitsblätter können, wie in den vorausgegangenen Beispielen (B 13.2-5) deutlich wird, die in ein DIN-A4-Format passen, von den Lernenden mit eigenen Interventionsvorschlägen (B 13.3: L1) ausgefüllt und als Bewertungsbogen bearbeitet werden, was zugleich als Arbeitsmaterialien für weitere Unterrichtsdiskussionen in dieser oder einer nachfolgenden Lerngruppe dienen kann.

Mit der Kombination von Video-Präsentationen *realer* Gespräche und tradierten Medien wie Arbeitsblättern („Papier und Bleistift“) sind relativ *realitätsnahe* Interventionsübungen mit anschließenden Gesprächsreflexionen im Gruppendiskurs möglich, deren Realitätsgehalt diese Lernform zumindest als „zweitbeste“ Lösung erscheinen lässt, wenn keine simulierten oder realen Patienten zur Verfügung stehen. Sicher ist das Probehandeln mit realen Patienten, das nachfolgend beschrieben werden soll, der „Königsweg“ der medizinischen Kommunikationsausbildung, aber es gibt weitere, multimediale Wege, die auf ihre Weise ebenfalls zur Zielerreichung beitragen können. So gibt es eine Variante zu einem multimedialen Selbstlernprogramm zur simulierten Gesprächsführung („PatDocTalk“), das in unserer Klinik im 1. klinischen Semester von den Studierenden ergänzend zum Praktikum als „Hausaufgabe“ zu bearbeiten ist (§ 14.1, 41.4), bei der sie ein individuelles Feedback zu simulierten Interventionen erhalten.

Zudem nutzen wir sowohl im 1. als auch im 4. klinischen Semester Möglichkeiten von Video-Konferenzen (§ 14.1, 14.3), in denen die Studierenden Gelegenheit erhalten, einem aktuellen Gespräch zwischen Patient und Arzt direkt (*live*) in der laufenden ärztlichen Sprechstunde zu

folgen und anschließend mit den Patienten und/oder dem Arzt direkt offene Themen (Anamnese, Coping, Diagnose, Therapie usw.) zu besprechen.

13.5.3 Lernen mit realen Patienten

Den „Königsweg“ der Kommunikationsausbildung gehen alle Studierenden bereits im 1. klinischen Semester in Kleingruppenarbeit, in der jedes der 6-8 Gruppenmitglieder in der Regel 2mal Gelegenheit für Gespräche mit realen Patienten erhält. Hier geht es in der Kleingruppenarbeit (mit 6-8 Mitgliedern) vor allem um die Übung von Anamnesegesprächen mit „unausgelesenen“ Patienten, die sich bei uns in der Kölner Uniklinik in Behandlung auf verschiedenen Stationen befinden. Die Studierenden erhalten so Gesprächskontakt zu realen Patienten mit „kardiologischen“, „chirurgischen“, „orthopädischen“, „dermatologischen“ usw. Erkrankungen. Die realen Patienten werden in enger Kooperation mit der jeweiligen Klinikleitung und den behandelnden Ärzten um ihre Bereitschaft zur Mitwirkung gefragt und durch unsere eigens geschulten Tutoren auf die Gesprächssituation als Lernsituation vorbereitet, in der sie „nichts weiter als sich selbst“ (als erkrankte Person) einbringen sollen.

Im 4. klinischen Semester werden dann ebenfalls in der Kleingruppenarbeit (mit 6-8 Mitgliedern) die Übungen zur Gesprächsführung auf spezifische Probleme der ärztlichen Gesprächsführung (psychosomatische Komorbidität, Coping, Abwehr, „schwierige“ Patienten) fokussiert (§ 29-34). Wegen dieser Spezialisierung der Gesprächsführung kommen dann auch spezifisch trainierte *Simulationspatienten* (SP) zum Einsatz, die auf ihre jeweiligen Rollen in besonderen Schulungen von Experten ausgebildet wurden, die unserer Ausbildung von SP für die Prüfung nach dem OSCE-Verfahren (§ 41) entsprechen. Für das Probehandeln mit realen und simulierten Patienten soll zunächst das gemeinsame *Lern-Setting* beschrieben werden, das dann zu differenzieren ist.

Das Lern-Setting beim Probehandeln

Den beiden Varianten des Lern-Verfahrens, die wir sowohl mit *realen* Patienten (RP) als auch *simulierten* Patienten (SP) an unserer Klinik seit fast zwei Jahrzehnten praktizieren, liegt eine gemeinsames *Lern-Setting*

13. Medizinische Kommunikationsdidaktik

zugrunde, das hier zunächst mit Baile (2011) in seiner Grundstruktur abgebildet werden soll (Abb. 13.4). Obwohl Baile das Lern-Setting spezifisch auf das Gesprächstraining mit SP in der Onkologie zugeschnitten hat, lässt es sich für andere Lernsituationen zur ärztlichen Gesprächsführung verallgemeinern.

In der typischen Lernkonstellation agieren die beiden Hauptakteure L_1 und P in ihrer jeweiligen Arzt- bzw. Patientenrolle mehr oder weniger separiert von der übrigen Lern-Gruppe gleichsam wie auf einer „Bühne“ (*learning stage*), auf der das dyadische Arzt-Patient-Gespräch unter Beobachtung eines aufmerksamen „Publikums“ stattfindet, das die „Vorstellung“ auf der Bühne in kritischer Beobachtung verfolgt.

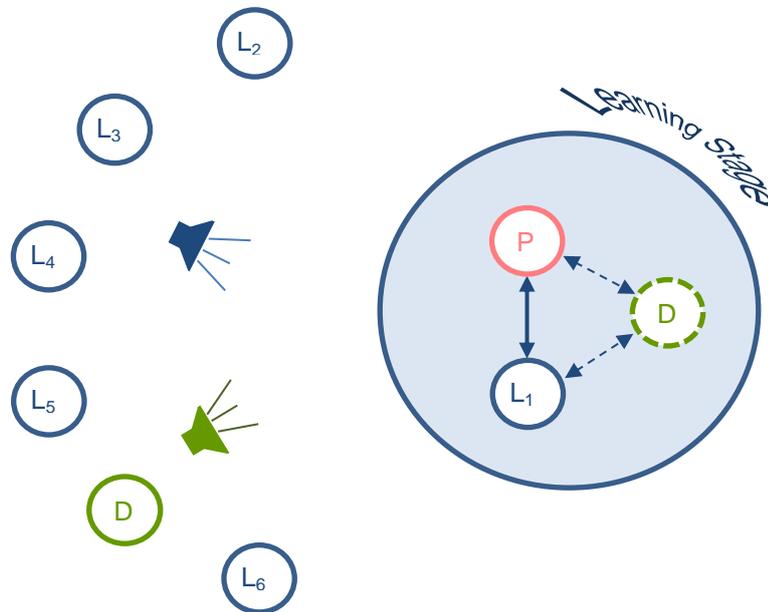


Abb. 13.4: Das allgemeine Lern-Setting mit Patienten, mod. n. Baile (2011)

Obwohl der Einfluss von außen während des Gesprächs zwischen L_1 und P möglichst gering gehalten werden sollte (s.u.), werden im Vorfeld durchaus „Regieanweisungen“ von der Dozentin (D) gegeben (hier gestrichelt markiert), die sich dann vor Beginn des Arzt-Patient-Gesprächs in die übrige Lerngruppe zurückzieht, bis im Nachfeld mit einer kritischen „Rezension“ aus dem gesamten „Publikum“ gerechnet werden kann. Das Lern-Setting soll hier für das *Probehandeln* mit *realen* Patienten (RP) ausführlicher und dann mit *simulierten* Patienten (SP) kürzer beschrieben werden, da es im Wesentlichen analog verläuft.

Drei Phasen des Gruppenlernens

Der Unterricht gliedert sich insgesamt in die drei Phasen (1) der theoretischen und praktischen *Vorbereitung* des Übungsgesprächs durch unsere DozentInnen (D), (2) die anschließende *Durchführung* des Gesprächs auf der „Bühne“ zwischen einer Lernenden (L₁) und einer Patientin (P) und (3) die *Nachbesprechung*, in der L₁ eine *Selbstreflexion* des gerade „absolvierten“ Gesprächs leisten soll und von den anderen L₂₋₆ aus der Gruppe und von D ein *Feedback* bekommt, an das anschließend individuell für L₁ und die gesamte Gruppe die Zielsetzungen in den nächsten Sitzungen bestimmt werden. Diese drei Phasen sollen nach Inhalt, Struktur und Funktion mit verschiedenen Varianten nachfolgend beschrieben werden.

1. Vorbereitung: „Regie“-Anweisungen für alle Beteiligten

In der von uns zunächst im 1. klinischen Semester praktizierten Lernsituation mit realen P wird von D in der Regel zunächst nur eine *Vorbereitungsfunktion* für L₁ und P wahrgenommen, mit der sie in ihre jeweiligen Gesprächsrollen eingewiesen werden. Nach einer *theoretischen* Einführung, in der unser *Manual* zur Gesprächsführung mit weiterer Literatur vorgeschult wird, werden die Lernenden auf ihre „Arzt-Rolle“ praktisch vorbereitet. Sie erhalten keine weiteren Informationen über ihre zukünftigen P und deren Erkrankungen, sondern sollen gleichsam ein Erstgespräch führen, so als würden sie auf der Station die erste Anamneseerhebung durchführen.

Die realen P sollen möglichst ihrer natürlichen Rolle als erkrankte Personen verhaftet bleiben, müssen allerdings in die Lernsituation so eingeführt werden, dass ihnen bei ihrer Mitwirkung klar ist, dass ihr Gegenüber L₁ kein „echter“ Arzt ist, sondern die Arzt-Rolle gesprächsweise „unter Aufsicht üben“ soll. Die P werden auf ihr „Verweigerungsrecht“ aufmerksam gemacht, wenn ihnen etwas „zu nahe gehen“ sollte, vor allem vor der Gruppe als „Publikum“ („Sie können das Gespräch jederzeit unterbrechen oder abbrechen, wenn Ihnen etwas zu unangenehm wird oder sie sich zu sehr bedrängt fühlen“). Von diesem Verweigerungsrecht haben die P allerdings nur äußerst selten Gebrauch gemacht, was als Beleg auch für die *Akzeptanz* und *Authentizität* der Gespräche gelten kann.

Schließlich wurde den P gegenüber von unseren Tutoren oder unseren D noch einmal versichert, dass „wie überall“ in der Klinik, so auch hier beim Probehandeln mit Studierenden der Medizin die ärztliche Schweigepflicht gilt.

Die übrigen L₂₋₆ der Gruppe bekommen (als „Publikum“) entweder allgemeine Beobachtungsaufgaben nach unserem *Manual* zur ärztlichen Gesprächsführung (§ 13.4.1, 17-23) bzw. nach unserem Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK) (s. Anhang § 44.2) oder sie erhalten spezifische Beobachtungsaufträge etwa zur *nonverbalen* Kommunikation (§ 12), bei der beispielsweise auf die Gestik und Mimik oder Körperhaltung zu achten ist. Weil es oft schwer ist, auf alles zugleich zu achten, ist gegebenenfalls eine Arbeitsteilung sinnvoll, bei der die einen Gruppenmitglieder L₂₋₄ in ihrer Beobachtung etwa auf „Unterbrechungen“ von Patientenerzählungen fokussieren (§ 13.4.3), und andere Gruppenmitglieder L₅₋₆ sich auf spezifische Phänomene der nonverbalen Interaktion („Körperhaltung“) (§ 12) konzentrieren.

2. Durchführung des Gesprächs: Standardverfahren und Varianten

Während des einzelnen Gesprächs zieht sich die Lehrperson (D) in die Gruppe zurück und greift nur im „Notfall“ in die Interaktion auf der Bühne ein, wenn etwa dort ein Gespräch zwischen L₁ und P zu „stagnieren“ oder zu „entgleisen“ droht. So könnte sich D im Falle einer anhaltenden „Gesprächsflaute“ etwa mit der folgenden Intervention „einschalten“, um das Gespräch wieder in Gang zu bringen: „Wie haben noch gar nichts über die Familien-/Berufssituation der Patientin erfahren“. Auf der anderen Seite bedarf es gelegentlich einer begrenzenden Intervention durch D in den seltenen Fällen, in denen es reale Patienten, wenn sie von ihrem „Verweigerungsrecht“ (s.o.) nicht schon selbst aktiv Gebrauch machen, dennoch vor einer allzu invasiven Gesprächsführung („Übergriffe“) durch L₁ zu schützen gilt („Das weiter zu klären, würde jetzt hier in der Gruppe zu weit führen“). Diese Option sollte etwa bei besonders „heiklen“ Themen gelten (Sexualität, häusliche Gewalt, Drogenabhängigkeit usw.), obwohl Patienten oft ihrerseits damit durchaus eigeninitiativ – auch vor der Gruppe – offen umzugehen bereit sind.

Ansonsten kann und soll das Gespräch seinen „freien Lauf“ nehmen, bevor es nach einer gewissen Gesprächssättigung von L selbst zum „runden“ Abschluss gebracht oder von D nach Ablauf einer in der Gruppe vereinbarten Gesprächszeit von außen „formal“ beendet wird.

Bevor in der Nachbesprechung aus der Gruppe ein Feedback gegeben wird (s.u.), können unsere DozentInnen (D) für die Lernsituation auf der Bühne fakultativ verschiedene Rollen-Spiel-Varianten wahrnehmen lassen: Wenn dies zuvor mit der Gruppe und den jeweiligen P entsprechend verabredet wurde, kann auch eine andere L₂ noch die Arzt-Rolle übernehmen und das Gespräch, das bereits „gesättigt“ schien, weiterführen. Es ist für die Gruppe oft erstaunlich zu erfahren, welche weiteren Informationen über P noch erkundet werden können, wenn fast „alles schon gesagt“ zu sein schien.

So ist es dann für alle Beteiligten beindruckend, wie ein zweiter Arzt-Spieler L₂ denselben Patienten durch Weiterbefragung in ein ergiebiges *Zweitgespräch* ziehen kann, nachdem bereits der Vorgänger alle Gesprächsregister schon gezogen zu haben scheint. Dann können plötzlich Themen, Einstellungen (Befürchtungen, Wünsche) und Emotionen (Wut, Trauer) zum Vorschein kommen, auf die P zuvor von L₁ offenbar nicht genügend „angesprochen“ wurde.

Diese Variante der „Zweitbesetzung der Arzt-Rolle“ setzt allerdings in der Lerngruppe bereits ein entwickeltes Vertrauen voraus, damit die „Konkurrenz“ zwischen der Erst- und Zweitbesetzung der Arzt-Rolle nicht als persönliche „Rivalität“, sondern als Erfahrungserweiterung bei der Gesprächsführung mit derselben P erlebt wird, mit der jeweils unterschiedliche Gesprächsergebnisse erzielt werden können. In besonderen Situationen, in denen das Gespräch erkennbar stockt und kein anderer L „einspringen“ will, kann die Arzt-Rolle auch durch D übernommen werden, was im gelingenden Fall auch als „Modellgespräch“ (*best practice*) wahrgenommen werden mag.

Ebenfalls fakultativ können nach der Übungsphase, die zunächst mit dem Abschluss des Gesprächs endet, je nach verbliebener Zeit und nach Interesse der Lernenden sowie der Bereitschaft von Patienten noch „Fragen aus der Gruppe“ an P gestellt werden. Auch bei diesem Ergänzungsverfahren zur Anamneseerhebung überraschen oft neue Erkenntnisse über P, was „vor aller Augen und Ohren“ einmal mehr belegt, dass eine Anamneseerhebung selten als „vollständig“ gelten kann – ein Defizit, auf das man sich in der späteren Berufspraxis ebenfalls realistisch einzustellen hat.

3. Nachbesprechung: Selbstreflexion und Feedback

Nach der Verabschiedung von P kehrt die Gruppe wieder in ihre alte Gruppenkonstellation zurück, um den gerade erlebten „Gesprächsfall“ in einer *Nachbesprechung* einer kritischen (*Selbst-*)*Reflexion* zu unterziehen. In dieser *Reflexionsphase* sollte zunächst L₁ mit der gesprächsführenden „Arzt-Rolle“ das erste Wort haben, das etwa durch folgende Fragestellungen stimuliert und strukturiert werden kann:

- „Wie habe ich das Gespräch, meine Patientin und vor allem mich selbst im Gespräch erlebt?“
- „Hat P aktiv mitgemacht oder musste ich P alles „abringen“?“
- „Welche Gefühle habe ich selbst entwickelt, als P auf das emotionale Thema ... zu sprechen kam?“
- „Wo waren die zentralen Gesprächsweichen zu stellen, um das Gespräch in die eine oder andere Richtung zu lenken?“
- „Wo und wann war ich mir sicher/unsicher über den weiteren Gesprächsfortgang?“
- „Hätte ich weniger/mehr strukturieren sollen?“
- „Was habe ich gut/weniger gut gemacht?“
- „Inwieweit hat P vom Gespräch „profitieren“ können, obwohl es nur eine Übung war?“
- „Was würde ich beim nächsten Mal anders machen?“ usw.

Im Anschluss an diese Art der *Selbstreflexion*, auf die wir unter dem Aspekt der Entwicklung einer ärztlichen *Meta-Kompetenz* eingegangen waren (§ 3.2), geben die übrigen Gruppenmitglieder ihr *Feedback* zum Gespräch, das noch ganz „frisch“ unter einer Erlebensperspektive beurteilt wird. Dabei folgen die Gruppenmitglieder in ihrer spezifischen Lerner-Rolle als Beobachter oft reziprok ähnlichen Aspekten, wie sie L₁ selbst in der Arzt-Rolle schon thematisiert hatte, und bestätigen oder verneinen oder modifizieren dessen Selbstbewertungen. Darüber hinaus geben sie ihre gezielten Beobachtungen etwa zur nonverbalen Kommunikation wieder, wozu sie etwa von D eigens mit einem Beobachtungsauftrag (s.o.) angehalten worden sein können:

- „Dein Blickverhalten war offen und zugewandt, bis auf die Phase, wo du dir Notizen gemacht hast“

- „Wenn du Hörsignale gibst, dann gehäuft „okay“, das du relativ mechanisch und manchmal unpassend gibst, weil das von P Gesagte eben gerade nicht „okay“ ist.
- „Was du gut/weniger gut gemacht hast, war ...“
- „Was ich an deiner Stelle bei diesem Thema ... anders gemacht hätte, ist ...“
- „Was du beim nächsten Mal grundsätzlich anders machen solltest, ist ...“

Auch wenn die Stellungnahmen kritisch ausfallen, sollten sie in einer so kleinen Lern-Gruppe (mit 6-8 Mitgliedern) als kollegiale Anregungen zur Verbesserung der eigenen Gesprächsführung willkommen sein. Der Umgang mit Kritik sollte allein schon deswegen solidarisch gemeint und verstanden werden, weil alle L wechselweise in dieselbe Arzt-Rolle kommen werden, in der laut „Definition“ der Lernsituation ein „Probehandeln“ gerade angesagt ist und somit „Fehler“ nicht nur erlaubt sind, sondern als *Lernanlässe* von allen L zum „Bessermachen“ genutzt werden können.

Schließlich wird in der Gruppe zumeist auch eine „Experten“-Stellungnahme von D erwartet, die aber nicht vorzeitig erfolgen sollte, damit die Diskussion um die möglichen Kontroversen bei der Bewertung des soeben erlebten Gesprächs im Sinne des *problemorientierten* Lernens, das zu *selbständigen* Problemlösungen führen soll (§ 13.4.2), möglichst offen geführt werden kann. Möglichweise wird eine „Experten“-Bewertung durch D gerade nicht eine Diskussion abschließen, sondern zu neuen Kontroversen führen. Im Bedarfsfall wird dann die Diskussion durch „Theoriestücke“ und Praxisfälle (Manual, Literatur, Best-practice-Beispiele) angereichert werden.

Eine Gesamtbilanz sollte einerseits zu konkreten Empfehlungen für L₁ in der „Arzt-Rolle“ führen („Weiter so, aber mehr Blickkontakt und Hörsignale, dabei jedoch die mechanische Häufung von „okay“ vermeiden ...“) und für die Gruppe insgesamt eine Aufgabenliste festlegen, die unter Umständen eine Umstrukturierung der nächsten Sitzungen erfordert, in der ausstehende oder aufgelaufene Probleme der ärztlichen Gesprächsführung (wie etwa Typen der *Höerrückmeldung*) eigens zum Thema gemacht werden können.

Sollte sich ein größerer *Theorie-* und *Reflexionsbedarf* ergeben, können Sitzungen auch anders als geplant genutzt werden, was ohnehin gelegentlich aus pragmatischen Gründen geschehen muss, wenn Patienten (aus welchen Gründen auch immer, z.B. der aktuellen Ver-

schlechterung ihres Befindens) kurzfristig absagen sollten und die entsprechende „Lücke“ anderweitig zu „füllen“ ist. Ansonsten kann die Rückkehr in theoretische oder reflexive Phasen auch zu Zwischenbilanzen (etwa in der Semestermitte) genutzt werden, um neue Gesprächstechniken für die weiteren *Übungsgespräche* vorzubereiten oder die Beobachtungskategorien für diese Gespräche (nach *Manual* und *Evaluationsbogen*) anhand von *Best-practice-Beispielen* (§ 13.4.4) entsprechend zu schärfen.

13.5.4 Lernen mit simulierten Patienten (SP)

Weil die Lernsituation mit simulierten Patienten (SP) der mit realen Patienten (RP) ähnlich ist, sollen hier nur die Gründe für einen Wechsel von RP zu SP angeführt werden. Der eine banale Grund ist die (mangelnde) *Verfügbarkeit* der „gewünschten“ Patiententypen mit entsprechenden Krankheitsbildern und Rollenmustern, der andere Grund die *Zumutbarkeit* eines „riskanten“ Probehandelns gegenüber RP.

Während im 1. Klinischen Semester für das *Anamnesegespräch* Patienten so „genommen“ werden müssen und können, wie sie von den (inneren, chirurgischen, dermatologischen usw.) Stationen zu uns kommen, sind im 4. klinischen Semester andere Ansprüche an eine spezifisch *psychodiagnostische* Gesprächsführung gegenüber Patienten zu stellen, bei denen über die Anamneseerhebung hinaus eigens auf spezifische diagnostische und therapeutische Probleme fokussiert werden soll (depressive Ko-Morbidität bei Diabetes, Coping, Abwehr, onkologische, sterbenskranke, aggressiv-entwertende Patienten usw.) (§ 29, 34,38). Diese Probleme können bei realen Patienten weder als gegeben unterstellt noch ihre Thematisierung in Lerngruppen den realen Patienten ohne weiteres zugemutet werden.

Deswegen kommen im 4. klinischen Semester simulierte Patienten zum Einsatz, die im Vorfeld entsprechend ausgebildet wurden (§ 13.6, 41), um auch außergewöhnlichen Anforderungen genügen zu können. So können sie auch auf Unzumutbares („Übergriffe“) beim Probehandeln rollenkonform reagieren, zumal sie etwa im Falle einer „Kränkung“ durch den rollenspielenden Arzt nicht persönlich betroffen sind.

Wie bei der Lernsituation mit realen Patienten können auch beim Training mit simulierten Patienten drei Phasen unterschieden werden. Die Lernenden können auf bestimmte Krankheitsbilder (*Depressivität*) und Probleme (*Abwehr*) theoretisch und praktisch *vorbereitet* werden,

indem etwa Unterschiede zwischen einer *konfrontativen* und *tangentia-*
len Gesprächsführung anhand von Beispielen vermittelt werden (§ 3.2,
17.3, 32). Ebenso kann mit den SP im *Vorfeld* der Schwierigkeitsgrad
abgesprochen werden, mit der etwa eine psychische Ko-Morbidität (De-
pression) des Patienten mit Diabetes oder ein Abwehrverhalten „ge-
spielt“ werden soll bis zu dem „Schwierigkeitsgrad“, wo ein Patient weit-
gehend verstummt oder das Gespräch abubrechen sucht.

Während des Übungsgesprächs mit SP kann D stärker eingreifen
(als bei RP), indem das Gespräch etwa gestoppt, Alternativen der Ge-
sprächsführung in der Gruppe besprochen werden oder eine Neustart
des Gesprächs versucht werden soll. Eine sehr ergiebige Variante ist
auch hier die Zweitbesetzung der Arzt-Rolle durch eine(n) Lernende(n),
wenn L₂ zuvor den Raum beim ersten Übungsgespräch verlässt, um
dann sein Gespräch ohne Kenntnis des ersten Gesprächs, das heißt
ebenso „blind“ zu führen. Auch hier können die mitlernenden Beobach-
ter im Vergleich die Erfahrung machen, wie unterschiedlich Gespräche
bei einem vergleichbaren „input“ (identische(r) SP in derselben Rolle)
ausfallen können. Ebenso sind bei SP fließende Wechsel in der Arzt-
Rolle möglich, nicht nur mitten im Gespräch, sondern auch gegen En-
de, wenn „fast alles gesagt“ zu sein scheint und dennoch eine „neue“
Ärztin das Gespräch erheblich zu erweitern und zu vertiefen versteht.

In der *Nachbesprechung* kann die (Selbst-)Reflexion ähnlich struktu-
riert werden wie bei RP (s.o.), aber zusätzlich haben Übungsgespräche
mit SP den Vorteil, dass diese ihrerseits ein *Feedback* nach bestimmten
Standards abgeben, die zuvor trainiert wurden (§ 13.6, 41). Auch dieses
Feedback soll dazu beitragen, dass die Lernenden eine *selbstreflexive*
Meta-Kompetenz erwerben (§ 3.2, 6.4), die sie auf ihre zukünftige Ge-
sprächsführungspraxis zunehmend routiniert anwenden können. Ein
weiterer Testfall auf diesem Weg ist die Prüfung nach der OSCE-
Methode, bei der ebenfalls simulierte Patienten (SP) zum Einsatz kom-
men.

13.6 Prüfung kommunikativer Kompetenz

Wie in der Einleitung (§ 1) schon ausgeführt wurde, kommt die ärztliche
Gesprächsführung nicht nur in der medizinischen Aus- und Fortbil-
dung insgesamt zu kurz, sondern sie wird auch zu selten und zu pra-
xisfern geprüft, so dass sich die Effizienz für die Lehre und die Fort-

schritte für die Lernenden kaum abschätzen lassen. Als wesentlicher Beitrag zur Qualitätssicherung in der Lehre kann die Prüfungsmethode (OSCE) (**O**bjektive **S**tructured **C**linical **E**xamination) mit standardisierten Patienten angesehen werden. Der Einsatz von standardisierten oder simulierten Patienten („Schauspielerpatienten“) (SP) ist international bereits in einer langen Tradition mit variantenreichen Anwendungen in Forschung, Lehre und Prüfung erprobt worden (Hoppe 1995, Kurtz, Silverman, Draper 1998, Lane, Rollnick 2007). Auch im deutschsprachigen Raum werden seit einigen Jahren positive Erfahrungen beim Einsatz von SP berichtet (Nikendei et al. 2003, Ortwein, Fröhmel, Burger 2006, Simmenroth-Nayda et al. 2007, Fröhmel, Burger, Ortwein 2007). Einen kritischen Überblick geben Eckel et al. (2014) gerade zum Einsatz von SP in den sog. „Psych“-Fächern.

An unserer Klinik haben wir die formative Abschlussprüfung mit Simulationspatienten erstmalig zum WS 1999/2000 eingeführt (Koerfer et al. 2000, 2008) und seitdem systematisch ausgebaut. Inzwischen verfügen wir über einen großen Stamm von Simulationspatienten, die mit einem vielfältigen Rollen-Spektrum verstärkt auch in der Lehre eingesetzt werden (§ 13.5.3). Da wir über den Einsatz von Simulationspatienten in Prüfungen nach der OSCE-Methode noch ausführlich berichten werden (§ 41), soll hier nur ein kurzer Überblick über das Prüfungsverfahren und seine Akzeptanz bei den beteiligten Akteuren gegeben werden.⁵ Einleitend soll dem methodischen Problem nachgegangen werden, dass die Kandidaten bei Prüfungen ihrer kommunikativen Kompetenz bekanntlich unter einer spezifischen, kritischen Beobachtung stehen, was zu den ebenso bekannten „Verzerrungen“ führen könnte, die das Prüfungsergebnis in Frage zu stellen scheinen.

13.6.1 Das Beobachterparadoxon als Problem der Evaluation

In allen vorausgehend (§ 13.5) beschriebenen Typen von Lernsituationen kann es beim Probehandeln zu „Verzerrungen“ kommen, die auch sonst möglich sind, wenn unter Beobachtung dritter Personen gehandelt wird, seien es die eigenen Gruppenmitglieder oder die Lehr- oder gar die Prüfungspersonen usw. In diesen quasi-öffentlichen Situationen

⁵ Wir folgen hier teilweise der Darstellung in Koerfer et al. (2008) und verweisen ansonsten auf die ausführlichen Erörterungen der OSCE-Methode mit Simulationspatienten in § 41.

gelten die allgemeinen Regeln triadischer Kommunikation (Koerfer 2013), nach denen damit gerechnet werden muss, dass in der Dyade zugleich unter der Wahrnehmungs- und Beurteilungsperspektive (potentieller) Beobachter gehandelt wird. Dies gilt aber für alle Kommunikation, wenn den Handelnden bekannt ist, dass sie unter Beobachtung handeln. Dass mit Beobachtung anders gehandelt wird (als ohne), ist in der *sozialwissenschaftlichen* und spezifisch *sprachwissenschaftlichen* Forschung als *Beobachterparadoxon* beschrieben worden (Labov 1971, Koerfer 1985). Danach kann der intendierte Untersuchungsgegenstand nicht nur „verfehlt“, sondern „verfälscht“ werden: Bei der Datengewinnung unter Beobachtung wird von den „Probanden“ nicht das („natürliche“) Verhalten „präsentiert“, wie man es als unbeobachtetes Verhalten „eigentlich“ zu erforschen wünscht.

Dem methodischen Problem, dass die Prüfungskandidaten gerade bei Prüfungen ihrer kommunikativen Kompetenz bekanntlich unter einer spezifisch kritischen, nicht zuletzt *zensorischen* Beobachtung stehen, die zu den ebenso befürchten „Verzerrungen“ führen könnte, werden wir ebenfalls später unter dem Aspekt der Evaluation nachgehen, der nicht nur die Kommunikation zwischen Studierenden und SP betrifft. Auch die Kommunikation zwischen realen Ärzten und realen Patienten unterliegt dem Beobachtungsproblem, wenn etwa zum Zweck der Evaluation von Balint-Gruppen-Arbeit etwa Video-Aufnahmen von Arzt-Patient-Gesprächen gemacht werden sollen, die unter besonderen „Beobachtungslupen“ der empirischen Gesprächsforschung (§ 2) untersucht werden, von der wir hier im Praxisteil des Lehrbuchs noch ausgiebig zu „profitieren“ suchen.

Als wesentliches Ergebnis der methodischen Überlegungen zum Beobachterparadoxon, das auch in Prüfungssituationen vielfältige Wirkungen zeigen kann, sei hier vorweggenommen, dass in Prüfungen von kommunikativen Kompetenzen zwar auch mit „Sonntagsreden“ zu rechnen ist, hinter deren Niveau die „Kandidaten“ im unbeobachteten Gesprächsalltag wieder zurückfallen mögen, aber in diesen extraordinären („sonntäglichen“) Prüfungssituationen werden gerade die *maximalen* Kompetenzen zum Vorschein kommen, die in ihrer *prinzipiellen* Verfügbarkeit gerade überprüft werden sollen.⁶

⁶ Gerade in Prüfungen werden die Prüflinge „ihr Bestes geben“ wollen, was immer sie für ihr Bestes *halten*. Sollten sie dabei einem unangemessenen Modell der (rein *interrogativen*) Gesprächsführung folgen, wird auch das in der Prüfung zum Vorschein kommen. Dass besonders *prüfungsängstliche*

Entsprechend der Lernpyramide von Miller (1990), auf die wir ebenfalls zurückkommen (§ 40.3), kann erwartet werden, dass die Kandidaten ihre Lernfortschritte bei der ärztlichen Gesprächsführung nicht nur als Wissenszuwachs (*knows how*), sondern auch demonstrativ (*shows how*) beim kommunikativen Handeln mit SP in dem Maße „unter Beweis stellen“ werden, wie sie dies unter Beweis stellen *können*. Dass die Handlungssituation ihrerseits beim Probehandeln mit SP allgemein und spezifisch in Prüfungen relativ *praxisnah* zu gestalten ist, so dass den Handelnden realistische Handlungschancen eröffnet werden, war vorausgehend (§ 13.5.1) schon thematisiert worden und soll unter dem Aspekt der Evaluation (§ 40-43) noch weiter ausgeführt werden.

13.6.2 Standardablauf der Prüfung (OSCE)

Die Prüfungen nach dem OSCE-Verfahren mit SP werden bei uns am Ende der Kurse im 1. klinischen Semester organisiert. Die Prüfungen finden jeweils unter dem Vorsitz einer unserer DozentInnen (D) statt, die nicht zugleich Lehrperson für die Prüfungskandidaten war, so dass in dieser Hinsicht („Sympathie“-Bias usw.) eine entsprechende Neutralität bei der Evaluation erwartet werden kann.

Die Prüfer achten auf die „Formalien“, zu denen etwa die Einhaltung der Gesprächszeit (ca. 10 Min.) gehört und übernehmen die schriftliche Evaluation anhand eines Evaluationsbogens (s.u.). Die Prüfungskandidaten nehmen die Situation oft so ernst, dass sie ihre „Arzt-Kittel“ mitbringen, um besser in ihre Arzt-Rolle „schlüpfen“ zu können, bevor sie wie im späteren Berufsleben „ihre(n)“ P (in das Büro von D) hereinbitten, sich mit Namen vorstellen (usw. wie im Manual), einen Platz in einem separierten Tisch anbieten und das Gespräch (in der „entfernteren“ Gegenwart von D) in einer quasi-dyadischen Situation eröffnen.

Wenn alles „normal“ verläuft, beenden die Studierenden (S) auch selbständig das Gespräch oder werden von D rechtzeitig daran erinnert, dass sie „allmählich“ zum Ende kommen müssen. Danach hat zunächst die SP das erste Wort, das D (nach der Danksagung an beide Akteure) mit einer mehr oder weniger standardisierten Frage erteilt (z.B. „Wie haben Sie als Patientin das Gespräch mit Ihrer Ärztin erlebt?“). Die SP nutzt dann die Redegelegenheit zu einem ersten Feedback, bevor sich S

Kandidaten „unter ihren Möglichkeiten bleiben“ können, ist sicher ein Problem von Prüfungen überhaupt.

dazu aus der Sicht der (gespielten) Arzt-Rolle (zustimmend oder kritisch) äußert und sich schließlich auch D mit Beobachtungen, Kommentaren und einer strukturierten Gesamtbewertung (nach KEK) einschaltet, so dass in der Regel eine kurze Diskussion zwischen allen Beteiligten entsteht, die das Gespräch (und mögliche Alternativen) noch einmal „durchsprechen“.

13.6.3 Feedback (SP) und Evaluation (KEK)

Neben den vielen Vorteilen beim Einsatz von Simulationspatienten (SP), die vor allem in ihrer *Flexibilität*, *Rollenvielfalt*, *Standardisierbarkeit*, *Verfügbarkeit* und *Belastbarkeit* gesehen werden (§ 41), kann als besonderer Vorteil gerade in Prüfungen genutzt werden, dass die SP „ihren ÄrztInnen“ nach dem Prüfungsgespräch ein *Feedback* geben können, das neben spontanen Rückmeldungen auch standardisierte Elemente enthält.

Für die Prüflinge selbst ist zunächst das erlebnisnahe Feedback der Simulationspatienten wertvoll, weil sie hier analog zu ihrer späteren Berufspraxis bereits die mögliche „(Un-)Zufriedenheit“ der realen Patienten mit ihrer (Art der) Gesprächsführung antizipieren können. Ein Feedback kann auch im kritischen Fall eine Bereicherung sein, wenn etwa „Unsicherheit“ bei der Formulierung oder „mangelnder Blickkontakt“ oder „zu starke Vorgaben durch Fragen“ rückgemeldet werden.

Aus derartigen Feedbacks der SP lassen sich Rückschlüsse auf die Erreichung unserer Lernziele zur Gesprächsführung ziehen, wie dies u.a. im direkten Vergleich von realen Prüfungsgesprächen, die audiovisuell aufgezeichnet wurden, deutlich wird. So gab dieselbe SP in derselben Krankenrolle im Fall eines stark *interrogativ* orientierten Gesprächs ein eher negatives Feedback (SP: „deswegen hab ich von mir aus auch weniger erzählt als ich gern gemacht hätte“) (B 13.6), während sie sich nach dem anderen Prüfungsgespräch (B 13.7) gegenüber dem Studierenden (S) insgesamt „sehr positiv“ äußerte:

B 13.6 OSCE Nr. 43 – SP-Feedback:
„hab ich von mir aus weniger erzählt als ich gern gemacht hätte“

01 SP und ähm . vielleicht konnte man da so'n bisschen raushören,
dass da ein bisschen Unsicherheit war (...) deswegen hab ich von
mir aus auch weniger erzählt als ich gern gemacht hätte . das
war so mein Eindruck . und mit der [von S vorgeschlagenen] Un-
tersuchung . wär ich einverstanden .. ja .

B 13.7 OSCE Nr. 44 – SP-Feedback:
„Ich musste ja richtig erzählen“

01 SP . ja . mein Eindruck war (...) dass es jemand ernst meint und
nichts durcheinander wirft und einfach sicher gehen möchte,
dass er's richtig verstanden hat . das Gleiche is auch . es waren
viel offene Fragen . also ich musste ja richtig erzählen . das war
richtig Arbeit .

02 S . ja .

03 SP das fand ich angenehm . und dann noch diese Geschichte . „geh
ich recht in der Annahme, dass Sie viel zu tun haben oder um
die Ohren haben“ . dass ich sagen konnte: „ja so isses“ . das hat
mir auch das Gefühl gegeben . da erkennt jemand meine Lei-
stung an (...) und das fand ich sehr positiv .

04 S hm .

Bei ihrem Feedback bedient sich die SP in beiden Fällen eines alltags-
sprachlichen Vokabulars, das den entsprechenden terminologisch-
professionellen Kategorienbildungen (Verstehen, offenes Fragen, Erzäh-
len, empathische Anerkennung) recht nahe kommt, ohne dass dazu in
der SP-Ausbildung eine spezifische Instruktion gegeben worden wäre.
Nicht nur in positiven, sondern auch in negativen Fällen kann das
Feedback der SP durchaus nachvollzogen und akzeptiert werden, nicht
nur von den Studierenden/Prüflingen selbst, sondern auch von unse-
ren Prüfern, die nur in Ausnahmefällen eine abweichendes, oft nur mo-
difizierendes Feedback geben.

In der Regel besteht zwischen dem Feedback der SP und der Bewer-
tung durch unsere DozentInnen ein hohes Maß an *Übereinstimmung*.

Dies gilt sowohl für die anschließende dialogische Nachbesprechung der Prüfungsgespräche mit dem Prüfling als auch für das strukturierte Dozenten-Rating anhand eines Evaluationsbogens.

Dabei kommt das Transparenzgebot für alle Beteiligten zur Geltung, nach dem nur geprüft werden soll, was vorher auch entsprechend gelehrt wurde. Deswegen haben wir analog zu unserem Manual zur ärztlichen Gesprächsführung, das Grundlage für die Lehre ist (§ 13.4.1, 17-23), zur systematischen Überprüfung der kommunikativen Kompetenz den *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) für die Abschlussprüfung entwickelt (s. Anhang § 44.2).

Im direkten Vergleich der beiden vorausgehend angeführten Prüfungsgespräche, die ein negatives bzw. positives Feedback durch die SP bekamen, ließen sich die Unterschiede sowohl in den einzelnen Skalen wie auch in der erreichten Gesamtpunktzahl unmittelbar erkennen (13 : 31 Punkte von 42 bzw. 50).⁷ Die im SP-Feedback bereits alltagsprachlich umschriebenen Stärken und Schwächen der beiden Gespräche werden im kategorialen Gesamtprofil des Evaluationsbogens entsprechend abgebildet.

Nach vorläufigen Auswertungen des Evaluationsverfahrens insgesamt lassen sich folgende Tendenzen erkennen: Während die Studierenden in den besonders gut lehr- und lernbaren Eröffnungs- und Abschlusstechniken der Gesprächsführung durchweg gute Ergebnisse erzielen, streuen ihre kommunikativen Kompetenzen in den zentralen Dimensionen des Anamnesegesprächs erheblich. Besondere Schwierigkeiten haben die Studierenden im Umgang mit Emotionen, wie dies auch schon in der Forschung als Problem beschrieben wurde (Suchman et al. 1997, Koerfer et al. 1994, 2004, Butow et al. 2002).

Hier verweisen die Evaluationsergebnisse auf spezifische Herausforderungen für die weitere Lehre zur ärztlichen Gesprächsführung, in der die *empathischen Kompetenzen* (§ 3.2, 20) besonders zu stärken sind. Ebenso sollten die Kompetenzen für die Exploration von *subjektiven Vorstellungen und Erwartungen* der Patienten verstärkt gefördert wer-

⁷ Die max. Punktzahl (50) beim Evaluationsbogen (KEK) kann in derartigen Prüfungen (im 1. klinischen Semester) nicht erreicht werden, da hier nur das Anamnesegespräch bewertet werden soll (max. 42). Für die „Erklärung der bisherigen Befunde“ und für die „Abstimmung des Untersuchungs- und Therapieplans“ können jeweils 4 weitere Punkte erreicht werden (42+4+4=50) (s. KEK im Anhang § 44.2).

den, deren Relevanz für die weitere medizinische Entscheidungsfindung (§ 10, 22) von den Studierenden wohl noch unterschätzt wird.

13.6.4 Relevanz und Akzeptanz des Prüfungsverfahrens

Zur Überprüfung der *Akzeptanz* unseres Prüfungsverfahrens mit Simulationspatienten, die wesentlich mit der *Authentizität* des Handelns aus beiden Handlungsrollen korrespondiert, haben wir im Anschluss an die Prüfung in mehreren Semestern regelmäßig und anonym einen Fragebogen mitlaufen lassen, mit dem die Studierenden (S) in einem ersten Schritt formal (2 Skalen) die *Relevanz* des Prüfungsverfahrens und ihre *Zufriedenheit* damit einschätzen sollten.

In einem zweiten Schritt sollten die S in einem *Freitext* ihre Erfahrungen, Kritik oder Verbesserungsvorschläge mitteilen. Eine erste Stichprobe (n=153) bestand aus S, die noch keine Vorerfahrung mit SP hatten, so dass wir für diese Gruppe ein spontanes, „unverstelltes“ Primärurteil nach dem Erstkontakt mit SP erwarten konnten. Bei der formalen Befragung im ersten Schritt konnten bei dieser Stichprobe folgende Bewertungen (nach „Schulnoten“ differenziert) unmittelbar im Anschluss an das OSCE-Verfahren vorgenommen werden, so dass die Eindrücke noch aktuell waren:

- Meine Erfahrungen mit Simulationspatienten finde ich:
positiv ①②③④⑤ negativ
- Die OSCE-Prüfung mit Simulationspatienten finde ich:
wichtig ①②③④⑤ unwichtig

Bei beiden Skalen wurden von ca. 90 % der Studierenden die Noten „1“ oder „2“ vergeben. Während diese bisherige *formale* Auswertung der Stichprobe insgesamt eine besonders hohe *Akzeptanz* und *Relevanz* für das Prüfungsverfahren ergab, ließ die *inhaltsanalytische* Auswertung der dazugehörigen *Freitexte* ein differenziertes Bild der Begründungen eben dieser Einstellungen erkennen, von denen hier einige exemplarisch angeführt werden sollen.

B 13.8 OSCE Fragebogen/Freitexte (Auswahl):

- 01 S Ich fand den Patienten sehr authentisch, somit war es denn nicht so schwierig, mich in die Situation einzufinden.
- 02 S Um über die ersten Hemmschwellen zu kommen, eignen sich die Gespräche. Richtige „Übung“ bekommt man aber am besten mit „echten“ Patienten
- 03 S Mir persönlich hat das Gespräch sehr deutlich gezeigt, in welchen Punkten ich noch mehr hätte fragen können.
- 04 S Ich finde es auch gut, dass man direkt ein Feedback bekommt, was man gut gemacht hat und wo man sich noch verbessern kann.
- 05 S OK, nur schwierig, die Situation richtig ernst zu nehmen, da man weiß, dass es keine echten Patienten sind.
- 06 S Nachahmen einer realistischen Situation ist sehr gut.
- 07 S Ich finde gut, dass man mal ausprobieren kann, wie so ein Gespräch geführt wird.
- 08 S Der Patient schilderte seine Beschwerden (körperlich und seelisch) sehr glaubhaft.
- 09 S Einfach super! effektiv
- 10 S Mir persönlich hat das Gespräch [=Nachbesprechung] nach meinem Anamnesegespräch sehr deutlich gezeigt, in welchen Punkten ich noch mehr hätte fragen können.
- 11 S Ich finde sie [=OSCE-Methode mit SP] gut, und das sollte öfter gemacht werden.
- 12 S Es hat Spaß gemacht
- 13 S Vielleicht könnte man einen Kurs [mit SP] auf freiwilliger Basis anbieten.

Das Spektrum der hier in einer Auswahl nur exemplarisch aufgeführten Stellungnahmen der Studierenden (S) lässt sich unter inhaltsanalytischen Kategorien ordnen (*Authentizität, Lernerfolg, Probanden, Feedback* usw.). Zunächst gibt es vereinzelte Fälle (S5), in denen es den Prüflingen im allgemeinen Vorwissen darum, dass es sich bei ihrem Gesprächspartner nicht um „echte“ Patienten handelt, offenbar schwer fällt, sich auf die Gesprächssimulation entsprechend *rollenkonform* einzulassen („schwierig ..., da man weiß, dass es keine echten Patienten sind“). Dies sind aber eher seltene Ausnahmen, die vielleicht auch einer „Prüfungsblockade“ geschuldet sein mögen, die während des Prüfungs-

gesprächs nicht mehr zu überwinden war. Eine *relative* Gewichtung nimmt S2 vor, wonach positive Einstiegsfunktionen mit SP nicht bestritten, aber langfristig Übungsgespräche mit *realen* Patienten präferiert werden, was natürlich bei Prüfungen nicht möglich ist.

Während in diesen wenigen Fällen die *Authentizität* des Handelns mit SP in Frage gestellt oder relativiert wird, erweisen sich die Situationen für die meisten Studierenden – manchmal explizit entgegen der eigenen Erwartung – als „authentisch“, „realistisch“ und „glaubhaft“ (S1, S6, S8). Neben diesem Aspekt der *Authentizität* stellen viele Studierende das spontane *Feedback* (S4: „was man gut gemacht hat und wo man sich noch verbessern kann“) in den Mittelpunkt ihrer Stellungnahme oder kombinieren das *Feedback* mit ihrem persönlichen *Lernerfolg* (S3, S10), der aber auch für das gesamte Verfahren mit einem gewissen Enthusiasmus anerkannt wird (S 9: „Einfach super! effektiv“). Andere Studierende betonen wiederum die Möglichkeit des *Probehandelns* (S7), dem oft zugute galten wird, dass Fehler nicht so „schlimm“ sind.

Einigen Studierenden gelang es darüber hinaus sogar, der Prüfungssituation eine „freudige“ Seite abzugewinnen (S12: „Es hat Spaß gemacht“). Dabei treffen sie sich mit ihrer positiven Einstellung offenbar mit denen, die sich eine regelmäßige Ausweitung des Übungsverfahrens mit SP – und das sogar „auf freiwilliger Basis“ (S13) – über das ganze Studium hinweg wünschten, was sich inzwischen ja auch als Tendenz etabliert hat.

Offensichtlich konnten viele Studierende vom Prüfungscharakter der Gesprächssituation gut abstrahieren und ihr Gespräch mit den Simulationspatienten als eine weitere Übungschance zur Vorbereitung auf ihre spätere *kommunikationsintensive* Berufspraxis effektiv nutzen.

Abschließend soll nicht unerwähnt bleiben, dass an unserer Klinik nun schon seit dem WS 1999/00 ganze „Generationen“ von DozentInnen und SimulationspatientInnen an der aktiven Durchführung des OSCE-Verfahrens beteiligt sind und dieses aufgrund ihrer individuellen und gemeinsamer Erfahrungen laufend verbessert haben, so etwa in der Nachschulung der SP, um eine noch größere Standardisierung zu erreichen.

Selbst anfängliche Skeptiker wurden bald zu aktiven Befürwortern, weil sie gemeinsam mit den Studierenden nicht nur die *Effektivität* des Verfahrens bei der *Überprüfung kommunikativer Kompetenzen* erfahren haben, sondern bei allem Prüfungsernst auch die *spielerische Gelassenheit* und *Kreativität* beim ärztlichen Probehandeln mit den SP sowie die *Humor-* und *Kritikfähigkeit* der Prüflinge in den Nachbesprechungen

erleben konnten, wovon man ja nicht bei allen (Arten von) Prüfungen ausgehen kann.

13.7 Weiterführende Hinweise

Aus der zuvor schon angeführten Literatur sollen hier nochmals Hinweise zu spezifischen Aspekten gegeben werden: Zum *problemorientierten Lernen* sei verwiesen auf: Norman, Schmidt 1992, Barrows 1994, Moust, Bouhuijs, Schmidt 1999, Köhle et al. 1999, Obliers et al. 2002. Aktuellere Beispiele und Überblicke zu *Curricula zur Kommunikation* geben Hargie et al. 2010, Roch et al. 2010, Harden 2011, Kurtz, Cooke 2011, Frischenschlager, Hladschik-Kerner (Hg.) 2013, Kiessling, Langewitz 2013, Mortsiefer et al. 2014, Sator, Jünger 2015, Härtl et al. 2015.

Als praxisnahe Prüfung hat sich inzwischen die OSCE-Methode etabliert, die aktuell auch im „Masterplan Medizinstudium 2020“ vom BMBF (2017) fortgeschrieben wird. Auf die eigenen langjährigen Erfahrungen mit dem OSCE-Verfahren gehen wir gesondert unter dem Aspekt der Evaluation ein (§ 40-43). Für einen kritischen Überblick zum Einsatz von simulierten Patienten (SP) in den „Psych“-Fächern sei auf Eckel et al. (2014) verwiesen. Eine empirische Gesprächsanalyse insbesondere von Verstehensäußerungen von SP gibt Kliche (2015).

Für die Kommunikation spezifisch in der Onkologie und Palliativmedizin sei der umfangreiche Sammelband von Kissane et al. (eds.) (2011) angeführt, der viele Beiträge zur theoretischen und didaktischen Modellen enthält, sowie erneut exemplarisch auf Baile (2011) verwiesen, dessen allgemeines Lern-Setting schon vorausgehend (§ 13.5.3) genutzt wurde.

Spezifische Ansätze und Überblicke zur Fortbildung finden sich in § 15, 16. Probleme der Evaluation werden in § 40-43 behandelt. Das vorausgehend schon skizzierte *Kölner Curriculum Kommunikation* (KCK) wird nachfolgend (§ 14) mit seinen Einzelveranstaltungen zur Kommunikationsausbildung in Vorklinik und Klinik im Detail weiter ausgeführt. Für eine Vernetzung unseres Lehrbuchs mit dem NKLM (2015) sei auf den Anhang (§ 44.1) verwiesen.

14 Kölner Curriculum Kommunikation

*Christian Albus, Matthias Berlin, Laura L. Kilarski,
Armin Koerfer, Christoph Stosch*

14.1	Entwicklungsstand des Kölner Curriculums	675
14.1.1	Ausbildungsreform und Curriculum Kommunikation	
14.1.2	Kommunikationsausbildung im Überblick	
14.1.3	Integratives Spiral-Curriculum Kommunikation	
14.2	Kommunikationsausbildung in der Vorklinik	685
14.2.1	Erstsemestertutorium	
14.2.2	StudiPat	
14.2.3	Kurs Medizinische Psychologie	
14.2.4	Kurs Medizinische Soziologie	
14.2.5	Interdisziplinäre Vorlesung: Kompetenzfelder	
14.2.6	Kern-Untersuchungskurs	
14.3	Kommunikationsausbildung in der Klinik	690
14.3.1	Psychosomatik und Psychotherapie	
14.3.2	Innere Medizin	
14.3.3	Humangenetik	
14.3.4	Allgemeinmedizin	
14.3.5	Psychiatrie und Psychotherapie	
14.3.6	Palliativmedizin	
14.3.7	Medizinethik	
14.3.8	Gynäkologie	
14.3.9	Geriatric	
14.3.10	Pharmakologie	
14.3.11	Vorbereitungskurs für das „Praktische Jahr“	
14.4	Weiterführende Hinweise	705

Although clinical communication teaching has become increasingly accepted as a formal component of the medical curriculum, there is still a problem to be faced. Communication still often appears in medical education to be a peripheral element rather than a mainstream activity truly perceived by schools and learners as central to all clinical interactions.

Jonathan Silverman 2009: 361

Abstract: Während vorausgehend (§ 13) der allgemeine Aufbau und die didaktischen Konzeptionen zur Kommunikationslehre und -prüfung an der Kölner Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie beschrieben wurden, soll nachfolgend ein Überblick über das gesamte *Kölner Curriculum Kommunikation* (KCK) sowie die fächerspezifischen Lehrveranstaltungen im Einzelnen gegeben werden (§ 14.1). Dieser Überblick erstreckt sich in einem *longitudinalen* Curriculum vom Erstsemestertutorium über spezifische Vorlesungen und theoretische und praktische Kurse in der Vorklinik und Klinik bis hin zum Praktischen Jahr. An der Kommunikationsausbildung der Studierenden sind sowohl in der vorklinischen als auch klinischen Ausbildungsphase verschiedene Fächer in *interdisziplinärer* Zusammenarbeit beteiligt (u. a. Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Psychosomatik, Innere Medizin, Psychiatrie, Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Onkologie, Medizinethik) (§ 14.1.2). Unter der Leitung des Studiendekanats werden die fächerspezifischen Beiträge zur Kommunikationsausbildung im kompetenzorientierten, longitudinalen und interdisziplinären *Kölner Curriculum Kommunikation* (KCK) koordiniert, in dem es um die Vermittlung von *klinischen* und *kommunikativen* Kompetenzen geht, die in einem *Spiral-Curriculum* (§ 14.1.3) wechselweise aufeinander bezogen und im Studienverlauf schrittweise in immer höheren Lernstufen weiter entwickelt werden.

Bereits im Erstsemestertutorium, das durch die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie durchgeführt wird, werden die Grundlagen für eine *biopsychosoziale* Gesprächsführung gelegt, die dann schrittweise zunächst in der vorklinischen Ausbildung durch interdisziplinäre Vorlesungen und medizinpsychologische und medizinsoziologische Kurse erweitert werden (§ 14.2). In der klinischen Ausbildung wird die ärztliche Gesprächsführung dann unter thematischen Schwerpunktsetzungen der verschiedenen Fächer sowohl theoretisch gelehrt als auch mit realen bzw. simulierten Patienten (SP) praktisch geübt (§ 14.3). Die in den klinischen Kursen anhand von Theorie, Reflexion und Training in

Übungsgesprächen zunächst erworbenen kommunikativen Kompetenzen zur Anamneseerhebung werden dann um psychodiagnostische und psychotherapeutische Aspekte der ärztlichen Gesprächsführung erweitert und vertieft (Psychische Komorbidität, Coping, Adhärenz, Abwehr usw.). Schließlich werden die Studierenden im STArT-Block auf das *Praktische Jahr* vorbereitet (§ 14.3.11), indem sie verschiedene Stationen durchlaufen und dabei die Gesprächsführung anhand von ausgesuchten Praxisfällen mit simulierten Patienten reflektieren und üben.

Auf Fortbildungsmöglichkeiten zur ärztlichen Gesprächsführung innerhalb unserer Fakultät gehen wir gesondert ein (§ 16, 43), ebenso auf die Qualifikation unserer TutorInnen und DozentInnen, die schließlich die Kommunikationsausbildung verantwortlich übernehmen („teach the teachers“). Über die Schulung der Simulationspatienten an unserer Klinik sowie im Studiendekanat und der Fakultät insgesamt wird an anderer Stelle des Lehrbuchs (§ 13.6, 41) berichtet.

14.1 Entwicklungsstand des Kölner Curriculums

Seit Mitte der 90er Jahre sind an der Kölner Universitätsklinik vielfältige Bemühungen um eine Reform der medizinischen Ausbildung forciert worden, um die sich Vertreter des Studiendekanats und verschiedener Fachrichtungen verdient gemacht haben. In einer Arbeitsgruppe zur *Medizindidaktik* wurden Reformansätze aus der Lehr- und Lernperspektive so unterschiedlicher Fächer wie der Anatomie, Physiologie, Pharmakologie, Psychosomatik, Orthopädie usw. diskutiert und implementiert. Ein Meilenstein für die Entwicklung der Kölner Ausbildungsreform war die Präsentation von Zwischenergebnissen, die auf dem Symposium zur „Medizinischen Ausbildung 2000“ zur Diskussion gestellt wurden (Stosch et al. 2000), das im Frühjahr 2000 in Köln stattfand.

In dieser Zeit ist eine Reihe von interdisziplinären Kooperationsprojekten entstanden, deren Transfermöglichkeiten über die Fächergrenzen hinaus erprobt wurden. Was im Rückblick zunächst noch als „stand-alone courses“ (Silverman 2009) oder „Insellösung“ (Sator, Jünger 2015) gesehen werden mag, hat sich an der Kölner medizinischen Fakultät alsbald zu einem kompetenzorientierten, *longitudinalen* und *interdisziplinären* Curriculum Kommunikation entwickelt, das nachfolgend dargestellt werden soll.

14.1.1 Ausbildungsreform und Curriculum Kommunikation

Die verschiedenen Reformansätze wurden zunächst in den einzelnen, fachspezifischen Studiengängen erprobt und evaluiert, bevor sie in interdisziplinären Kooperationsprojekten auf eine breitere Grundlage gestellt wurden, auf der Transferleistungen für die Entwicklung des *Kölner Curriculums Kommunikation* (KCK) genutzt wurden.

Interdisziplinäre Kooperationsprojekte in Forschung und Lehre

Zentral waren zunächst die Ansätze des *Problemorientierten Lernens* (POL) (§ 13.4), das sich international etablierte und in Köln vorerst in einzelnen Fächern (z. B. Pharmakologie, Psychosomatik) implementiert und in einer Begleitforschung kritisch reflektiert und weiterentwickelt wurde (Antepohl, Herzig 1999, Herzig et al. 2003, Köhle et al. 1999, 2003, Obliers et al. 2000, 2002, Koerfer et al. 2008). Inzwischen hat sich das problemorientierte Lernen, wie es für die ärztliche Gesprächsführung spezifiziert wurde (§ 13.4.2), längst über die Fächergrenzen hinaus etabliert.

Darüber hinaus entstanden in Köln zwischen einzelnen Fächern interdisziplinäre Kooperationsprojekte, so etwa zwischen der Lehre in der Anatomie und Psychosomatik, die unter dem Aspekt der *nonverbalen Kommunikation* dem Zusammenhang von mimischem Ausdrucksverhalten und Gesichtsmuskulatur nachgingen (Köhle et al. 2003). Ebenso wurde zwischen der Psychosomatik und Physiologie ein gemeinsames Forschungs- und Lehrprojekt zur *Prüfungsangst* von Studierenden durchgeführt (Köhle et al. 2003). In einem Kooperationsprojekt zwischen der Chirurgie und Psychosomatik wurden multimediale Programme zur Aufklärung von chirurgischen Patienten entwickelt, die sich in Ergänzung zum ärztlichen Gespräch eigeninitiativ zu ihren Krankheitsbildern und bevorstehenden Operationen informieren konnten (Eggers et al. 2007, Bollschweiler et al. 2008). Die Konzepte und Ergebnisse aus dieser Kooperation werden auch im einschlägigen Kapitel zur multimedialen Kommunikation mit chirurgischen Patienten in diesem Lehrbuch (§ 39) berücksichtigt.

Weitere Kooperationsprojekte entstanden zwischen der Pharmakologie und Psychosomatik, so etwa zur Frage „Wann ist ein Arzt ein guter Arzt?“ (Herzig et al. 2006), bei der sich neben den *fachlich-klinischen* Kompetenzen vor allem die *wissenschaftlich-reflexiven* und *kommunika-*

tiv-empathischen Kompetenzen als Schlüsselkompetenzen (§ 6) erwiesen.

Eine weitere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen diesen Fächern bezog sich auf das komplexe Thema der „Endpunkt-relevanten Effekte durch partizipative Entscheidungsfindung“ (Hauser et al. 2015), auf die wir schon vorausgehend eingegangen sind (§ 10). Eine spezifische Kooperation ergab sich zum Thema der *(Non)-Adhärenz* (§ 10.1), bei der insbesondere auf die medikamentöse Therapietreue fokussiert wurde (Albus, Matthes 2014). Die aktuelle Kooperation zwischen der Pharmakologie und Psychosomatik in einem gemeinsamen Forschungs- und Lehrprojekt zum *Verordnungsgespräch* hat einen Niederschlag direkt auch in einem themenspezifischen Kapitel (§ 26) dieses Lehrbuchs gefunden.

Eine langjährige interdisziplinäre Kooperation gibt es beim Vorbereitungskurs für das Praktische Jahr (§ 14.3.11), der unter der Leitung des Studiendekanats in der Zusammenarbeit verschiedener Fächer (Pharmakologie, Psychosomatik, Palliativmedizin, Medizinethik usw.) durchgeführt wird.

Erforschung, Lehre und Evaluation kommunikativer Kompetenzen

Wie bereits vorausgehend ausgeführt (§ 2, 3, 13), ist die Erforschung, Lehre und Evaluation von kommunikativen Kompetenzen seit Beginn der 90er Jahre ein Schwerpunktthema der Kölner Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie (z. B. Köhle et al. 1995, 1996, 2001, 2003, Koerfer et al. 1994, 1996, 2000, 2000, 2004, 2005, 2005, 2008, 2008, 2010, 2010, Koerfer, Albus 2015, Köhle, Koerfer 2017). Unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse wurde für die Lehre ein *Manual* zur Gesprächsführung entwickelt (Köhle et al. 1998), das in mehreren Auflagen (zuletzt 2010) überarbeitet worden ist und als Grundlage für die Kommunikationsausbildung dient (§ 3.4, 13.4.1, 17-23). Ebenso wurde ein multimediales Lernprogramm entwickelt (Koerfer et al. 1999), das auch anderen Fächern und Universitäten zur Verfügung gestellt wurde (§ 13.4.5). Für die konkrete Lehrpraxis steht ein großer Fundus an empirischen Arzt-Patient-Gesprächen (Videos) zur Verfügung, die im Unterricht für einen *komparativen* Lernansatz genutzt werden, bei dem sich mehr oder weniger gelungene Beispiele kritisch vergleichen lassen (§ 13.4.4), um sich etwa an *Best-Practice*-Beispielen orientieren zu können.

Den praxisbezogenen Reformbestrebungen in der Lehre entsprachen die Bemühungen um eine praxisorientierte Prüfung, wie sie sich mit der OSCE-Methode etabliert hat, bei der vor allem simulierte Patienten (SP) zum Einsatz kommen (§ 13.6, 41) (Koerfer et al. 2000, 2008). In Köln sind SP bereits im WS 1999/2000 zunächst bei der Prüfung von kommunikativen Kompetenzen, später aber auch in anderen Lehrbereichen eingesetzt worden (§ 13.5.4). Da nur geprüft werden sollte, was zuvor auch gelehrt worden ist, wurde in den OSCE-Prüfungen ein *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) eingesetzt, der analog zum Manual entwickelt wurde (§ 13.6) und wie dieses inzwischen auch in anderen Fächern und Universitäten (z. B. Petersen et al. 2005, Henningsen et al. 2006, Schröder 2010, Mortsiefer et al. 2014) genutzt wird (Koerfer et al. 2000, 2008) (s. Anhang). Die OSCE-Methode mit dem Einsatz von Simulationspatienten ist inzwischen ein etabliertes Verfahren (§ 41), das in Köln fächerübergreifend in der Lehre und Prüfung eingesetzt wird, etwa vom Erstsemestertutorium (§ 14.2.1) über praktische Kurse (§ 13.5.4, 14.3.8) bis hin zum „PJ-STArT-Block“ (§ 14.3.11), mit dem die Studierenden auf das Praktische Jahr vorbereitet werden.

Obwohl ein Schwerpunkt zur Kommunikationsausbildung von der Kölner Klinik für Psychosomatik getragen wird, die die Förderung der kommunikativen Kompetenzen zu ihren Kernaufgaben rechnet, können die Studierenden inzwischen von einer curricularen Weiterentwicklung und Vernetzung mit anderen Fächern der Kölner Universitätsklinik profitieren, in denen die Gestaltung der *Beziehung* und *Kommunikation* zwischen Arzt und Patient wesentlicher Bestandteil ihrer Forschung und Lehre ist. Bevor die fach-spezifischen Beiträge zum *Kölner Curriculum Kommunikation* (KCK) im Detail weiter ausgeführt werden (§ 14.2.-4), soll zunächst ein Überblick über den Anspruch und Aufbau des Curriculums gegeben werden.

Kompetenzorientiertes, longitudinales und interdisziplinäres Curriculum

Unter der Leitung und Koordination des Studiendekanats ist an der medizinischen Fakultät in Köln seit Ende der 90er Jahre ein *kompetenzorientiertes, longitudinales* und *interdisziplinäres* Curriculum Kommunikation entstanden, das unter Beteiligung verschiedener Fächer vom Erstsemestertutorium bis zum Praktischen Jahr reicht (Tab. 14.1). Das Kölner Curriculum Kommunikation ist

14. Kölner Curriculum Kommunikation

- *kompetenzorientiert*
weil die Lehrkonzeption auf die Vermittlung und Entwicklung von verschiedenen kognitiven, motivationalen und sozialen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bereitschaften der Studierenden abzielt, die sie jeweils zu situationsspezifischen Problemlösungen nutzen können sollen (Weinert 2002; 27f) (§ 3.1) (NKLM 2015) (BMFB 2017, vgl. Lehrbuch-Vorwort). Zentral ist die Entwicklung *kommunikativer Kompetenzen*, die allerdings laufend mit *klinischen* (Fach-)Kompetenzen zu vermitteln sind (§ 1, 3, 6, 17-23).
- *longitudinal*
weil es sich über das gesamte Studium erstreckt, in dem die Grundlagen für eine biopsychosoziale Gesprächsführung bereits im Erstsemestertutorium (§ 14.2.1) gelegt werden, die dann sowohl theoretisch als auch praktisch in der vorklinischen und klinischen Kommunikationsausbildung schrittweise erweitert und vertieft wird. Charakteristisch ist die frühe und kontinuierliche Förderung kommunikativer Kompetenzen, wie sie auch im Masterplan 2020 (BMBF 2017) (vgl. Lehrbuch-Vorwort) betont wird.
- *interdisziplinär*
weil die vorklinischen und klinischen Fächer, für die die ärztliche Gesprächsführung zentraler Bestandteil der interdisziplinären Forschung und Lehre ist, ihren spezifischen Beitrag zur Entwicklung der kommunikativen Kompetenz aus ihrer *fächerspezifischen* Verantwortung und Expertise heraus leisten. Das betrifft etwa die theoretische Grundlegung der Arzt-Patient-Beziehung als Übertragungsbeziehung ebenso wie die praktische Vermittlung einer empathischen Kompetenz im Umgang mit Emotionen von Patienten (*Ängsten, Trauer, Wut*) (§ 3, 20) oder spezifischen Motivationsproblemen und Abwehrformen (Verleugnung) usw., die eine Adhärenz (§ 10, 26, 29) erschweren können.

Wie bereits bei der Konzeption einer *medizinischen Kommunikationsdidaktik* ausgeführt wurde (§ 13), kann ein solches kompetenzorientiertes, longitudinales und interdisziplinäres Curriculum nur als ein *integratives Spiral-Curriculum* aufgebaut werden, in dem wiederkehrende Themenfelder und die hier erworbenen Wissens-, Handlungs- und Kommunikationskompetenzen in höheren Lernstufen erweitert und vertieft werden. Dabei werden von den Studierenden Phasen der Theorie, Reflexion, Training und Evaluation mit je fächer- und krankheitsspezifischen

schen Lernzielen und Praxisfällen durchlaufen. Bevor wir auf diese zirkulären Lernprozesse zurückkommen (§ 14.1.3), soll hier zunächst ein tabellarischer Überblick über das *Kölner Curriculum Kommunikation* (KCK) insgesamt gegeben werden, wie es sich in der Verlaufsstruktur der medizinischen Ausbildung für die Studierenden darstellt (Tab. 14.1). Anschließend (§ 14.2-3) werden die Einzelveranstaltungen mit ihren Themen, didaktischen Konzepten und Lernzielen im Detail dargestellt.

14.1.2 Kommunikationsausbildung im Überblick

Tabelle 14.1 stellt einen chronologischen Überblick über die Lehrveranstaltungen der verschiedenen Fächer dar, die aus ihrer jeweils spezifischen Verantwortung und Expertise zur Kommunikationsausbildung der Studierenden an der Kölner Universitätsklinik beitragen. Dabei folgen wir der traditionellen Aufteilung in Vorklinik und Klinik, wie sie eben auch für die Kommunikationsausbildung gilt.

Semester	UE	Fach/Typ der Veranstaltung	Inhalte - Lernziele	Didaktik Methodik	Prüfung
Vorklinische Ausbildung					
1	12	Psychosomatik Tutorium	Biopsychosoziale Medizin, APK, APB	TH RE TR VG RS SP POL	Text-Klausur
1 - 4	10	Allgemeinmedizin Praktikum „Studi-Pat“ – Teil 1	Studienbegleitende Patientenbetreuung	TH RP RE	siehe Teil 2
2/3	24 Sem. 28 VL	Medizinische Psychologie Kurs	u.a. APK, APB	TH RE POL RS	SC-Klausur
2/3	24 Sem. 28 VL	Medizinische Soziologie Kurs	u.a. APK, APB	TH RE POL	SC-Klausur
1 - 4	Je 1	Interdisziplinäre Kompetenzfelder, z. B. Diabetes, Tod und Trauer usw.	Klinisches Bild, Therapie, Coping, Verhaltensmodifikation, APK, APB	Vortrag MM VG	u.a. Text-, MC-Klausur, HA
4	6	Kern-Untersuchungskurs	körperliche Untersuchung, APK	TH RP RS	EV, OSCE

Tab. 14.1a: Kölner Curriculum Kommunikation – Vorklinik (Überblick; Legende s. u.)

14. Kölner Curriculum Kommunikation

Se- mester	UE	Fach/Typ der Veranstaltung	Inhalte - Lernziele	Didaktik Methodik	Prüfung
Klinische Ausbildung					
5	12	Psychosomatik Praktikum	APK, APB, BPS Anamneseerhebung, Gesprächstechniken	TH RE TR EV POL RP MG1 VK	OSCE, KEK PDT
5	n. a.	Allgemeinmedizin Praktikum „Studi- Pat“ – Teil 2	Studienbegleitende Patientenbetreuung	TH RP RE	Dossier, be- notet
5-10	Je 1	Interdisziplinäre Kompetenzfelder, z. B. KHK, Herzin- suffizienz, Adhärenz	Klinisches Bild, Thera- pie, APB, APK	Vortrag MM VG	u.a. Text-, MC-Klausur, HA
5	2	Psychiatrie Kurs	Klinische Diagnostik APK, APB	TH SP	EV
5+9	9	Innere Medizin BP	Körperliche Untersu- chung, APK	TH RE POL RP	OSCE
6	2	Medizinethik Kurs	APB	TH	SC-Klausur
6	6	Pharmakologie WPS	Verordnungsgespräch, SDM, APB, APK	TH POL SP VG	EV
7	5	Palliativmedizin Kompetenzfeld	Therapiezieländerung, APB APK BBN SDM	TH RP SP RE POL	EV
8	12	Psychosomatik Vorlesung	Klinische Bilder, The- rapie, APK, APB	Vortrag MM VG	MC-Klausur
8	24	Psychosomatik BP	Psychodiagnostik, BBN, APK, APB	TH RE VG TR EV POL RP SP	-
8	8	Psychosomatik WPS	BBN, APK in der On- kologie	TH RE POL MG2 VK	-
8	2	Humangenetik Seminar	APK, Laiensprache	TH RS	SC
8	18	Psychiatrie Blockpraktikum	psychopathologischer Befund, APK, APB	TH RE POL TR RP SP	SC-Klausur
8	25	Allgemeinmedizin Blockpraktikum	APK APB BBN SDM, Anamneseerhebung	TH RE TR RP	PF
9/10	10	Gynäkologie BP	APK, Anamnese	TH SP EV	OSCE
10	2	Geriatric BP	APK, Alters- Selbsterfahrung	RS	Klausur
10	24	Interdisziplinär PJ-STArT-Block	Visitenkommunikation, APK bei Diabetes und Depression, BBN, SPIKES, NURSE usw.	TH RE POL TR SP EV	EV

Tab. 14.1b: Kölner Curriculum Kommunikation – Klinik (Überblick; Legende s. u.)

Legende (Tab. 14.1)

UE	Unterrichtseinheiten	BPS	Biopsychosozial
WPS	Wahlpflichtseminar	APK	Arzt-Patient-Kommunikation
POL	Problemorientiertes Lernen	APB	Arzt-Patient-Beziehung
TH	Theorie (Forschung)	VG	Video-Gespräche (APK)
RE	Reflexion (von Fällen/Videos)	MG1	Manual zur allgemeinen Gesprächsführung
TR	Training zur APK	MG2	Manual zur Diagnosemitteilung
EV	Evaluation/Feedback	BBN	Breaking Bad News
RP	Reale Patienten	SDM	Shared Decision Making
RS	Rollenspiel	OSCE	Objective Structured Clinical Examination
SP	Simulationspatienten	PDT	PatDocTalk (Multimedia-Programm)
VK	Video-Konferenz	KEK	Kölner Evaluationsbogen Kommunikation s. Anhang § 44.2
MM	Multimedia		
MC	Multiple Choice	PF	Portfolio
HA	Hausarbeit	SC	Single Choice
VL	Vorlesung	BP	Blockpraktikum

14.1.3 Integratives Spiral-Curriculum Kommunikation

Schon ein kurzer Abgleich zwischen den verschiedenen Lehrveranstaltungen lässt auf den ersten Blick eine gewisse Überschneidung von Themen und Lernzielen erkennen. Allerdings ist die *Wiederaufnahme* bestimmter Themen (*Empathie, Coping, Adhärenz, Abwehr* usw.) keineswegs als bloße Redundanz zu werten, sondern trägt den didaktischen Erfordernissen einer biopsychosozialen Medizin und Gesprächsführung Rechnung (§ 4), zu der die Grundlagen schon im Erstsemester-tutorium (§ 14.2.1) gelegt werden.

Wie vorausgehend schon ausgeführt wurde (§ 13.3), dient die Wiederaufnahme von exemplarischen Themen und Aufgabenstellungen in einem *Spiral-Curriculum* den Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Erweiterung und Vertiefung von spezifisch *klinischen* und *kommunikativen* Kompetenzen der Lernenden auf ihrem jeweiligen Lernniveau (Murrhardter Kreis 1995, Kurtz, Silverman, Draper 1998, Harden, Stamper 1999, Koerfer et al. 2008, Fragstein et al. 2008, Silverman 2009). In einem solchen integrativen Spiral-Curriculum (Abb. 14.1) werden die bereits erworbenen Wissens-, Handlungs- und Kommunikationskompetenzen wechselweise an immer neuen Lernanlässen mit neuen klinischen und kommunikativen Herausforderungen weiterentwickelt und erprobt.

14. Kölner Curriculum Kommunikation

Dieser Lernzuwachs auf immer höheren Lernniveaus kann etwa bei einem gleichbleibenden Thema (z. B. *Abwehr: Verleugnung*) am selben Krankheitsbild (*Diabetes*) oder mit einer Transferleistung an anderen Krankheitsbildern (*Myokard-Infarkt*) zunächst theoretisch und dann praktisch in der Gesprächsführung mit realen Patienten oder SP erreicht werden, die eine ernsthafte Erkrankung *verleugnen* und sich infolgedessen *non-adhärenz* verhalten.

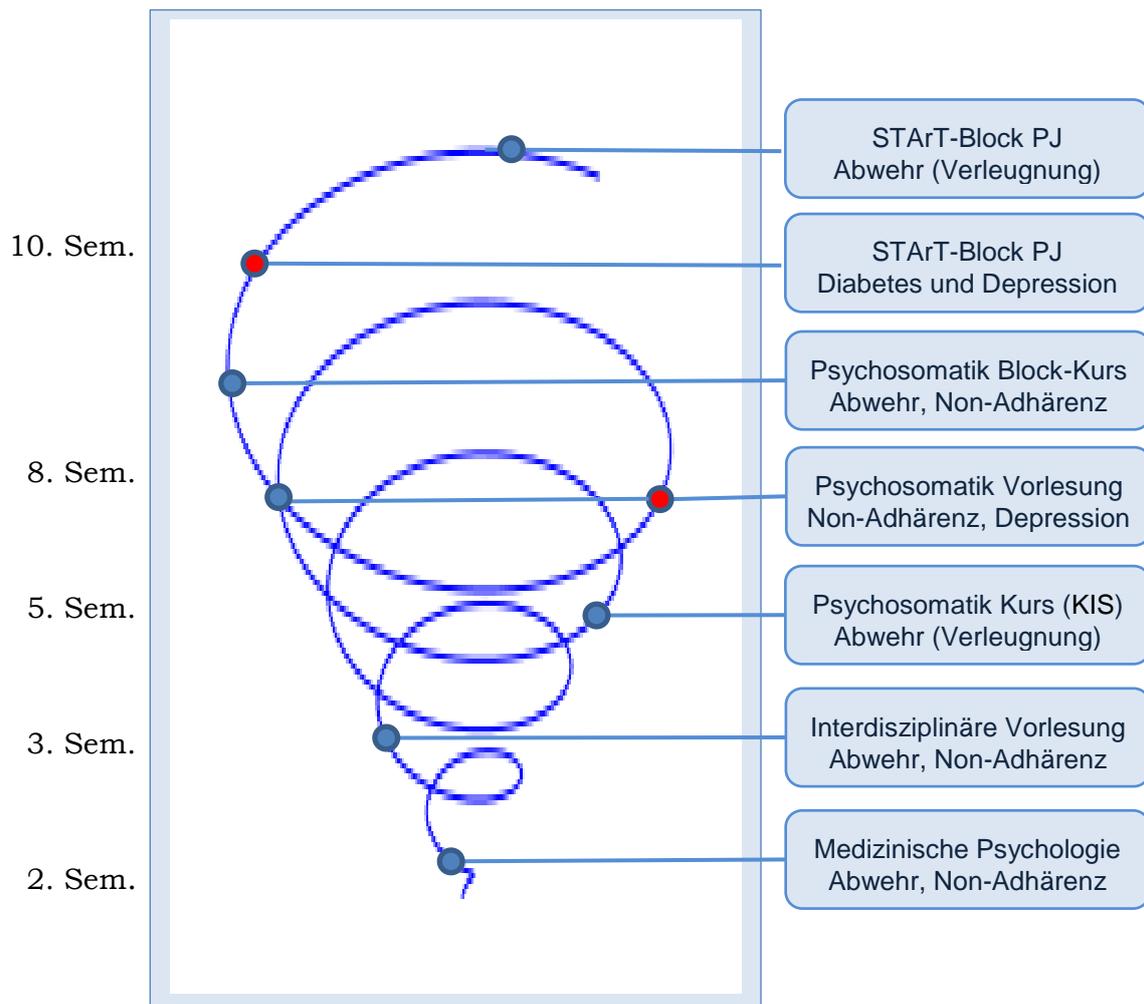


Abb. 14.1: Exemplarisches Spiral-Curriculum Kommunikation (Auswahl) in Fällen von *Abwehrverhalten* (Verleugnung) und *Non-Adhärenz* bei einer ernsthaften Erkrankung (z. B. *Diabetes mellitus*) sowie zusätzlich *psychischer Komorbidität* (Depression) (blau-rote Punkte).

Der Lernprozess kann sich in einem integrativen Spiral-Curriculum über mehrere Semester in der Vorklinik und Klinik unter interdisziplinärer Beteiligung verschiedener Fächer vollziehen, die hier nur exempla-

risch berücksichtigt werden können (Abb. 14.1). Was etwa in der medizinischen *Psychologie* oder *Soziologie* als *maladaptives* Verhalten von Patienten grundsätzlich schon als Forschungs- und Lehrthema behandelt worden ist, kann in der klinischen Ausbildung an spezifischen Krankheitsbildern (z. B. *Diabetes mellitus*, *Myokardinfarkt*) weiter differenziert und exemplifiziert werden (§ 29) (Kruse et al. 2006, 2017, Albus, Herrmann-Lingen 2017, Albus, Köhle 2017, Kulzer et al. 2016). Der kommunikative Umgang mit der *Verleugnung* (einer Erkrankung), die selbstschädigend sein kann, ist dann eine weitere Vertiefung des Themas, dessen Behandlung zugleich eine Herausforderung im Gespräch etwa mit einem entsprechend geschulten Simulationspatienten sein kann.

Zugleich kann in der Lehre etwa am Beispiel derselben Erkrankung (*Diabetes*) der Zusammenhang mit psychischer Ko-Morbidität (*Depression*) wiederholt zum Thema gemacht werden, womit sich eine weitere, *psychodiagnostische* Aufgabenstellung in der Gesprächsführung ergibt (§ 30). Genau diese Gesprächsaufgabe stellt sich im Vorbereitungskurs auf das Praktische Jahr (STArT-Block) (§ 14.3.11), in dem die Studierenden ein Gespräch mit einer depressiven Patientin (SP) mit Diabetes führen sollen (Abb. 14.1, 10. Sem.: blau-roter Punkt), der es an entsprechender Selbstfürsorglichkeit mangelt, wie sich schon an dem „schlecht eingestellten Diabetes“ der Patientin erkennen lässt.

Auch in diesem Praxis- und Gesprächsfall kann an Vorwissen zu (den möglichen Gründen) einer *Non-Adhärenz* angeknüpft werden, das etwa in den vorklinischen Fächern (*Medizinische Psychologie*, *Medizinische Soziologie*) schon erworben und in den klinischen Vorlesungen und praktischen Kursen mit Patientenkontakt erweitert und vertieft wurde. Hier können Wissens- und Kommunikationskompetenzen im Sinne von synergetischen Effekten zusammenwirken: Das Wissen um die (Gründe für eine) mögliche *Non-Adhärenz* schärft die Beobachtung der *nonverbalen* und *verbalen* Kommunikation mit der Patientin, und die Wahrnehmung der Person im Gespräch ist wiederum der Grund für die Fortsetzung der ärztlichen Gesprächsführung in eine bestimmte Richtung, in der mit einer entsprechenden ärztlichen *Passungskompetenz* (§ 3, 17) durch *aktives Zuhören* (§ 19) und *Detailfragen* (§ 21) die mögliche Ko-Morbidität (*Depression*) (§ 30) etwa bei dieser Patientin (SP) mit Diabetes hinreichend abgeklärt wird (Kulzer et al. 2016, Kruse et al. 2006, 2017). Wenn auch eine Psychotherapie der Depression (Niecke, Albus 2011) die Möglichkeiten der klinischen bzw. hausärztlichen Primärversorgung oft übersteigt, so sollten doch die *psychodiagnostischen*

Kompetenzen soweit ausgebildet sein, dass eine depressive Ko-Morbidität etwa im Falle einer Diabetes-Behandlung nicht „übersehen“, sondern gesprächsweise erkannt und durch weitere Detail-Fragen nach Symptomen (§ 30) hinreichend exploriert wird.

Die selbständige Erkennung und Wiedererkennung von medizinisch relevanten Themen und ihre aktive Weiterbearbeitung im Gespräch mit Patienten stellt eine besondere Variante des *problemorientierten* Lernens (POL) dar, wie es vorausgehend (§ 13.4.2) für die Gesprächsführung beschrieben worden war. Die selbstständige Problemerkennung ist dann die erste Voraussetzung für aktive Problemlösungen bei der Gesprächsführung etwa mit sog. „schwierigen“ Patienten, die oft nicht ohne weiteres bereit sind, dem ärztlichen „Regime“ zu folgen (§ 26, 34). Gerade in diesen Problem-Fällen der Arzt-Patient-Beziehung und Kommunikation, die sich nicht selten zu einer persistierenden Non-Adhärenz mit gravierenden Folgen für die individuelle Gesundheit von Patienten und das Gesundheitssystem insgesamt auswachsen können (§ 10.1) (Albus, Matthes 2014, Matthes, Albus 2014, Koerfer, Albus 2015), erweist es sich als notwendig, dass die Studierenden zuvor wiederholt theoretisches Wissen erworben und vertieft sowie zugleich praktische Gesprächserfahrungen zu ähnlichen oder verwandten Themen gemacht haben.

Mit entsprechenden *Transferleistungen* sind die Studierenden dann bei einer komplexen Kommunikationsaufgabe wie der medizinischen Aufklärung und Entscheidungsfindung (§ 10) mit fächerübergreifenden Wissens- und Kommunikationskompetenzen auf konkrete Herausforderungen im kommunikativen Umgang mit ihren Patienten hinreichend vorbereitet, um etwa auf Emotionen (*Ängste, Trauer, Wut*) oder Abwehrformen (*Verleugnung*) angemessen reagieren zu können.

14.2 Kommunikationsausbildung in der Vorklinik

Die Grundlagen für die Kommunikationsausbildung werden bereits im Erstsemestertutorium gelegt, in dem die Studierenden von erfahrenen Tutoren in die biopsychosoziale Medizin und Gesprächsführung eingeführt werden (§ 14.2.1). Die dort erworbenen Kompetenzen werden im Kurs der medizinischen Psychologie (§ 14.2.3) und im Kurs der medizinischen Soziologie (§ 14.2.4) im 2./3. Semester erweitert und vertieft. Für beide Fächer sind die Arzt-Patient-Beziehung und die ärztliche Ge-

sprachsführung wesentliche Bestandteile ihrer Forschung und Lehre. Im 1. bis 4. Semester werden in mehreren Vorlesungen (§ 14.2.5) bestimmte Aspekte und Probleme der Gesprächsführung differenziert, wie sie sich in spezifischen Kompetenzfeldern bei spezifischen Krankheitsbildern (Diabetes, Myokard-Infarkt usw.) ergeben, bei denen etwa die *Verleugnung* oder *Non-Adhärenz* der Patienten eine große Rolle spielen können. Parallel hierzu werden die Studierenden ab dem ersten Semester einer direkten Arzt-Patienten-Kommunikation „ausgesetzt“, und zwar in der studienbegleitenden Patientenbetreuung der Allgemeinmedizin (StudiPat).

14.2.1 Erstsemestertutorium

In dieser Einführungsveranstaltung werden die Studierenden von erfahrenen Tutoren, die mehrmals geschult werden, in die biopsychosoziale Medizin (§ 4) eingeführt und mit den Problemen einer biopsychosozialen Gesprächsführung (mit SP) vertraut gemacht. *Themen, Didaktik-Methodik, Lernziele:* Durch erfahrene, studentische Tutoren (peer teaching) sollen Wissens-Kompetenzen zur biopsychosozialen Medizin (§ 4) sowie zur biopsychosozialen Gesprächsführung problemorientiert (POL) vermittelt werden, zu denen basale Kommunikationskompetenzen an Praxisfällen (Videos), Rollenspielen und Übungsgesprächen mit SP gefördert werden sollen.

Hier kann auch auf Kap. 4 (§ 4, „Biopsychosoziale Medizin“) verwiesen werden, wo neben den erkenntnistheoretischen Grundlagen auch das bekannte Fallbeispiel von v. Uexküll, Wesiack (1991, 2011) zur adipösen Patientin auch unter dem Aspekt der biopsychosozialen Gesprächsführung behandelt wird.

14.2.2 StudiPat

Eine Besonderheit des Kölner Modellstudiengangs ist die studienbegleitende Patientenbetreuung „StudiPat“. Die Studierenden sollen hierbei einen Patienten acht Semester im Rahmen der hausärztlichen Versorgung betreuen. Vorbereitend werden die Studierenden in Seminaren im Rahmen der „Einführung in die Klinische Medizin“ durch die Fachvertreter der Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät. Anschließend suchen sie sich eine Akademische Lehrpraxis der Universität zu Köln

und werden von dem dort praktizierenden Hausarzt begleitet. Alle sechs Monate wird seitens der Studierenden ein Dossier über die Entwicklung des Patienten verfasst und durch die Fachvertreter reflektiert und bewertet. Dies dient neben der Selbstkontrolle der formativen Leistungsüberprüfung.

Das Besondere am „StudiPat“ ist die sehr frühe Selbstständigkeit der Studierenden im Umgang mit einem eigenen Patienten (die Terminvereinbarungen, selbstständige Durchführung von Arzt-Patienten-Gesprächen und deren Dokumentation). Der Hausarzt selbst ist lediglich für die übergeordnete Organisation und Patienteninformation zuständig und fungiert als Ansprechpartner für sachlich-fachliche Fragen.

Zu Beginn des Programms steht der Aufbau einer guten Arzt-Patienten-Beziehung im Vordergrund. Die Grundlagen dazu wurden bereits im Kurs „Biopsychosoziale Medizin“ gelegt, so dass diese von den Studierenden ab dem ersten Semester direkt in die Praxis transferiert werden können. Mit steigendem Wissen durch das Erlernen von weiteren Gesprächs- und Anamnesetechniken sowie Wissen über die Erkrankungen selbst soll sich nach und nach das Verhalten der Studierenden in Richtung eines strukturierteren, zielführenderen Gespräches verbessern. Im Rahmen dieses „StudiPat“-Programms wird den Studierenden somit einmalig im Studium auch die Möglichkeit gegeben, langfristige Beziehungsgestaltungen in einem professionellen Rahmen zu erfahren und zu reflektieren.

14.2.3 Kurs Medizinische Psychologie

Im zweiten bzw. dritten vorklinischen Semester findet der Kurs „Medizinische Psychologie“ statt. Dieser besteht aus 28 UE Vorlesung und 24 UE Seminar.

Ein Schwerpunkt der Vorlesung liegt im Bereich Untersuchung und Gespräch sowie Urteilsbildung und Entscheidung. Hierbei geht es u. a. um die Besonderheiten des Erstkontaktes zwischen Patient und Arzt, zudem werden mögliche Beobachtungs- und Beurteilungsfehler des Arztes sowie Erwartungseffekte auf beiden Seiten vermittelt. Ein kurzer Einblick in die Gesprächsführung und dabei auftretende Schwierigkeiten in der Kommunikation folgen.

Kommunikative Aspekte werden im Seminar zu „Untersuchung und Gespräch“ vertieft. Zum einen wird das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun dargestellt, zum anderen erfolgt eine Vertiefung der Beobachtungs- und Beurteilungsfehler sowie Erwartungseffekte im Rahmen der Diagnostik. Ein Schwerpunkt des Seminars liegt auf der

Vermittlung von Diagnosen: Worauf ist bei der Überbringung einer infausten Diagnose zu achten? Welche Reaktionen seitens des Patienten und seiner Angehörigen sind möglich? Hierbei wird zusätzlich die interkulturelle Arzt-Patient-Kommunikation thematisiert.

Die Leistungsüberprüfung des Kurses erfolgt durch eine Single-Choice-Klausur.

14.2.4 Kurs Medizinische Soziologie

Ebenfalls im zweiten bzw. dritten vorklinischen Semester findet der Kurs „Medizinische Soziologie“ bestehend aus insgesamt 28 UE Vorlesung und 24 UE Seminar statt. Ein wichtiger Teil der dort vermittelten, theoretischen Wissenskompetenzen beschäftigt sich mit dem Thema Arzt-Patienten-Beziehung und -Kommunikation. Dieser Kurs soll die kognitiven Grundlagen für das Verständnis alltagstypischer, berufsspezifischer Kommunikation legen und den Studierenden die wichtigsten theoretischen Modelle vermitteln. Zunächst soll die Asymmetrie der Arzt-Patienten-Beziehung verstanden und beschrieben werden können. Im Zuge dessen sollen Divergenzen in der Art der Sprache beispielsweise anhand der Bernstein-Hypothese zum sprachlichen Determinismus erklärt werden.

Weiter sollen die Studierenden die Beziehungsmodelle des Paternalismus, des Informed-Choice-Modells, des Konsumerismus, der Dominanz und der partizipativen Entscheidungsfindung erklären und voneinander abgrenzen können (vgl. § 10). Dabei sollen Aspekte wie die theoretische Dimension von Vertrauen oder verbale, nonverbale und paralinguistische Kommunikationswege beschrieben werden können (vgl. § 12). Als Grundlagen werden die Modelle nach Schulz von Thun und Watzlawick vermittelt (vgl. § 7.4).

Neben den genannten Punkten sollen die theoretischen Auswirkungen ärztlicher Empathie auf den Patienten beschrieben werden können. Ferner soll der Begriff Gesundheitskompetenz definiert, beschrieben und seine Bedeutung im Patientengespräch benannt werden können. Zum Abschluss werden die kognitiven Lernziele anhand einer Multiple-Choice-Klausur überprüft.

14.2.5 Interdisziplinäre Vorlesungen: Kompetenzfelder

In einer interdisziplinären Vorlesungsreihe („Kompetenzfelder“), an der verschiedene Fächer (wie Innere Medizin, Orthopädie, Psychosomatik usw.) beteiligt sind, werden die Studierenden ab dem 1. bis zum 10. Semester) in symptom- oder kontextspezifische Problembereiche eingeführt (z. B. Diabetes, Rückenschmerz, Myokardinfarkt, Tod und Trauer). Je nach Kompetenzfeld sollen spezifische Wissenskompetenzen zu bestimmten Krankheitsbildern (z. B. Myokard-Infarkt) vermittelt werden, zu denen auch der kompetente Umgang mit Emotionen (*Angst, Trauer*) und Abwehr (*Verleugnung*) gehören (je 1 UE).

14.2.6 Kern-Untersuchungskurs

Im allgemeinen Untersuchungskurs des 4. Semesters machen die Studierenden ihre ersten Erfahrungen in ärztlicher Funktion und im klinischen Umfeld bzw. im Rollenspiel im Rahmen eines kombinierten Fertigkeitstrainings. Neben den praktischen Fertigkeiten, die hier vermittelt werden (Basistechniken der körperlichen Untersuchung), spielt der Kommunikationsaspekt eine wichtige Rolle: Die Studierenden lernen, ein Patientengespräch mit einer körperlichen Untersuchung zu verbinden und dabei die bisher praktisch und theoretisch gelernten Inhalte anzuwenden. Mit Blick auf die Arzt-Patient-Kommunikation stehen deshalb im Vordergrund Fähigkeiten und Fertigkeiten der fachspezifischen Anamnese und den relevanten Status „effizient, problemorientiert, korrekt sowie in einer den Patientinnen und Patienten gegenüber rücksichtsvollen Art zu erheben“ (§ 2, Abschnitt 3 der Studienordnung).

Das Rollenmodell des Lehrenden und die Reflexion der eigenen Erfahrung als Patientin oder Patient sowie in der Rolle als Ärztin oder Arzt ermöglichen hier methodisch-didaktisch das Lernerlebnis. Die Untersuchungskompetenz wird formativ in einem Objective-Structured-Clinical-Examination (OSCE) im darauf folgenden Semester (5. Semester, Famulatureife-OSCE) geprüft. Eine erneute summative Prüfung im 9. Semester wird im sog. PJ-Reife-OSCE durchgeführt.

14.3 Kommunikationsausbildung in der Klinik

Die klinische Kommunikationsausbildung beginnt im 5. Semester mit einem Praktikum zur Arzt-Patient-Kommunikation, das von der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie angeboten wird. In dem Praktikum haben die Studierenden gesprächsweise direkten Kontakt mit realen Patienten, mit denen sie ein „Erstgespräch“ führen. Die hier erworbenen Kompetenzen werden dann über mehrere Semester aus den spezifischen Perspektiven verschiedener Fächer (Psychosomatik, Inneren Medizin, Psychiatrie, Onkologie, Palliativmedizin, Medizinethik usw.) weiter ausdifferenziert und vertieft, was nachfolgend im Detail dargestellt werden soll. Der Kurs zur Vorbereitung auf das Praktische Jahr („PJ-Startblock“) wird anschließend (§ 14.3.11) gesondert vorgestellt.

14.3.1 Psychosomatik und Psychotherapie

Entsprechend ihrer Schwerpunktbildung in der Lehre bietet die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie eine Reihe von Lehrveranstaltungen, die jeweils aufeinander aufbauen und die bereits in der Vorklinik erworbenen kommunikativen Kompetenzen schrittweise in Theorie und Praxis erweitern und vertiefen. Die wesentlichen didaktisch-methodischen Konzepte wurden bereits vorausgehend (§ 13) ausführlich vorgestellt und erörtert, so dass wir uns hier auf die Kurzdarstellung der Einzelveranstaltungen beschränken können.

Praktikum „Arzt-Patient-Kommunikation“

Im 1. klinischen Semester gehen alle Studierenden den „Königsweg“ der Kommunikationsausbildung, nämlich ein Gespräch mit realen Patienten zu führen, die sich bei uns in der Kölner Uniklinik in Behandlung auf verschiedenen Stationen befinden. Die Studierenden erhalten so Gesprächskontakt zu Patienten mit „kardiologischen“, „chirurgischen“, „orthopädischen“, „dermatologischen“ usw. Erkrankungen. Die Patienten werden in enger Kooperation mit der jeweiligen Klinikleitung und den behandelnden Ärzten um ihre Bereitschaft zur Mitwirkung gefragt und durch eigens geschulte Tutoren auf die Gesprächssituation als Lernsituation vorbereitet. Da wir die Lernsituation und das didaktische Lernkonzept vorausgehend (§ 13.5) schon ausführlich beschrieben ha-

ben, sollen hier nur die wesentlichen Elemente und Ablaufstrukturen des Kurses angeführt werden.

Nach einer theoretischen Einführungsphase, in der auch unser Manual zu Gesprächsführung (§ 13.4.1, 17-23) mit Hinweisen auf die weiterführende Literatur vermittelt wird, ist das Kernstück der Kleingruppenarbeit (6-8), dass alle Studierenden möglichst 2 Übungsgespräche mit realen Patienten führen, zu denen sie keine weiteren Vorinformationen (über Erkrankungen usw.) erhalten. Sie sollen gleichsam ein „Erstgespräch“ führen, bei dem es vor allem auf die Anamneseerhebung ankommt.

Bei allen möglichen Varianten der weiteren Unterrichtsgestaltung (§ 13.5.3) schließt sich dann eine Evaluationsphase an. Nach Abschluss des Arzt-Patient-Gesprächs erhalten zunächst die Studierenden, die die Arztrolle übernommen hatten, das erste Wort zur kritischen Selbstreflexion, wie sie sich selbst, ihre Patientin und das Gespräch mit ihr erlebt haben. Daran schließt das spontane Feedback aus der Gruppe an, deren Mitglieder gegebenenfalls von der Dozentin zuvor mit besonderen Beobachtungsaufgaben (etwa nach Manual) versehen worden sind. Über das gemeinsame Feedback werden individuelle Lernziele für einzelne Teilnehmer formuliert, wie etwa

- Mehr Hörersignale, aber weniger oft „okay“
- Weniger „Unterbrechungen“
- Mehr „Blickkontakt“ statt Notizen machen
- Mehr empathische Rückmeldungen
- Weniger bzw. keine suggestiven Informationsfragen usw.

Darüber hinaus werden für alle Teilnehmer Arbeitsaufgaben für die nächste Gruppensitzung gestellt, in der neben dem Gesprächstraining mit realen Patienten bei Bedarf auch Theoriephasen (§ 13.3) eingeschoben werden können, in denen etwa Formen des *aktiven Zuhörens* (§ 19) oder *empathischer Rückmeldung* (§ 20) erörtert werden, die dann wiederum in den weiteren Gesprächskontakten mit realen Patienten erprobt werden sollen.

Die in diesem Kurs erworbenen kommunikativen Kompetenzen werden am Ende des Semesters im OSCE-Verfahren mit Simulationspatienten geprüft, worüber an anderer Stelle dieses Lehrbuchs (§ 13.6, 41) ausführlich berichtet wird. Nachfolgend wird als weiterer Bestandteil dieses Kurses die *Video-Konferenz* beschrieben.

Hausärztliche Video-Konferenz

Die Video-Konferenz ist in der Klinik für Psychosomatik schon seit über 15 Jahren eine feste Einrichtung, die für alle Studierenden verbindlicher Bestandteil des vorausgehend beschriebenen Kurses ist.

Die Video-Konferenz ist eine *problemorientierte, praxisbezogene* und *interaktive* Lehrveranstaltung, in der die Studierenden an einem exemplarischen Patientenfall aus einer hausärztlichen Praxis durch *teilnehmende Beobachtung, Probehandeln, Selbstreflexionen* und *Clinical Reasoning* ihre klinischen und kommunikativen Kompetenzen erweitern sollen.

Die Grundkonzeption ist die, dass sich bei uns in der Klinik kleine Lerngruppen (von 10-12 Teilnehmern) in einem besonders technisch eingerichteten Seminarraum treffen, um sich „per Internet“ einer hausärztlichen Sprechstunde in einer Video-Konferenz zuzuschalten, bei der sowohl eine direkte Beobachtung des Arzt-Patient-Gesprächs als auch eine Kommunikation mit dem Patienten und Arzt möglich ist.

Die zentrale Zielsetzung ist zunächst, dass die Studierenden dem behandelnden Arzt per Video-Schaltung bei der Sprechstunde „über die Schulter schauen“ und so einen anschaulichen Einblick in die Gesprächsführung und hausärztliche Versorgungspraxis gewinnen (*teilnehmende Beobachtung*). Diese wird in der Regel an ausgewählten Problemfällen exemplifiziert, die im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung in der Hausarztpraxis behandelt werden.

In der anschließenden „Konferenz“ erhalten die Studierenden Gelegenheit zum direkten Gespräch mit dem Patienten, dem gegenüber sie eine Art „stellvertretende Arztrolle“ mit eigenen Fragen, Ideen, Vorschlägen wahrnehmen können (*Probehandeln*). In der nachbereitenden Fallbesprechung mit dem behandelnden Arzt kann zunächst alles zum Thema gemacht werden, was die angehenden Ärzte „bewegt“ hat (*Selbstreflexion*), bevor die ärztliche Gesprächsführung (*kommunikative Kompetenz*) und die klinische Perspektive (*Diagnose, Therapie*) diskutiert werden (*Clinical Reasoning*). Insgesamt handelt es sich um eine spezifische Form des *Lernens am Modell*, bei dem in der Regel das Niveau von *Best-Practice*-Beispielen erreicht wird (§ 13.4.4). Sofern sich Kritik ergibt, kann die *reflexive Meta-Kompetenz* der Studierenden (im Sinne von v. Uexküll, Wesiack 1991) gefördert werden (§ 3.2, 6), bei der alternative Behandlungen und Gesprächsfortsetzungen zusammen mit dem behandelnden Arzt und der Kursleitung einer kritischen Reflexion unterzogen werden.

Die konkrete Gesprächsführung und Behandlung in der Hausarztpraxis, die „Gegenstand“ der teilnehmenden Beobachtung und Reflexion in der Video-Konferenz sind, wird jeweils von einem erfahrenen Hausarzt durchgeführt. Bei den Gesprächsfällen handelt es sich um „unausgelesene“ Patienten, wie sie tagtäglich den Hausarzt aufsuchen. Ein exemplarisches Gespräch zwischen Dr. Reimer und einer jungen Patientin (Julia) ist als vollständiges Transkript (Köhle et al. 2010) einer ca. 8minütigen „Sprechstunde“ dokumentiert und in einer *multimethodalen* Perspektive analysiert worden (Koerfer et al. 2010, Kruse, Tress 2010, Szirt, Langewitz 2010, Obliers et al. 2010, Lausberg 2011).

Der Sinn und Zweck eines solchen multimethodalen Ansatzes besteht u. a. darin, *Best-Practice*-Beispiele zu gewinnen, die als solche nicht nur zu deklarieren, sondern in empirischen Analysen zu identifizieren sind, damit sie mit der nötigen Evidenz für die weitere Lehre genutzt werden können (§ 13.4). Auf diesen spezifisch *komparativen* Ansatz einer multimethodalen Analyse der Arzt-Patient-Kommunikation kommen wir unter dem besonderen Aspekt der *Evaluation* (§ 40) zurück. Hier sei so viel vorweggenommen, dass ein Teil unserer *Best-Practice*-Beispiele, die wir im Praxisteil (§ 18-23) verwenden, diesen hausärztlichen Video-Konferenzen entstammt.

Vorlesung und Blockkurs

Im 4. klinischen Semester werden in einer Vorlesung die theoretischen Grundlagen für die Gesprächsführung bei Patienten mit spezifischen psychischen Erkrankungen gelegt (u. a. Essstörungen wie die Anorexia nervosa, somatoforme Störungen (z. B. „Reizdarm“) und Depressionen sowie Angststörungen). Typische Probleme bei der Gesprächsführung (wie Abwehr, Verleugnung, anklammerndes oder abweisendes Verhalten etc.) werden erarbeitet und Hinweise zur Überwindung gegeben. Die Vorlesung umfasst 12 UE; die Leistungskontrolle erfolgt mittels einer MC-Klausur.

Im Anschluss an die Vorlesung findet der zugehörige Block-Kurs statt. Der Kurs wird in Gruppen à 12 Studierende abgehalten. Er umfasst 24 UE und adressiert vor allem praktische Fertigkeiten wie Durchführung eines Erstgespräches mit einem psychisch Kranken oder die Mitteilung einer schwerwiegenden Diagnose. Diese Fertigkeiten werden in Seminaren vorbereitet und anschließend mit realen Patienten oder Schauspielpatienten trainiert.

Weitere Themen umfassen die Reflexion eigener Einstellungen und Verhaltenseisen im Rahmen einer (Junior-)Balint-Gruppe sowie eigene Erfahrungen mit Therapieverfahren, u. a. autogenes Training, progressive Muskelrelaxation, Musiktherapie und/oder konzentrierte Bewegungstherapie.

Wahl-Pflicht-Block „Breaking bad news“

Im 8. Semester können die Studierenden über 10 UE intensiv an einem onkologischen Fallbeispiel das Überbringen schlechter Nachrichten („breaking bad news“, BBN, s. a. § 16, 38) trainieren. Die Studierenden tragen zunächst zusammen, was ein „gutes“ BBN-Gespräch charakterisiert und was ein „schlechtes“. Dies geschieht auch anhand von Videobeispielen, die gemeinsam betrachtet und hinsichtlich geeigneter und weniger geeigneter Interventionen ausgewertet werden.

Kernstück des Kurses sind Gespräche mit einem speziell-trainierten Schauspielpatienten, in denen die Studierenden in die Rolle eines Arztes gehen.

Eine formale Leistungskontrolle ist bei diesem Lehrformat nicht erforderlich.

14.3.2 Innere Medizin

Im Blockpraktikum der Inneren Medizin werden die Studierenden eine Woche ganztägig durch einen Dozenten der Kliniken für Kardiologie, Gastroenterologie oder Nephrologie an Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin herangeführt.

Da die Studierenden im Rahmen dieses Praktikums selbstständig Anamnesen und Patientenuntersuchungen durchführen sollen, wird zu Beginn ein strukturiertes Anamnesetraining durchgeführt.

Dazu erhalten die Kursteilnehmer ein begleitendes Skript zum Thema Anamnese und Dokumentation. Dieses bietet einen umfangreichen Leitfaden zur vollständigen, internistischen Anamneseerhebung mit Strukturvorschlägen und zugehörigen ausführlichen Erklärungstexten. Ebenso wichtig ist die korrekte Dokumentation der Anamnese, welche thematisiert wird und schlussendlich in der Erstellung eines beispielhaften Arztbriefs mündet.

Unter Integration des Vorwissens aus den geschilderten Kursen zur Durchführung eines Arzt-Patienten-Gesprächs sind zusätzlich nun die

Vollständigkeit der Anamnese aus medizinischer Sicht sowie internistische Schwerpunkte im Fokus. Die Studierenden werden theoretisch angeleitet und im Unterricht am Krankenbett trainiert: zunächst unter Anleitung des Dozenten und im weiteren Verlauf eigenverantwortlich.

Unterricht am Krankenbett ist der Natur nach erfahrungsbasiertes Lernen. Die Unterrichtenden fungieren als Rollenvorbild und vertiefen die praktischen Unterweisungen durch Feedback. Formal werden die Kompetenzen im Rahmen des PJ-Reife-OSCE nach dem 9. Semester summativ überprüft.

14.3.3 Humangenetik

Zwei Unterrichtseinheiten des Seminars der Humangenetik im 7. Semester widmen sich dem Thema der humangenetischen Beratung. In diesem Seminar wird der Ablauf humangenetischer Beratung den Studierenden anhand theoretischer Lerninhalte und interaktiver Übungen vermittelt. Eine humangenetische Beratung geht über die Interpretation und für Laien verständliche Erklärung molekulargenetischer/zytogenetischer Befunde hinaus. Sie umfasst außerdem die Erhebung einer Anamnese inkl. Stammbaum sowie eine ausführliche Beratung zu den Möglichkeiten, Limitationen und Konsequenzen genetischer Testungen (auch der genetischen Pränataldiagnostik) und ggf. weitergehende Betreuung des Betroffenen und seiner Familie. Die Inhalte des Seminars werden zusammen mit den Inhalten der Vorlesung Humangenetik am Ende des Semesters im Rahmen einer Multiple-Choice-Klausur geprüft.

14.3.4 Allgemeinmedizin

Das Blockpraktikum Allgemeinmedizin findet im 8. Semester über zehn Kurstage zu insgesamt 100 UE statt. Es wird von den Studierenden in einer Ausbildungspraxis (möglichst in der des „StudiPat“) der Universität Köln absolviert. Dabei soll ein breiter Einblick in die verschiedenen Facetten der hausärztlichen Versorgung gewährleistet werden. Die Studierenden lernen, wie sich langfristige Arzt-Patienten-Beziehungen in der Praxis des niedergelassenen Arztes darstellen, welche Besonderheiten es hierbei zu be(ob)achten gilt und welche möglichen Schwierigkeiten sich auftun können.

Im Bereich der kommunikativen Kompetenzen lernen die Studierenden den Umgang mit vielen verschiedenen Patienten im ambulanten Setting, z. B. bei der Aufklärung über Therapien zur Förderung von Adhärenz durch adäquate Kommunikationstechniken.

Entsprechend des Kölner Spiralcurriculums übertragen die Studierenden durch ihr Vorwissen aus den vorhergehenden Kursen nun in die Praxis der ambulanten Medizin. Patientengespräche und -untersuchungen erfolgen stets unter Supervision des betreuenden Allgemeinmediziners. Es steht also methodisch-didaktisch erfahrungs-basiertes Lernen und Modelllernen im Vordergrund. Am Ende des Praktikums erfolgt eine Testierung des Studierenden mit abschließender Benotung und persönlichem Feedback. Die Gesamtnote des Fachs setzt sich aus der Note der Klausur, des „StudiPat“ und des Blockpraktikums zusammen.

14.3.5 Psychiatrie und Psychotherapie

Spezialuntersuchungskurs, Modul „Psychiatrie“

Im fünften Semester findet über 15 Termine mit jeweils 90 Minuten Dauer (je zwei UE) ein interdisziplinärer Rotationskurs zur Vermittlung klinisch-praktischer Fertigkeiten in Ergänzung zum „Kern-Untersuchungskurs“ statt. Eine dieser Einheiten wird von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt. Thematisch ist die Einführung der Studierenden in die Grundlagen der Exploration psychisch kranker Patienten das Ziel. Dazu werden je Kleingruppe zwei Gesprächsszenarien mit Simulationspatienten gestaltet, in denen die Studierenden vorab vermitteltes Wissen zur Kommunikation mit psychisch Beeinträchtigten oder Erkrankten praktisch an einer „depressiven Patientin“ anwenden können (Beziehungsaufbau und die Gesprächsführung mit psychisch kranken Patienten). Affektive Blockaden können durch positive Erfahrungen im Umgang mit psychisch kranken Patienten abgebaut werden und es können erste Eindrücke zu konkreten Handlungsstrategien gesammelt werden.

Eine formative Prüfung im Rahmen des Kursgeschehens findet über ein 360°Assessment (Selbsteinschätzung und Feedback durch Schauspielpatientin, Dozierende, Mitstudierende) statt.

Vorlesung und Blockpraktikum

In 8. Semester findet die Vorlesung des Fachblocks Psychiatrie und Psychotherapie statt. In 17 jeweils 45-minütigen Einheiten sollen vorwiegend die Grundlagen psychischer Krankheitsbilder des Gebietes (i. e. Schizophrenie, schwere affektive Störungen, Demenz etc.) in Kombination mit deren Diagnostik und Therapie vermittelt werden.

Im anschließenden Blockpraktikum (20 Unterrichtseinheiten) und -seminar (10 Unterrichtseinheiten) sollen die Studierenden die in der Vorlesung und dem Spezialuntersuchungskurs unterrichteten Inhalte auf den Stationsalltag und die praktische Anwendung übertragen. Besonderen Stellenwert haben die Fertigkeiten zur Erhebung des psychopathologischen Befundes und der Patientenexploration, die hier weiter verbessert werden sollen.

Die Studierenden können durch Anwesenheit bei den Lehrvisiten einen praktischen Eindruck im Umgang mit psychiatrischen Patienten gewinnen und so die fachspezifischen kommunikativen Besonderheiten kennenlernen. Um das Erlebte des Blockpraktikums zu reflektieren und mit vorhandenem Wissen zu verknüpfen bzw. kommunikationstheoretischen Modellen zuzuordnen, finden am Nachmittag Blockseminare statt. Dort finden ebenfalls weitere Patientenvorstellungen statt, deren Krankheitsbilder in der Gruppe detailliert und mit direktem Patientenbezug diskutiert werden.

Zwanzig Prozent des Praktikums ist zudem der Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeordnet, die die entsprechenden Inhalte an junge Patienten adaptiert vermittelt. Die Prüfung der Kompetenzen geschieht derzeit auf die kognitiven Inhalte beschränkt als Single-Choice-Klausur.

14.3.6 Palliativmedizin

Kompetenzfeld Therapiezieländerung

Im 7. Semester findet ein Wahlpflichtseminar zum Thema „Therapiezieländerung“ statt. Es fokussiert den Übergang von einem „kurativen“ zu einem „palliativen“ Behandlungsziel, der vollzogen werden muss, wenn eine Heilung nicht mehr erreichbar ist.

Die Bearbeitung des Themas findet in Seminarform und Kleingruppen statt. Themen werden in der Regel in der Kleingruppe vorbereitet und später im Auditorium präsentiert. Zunächst erarbeiten die Studierenden die Therapieziele „Lebensverlängerung“ und „Lebensqualität“

und reflektieren sie in ihrer Relevanz für die Onkologie, Intensivmedizin und Palliativmedizin.

Das spezifische, praktische Kommunikationstraining findet im Modul „Sterbephase“ statt. Die Studierenden sollen die Anzeichen des Sterbens erkennen und einen palliativmedizinischen Behandlungsplan für die typischen Symptome während der Sterbephase entwickeln. Dabei werden pflegerische, medizinische und psychosoziale Aspekte berücksichtigt.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt darin, diese Strategien nun mit den Sterbenden und ihren Angehörigen im Rahmen von Fallbeispielen zu kommunizieren. Thematisiert wird insbesondere das Gespräch mit den Angehörigen. Es wird Wert darauf gelegt, dass die Studierenden die Angehörigen einfühlsam und in Laiensprache informieren und beraten können.

Das zweite, die Kommunikation besonders berücksichtigende Modul „Patientenverfügung“ befasst sich vorwiegend mit Selbstreflexion als Voraussetzung für Beratungen im Hinblick auf sog. Patientenverfügungen. Die Studierenden explizieren ihre eigenen Vorstellungen von einem würdigen Tod bzw. „End-Of-Life-Care“. Dann antizipieren sie ihre Therapie Wünsche und -begrenzungen im Falle einer Nicht-Einwilligungsfähigkeit. In diesem Rahmen werden die eigene Haltung und Einstellung zur Endlichkeit, eigene Erfahrungen mit Sterben, Trauer und Tod sowie das persönliche Rollenverständnis als Arzt bzw. Ärztin reflektiert. Die Leistungskontrolle des Kompetenzfeldes erfolgt durch eine Hausarbeit.

Querschnittsblock Palliativmedizin

Übergeordnete Lernziele sind das Erleben der kommunikativen Kompetenz als erlernbare Schlüsselfähigkeit, das Erleben der eigenen Fähigkeiten in einem geschützten Rahmen und das Überbringen der Nachrichten mit Kenntnis der Gesprächsleitfäden SPIKES und NURSE (§ 16, 20, 38).

Der praktische Teil der Ausbildung im Fach Palliativmedizin erfolgt im Rahmen des PJ-STArT-Blocks (s. § 14.3.11) und findet dort über einen Nachmittag statt. Dabei werden in simulierten Szenarien mit Schauspielpatienten unter fachkundiger Anleitung entsprechende Inhalte praktisch umgesetzt: Kommunikation mit dem Patienten im Rahmen des Entlassungsmanagements zur palliativen ambulanten Versorgung und – beispielhaft – vorausschauende Versorgungsplanung bei neurologisch kranken Menschen sind die angesteuerten medizinischen

Themen. Die Studierenden sollen hier auch das Überbringen schwerwiegender Nachrichten bei unheilbaren und/oder zum Tod führenden Erkrankungen üben.

Kommunikative Kompetenzen, die hierbei erworben werden, sind unter anderem die Benennung eines eigenen Gesprächsziels sowie die fundierte Vorbereitung des Gesprächs. Darüber hinaus sollen die Studierenden die subjektive Sichtweise des Patienten und seiner Angehörigen erfassen und in die Mitteilung einzubeziehen wobei die eigenen Gesprächsziele dynamisch dem Wunsch des Patienten angepasst und Diagnostik und Befunde in einer der Patientensituation angemessenen Form mitgeteilt werden. Weiter lernen die Studierenden, eigenes emotionales Erleben zu benennen und dabei zwischen den eigenen und den Emotionen des Patienten unterscheiden zu können. Auch werden Möglichkeiten benannt und diskutiert mit belastenden Situationen umzugehen und seine eigenen Grenzen zu beachten.

Die Lerneinheit wird begleitet durch umfangreiches Feedback und Reflexion durch Anwendung der Grundregeln von Feedback im palliativen Kontext und das Evaluieren des gesteckten Gesprächsziels.

14.3.7 Medizinethik

Im 6. Semester findet das Kompetenzfeld „Ethik im ärztlichen Beruf“ statt. Dabei handelt es sich um eine Vorlesungseinheit bestehend aus zwei Terminen mit jeweils 90 Minuten Dauer.

Die Studierenden sollen in diesem Kompetenzfeld die Grundlagen ethisch schwieriger Entscheidungsfindungen kennen lernen. Es werden rechtliche Grundlagen beleuchtet, beispielsweise bei der aktiven und passiven Sterbehilfe in Deutschland und anderen Ländern sowie ethische Konzepte und Gremien. Darüber hinaus werden kritische Situationen in der Arzt-Patient-Kommunikation, die bei Patientenaufklärungen, -gespräch und Angehörigeninformation auftreten können, angesprochen und aus verschiedenen Perspektiven betrachtet.

Überprüft werden im Anschluss die kognitiven Lernziele vermittels einer computerisierten Multiple-Choice-Klausur.

14.3.8 Gynäkologie

Das Blockpraktikum der Gynäkologie und Geburtshilfe findet im 4./5. klinischen Semester (entsprechend 8./9. Semester) statt. Es umfasst 10 UE, von denen zwei durch Schauspiel-Patientinnen unterstützt werden.

Zielsetzung der kommunikativen Anteile ist ein Training der spezifischen Inhalte und Haltungen (u. a. Beachtung von Schamgrenzen) im Rahmen einer gynäkologisch/geburtshilflichen Anamnese. Das Praktikum schließt mit einer OSCE-Prüfung.

14.3.9 Geriatrie

Im Blockpraktikum der Geriatrie im 10. Semester erlernen die Studierenden Besonderheiten im Umgang mit älteren Patienten. Neben den fachspezifischen, klinischen Aspekten sollen auch die Verständigung und das Verständnis für entsprechende Einschränkungen bei älteren Menschen gelernt werden. Dies geschieht zum Großteil durch Selbsterfahrung mittels Alterssimulatoren (u. a. GERontologischer Trainingsanzug; GERT).

So werden z. B. alterstypische kommunikative Schwierigkeiten bei OP-Aufklärungen, telefonischen Vereinbarungen eines Termins oder bei der regulären Krankenvisite simuliert und subjektiv erfahrbar gemacht. Die kognitiven Lernziele werden mittels einer MC-Klausur geprüft.

14.3.10 Pharmakologie

Wahlpflichtseminar „Das Verordnungsgespräch“

Dieses Wahlpflichtangebot im Umfang von 6 UE steht Studierenden ab dem 6. Semester, d. h. nach dem Absolvieren des Fachblocks Pharmakologie, offen.

Am Beispiel der Arzneitherapie der „Volkskrankheit Bluthochdruck“ wird mit den Studierenden erarbeitet, welche Aspekte bei der Verordnung von Arzneimitteln von besonderer Bedeutung sind und wie diese angemessen im Arzt-Patient-Gespräch thematisiert werden können. Den Hintergrund bilden einerseits „allgemeinpharmakologische“ Aspekte wie unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder Kontraindikationen, andererseits die medikamentöse Adhärenz und der Wunsch nach sowie der

Anspruch auf Beteiligung von Patienten an der Therapieentscheidung. Diese Aspekte werden fallbasiert (Problem-basiertes Lernen) bewusst gemacht, um gemeinsam Schwierigkeiten zu identifizieren und Lösungsansätze zu entwickeln. Dabei wird den Studierenden das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung („shared decision making“, vgl. §10, 26) vorgestellt bzw. wieder ins Gedächtnis gerufen und gemeinsam ein Leitfaden für ein strukturiertes Verordnungsgespräch entwickelt, in dem die Aufklärung über wesentliche arzneitherapeutische Aspekte einerseits und Patientenbeteiligung andererseits integriert werden.

Am Ende der Woche können die Studierenden das Gelernte in einem mit einem Schauspieler simulierten Verordnungsgespräch üben. Dies beinhaltet neben dem unmittelbaren Feedback durch Schauspieler und Dozenten (und auf Wunsch der Kommilitonen) auch die Möglichkeit einer Video-Aufzeichnung, um das eigene kommunikative Verhalten visuell und akustisch erfahrbar zu machen.

Kompetenzfeld „Adhärenz und Selbstmedikation“

Das interdisziplinäre Kompetenzfeld im 7. Semester umfasst vier einstündige Vorlesungen. Dabei werden verschiedene Blickwinkel auf Adhärenz und Selbstmedikationen eröffnet, namentlich die der Pharmakologie, der Psychosomatik/Psychotherapie, der hausärztlichen Perspektive sowie die der Apotheker. Ziel ist es, den Studierenden einerseits die unterschiedlichen Schwerpunkte bzw. Sichtweisen zu verdeutlichen, andererseits aber auch die unterschiedlichen Ansprüche und Verhaltensweisen, mit denen Patienten z. B. Hausärzten, Fachärzten oder Apothekern gegenüberzutreten. Dabei sollen die Studierenden Ursachen und Hintergründe verstehen (z. B. im Sinne der intentionalen sowie der nicht-intentionalen Non-Adhärenz), um dies im späteren Arzt-Patient-Kontakt kommunikativ explorieren und berücksichtigen zu können. Darüber hinaus werden der Nutzen und Notwendigkeit der multiprofessionellen Kommunikation verdeutlicht, bei der z. B. Ärzte mit Apothekern zum Wohle der Patienten interagieren.

14.3.11 Vorbereitungskurs für das „Praktische Jahr“

Vor Beginn des Praktischen Jahres (PJ) sollen Studierende des Modellstudiengangs Humanmedizin in Köln auf den ärztlichen Alltag als PJ-

ler/innen vorbereitet werden. Der PJ-STArT-Block (STArT = Schlüsselkompetenz-Training und -Anwendung in realitätsnahen Tagesabläufen) bietet die Gelegenheit, über eine Woche hinweg auf einer Simulationsstation den klinischen Alltag und das ärztliche Handeln realitätsgetreu zu erfahren und zu trainieren.

Beteiligt an der Durchführung sind derzeit die Klinik für Innere Medizin II, das Institut für Pharmakologie, das Studiendekanat und KISS (Kölner Interprofessionelles Skills- und Simulationszentrum), das Institut für Geschichte und Ethik sowie die Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie.

In seinem Umfang, seiner Simulationstiefe und seiner konsequenten, interdisziplinären Umsetzung ist der PJ-STArT-Block an medizinischen Fakultäten in Deutschland bis dato eine Referenz.

Lehr- und Lernkonzept des STArT-Blocks

Ziel des PJ-STArT-Block ist es, die Studierenden des sechsten klinischen Semesters optimal auf die Phase des Praktischen Jahres vorzubereiten. Im Rahmen ihrer einwöchigen Tätigkeit auf einer Simulationsstation wird den Studierenden die Gelegenheit gegeben, Wissen und Fertigkeiten auf klinische Situationen und Fallbeispiele anzuwenden. Im Gegensatz zum überwiegend theoretischen Teil der Veranstaltungen im Medizinstudium sollen hier Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen integriert gelernt werden. Durch den geschützten Raum einer Simulation sollen die Studierenden ermutigt werden, ihre ärztlichen Fähigkeiten ohne Angst vor Konsequenzen, die aus Fehlern in der Praxis folgen könnten, auszuprobieren.

Die Studierenden durchlaufen in Kleingruppen von vier Teilnehmern je eine Woche ganztägig verschiedene simulierte Szenarien. Hierbei stehen erfahrene und aufwändig geschulte Simulationspatienten zur Verfügung, die Erkrankungen und Behandlungsanlässe präsentieren. Es werden einerseits klassische Visiten durchgeführt, jedoch soll auch der ärztliche Alltag abseits des Patientenkontakts abgebildet werden. Der überwiegende Teil wird durch ein interdisziplinäres Team moderiert und soll darüber hinaus das interprofessionelle Bild einer stationären Patientenversorgung widerspiegeln. Insbesondere die begleitenden Ärzte dienen den Studierenden in diversen Alltagssituationen als Rollenvorbild. Dies folgt dem Konzept des Kölner Spiralcurriculums (§ 14.1.3) und erleichtert durch die Verknüpfung der vorherigen Inhalte die Transition des Studierenden zum PJ-ler.

Durch den simulierten Stationsalltag und den Kontakt zu Simulationspatienten haben die Studierenden vor dem Beginn des Praktischen Jahres die Möglichkeit ihre diagnostischen Fertigkeiten und Kommunikationstechniken, die sie im Verlauf des Studiums gelernt haben, am Patientenbett mit den Dozierenden weiterzuentwickeln. Dazu gehören Anamnesegespräche, körperliche Untersuchungen, klinische Visiten, das Verfassen von Arztbriefen sowie Morgen- und Mittagsbesprechungen. Ein wichtiges Element sind immer wieder Überraschungsmomente, mit denen die Studierenden „aus der Reserve“ gelockt werden sollen. Zum Beispiel gibt es in einem Moment der Entspannung nach der Visite einen Notfall in einem bereits visitierten Zimmer. Dies soll neben dem Einbinden weiterer, unerwarteter Inhalte auch die Simulationstiefe erhöhen.

Neben den bereits genannten Inhalten wird großen Wert auf ein strukturiertes, vielseitiges Feedback gelegt. Das soll den Studierenden aufzeigen, welche Fähigkeiten sie gut und welche sie weniger gut beherrschen. Methodisch umgesetzt wird dies durch ein 360°-Feedback, beginnend mit einer Selbstreflexion, gefolgt vom Feedback der Simulationspatienten sowie dem der Mitstudierenden und Lehrenden (Reihenfolge nach dem Prinzip der größten Betroffenheit). Stärken und Schwächen sollen klar benannt und, wenn möglich, Hinweise für eine Verhaltensänderung gegeben werden.

Verwendete Praxisfälle

Auf der simulierten Station befinden sich mehrere simulierte Patienten mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten und Lernzielen. Im Verlauf der Woche verändern sich auf der Übungsstation der klinische Zustand, die Laborwerte und sogar die Patienten selbst. Kommunikativ sollen die Studierenden lernen, auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen Patienten ihrer jeweiligen Situation entsprechend einzugehen. Nachfolgend werden einige Fälle exemplarisch ausgeführt.

Beispielsweise soll bei einem alten, verwirrten Patienten aus dem Heim mit unklarem Fieber ein verständliches und angemessenes Anamnesegespräch durchgeführt werden. Dabei handelt es sich um eine alltagstypische Situation mit der die Teilnehmer später häufig konfrontiert sein werden, die jedoch nicht leicht zu meistern ist.

Ein weiterer Patient befindet sich wegen der Neueinstellung eines entgleisten Diabetes mellitus in Behandlung. Als Ursache sollen die Studierenden mögliche somatische Gründe ausschließen und eine feh-

lende Therapieadhärenz wegen einer Anpassungsstörung durch eine unverarbeitete Trennung erkennen. Auf die psychische Störung soll adäquat eingegangen werden. Gleichzeitig soll den Studierenden die Wichtigkeit des genauen Zuhörens und der psychosozialen Betrachtung von Therapiekomplicationen vergegenwärtigt werden (vgl. § 14 und 16).

In einer anderen Fallsimulation werden die sensiblen Themen Unterleibsschmerz und interkulturelle Kompetenz bei einer als „kulturell fremd“ wahrgenommenen Patientin kombiniert. Die Studierenden sollen lernen, die soziokulturellen und gesellschaftlichen Wert- und Normsysteme zu registrieren und z. B. in Überlegungen zur Verbesserung der medikamentösen Adhärenz einzubeziehen. Ebenso soll ein Bewusstsein für die Schamreaktion auf die Normverletzung im interkulturellen Kontext geschaffen werden. Grundlage der hier gewünschten multiperspektivischen Betrachtung der Situation ist das Diversitätsmodell nach Gardenzwartz und Rowe (2003), nach dessen Kriterien die Studierenden ihre kommunikatives Interaktionsverhalten reflektieren sollen.

Das in den STArT-Block integrierte Praktikum der Palliativmedizin findet ebenfalls auf der Simulationsstation statt. Hier ist es Aufgabe der Studierenden, schwerwiegende Nachrichten bei unheilbaren und zum Tode führenden Erkrankungen mitzuteilen („breaking bad news“, § 14.3.6.).

Neben den Fällen mit Simulationspatienten sind weitere Themen vorgesehen, welche die Studierenden auf den Alltag vorbereiten sollen. Eine große Herausforderung für angehende Ärzte stellt die Kommunikation krankenhaustypischer Vorgänge wie z. B. diagnostischer Abläufe und Therapiedurchführungen dar. Ein unzureichendes Verstehen auf Patientenseite führt sehr häufig zu mangelnder Therapie-Adhärenz und damit ausbleibendem Erfolg. Hier setzt das Modul „Übersetzung von Fachsprache in Alltagssprache“ an und soll bei Studierenden ein Problembewusstsein hinsichtlich eines patientenzentrierten Sprachstils schaffen (vgl. § 27). Die Umsetzung dieses Ziels erfolgt einerseits durch ein entsprechendes Coaching im Anschluss an die Gesprächssimulationen, in dem gezielt das verbale und nonverbale kommunikative Vorgehen der Studierenden reflektiert wird, zum anderen werden Transskripte der Vorsemester mit einbezogen und ebenfalls analysiert.

Ein weiteres Gesprächsmodul beschäftigt sich mit dem Thema „Kultur und Krankheit“ (vgl. § 28). Hier wird noch einmal ganz konkret das Thema Diversität bearbeitet. Die Notwendigkeit dieser Thematik ergibt sich aus den vielen soziokulturell sehr unterschiedlichen Patientenhintergründen, die im klinischen Alltag vorkommen. Problematisch ist da-

bei eine von Ärzten häufig vorgenommene Konstruktion klarer Grenzen zwischen Einheimischen und Fremden bzw. Vertrautem und Unbekanntem. Dieses Vorgehen führt oft zu einer mangelnden Individualität des einzelnen Patienten, sodass er lediglich als Projektionsfläche der bisherigen Erfahrungen mit einer bestimmten Kultur, Nation oder Religion dient. Da die Krankheitskonzepte je nach kulturellem Verständnis stark divergieren können, ist es wichtig, an dieser Stelle Unterschiede zu kennen und auf diese eingehen zu können, da der Gesundungsprozess des Patienten davon bisweilen deutlich beeinflusst werden kann (Hallal 2015).

Zusammenfassend bieten die Praxisfälle des PJ-STArT-Blocks einen breiten Querschnitt über viele Themen des ärztlichen Alltags, deren umfassende Reflexion in praxisnaher Simulation möglich ist und einen wichtigen Baustein für die Arzt-Patient-Kommunikation in der weiteren beruflichen Laufbahn darstellt.

14.4 Weiterführende Hinweise

Die didaktisch-methodischen Konzepte, die wie das *problemorientierte* oder *komparative* Lernen an *Best-Practice*-Beispielen spezifisch für das Kölner Curriculum Kommunikation sind, wurden bereits vorausgehend (§ 13) dargestellt und erörtert. Von der dort schon angeführten Literatur und darüber hinaus sei hier exemplarisch verwiesen auf historisch-kritische Überblicke und curriculare Darstellungen von Brown 2008, 2012, Fragstein et al. 2008, Bachmann et al. 2009, Silverman 2009, Hargie 2010, Roch 2010, Harden 2011, Lipkin 2011, Deveugele 2005, 2015, Härtl et al. 2015, Perron et al. 2015, English 2016, Bates et al. 2016.

Auf Fortbildungsmöglichkeiten zur ärztlichen Gesprächsführung innerhalb unserer Fakultät gehen wir gesondert ein (§ 16, 43), ebenso dort auf die Qualifikation unserer TutorInnen und DozentInnen, die schließlich die Kommunikationsausbildung verantwortlich übernehmen („teach the teachers“). Über die Schulung der Simulationspatienten (SP) an der Kölner Klinik für Psychosomatik sowie im Studiendekanat und der Fakultät insgesamt wird an anderer Stelle des Lehrbuchs (§ 13.6, 41) berichtet.

Danksagungen

Frau Prof. Elke Kalbe und Frau Dr. Ann-Kristin Folkerts (Med. Psychologie), Frau Dr. Nadine Scholten (Med. Soziologie), Herrn Axel Doll (Palliativmedizin), Frau PD Dr. Christiane Schiessl (PJ-STArT-Block) sowie Herrn PD Dr. Jan Matthes (Pharmakologie) danken wir sehr für die Zusammenarbeit in Bezug auf die Inhalte der jeweiligen Lehrangebote.

15 Kommunikationsfortbildung in der psychosomatischen Grundversorgung

Kurt Fritzsche

15.1	Wozu psychosomatische Grundversorgung?	708
15.2	Was ist psychosomatische Grundversorgung?	710
15.3	Kommunikative Kompetenz	711
15.4	Curriculum Psychosomatische Grundversorgung	712
15.4.1	Leitlinien	
15.4.2	Inhalte	
15.4.3	Unterrichtsmethoden	
15.5	Übungen zur Gesprächsführung	715
15.5.1	Vier-Ohren-Modell	
15.5.2	Der Umgang mit aggressiven Patienten – Deeskalationsmodell	
15.6	Weiterführende Hinweise	722

Ist es wirklich so, so müssen wir uns fragen, ob das, was langjährig erfahrene Psychoanalytiker und Familientherapeuten tun und können, auch einfach und schlicht an die Allgemeinärzte und Internisten mit einer eindeutig medizinisch-naturwissenschaftlichen Identität vermittelt werden kann?

Jansen 1993: 546

Abstract: Die Einführung der Psychosomatischen Grundversorgung in die Psychotherapierichtlinien im Jahre 1987 war ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Verbesserung der primärärztlichen Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen und Problemen. Im Mai 1992 wurde vom 95. Deutschen Ärztetag Inhalte der Psychosomatischen Grundversorgung in die Musterweiterbildungsordnung aller klinischen Gebiete aufgenommen. Ziele der Psychosomatischen Grundversorgung sind das möglichst frühzeitige Erkennen psy-

chosozialer Probleme und Konflikte, ein begrenztes Angebot an Gesprächen und die Indikationsstellung zur Einleitung einer ätiologisch orientierten Psychotherapie. In dem Curriculum zur Psychosomatischen Grundversorgung nehmen Übungen zur Gesprächsführung (verbale Interventionen) einen wichtigen Raum ein. Am Beispiel eines Wochenblocks wird die Didaktik und Methodik zur ärztlichen Gesprächsführung vorgestellt. Themen sind: Patienten- und arztzentrierte Gesprächsführung, das Vier-Ohren-Modell, das Aufklärungsgespräch zur Diagnose Krebs mit Einbeziehung von Angehörigen, die Vermittlung eines alternativen Krankheitsverständnisses bei Patienten mit somatoformen Störungen, das Deeskalationsgespräch beim ärgerlichen, fordernden und anspruchsvollen Patienten, Erkennen einer Angststörung und Information und Beratung eines Patienten mit Panikattacken, Risikoeinschätzung bei Suizidalität und Techniken der Gesprächsführung bei Einbeziehung von nahen Bezugspersonen.

15.1 Wozu psychosomatische Grundversorgung?

Die Einführung der Psychosomatischen Grundversorgung in die Psychotherapierichtlinien im Jahre 1987 war ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Verbesserung der primärärztlichen Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen und Problemen. Im Mai 1992 wurde vom 95. Deutschen Ärztetag Inhalte der Psychosomatischen Grundversorgung in die Musterweiterbildungsordnung aller klinischen Gebiete aufgenommen. Ziele der Psychosomatischen Grundversorgung sind das möglichst frühzeitige Erkennen psychosozialer Probleme und Konflikte, ein begrenztes Angebot an Gesprächen und die Indikationsstellung zur Einleitung einer ätiologisch orientierten Psychotherapie. In dem Curriculum zur Psychosomatischen Grundversorgung nehmen Übungen zur Gesprächsführung (verbale Interventionen) einen wichtigen Raum ein. Am Beispiel eines Wochenblocks wird die Didaktik und Methodik zur ärztlichen Gesprächsführung vorgestellt. Themen sind: Patienten- und arztzentrierte Gesprächsführung, das Vier-Ohren-Modell, das Aufklärungsgespräch zur Diagnose Krebs mit Einbeziehung von Angehörigen, die Vermittlung eines alternativen Krankheitsverständnisses bei Patienten mit somatoformen Störungen, das Deeskalationsgespräch beim ärgerlichen, fordernden und anspruchsvollen Patienten, Erkennen einer Angststörung und Information und Beratung ei-

15. Psychosomatische Grundversorgung

nes Patienten mit Panikattacken, Risikoeinschätzung bei Suizidalität und Techniken der Gesprächsführung bei Einbeziehung von nahen Bezugspersonen.

Zwischen 25 und 30% der Bevölkerung entwickelt mindestens einmal jährlich eine psychische Störung nach den Kriterien von ICD-10. Das Lebenszeitrisiko liegt bei mehr als 50%. Der hohen Prävalenz psychischer, psychosomatischer und somatopsychischer Störungen in der Bevölkerung stehen große Defizite und Probleme in der Versorgung dieser Patienten gegenüber: mehr als 84% dieser Patienten werden ausschließlich ambulant versorgt und fast dreiviertel der aufgrund einer psychiatrischen Diagnose behandelten Versicherten ausschließlich durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für somatische Medizin (Gaebel 2013).

Diese besondere Versorgungssituation und der damit verbundene medizinische Versorgungsnotstand führten zur Aufnahme der sogenannten Psychosomatischen Grundversorgung in die ambulante Versorgung und die Fort- und Weiterbildung in Form der Psychotherapievereinbarung der kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Krankenkassen 1987 und der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 1992.

Die Psychosomatische Grundversorgung stellt einen notwendigen Baustein in einem „4-Ebenen-Modell“ einer zukunftsfähigen Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker dar (Heuft et al. 2014):

1. Ebene: psychotherapeutische Kenntnisse sollten bereits im Medizinstudium erworben werden
2. Ebene: alle ärztlichen Fachgebiete sollten Kompetenzen in der Psychosomatischen Grundversorgung erwerben (obligat für Hausärzte und Gynäkologen)
3. Ebene: klarere Positionierung der fachgebundenen Psychotherapie und Angebote von Kurzzeit-Psychotherapie.
4. Ebene: differenzielle Behandlung durch Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

15.2 Was ist psychosomatische Grundversorgung?

Die Psychosomatische Grundversorgung in der Praxis des niedergelassenen Arztes oder im Krankenhaus verfolgt drei Hauptziele:

1. Das möglichst frühzeitige Erkennen psychosozialer Probleme und Konflikte, auch bei komplexen Krankheitsbildern (Differentialdiagnostik)
2. Ein begrenztes Angebot an Gesprächen und bei Bedarf auch Entspannungsverfahren (Basistherapie)
3. Indikationsstellung für eine ambulante oder stationäre Fachpsychotherapie oder Hinzuziehung des psychosomatischen oder psychiatrischen Konsil- und Liaisondienstes (Differentialindikation)

Nach Einführung der Psychosomatischen Grundversorgung als Kassenleistung im Jahre 1987 gelten ab 1. Januar 1994 einheitliche Qualifikationsvoraussetzungen für die Abrechnungen dieser Leistungen. Hierdurch wird die Notwendigkeit einer systematischen und strukturierten Fortbildung auch von Seiten der KBV anerkannt.

Die Einführung der Psychosomatischen Grundversorgung hat zu einer deutlichen Verbesserung des frühzeitigen Erkennens psychischer und psychosomatischer Probleme und Störungen und ihrer Behandlung geführt (Fritzsche et al. 1994, 1996, 1996, 1999, 2000, 2004, 2010).

Die Psychosomatische Grundversorgung ist eine eigenständige Behandlungsform und weist gegenüber einer rein somatisch orientierten Medizin und einer Psychotherapie, ausgeübt durch Fachpsychotherapeuten, einige entscheidende Vorteile auf:

- Die Psychosomatische Grundversorgung ist in die Sprechstunde integriert. Körperliche und seelische Probleme kommen gemeinsam zur Sprache und können in ihrem Wechselspiel erkannt werden.
- Die vom Psychotherapeuten oft falsch verstandene Abstinenz gegenüber dem Körper schließt sich von vornherein aus. Die körperliche Untersuchung gehört mit zur Diagnostik und ermöglicht vielfältige Beobachtungen und Rückschlüsse auf körperlich-seelische Zusammenhänge. Der Zugang über den Körper ist für den Patienten und den Arzt weniger ängstigend, da vertrauter. Die Berührung, im doppelten Sinne, findet zuerst auf der körper-

15. Psychosomatische Grundversorgung

lichen Ebene statt und kann dann den Weg zu einem Sprechen über seelisches Erleben fördern.

- In der Regel ist der Patient dem Arzt schon länger bekannt. Er ist mit den aktuellen Lebensumständen, mit familiären Problemen und früheren Krisensituationen und deren Bewältigung vertraut. Bei neu auftretenden Beschwerden fällt es ihm daher leichter als einem Außenstehenden, diese in den psychosozialen Kontext einzuordnen.
- Ein Gespräch über seelische Konflikte im Rahmen der Sprechstunde erlebt der Patient nicht als Stigma, wie dies oft bei der Überweisung zum Psychotherapeuten oder Psychiater der Fall ist und daher vom Patienten oft abgelehnt wird.
- Eine hilfreiche, tragende Arzt-Patient-Beziehung gilt in der Psychotherapie als eine der wichtigsten Wirkfaktoren bei einer erfolgreichen Behandlung. Gerade die langjährige, vertrauensvolle Beziehung zum Haus- oder Facharzt bietet von daher eine ideale Voraussetzung, erkannte seelische Konflikte in einen medizinischen Behandlungsplan zu integrieren und begrenzte Gesprächsangebote zu machen.

Psychosomatische Grundversorgung bietet die große Chance, Körper und Seele als Einheit zu erleben, Beschwerden und Krankheiten in diesem Kontext zu erkennen, zu verstehen und zu behandeln. Sie erfordert jedoch eine veränderte Haltung und Einstellung des Arztes gegenüber dem Patienten und seiner Krankheit.

15.3 Kommunikative Kompetenz

Der Stellenwert und die Funktion der ärztlichen Gesprächsführung sind in den „Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie“ (Box. 15.1) ausgeführt worden.

Box 15.1 „Richtlinien“ zur Psychosomatischen Grundversorgung

Die verbalen Interventionen orientieren sich in der psychosomatischen Grundversorgung an der jeweils aktuellen Krankheitssituation; sie fußen auf einer systematischen, die Introspektion fördernden Gesprächsführung

und suchen Einsichten in die psychosomatischen Zusammenhänge des Krankheitsgeschehens und in die Bedeutung pathogener Beziehungen zu vermitteln. Der Arzt berücksichtigt und nutzt dabei die krankheitsspezifischen Interaktionen zwischen Patient und Therapeut, in denen die seelische Krankheit sich darstellt. Darüber hinaus wird angestrebt, Bewältigungsfähigkeiten des Kranken, evtl. unter Einschaltung der Beziehungspersonen aus dem engeren Umfeld, aufzubauen.

Richtlinien 2004: 8

Ziele der Basistherapie sind:

- Gestaltung einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung
- Förderung der Patientenautonomie durch Wahrnehmung seiner oder in seinem Umfeld vorhandener Ressourcen
- Lösungsorientierung durch Problemklärung, -lösung, -akzeptanz oder -bewältigung
- Symptomlinderung oder Heilung
- Information des Patienten (Psychoedukation)
- Verhinderung unnötiger Maßnahmen wie z. Bsp. nicht indizierte Medikamenteneinnahmen, Arztkonsultationen, operative Eingriffe, stationäre Aufenthalte
- Hilfe bei der Überwindung von Lebenskrisen wie z. Bsp. schwere Krankheit, Verlust- und Trennungssituationen
- Spezifische Behandlung bei verschiedenen psychischen Störungen einschließlich Psychopharmakotherapie
- Vorbereitung und Einleitung einer indizierten weiterführenden spezialisierten Therapie (Fachpsychotherapie, psychiatrische Behandlung, psychosoziale Beratungsstellen)
- Kooperation mit Selbsthilfegruppen

15.4 Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Kurse zur Qualifizierung in Psychosomatischer Grundversorgung werden seit über 20 Jahren bundesweit durchgeführt. Die Bundesärztekammer hat dazu Eckpunkte und Leitlinien festgelegt (Autorengruppe Psychosomatische Grundversorgung 2001).

15.4.1 Leitlinien

1. Praxisbezug: Die Fortbildung orientiert sich an den häufigsten alltäglichen psychosomatischen und psychosozialen Problemen und Handlungssituationen in der Praxis und im Krankenhaus.
2. Flexibilität: Durch die Kombination von obligatorischen Kernbereichen und Wahl- bzw. Vertiefungsmöglichkeiten wird eine größere Flexibilität erreicht. Ein Mindeststandard wird sichergestellt und zugleich können individuelle Schwerpunkte gesetzt werden.
3. Ausgewogenheit: Wissensvermittlung, Erlernen von praktischen Fähigkeiten im Umgang mit dem Patienten und Selbsterfahrung in der Beziehung von Arzt und Patient stehen in einem ausgewogenen Verhältnis.

15.4.2 Inhalte

Die Gesamtdauer des Kurses beträgt 80 Stunden und umfasst folgende drei Teile:

1. Theorieseminare von mindestens 20-stündiger Dauer, in denen Kenntnisse zur Theorie der Arzt-Patient-Beziehung, Kenntnisse und Erfahrungen in psychosomatischer Krankheitslehre und der Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neurosen und Psychosen und Kenntnisse zur Krankheit und Familiendynamik, Interaktion in Gruppen, Krankheitsbewältigung (Coping) und Differentialindikation von Psychotherapie-Verfahren erworben werden.
2. Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken von mindestens 30-stündiger Dauer.
3. Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30-stündiger Dauer (d. h. bei Balintgruppen mindestens 15 Doppelstunden).

Die theoretische Basis des Curriculums ist das biopsychosoziale Modell. Körperliche, psychische und soziale Prozesse stehen in einer Wechselwirkung miteinander und tragen in unterschiedlicher Gewichtung zu jedem Krankheitsbild bei. Ziel dieses psychosomatischen Ansatzes ist es, den Körper-Seele-Dualismus zu überwinden, die Bedeutung der In-

teraktionen zwischen Körper, Seele und sozialer Umwelt zu betonen und Brücken zu bauen zu allen klinischen Fächern. Dies setzt sowohl eine Systemperspektive als auch Wissen über die psychophysiologischen Wechselwirkungen voraus.

Ein durchgängiges Element im Kurs sind die Übungen zur patientenzentrierten und arztzentrierten Gesprächsführung.

15.4.3 Unterrichtsmethoden

1. Einführungsvortrag mit Powerpoint-Präsentation zu den wichtigsten Aspekten des an diesem Tag behandelten Krankheitsbildes
2. Patienten-Live-Gespräch, auch mit Hinzuziehung des Partners oder anderer Familienangehöriger. Ziel ist die Demonstration von Gesprächsführung am Beispiel einer ausführlichen biopsychosozialen Anamnese.
3. Reflecting Team: Im Anschluss an das Patienten-Live-Gespräch bildet sich eine Gruppe von ca. 5 Teilnehmern und gibt dem Patienten eine ressourcenorientierte Rückmeldung.
4. Beobachtergruppen: Nach einer kurzen Pause bilden sich drei Untergruppen, die das Patienten-Live-Gespräch jeweils unter drei Aspekten diskutieren:
 - Inhalte der biopsychosozialen Anamnese, typische Screeningfragen
 - Gesprächsführung: Techniken der patientenzentrierten und der arztzentrierten Gesprächsführung
 - Die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung: Was habe ich selbst erlebt während des Gespräches? Meine Gedanken, meine Gefühle, meine Körperwahrnehmung, meine Handlungsimpulse, wie ging es mir, wenn ich als Arzt das Gespräch führe, wie hätte ich mich als Patient erlebt? Wichtige und schwierige Momente im Gespräch.
5. Übungen zur Gesprächsführung in Kleingruppen mit trainierten Schauspielpatienten, teilweise mit Video-Feedback
6. Übungen zur Gesprächsführung in Kleingruppen mit Rollenspielen, Video Feedback und Diskussion

15.5 Übungen zur Gesprächsführung

Montag

- Sammeln von schwierigen Arzt-Patienten-Gesprächen im Arbeitsalltag der Teilnehmer
- Übungen zur patientenzentrierten und arztzentrierten Gesprächsführung
- Einführung des Vier-Ohren-Modells von Schulz v. Thun

Dienstag

- Krebserkrankung: Wenn ich Tumorpatient wäre, welche Fragen hätte ich an den Arzt?
- Aufklärungsgespräch zur Diagnose Krebs mit Beispielen der Teilnehmer, der Übergang von kurativer zu palliativer Behandlung
- Einbeziehung von Angehörigen
- Arbeitsblatt: Schwierige Gesprächssituation mit Tumorpatienten

Mittwoch

- Patienten mit somatoformen Störungen
- Ziel: Vermittlung eines alternativen Krankheitsverständnisses, Motivierung für Psychotherapie
- Arbeitsblatt: Selbsterfahrung mit somatoformen Beschwerden
- Übungen zur stufenweisen Behandlung von somatoformen Patienten
- Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitsmodells, Motivierung für Psychotherapie
- Übungsgespräch zum ärgerlichen, fordernden und anspruchsvollen Patienten

Donnerstag

- Angststörungen
- Übungen zur Gesprächsführung mit einem Patienten mit Panikattacken
- Ziel: Erkennen der Angststörung und Information und Beratung des Patienten

- Übungen zur Gesprächsführung in Kleingruppen mit Vorstellung des Teufels-Kreis-Modells und des Vulnerabilitäts-Stressmodells als Beispiele für Psychoedukation bei Angst

Freitag

- Depression und Suizidalität
- Schauspielpatient zum Thema Suizidalität in zwei Durchgängen mit verschiedenen Szenarien:
 1. Überzeugung einer notwendigen Einweisung in die Psychiatrische Klinik
 2. Bei Absprachefähigkeit Nicht-Suizidvertrag abschließen
- Übungen zur Gesprächsführung mit Rollenspielen an eigenen Beispielen,
- Differentialdiagnose zwischen Depression und Burnout
- Einbeziehung von Partner und Familienangehörigen bei depressiven Patienten

Samstag

- Das Familiengespräch: Haltungen und Techniken der Gesprächsführung bei Einbeziehung von nahen Bezugspersonen
- Auswertung Familien-Live-Gespräch

15.5.1 Vier-Ohren-Modell

Wenn es zu Missverständnissen oder Kommunikationsproblemen im Alltag kommt, liegt dies häufig daran, dass die beiden Gesprächspartner auf verschiedenen Ebenen hören und agieren: z. B. glaubt der eine, lediglich einen Sachverhalt zu klären, während der andere dies als Beziehungsaussage auffasst (§ 7). Durch die medizinische Ausbildung ist der Arzt gewohnt, immer die Sachebene zu hören und auf ihr zu antworten. Er erklärt dem Patienten z. B. warum eine Untersuchung oder eine Operation verschoben werden musste, er gibt ausführliche Informationen zu den erhobenen Befunden, ohne die emotionale Botschaft, die in Fragen und Äußerungen des Patienten enthalten ist, zu hören und auf seine eigenen Emotionen zu achten. Beispielhaft soll dies an der Behandlung einer Blutdruckdysregulation veranschaulicht werden (Abb. 15.1).

15. Psychosomatische Grundversorgung



Abb. 15.1: Cartoon: Seit Gabi im Krankenhaus ist...

Indem der Arzt es lernt, die unterschwelligeren Aspekte, Appelle oder Selbstoffenbarungen im Gespräch mit einem Patienten wahrzunehmen und anzusprechen, kann er ein Gespräch entlasten und klären. Auf der Hörerseite kann der Arzt das Modell nutzen, um seine Wahrnehmung gezielt auf eine bestimmte Ebene der Nachricht zu lenken. Das ist besonders hilfreich, wenn das Gespräch emotional getönt ist bei nur vordergründiger Sachlichkeit. Da Patienten psychosoziale Inhalte meist nur vorsichtig erwähnen ist es besonders wichtig gut zuzuhören (siehe Beispiele B 15.1 und B 15.2; Fritzsche, Wirsching 2006).

B 15.1 Beispiel für ein Gespräch auf der Sachebene

- 01 P Ich konnte die letzten beiden Tage nicht zur Arbeit und würde mich gerne mal richtig auskurieren. Sie werden mich doch krankschreiben, oder?
- 02 A Ich möchte Sie zunächst noch einmal untersuchen, aber so wie Sie es schildern, werde ich Sie diese Woche wohl krankschreiben können.

Mit dieser Antwort hört und antwortet der Arzt vor allem auf der *Sachebene*. Auf der *Beziehungsebene* merkt er, dass der Patient ihn unter Druck setzt und erkennt daran, dass der Patient selbst unter starkem Druck steht. Seine alternative Antwort könnte daher lauten:

B 15.2 Beispiel für ein Gespräch auf der *Beziehungsebene*

- 01 A Sie stehen ganz schön unter Druck
02 P Ja, das ist richtig. Mir sind in letzter Zeit einige Fehler unterlaufen bei der Arbeit und ich mache mir Sorgen um meinen Arbeitsplatz, die Auftragslage ist schlecht zurzeit. Da ich zudem schlecht schlafen kann, habe ich Angst noch mehr Fehler zu machen, da ist es besser ich bleibe zu Hause.
-

Durch den *Ebenenwechsel* ermöglicht der Arzt dem Patienten über seine beruflichen Belastungen zu sprechen. Es kommen Schlafstörungen zur Sprache, eine mögliche Depressivität des Patienten kann nun abgeklärt werden.

Fallbeispiel

Ein 50-jähriger Patient wird von seinem Hausarzt wegen Verdacht auf eine ernste Magenerkrankung stationär eingewiesen. Die schon am ersten Tag vorgesehene Gastroskopie musste zweimal verschoben werden. Am dritten Tag beschwert sich der Patient bei der Visite: „Ich bin nun schon den dritten Tag hier und immer ist noch nichts passiert, wann werde ich denn nun operiert, mir reicht’s jetzt, ich möchte den Chefarzt sprechen.“

Der Arzt beginnt sich zu rechtfertigen. Er erklärt dem Patienten, dass eine Kollegin in der Endoskopie erkrankt sei. Er erwähnt, dass ein Notfall dazwischenkam und dass er alleine auf Station ist.

Alle diese Erklärungen bewirken bei dem Patienten nur eine Verstärkung seines Ärgers, worauf der Stationsarzt ebenfalls genervt und ungeduldig reagiert.

Ein Arzt, der empathisch auf den Patienten reagieren will, fragt sich im Stillen zunächst: „Was empfindet mein Gesprächspartner? Was ist ihm im Moment wichtig? Was beschäftigt ihn am meisten?“ Eine Möglichkeit, in Worte zu fassen was gefühlsmäßig mitschwingt wäre: „Ich sehe, Sie sind ziemlich verärgert, dass die Gastroskopie noch nicht

15. Psychosomatische Grundversorgung

stattgefunden hat und sie weiter in dieser Ungewissheit bleiben müssen. Ihr Hausarzt hat Sie ja eingewiesen, damit wir so schnell wie möglich herausfinden, was hinter Ihren Beschwerden steckt.“ Das Ansprechen der vermuteten Selbstoffenbarung des Patienten bedeutet für die Patienten und damit für den weiteren Gesprächsverlauf eine Entlastung. Die Abbildung 15.2 veranschaulicht diese vier Botschaften.

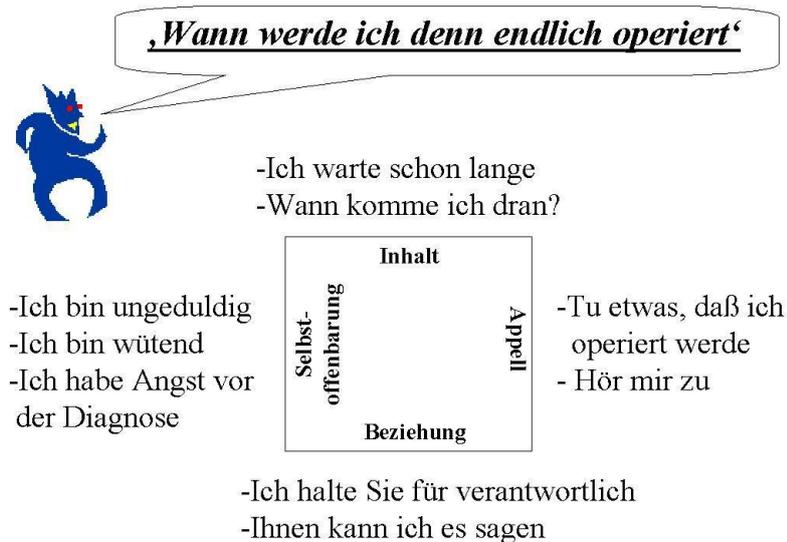


Abb. 15.2: „Wann werde ich endlich operiert?“

15.5.2 Der Umgang mit aggressiven Patienten – Deeskalationsmodell

Eine weitere Möglichkeit das Vier-Ohren-Modell anzuwenden bieten ärgerliche, fordernde und anspruchsvolle Patienten. Die Deeskalation wird hier am Beispiel von mehreren Stufen vorgestellt (siehe Abb.15.3 CALM-Modell). Das CALM-Modell (Schweickhardt, Fritzsche 2009) wurde zur Deeskalation von emotional aufgeladenen Gesprächen entwickelt. Die Stufen werden in der Regel von unten nach oben durchgelaufen. In den beiden unteren Stufen versucht der Arzt durch Empathie und Verständnis für die schwierige Situation den Patienten in seiner Emotionalität ernst zu nehmen, Zusammenhänge zu erklären, eventuell

Fehler einzugestehen und vor allem durch Spiegeln des Ärgers den Patienten emotional zu entlasten. Wichtig hierbei sind auch Körpersprache, Mimik und eine beruhigende Stimme. In den beiden oberen Stufen versucht der Arzt einen Kompromiss mit den Patienten zu finden und eine Entscheidung für das weitere Vorgehen zu treffen.

Das CALM-Modell

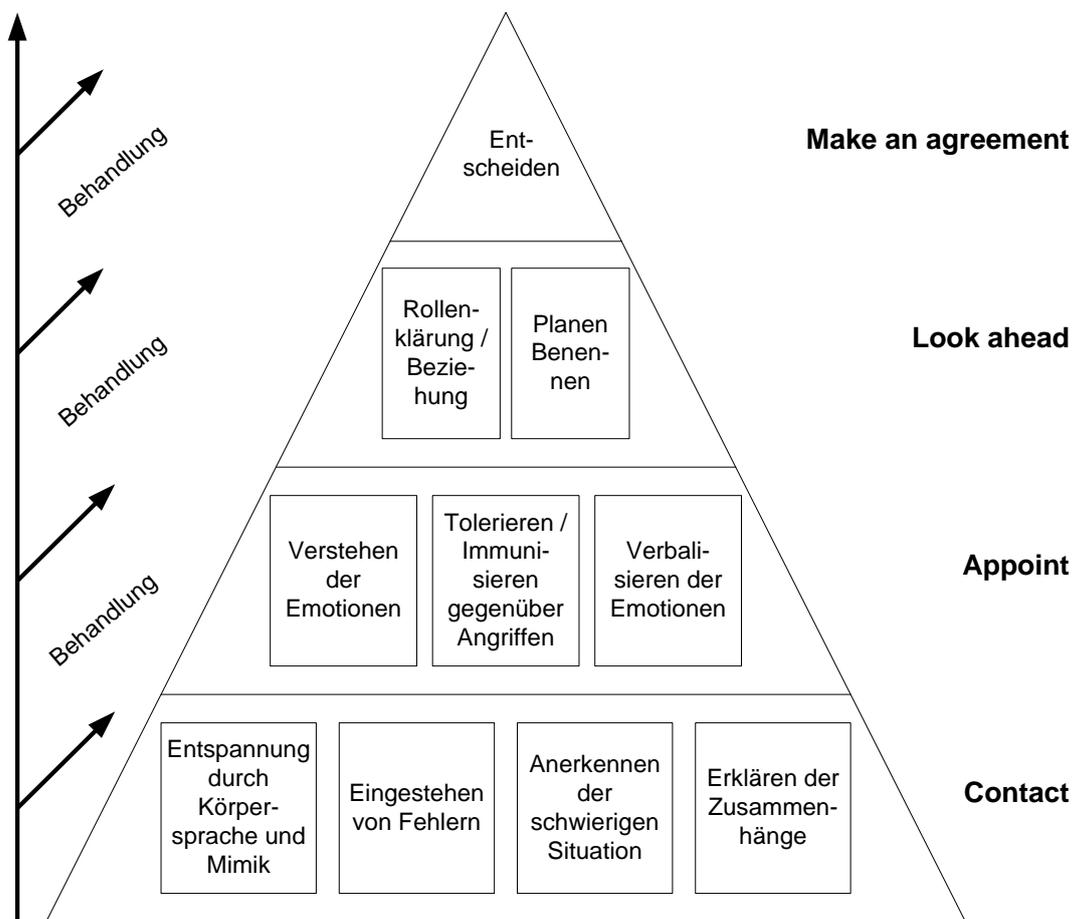


Abb. 15.3: CALM Modell

Stufe 1

Stufe 1 kommt häufig zur Anwendung, wenn der Patient z. B. wegen unvorhergesehener Notfälle lange warten musste oder der Chefarzt das Aufklärungsgespräch über das Ergebnis der Koronarangiographie eines

15. Psychosomatische Grundversorgung

Privatpatienten an den Assistenzarzt delegiert. Erklären der Zusammenhänge, Anerkennen der schwierigen Situation und eine ruhige Stimme und entspannte Körperhaltung können in den meisten Fällen eine Entlastung der Situation bewirken. Der Arzt sollte sich nicht den Wellen der Aggression entgegenstellen, sondern sie auslaufen lassen.

Stufe 2

Oft gehen Stufe 1 und Stufe 2 ineinander über. Die Emotionen des Patienten wie Ärger, Enttäuschung, aber auch Hilflosigkeit und Ohnmacht werden direkt benannt: „Ich merke an Ihrer Stimme und an Ihrer Haltung, dass Sie jetzt sehr ärgerlich sind“. Auch wenn es vielleicht kurzfristig noch einmal zu einem Aufbranden der Emotionen kommt, tritt im Anschluss daran meistens eine Beruhigung ein. Jetzt ist Platz für die hinter den Emotionen liegenden Ängste und Sorgen. Wenn der Patient weiterhin aggressiv, fordernd und auch entwertend sich äußert und verhält, stellt sich die Frage wie eine weitere Zusammenarbeit überhaupt aussehen kann. Jetzt kommt Stufe 3 zum Einsatz.

Stufe 3

Das Ziel der Stufe 3 ist die professionelle Beziehung zwischen Arzt und Patient deutlich zu machen. Gibt es noch gemeinsame Ziele von Arzt und Patient? Der Arzt kann Angebote machen, gleichzeitig werden aber auch die Grenzen und Spielregeln benannt, nach denen die Zusammenarbeit erfolgen kann: „Ich habe den Eindruck, dass mein Verständnis für Ihre Situation Sie nicht erreicht und Sie weiterhin sehr aufgebracht sind, zum Teil auch mich persönlich beleidigen. Wir sollten jetzt zu einer Entscheidung kommen. Ich kann Ihnen gerne die Ergebnisse der Koronarangiographie mitteilen. Ich schlage Ihnen vor, dass Sie einen ca. 15-minütigen Spaziergang im Klinikpark machen, dann zurückkommen und mir Ihre Entscheidung mitteilen“.

Stufe 4

Der Patient hat jetzt die Verantwortung für die weitere Behandlung. Der Arzt geht nicht mehr inhaltlich auf die vorgebrachten Vorwürfe und

Forderungen ein, sondern wartet auf die Entscheidung des Patienten. Diese Entscheidung kann gleich getroffen werden, nach z. B. einem Spaziergang oder nachdem der Patient eine Nacht darüber geschlafen hat.

Haltung

Am schwierigsten ist es sich nicht gegen die Aggression zu stellen und sich vom Patienten in ein Streitgespräch verwickeln zu lassen. Das Vier-Ohren-Modell hilft zu verstehen, was der Patient über sich selbst aussagt und was die Gründe für seine Aggressivität und Gereiztheit sind. Wenn der Arzt Verständnis für die schwierige Situation des Patienten vermittelt, entspannt sich in aller Regel das Gespräch.

15.6 Weiterführende Hinweise

Gut lesbare Vertiefungen zur Gesprächsführung in der psychosomatischen Grundversorgung liefert Schulz v. Thun mit seinen Büchern (Schulz v. Thun 2014). Viele praktische Beispiele befinden sich in dem Lehrbuch von Schweickhardt und Fritzsche (2009) und in der neuen Auflage des Lehrbuchs zur psychosomatischen Grundversorgung (Fritzsche et al. 2016). Anspruchsvolle Vertiefung bietet Watzlawick et al. (1967/2011). Die auch für die psychosomatische Grundversorgung geltenden Haltungen und Einstellungen für jedes Gespräch wie Empathie, Wertschätzung und Echtheit werden von Rogers (1983) ausführlich dargestellt. Ein eher praxisnahes Buch stellt das Lese- und Übungsbuch von Weisbach (2001) dar. Die Gesprächsführung bei Anamnese und Körperuntersuchung werden nach wie vor am besten im Lehrbuch von Adler und Hemmeler von 1992 behandelt.

16 Kommunikationsfortbildung in der Onkologie

Frank Vitinius, Bernd Sonntag

16.1	Fortbildungen – Kommunikationstrainings	724
16.1.1	KoMPASS-Projekt	
16.1.2	Umgang mit Rollenspielen	
16.1.3	Kommunikationstrainings – Termine, Varianten und Veranstaltungsorte	
16.1.4	Überblick über Trainingskonzepte und -programme	
16.2	Disseminierung/Implementierung in der Praxis	738
16.2.1	Trainings für Fortgeschrittene	
16.2.2	Trainingsprogramm „Kommunikative Kompetenz“ Uniklinik Köln	
16.3	Weiterführende Hinweise	744

After all, harm can come from words, too, or from body language, not just from the tip of an errantly placed needle or a mishandled scalpel. Simulation isn't just for procedures anymore; patient-doctor encounters can be simulated too.

LeBlanc 2015: 141

Abstract: In diesem Kapitel stellen wir einen kurzen Überblick dar über Kommunikationsfortbildungen Onkologie in Weiter- und Fortbildung. Der Schwerpunkt liegt dabei auf eigenen Projekten bzw. Projekten, an denen die Kölner Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie beteiligt war oder ist.

Gute Kommunikation in der Onkologie lässt sich nur eingeschränkt über Bücher vermitteln, es bedarf des regelmäßigen Übens. In diesem Kapitel werden die unterschiedlichen Formen von Kommunikationstrainings im onkologischen Setting beschrieben, u. a. das KoMPASS-Training bzw. das KoMPASS-Projekt (KoMPASS - „Kommunikative Kom-

petenz zur Verbesserung der Arzt-Patient Beziehung durch strukturierte Schulung“. Ein Schwerpunkt liegt auf der Darstellung des Umgangs mit Rollenspielen. Im Anschluss daran beschreiben wir Versuche der Verstetigung des KoMPASS-Projektes als Training für alle Ärztinnen und Ärzte der Uniklinik und Externe in Köln und eine Ergänzung des KoMPASS-Trainings um ein Kölner Training für Fortgeschrittene. Ein weiteres Lehrformat für die Gesprächsführung mit onkologischen Patienten stellen die Vorträge, Balintgruppen und die verbalen Interventionen i. R. der Psychosomatischen Grundversorgung dar, die für einige ärztliche Berufsgruppen verpflichtend ist, von anderen Ärzten freiwillig absolviert wird. In § 43 zum Thema „Kompetenzerweiterung in der Onkologie“ stellen wir verschiedene Möglichkeiten der Evaluation vor.

16.1 Fortbildungen – Kommunikationstrainings

Ärzte führen im Laufe ihres Berufslebens eine sehr hohe Anzahl professioneller Gespräche (s. a. § 1). Dem gegenüber steht eine bislang größtenteils nicht ausreichende Aus-, Weiter- und Fortbildung in diesem Bereich. Internationale Studien zeigen u. a., dass eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation zu einer höheren Lebensqualität und Zufriedenheit (Ford, Fallowfield, Lewis 1996, Loge, Kaasa, Hytten 1997), einer Verbesserung des psychischen Befindens (Fogarty et al. 1999) und größeren Adhärenz (Razavi et al. 2000) auf Seiten der Patienten führt. Zusätzlich steigt durch Teilnahme an diesem Training die Bereitschaft, sich in eine Studie einschließen zu lassen (Wuensch et al. 2011). Auf Seiten der Ärzteschaft führt eine verbesserte Kommunikation zu größerer beruflicher Zufriedenheit (Keller et al. in Vorbereitung) und zu einem effektiveren Umgang mit der Zeit. Die Bedeutung qualitativ hochwertiger Kommunikation wird in einigen Institutionen und auf nationaler Ebene zunehmend erkannt und in Leitlinien übernommen. Beispielsweise stellt Kommunikation ein Masterziel der Uniklinik für 2025 dar. Der Nationale Krebsplan fordert kommunikative Kompetenz der Behandler (s. § 43). In der S3-Leitlinie Psychoonkologie, die eine Grundlage für die Zertifizierung der Tumorzentren darstellt, wird unter Punkt 11.4 empfohlen, dass die Behandler an einem Training zur Verbesserung ihrer kommunikativen Kompetenz teilnehmen sollen.

Im Folgenden wird unter 16.1.1 ein onkologiespezifisches Trainingsprogramm näher beschrieben, an dem die Autoren beteiligt sind.

16.1.1 KoMPASS-Projekt

Konzept

Onkologische Patienten und deren Angehörige sind oft stark belastet und konfrontieren daher Ärzte mit schwierigen, emotional belastenden Situationen. Sie stellen verständlicherweise hohe Anforderungen an die kommunikative Kompetenz von onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzten. Es ist von herausragender Bedeutung, Patienten, die durch Diagnose und Therapie häufig verunsichert sind, Halt und Orientierung zu geben und gleichzeitig eine vertrauensvolle, in der Not hilfreiche Beziehung herzustellen.

Bislang existierten in Deutschland nur vereinzelte, teils spezialisierte Ansätze, Ärztinnen und Ärzte in Kommunikationstrainings auf diese Aufgaben vorzubereiten (Goelz et al. 2010, 2011).

Mit dem KoMPASS Training wird seit 2008 ein qualifiziertes und standardisiertes Trainings-Programm mit erfahrenen Trainern und speziell ausgebildeten Schauspielerpatienten an verschiedenen Standorten in Deutschland angeboten. Es orientiert sich eng an den Anliegen der onkologisch tätigen Teilnehmenden.

Das Training richtet sich an Ärzte, die im Umgang mit onkologischen Patienten gerade auch in schwierigen Gesprächssituationen sicherer werden wollen. Auch Ärzte mit langjähriger Berufspraxis und mit Erfahrungen in Kommunikationstrainings sind willkommen, zumal auch sie von den Trainings profitieren können.

Das KoMPASS Training verspricht einen größtmöglichen Nutzen im Sinne von praxisrelevantem Lernerfolg und beruflicher, u. a. zeitlicher Entlastung selbst für erfahrene Onkologen.

An anderer Stelle (Vitinius et al. 2013) haben wir den Hintergrund zum Thema Kommunikationstrainings in der Onkologie kurz zusammenfassend dargestellt. Trainingsprogramme sollen lernerzentriert gestaltet werden, also an den Anliegen der Teilnehmenden orientiert sein und wichtige Aspekte von Kommunikation im Sinne von essentiellen Inhalten mit „kommunikativen Werkzeugen“ zusätzlich vermitteln.

Das KoMPASS-Trainingsprogramm wurde mit finanzieller Unterstützung der Deutschen Krebshilfe entwickelt. Die Kooperationspartner aus Heidelberg, Leipzig, Nürnberg, Aachen/Düsseldorf/Gießen, Mainz und Köln, trafen sich seit 2007 regelmäßig zu Studientreffen und entwickelten ein Konzept für ein Trainingsprogramm für onkologisch tätige Ärztinnen und Ärzte. Vor Beginn der KoMPASS-Trainings haben die künfti-

gen Trainer an einem Train-the-trainer Programm in Basel bei Lange-witz und Kiss teilgenommen. Beide Basler Kollegen sind sehr erfahren auf dem Gebiet und an der Durchführung der Schweizer Pflichttrainings für Onkologen beteiligt. Seit 2008 wurden zunächst in der multi-zentrischen Studie, später dann auch außerhalb der Studie zahlreiche Kommunikationstrainings von den verschiedenen Trainern der Studien-gruppe durchgeführt. Pro Zentrum gab es mindestens zwei geschulte Trainer bei einer Verteilung der 39 Trainings auf jeweils 2 Trainings in Tübingen und Mainz, 7 Trainings in Heidelberg, 4 Trainings in Nürn-berg, 8 Trainings in Köln, 5 Trainings in Aachen/Düsseldorf und 6 Trainings in Leipzig. Ein zusätzlicher Teil der Trainings erfolgte durch die Trainerpaare außerhalb der genannten Orte in Bremen (ein Training durch Heidelberg, vier durch Köln).

Rahmenbedingungen

Zu den Rahmenbedingungen: 10-12 Teilnehmende pro Training stellen eine ideale Zahl dar. Zwei erfahrene und kompetente Trainer mit Feld-kompetenz sowohl in der Psychosomatik/Psychotherapie wie auch im klinischen Bereich (z. B. langjährige Erfahrung im psychosomatischen Konsil-/Liaisondienst und/oder zusätzlicher Facharzt für Innere Medi-zin) dienen als „facilitator“ des Prozesses. Trainer werden im internatio-nalen Sprachgebrauch als „facilitators“ bezeichnet. Bei zwei Trainern kann dann eine Kleingruppenarbeit mit den weiter unten beschriebenen individuellen Rollenspielvorlagen, den critical incident reports (CIRs), in Gruppen à 5-6 Kolleginnen und Kollegen erfolgen. Das Training umfasst inkl. Auffrischungssitzung 26 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten (Ba-sis-Training über 2,5 Tage plus Wiederauffrischungstraining nach 4-6 Monaten) und findet donnerstags je nach Zentrum i. d. R. von 17 Uhr 30 bis 20 Uhr 45, freitags ganztägig (9 bis 18 Uhr) und samstags von 9 bis 14 Uhr statt. Die Auffrischungssitzung findet an einem Samstag von 9 bis 14 Uhr statt.

Ablauf, Lerninhalte und Lehrmethoden

Die Vorgehensweise in den KoMPASS-Trainings wurde ausführlich pu-bliziert (Vitinius et al. 2013, Keller, Zwingmann 2012). Der Ablauf wird nun kurz skizziert: Wir beginnen das Training am jeweiligen Donnerstag

16. Kommunikation in der Onkologie

nach einer kurzen Vorstellungsrunde mit der konsekutiven Videoaufzeichnung von Gesprächen eines jeden Teilnehmenden mit einem Schauspielerpatienten. In diesem standardisierten Fall geht es um die Übermittlung einer schlechten Nachricht. Parallel dazu schreiben die anderen Teilnehmenden ihre eigenen schwierigen Fälle stichwortartig nieder. Im Folgenden werden dann diese eigenen Fälle in Kleingruppen bearbeitet und die Videoaufzeichnungen ausschnittsweise betrachtet, insbesondere unter dem Aspekt von „teachable moments“, also erfolgreicher lehrbarer Momente, aber auch unter dem Gesichtspunkt zu verbessernder Gesprächsfertigkeiten und -strategien. Die Arbeit in Kleingruppen mit bis zu 6 Teilnehmenden wechselt sich mit der Arbeit in der Großgruppe von bis zu 12 Teilnehmenden ab, in der die verschiedenen interaktiven Präsentationen mit zugehörigen Übungen zu den vier in der Box genannten Themen (Box 16.1) erfolgen. Am Samstag hat die Gruppe eine gute Kohäsion entwickelt, so dass sie sich mit dem Thema Tod und Sterben und mit dem Thema Psychohygiene/Burn-out Prophylaxe mittels verschiedener Übungen zur Selbstfürsorge beschäftigen kann.

Box 16.1 Inhalte und Methoden des KoMPASS Kommunikationstrainings

Praxisorientierte Wissensvermittlung [4 Blöcke] zu den Themen:

- Grundlagen patientenzentrierter Gesprächsführung
- Umgang mit Emotionen
- Überbringen von schlechten Nachrichten
- Sterben und Tod in der Arzt-Patient Kommunikation

Methoden:

- Sammeln eigener Anliegen der Ärzte anhand von Fallbeispielen [CIR]
- Rollenspiele [4 Blöcke]
- Kleingruppen, 4-6 Ärzte je Trainer, 1 Schauspieler
- Bearbeitung der CIR der Ärzte, verschiedene Rollenspiel-Varianten
- Strukturiertes Feedback & Reflexion
- Zu Beginn des Trainings Aufklärungsgespräch nach Skript mit Schauspieler-Patient [Videoaufnahme], Sichtung und Bearbeitung in Kleingruppen
- Themenbezogene Übungen
- Reader mit Handouts & Literatur

modifiziert nach Vitinius 2013

Zu den Lehrmethoden des KoMPASS-Trainings zählen kognitive Wissensvermittlung, Rollenspiele, Videofeedback und strukturiertes Feedback von Kollegen und Trainern. Die Inhalte und Methoden des KoMPASS-Trainings sind zusammenfassend in der Box 16.1 dargestellt.

Lerninhalte sind Themen wie „Wie führe ich ein hilfreiches Gespräch?“ Diese Frage bezieht sich auf die Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung, die Durchführung eines Informationsgespräches und einer Diagnosemitteilung wie auch das Führen von Gesprächen mit Angehörigen. Es wird ein effektiver und ressourcenorientierter Umgang mit der Zeit vermittelt. Einen besonderen Schwerpunkt stellen schwierige Gesprächssituationen dar, wie das Überbringen schlechter Nachrichten und der Umgang mit heftigen, z. B. aggressiven Affekten. Sogenannte Stolpersteine in der Arzt-Patient-Beziehung wie unrealistische Erwartungen seitens des Arztes oder des Patienten, Misstrauen werden thematisiert.

Auf der Grundlage all dieser Lerninhalte wird am dritten Kurstag das Thema „Der sterbende Patient und seine Angehörigen“ thematisiert wie auch das Thema Selbstfürsorge unter Bezugnahme auf Burnout und Psychohygiene.

Um diese Lerninhalte adäquat vermitteln zu können, bedarf es spezieller Methoden, die auf das Lernen erwachsener Menschen zugeschnitten sind. Dazu gehören in den Trainings, insbesondere auch den Rollenspielen, der Einbezug der Kompetenz und der eigenen schwierigen, klinischen Erfahrungen der Kollegen. Kernstücke des Trainings sind daher der Einsatz von Schauspielerpatienten (SP-Patienten), die Bearbeitung der eigenen Fälle der Teilnehmenden (unten näher beschriebene CIRs, vgl. auch Keller, Zwingmann 2012), die Rollenspiele (mit und ohne SP-Patienten) und die Videoaufnahmen zu Beginn des Trainings und am Anfang der Auffrischungssitzung. Speziell für den Einsatz in Rollenspielen ausgebildete Schauspieler kommen zum Einsatz, die trainiert wurden, Feedback aus der Rolle heraus zu geben.

Hervorzuheben ist die lernerzentrierte Perspektive unter Einbeziehung der eigenen Fälle der Teilnehmenden, die zu Beginn des Trainings erfragt werden, um dann in Rollenspielen bearbeitet zu werden. Vier Theoriemodule mit praktischen Übungen sind „Grundlagen der Gesprächsführung“, „Umgang mit Emotionen“ unter Einbeziehung des NURSE-Modells (Box 16.2, Box 16.3), „Übermitteln schlechter Nachrichten“ (Box 16.4 und 16.5) unter Einbeziehung des SPIKES-Modells (Baile et al. 2000) und „Umgang mit Sterben und Tod“. Weitere Informationen

zu diesen Themen finden sich in einem Kommunikationsleitfaden der Ärztekammer Nordrhein (2015).

In Box 16.4a wird exemplarisch eine im Training thematisierte mögliche Vorgehensweise bei der Übermittlung schlechter Nachrichten dargestellt.

Der Umgang mit Emotionen ist ein zentrales Element des Trainings und die Grundlage für das Überbringen schlechter Nachrichten. Hilfreich ist es, das NURSE-Modell (ausführliche Darstellung in § 20.4.6 und in dem Leitfaden der Ärztekammer Nordrhein (2015: 26-27)) zu nutzen wie auch die Einnahme der Patientenrolle in den Übungen, die den Ärzten ermöglichen, Gefühle wahrzunehmen, auf die sie in ihrem Alltag bisher wenig geachtet haben.

Box 16.2 Umgang mit Emotionen (Modifiziert nach Modul „Umgang mit Emotionen“ des KoMPASS-Trainings)

N	Naming	Identifizieren der Emotion, als Vorschlag benennen
U	Understanding	Vermitteln, dass man Gefühl in etwa verstehen kann
R	Respect	Vermitteln, dass emotionale Reaktion angemessen ist
S	Support	Eigene Ressourcen von Patient eruieren, Unterstützung anbieten
E	Explore	Können Sie es mir noch genauer schildern, dass ich es mir besser vorstellen kann?

Ärztekammer Nordrhein 2015: 26-27

Eine weitere Vorgehensweise hinsichtlich der Einbeziehung von Emotionen stellen empathische Statements dar, die teils sehr bewegend sowohl für den Arzt als auch den Patienten sein können und das Arzt-Patient-Verhältnis stärken, wenn sie authentisch formuliert werden (Box 16.3).

Box 16.3 Beispiele für empathische Statements

„Wir hätten uns alle sehr gewünscht, dass die Therapie bei Ihnen anschlägt.“

„Wir hätten Ihnen einen anderen Verlauf der Erkrankung gewünscht.“

Quelle: Beispiele für sog. „wish statements“ aus dem Train-the-trainer der KoMPASS-Arbeitsgruppe in Heidelberg mit Walter Baile 2015

Die frühe Thematisierung von potentiellen Gefühlen ist auch ein Bestandteil der von den Basler Kollegen Kiss und Langewitz (persönliche Mitteilung im Train-the-trainer Seminar) praktizierten Vorgehensweise beim Übermitteln schlechter Nachrichten. Diese in der Box 16.4.a dargestellte Vorgehensweise unterstützt die Wahrnehmung der Diagnose durch den Patienten und beginnend auch die Verarbeitung der Diagnose. Sie ist antidissoziativ wirksam, d.h. die Patienten sind nicht geistig abwesend während des Gesprächs, nehmen mehr davon auf, weil der eingeschränkten Aufnahmekapazität Rechnung getragen wird, und vergessen nicht so viel vom Gespräch. Es verbleibt so viel Zeit, um über weitere Wünsche des Patienten z. B. Informationen zur Therapie und Unterstützung durch verschiedene professionelle und private Beteiligte angemessen zu sprechen, anstatt den Patienten initial mit Informationen zu „überschütten“ und so scheinbar auf der Sachebene zu bleiben und einen zu hohen ärztlichen Redeanteil zu haben.

Neben dieser Strategie des BBN, die auf dem Procedere der Basler Kollegen Langewitz und Kiss basiert, existieren andere Strategien wie z. B. die Nutzung von sog. Warnschüssen, bevor die Diagnose vermittelt wird, wie z. B. „Leider habe ich eine schlechte Nachricht für Sie.“

Box 16.4a Positives Beispiel für „Breaking Bad News“

Arzt: „Wir sind heute hier, um über ihre Befunde zu sprechen“ (Arzt macht Pause, um Einverständnis des Patienten abzuwarten bzw. Ergänzung oder Änderungsvorschlag zur Agenda durch Patienten).

Patient nickt, stimmt verbal zu oder äußert z. B. Ergänzungsvorschlag.

Arzt: „Leider hat der Tumor an Größe zugenommen“ (Arzt macht so lange eine Pause, bis der Patient verbal und/oder nonverbal reagiert, z. B. über Blickabwendung, unruhige Bewegung, Änderung der Mimik, Tränen etc.) und spricht auf dieser Grundlage dann probeweise eine durch ihn wahrgenommene bzw. vermutete Emotion des Patienten an, ohne dabei exakt

16. Kommunikation in der Onkologie

richtig liegen zu müssen.) Arzt: „Das ist jetzt sehr belastend/bedrückend etc. für Sie.“ (dann wieder eine Pause, so dass der Patient sich dazu äußern kann, da die Emotion durch den Patienten korrigiert werden kann).

Kiss und Langewitz, mündliche Mitteilung 2008

Die in Box 16.4b exemplarisch dargestellte Vorgehensweise basiert auf einem CIR eines chirurgischen Kollegen, der nach diesem Gespräch ein schlechtes Gewissen hatte. Er konnte i. R. eines Trainings diese Sequenz für sich erfolgreich durcharbeiten (Keller, Zwingmann 2012).

Box 16.4b Beispiel für ungünstige Vorgehensweise hinsichtlich „Breaking Bad News“

Hintergrund: 19-jährigen Türke, spricht gut Deutsch. Begeisterter Fußballer in seinem Heimatort. Länger bestehende Schwellung des rechten Oberschenkels. Probeexzision: lokal ausgedehntes Osteosarkom, Staging Untersuchungen ohne Anhalt auf Metastasen

- 01 A Sie haben einen bösartigen Tumor des Beins. Die Amputation des Beins ist unumgänglich.
- 02 P Dann wäre ich lieber tot, als dass ich mein Bein hergebe.
- 03 A (ratlos): Ich muss dringend in den OP (übergibt Patienten an jüngere Kollegin).

Modifiziert nach Keller, Zwingmann 2012: 170-2

Nach Eröffnung der Diagnose fragen Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten und auf unterschiedliche Weise nach der Prognose. In Box 16.5 haben wir ein mögliches Beispiel dargestellt, in dem bewusst auf die Nennung von exakten Zeitangaben verzichtet wird, weil die Prognose in noch nicht fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung nicht exakt voraussehbar ist. Zudem gibt es auch Langzeitüberlebende, denen eine Prognose von wenigen Monaten eröffnet wurde, jedoch teilweise noch 5-10 Jahre nach dem Prognose-Gespräch gelebt haben.

Box 16.5 Umgang mit Frage des Patienten zur Prognose

Arzt: „Eine genaue Prognose über den weiteren Fortgang kann Ihnen niemand geben. Wir reden aber eher von Monaten als von Jahren“.

Ergebnisse der mittlerweile abgeschlossenen Begleitstudie (§ 43) wurden auf Kongressen vorgestellt und werden nach und nach publiziert. Vitinius et al. (2013) stellen die hohe Akzeptanz des KoMPASS-Trainings durch die Teilnehmenden dar. In dem zitierten Artikel werden das Konzept, die Implementierung, die Erfahrungen mit dem Training und die Evaluation durch die Teilnehmenden dargestellt. In den folgenden Abschnitten dieses Buchkapitels wird insbesondere auf das Thema Rollenspiele eingegangen, da sie für die erfolgreiche Durchführung der Trainings von herausragender Bedeutung sind.

16.1.2 Umgang mit Rollenspielen

Angesichts der herausragenden Bedeutung von Rollenspielen in Kommunikationstrainings beschäftigen wir uns mit diesem Thema hier ausführlicher. Aufgrund der teilweise negativen Konnotation des Begriffes „Rollenspiele“ durch Teilnehmende von Trainings sind einzelne europäische Kommunikationstrainer wie z. B. Gulbrandsen dazu übergegangen, stattdessen den Begriff „Übungen“ zu verwenden. Alternativ kann nach Erfahrungen mit Rollenspielen in der Einführungsrunde gefragt werden und sollte das Konzept der eigenen Durchführung von Rollenspielen mit Feedbackregeln erläutert werden. Die Schweizer Kollegen sprechen zu Beginn ihrer Trainings in der Eingangsrunde darüber, dass die meisten früheren Teilnehmenden zu Beginn des Trainings Angst vor Rollenspielen und Videoaufnahmen haben, am Ende aber mitgeteilt haben, dass gerade Rollenspiele und Videoaufnahmen von ihnen als die hilfreichsten Methoden erlebt wurden. Die Freiwilligkeit der Teilnahme an Rollenspielen wird anfangs betont, überraschenderweise spielen dann regelhaft fast alle Teilnehmer mehrmals. Im Training nutzen wir drei verschiedene Versionen von Rollenspielen:

- a. Videografierte Interaktion als Arzt mit Schauspielerpatient, der einen Patienten mit einem fortgeschrittenen Magenkarzinom darstellt. Aufgabe für den Arzt ist, den in der aktuellen Bildgebung diagnostizierten Tumorprogress und die damit verknüpfte Beendigung der Chemotherapie angemessen mitzuteilen. Dies ist auch für langjährig tätige Onkologen immer eine schwierige Herausforderung.
- b. Lernerzentrierte Rollenspiele mit eigenen Fällen (CIRs).

- c. Rollenspiele als Teil der Vorträge zum Thema „Umgang mit Emotionen“ und „Umgang mit Tod und Sterben“.

Rollenspiele mit eigenen Fällen (CIRs)

Grundlage für die Rollenspiele der eigenen Fälle der Teilnehmenden sind die CIRs (critical incident reportings), die wir Langewitz und Kiss verdanken. Dabei sollte der Begriff CIRs nicht in die Irre führen. Sie haben hier keine Verbindung zum Fehlerberichtswesen beim Militär, bei der Feuerwehr oder im Krankenhaus, sondern sind Rollenspielskizzen der Teilnehmenden zu erlebter schwieriger Kommunikation. Die Teilnehmenden werden zu Beginn des Trainings darum gebeten, eine Situation stichwortartig auf einem Formblatt zu Papier zu bringen, die für sie hinsichtlich der Kommunikation als ungeklärte oder herausfordernde Situation in Erinnerung geblieben ist, ohne ein „worst scenario“ darstellen zu müssen. Sie beschreiben auf der Vorlage des CIR, was sie an der Situation und an ihrem Verhalten als schwierig empfunden haben. Zusätzlich notieren sie einen kurzen Dialog mit dem seinerzeitigen Gesprächspartner in wörtlicher Rede. Diese CIRs können als sehr unterschiedlich schwierig wahrgenommen werden. Zu Beginn des Trainings stellen die Teilnehmenden sich jeweils diese CIRs kurz vor, ohne dass die Fälle in der Vorstellungsrunde direkt bearbeitet werden. Stattdessen greifen wir als Trainer die Fälle in den Kleingruppen auf, um sie in Rollenspiele umzusetzen. Diese Vorgehensweise führt im Idealfall zu einem deutlichen Evidenzerleben für die Protagonisten in der Rolle als Beobachter, besonders als Patient und/oder Arzt, indem alternative Vorgehensweisen gemeinsam erarbeitet und erlebbar gemacht werden. So werden die Fälle nicht nur besprochen, sondern auch das eigene kommunikative Repertoire erweitert. Die Arbeit mit den CIRs wird in aller Regel von den Teilnehmenden als sehr entlastend erlebt. Dabei gelingt nicht nur die „spielerische“ Aneignung neuer Fertigkeiten, sondern auch teilweise die Reflexion der eigenen Einstellung mit partiell kathartischen Effekten mit der Reduktion von Schuldgefühlen und der Hinterfragung des eigenen Perfektionismus. Mit Winnicott könnte man sagen genügend gut ist gut genug.

Der Anteil an kognitiver Wissensvermittlung im Training ist niedrig gehalten, wird durch Handouts unterstützt und ist durchgängig gekoppelt an die Durchführung von teils kurzen, zwischen 1 min und 5 min dauernden Stegreifrollenspielen, z. B. zwei Rollenspielsequenzen zum

Thema: „Was passiert, wenn ich Emotionen beim Patienten und mir als Arzt/Ärztin nicht beachte?“ und einem Rollenspiel mit einem Patienten im palliativen Stadium (Aszites bei Peritonealkarzinose). Dabei nutzen wir teilweise SP-Patienten, wenn es um emotional ausdrucksstarke Rollen geht, stellen aber auch fest, wie wichtig es für Ärztinnen und Ärzte ist, sich in der Rolle als Patient erlebt zu haben. Die Stegreifrollenspiele, die in die Vorträge eingebettet sind, werden wiederholt durchgeführt, anschließend gemeinsam reflektiert und erneut „gespielt“.

Die Bereitschaft der Teilnehmenden, an den verschiedenen Rollenspielen mitzuwirken ist in aller Regel sehr hoch. Zwar verbinden einige von ihnen negative Erinnerungen mit dem Begriff „Rollenspiel“, können sich jedoch fast immer gut auf unsere Rollenspiele einlassen, die in einer entspannten Atmosphäre erfolgen.

Feedbackregeln

Zentral für das Gelingen erscheint uns neben dieser entspannten Atmosphäre eine angemessene Feedback-Kultur, die von uns vor der Durchführung der Rollenspiele eingeführt wird. Wir beschreiben die Feedbackregeln und befolgen sie selbst. So fragen wir danach, was den Teilnehmenden am Rollenspiel gut gefallen hat und was sie sich noch als alternative Verhaltensweise vorstellen können. „Negative“ Kritik steht nicht im Vordergrund und wird – falls sie geäußert wird – von den Trainern mit den Teilnehmenden in eine Anregung zur potentiellen Verhaltensänderung umformuliert oder mündet direkt in ein weiteres Rollenspiel. Eine Sandwich-Strategie (positives, dann negatives, zum Abschluss dann positives Feedback) nutzen wir nicht. Wir denken, dass möglicherweise auch die „Zutaten“ für das Sandwich fehlen, und schätzen diese Strategie auch als zu artifiziell ein. Viel wichtiger erscheint es, dass die Teilnehmenden neue Erfahrungen machen, reflektieren und verinnerlichen können, was mit Hilfe der von uns genutzten Feedback-Strategie gut gelingt.

Soziodramatische Techniken

Neue Erfahrungen der Teilnehmenden werden auch ermöglicht durch die Verwendung sog. soziodramatischer Techniken (Baile et al. 2012, 2013). Beispielweise werden dabei die Trainingsteilnehmenden aufge-

fordert, sich hinter die sitzenden Protagonisten des Rollenspiels zu stellen, und in einer Ich-Botschaft Gefühle und Gedanken zu äußern, die sie jeweils bei den Protagonisten vermuten. Zusätzlich können die Protagonisten nicken oder den Kopf schütteln, je nachdem, ob sie diese Gefühle und Gedanken wahrnehmen. Eine weitere Technik stellen Rollenwechsel dar, die dazu dienen, sich schnell in die andere Rolle hineinzuversetzen.

Diese enorm dynamisierenden Techniken beschleunigen den Rollenspielprozess und fördern bislang verborgene Inhalte und Gefühle zu Tage, so dass sie für alle Teilnehmenden sichtbar werden können, um unmittelbar wieder in das eigentliche Rollenspiel einzufließen. Zusätzlich trägt die Anwendung von soziodramatischen Techniken zu einem hohen Aktivitätsniveau der Teilnehmenden und einer besseren Mentalisierung von seelischen Prozessen bei.

Trainerrolle

Aufgabe der Trainer ist es, den Rollenspielprozess zu moderieren und zu erleichtern. Es ist notwendig, dass sie die Rollenspielregeln einführen wie auch die Time-Out-Regel für die Teilnehmenden des Rollenspiels (RS) und die Trainer selbst: „Sie oder ich als Trainer können jederzeit das Rollenspiel unterbrechen.“ Die Unterbrechungen werden dann für kurze Beratungen in der Gesamtgruppe genutzt, um dann mit dem RS unter anderen Bedingungen fortfahren zu können. Von herausragender Bedeutung ist es, dass die RS-Teilnehmenden eine angemessene Dosis an Feedback erhalten. Zu wenig wie auch zu viel Feedback aus der Gruppe sind kontraproduktiv, so dass die Trainer durchaus ergänzend oder steuernd eingreifen können. Abschließend erfolgt ein „Debriefing“ der RS-Teilnehmenden, z. B. in folgender Form: „Was haben Sie aus dem Rollenspiel für sich mitnehmen können?“

16.1.3 Kommunikationstrainings – Termine, Varianten und Veranstaltungsorte

An verschiedenen Standorten wie Leipzig, Heidelberg, Köln und Bremen werden nach Abschluss der KoMPASS-Studie weiterhin Trainings angeboten. Nürnberg hat bereits vor Beginn der Studie ein anderes Trainingsprogramm für Ärztinnen und Ärzte vorgehalten. Hervorzuheben ist

das Engagement der Bremer Krebsgesellschaft, die die Durchführung der Trainings für Bremer und Bremerhavener Ärztinnen und Ärzte finanziell unterstützt. Diese Trainings werden gemeinsam mit der Bremer Ärztekammer veranstaltet. Die KoMPASS-Trainergruppe bietet auch In-house-Trainings an, beispielsweise bislang in Chemnitz, Hamburg oder für Krefelder Kolleginnen und Kollegen. Weiterhin sind auch einzelne Trainings für Pflegende oder komplette Praxisteams u. a. in der Radiologie absolviert worden.

Aus zeitökonomischen und finanziellen Gründen der beteiligten Institutionen haben wir teilweise auch kürzere Trainings durchgeführt, um das Interesse der Teilnehmenden für die längeren Trainings zu fördern. Besser eintägige Trainings zum Ausprobieren bzw. Kennenlernen als überhaupt kein Training ist dabei unsere Maxime. Teilweise hatten diese Trainings andere Schwerpunkte als die ärztlichen Kommunikationstrainings in einem anderen großen Kölner Krankenhaus oder der Management Kurs eines anderen Hauses, in dem z. B. Mitarbeitergespräche geübt wurden. Die Teilnahme an diesen Trainings war nicht verpflichtend für die Teilnehmenden. Eine Ausnahme stellt ein Pflichttraining auf der Basis des KoMPASS-Trainings in einer nicht-onkologischen Abteilung eines anderen Universitätsklinikums dar, welches aufgrund eines negativen Umfrageergebnisses eines externen Institutes durch den Klinikvorstand angeordnet wurde. Die Patienten dieser Klinik hatten sich unzufrieden über die ärztliche Kommunikation geäußert.

Zur Ausweitung der Trainings auf zusätzlich andere ärztliche Gruppen jenseits der Onkologie im Sinne einer „faculty development“ siehe Abschnitt 16.2.2.

16.1.4 Überblick über Trainingskonzepte und -programme

Von zentraler Bedeutung ist die Frage, wie ein Training beschaffen sein muss, um effektiv zu sein. Informationen dazu finden sich u. a. in einer Metaanalyse von Barth und Lannen (2011) zum Thema Kommunikationstrainings in der Onkologie. Sie stellen fest, dass längere Trainings höhere Effektstärken aufweisen als kürzere Trainings. Eine oder mehrere Auffrischungssitzungen bzw. telefonische Beratung nach dem initialen Training erhöht den Effekt des Trainings.

Moore et al. (2013) veröffentlichten einen Cochrane Review zum Thema “Communications skills training for healthcare professionals

working with people who have cancer". Sie kommen zu dem Schluss, dass verschiedene CST Kurse effektiv zu sein scheinen hinsichtlich der Verbesserung kommunikativer Fertigkeiten wie Informationserhebung oder supportiver Skills. Unklar sei u. a., ob Auffrischungssitzungen notwendig sind und wie lange die Effekte der Trainings anhalten.

Hervorzuheben ist die in Lancet veröffentlichte Darstellung von Fallowfield et al. (2002), die in Großbritannien in einem RCT multiple Effekte eines dreitägigen Kommunikationstrainings nachwies, z. B. auf Ausdruck von Empathie, angemessene Reaktion auf die vom Patienten ausgehenden Signale. Sie schlussfolgern aus ihren Ergebnissen, dass sich Kommunikationsprobleme auch von erfahrenen Ärzten nicht über die Zeit oder durch klinische Erfahrungen lösen (Fallowfield et al. 2002).

Um Trainings erfolgreich durchführen zu können, bedarf es qualifizierter Trainer, die in Train-the-Trainer Seminaren ausgebildet werden und sich dann in der Nachfolge ständig fortbilden (Internetadressen s. weiterführende Hinweise). Das Cleveland Center hat extensive Erfahrung in Train-the-Trainer Trainings. Train-the-Trainer Programme bietet auch die European Association for Communication of Health Care an.

Auf europäischer Ebene gab es u. a. ein Consensus Treffen zu „communication skills trainings“. Empfehlungen bezogen auf Setting, Ziele und Teilnehmer, Inhalt und pädagogische Werkzeuge wie Rollenspiele, konstruktives Feedback bezogen auf die Fertigkeiten der Teilnehmer, Organisation, Outcome, weitere Ziele und Forschung wurden ausgesprochen (Stiefel et al. 2010). Einige Beispiele dafür sollen herausgegriffen werden: Bezüglich „Inhalt und pädagogische Werkzeuge“ werden u. a. Rollenspiele und konstruktives Feedback bezogen auf die Fertigkeiten der Teilnehmer aufgeführt.

Hinsichtlich der Organisation sollten Trainings aus verschiedenen Quellen finanziell unterstützt werden. Es wird empfohlen, validierte Outcome Maße zu verwenden. Zukünftig sollten verschiedene Trainings miteinander verglichen werden und auch E-Learning evaluiert werden.

Es existieren einige erfolgreiche Modelle von Trainingsprogrammen in unterschiedlichen Ländern und Institutionen. In den USA sind in einzelnen Kliniken bzw. Tumorzentren CSTs implementiert. So haben im Memorial Sloan-Kettering Cancer Center 515 Kliniker ein Training absolviert (Bylund et al. 2011). Das Programm besteht aus neun verschiedenen Lehrmodulen. Die Teilnehmenden des Programms zeigten

einen signifikanten Zuwachs bezüglich ihrer Kommunikation mit Patienten in verschiedenen Kontexten.

Andere bekannte Modelle werden in Houston von Walter Baile praktiziert. Er ist auch am Programm Oncotalk beteiligt (z. B. Back et al. 2009). Auf der Internetseite des Programmes (§ 16.4) finden sich u. a. Lehrvideos und jeweils Sektionen für Trainer und Teilnehmende. Ein Schwerpunkt liegt auf der Arbeit mit Kleingruppen. Ein weiteres umfangreiches Programm existiert in der Cleveland Clinic (§1; <http://healthcarecommunication.info>). Der in der Schweiz seinerzeit tätige Kollege Langewitz war maßgeblich an der Entwicklung und an der Durchführung der Schweizer Pflichttrainings für Onkologen beteiligt. Die Trainings bestehen aus einem Grundtraining und nachfolgend 4-6 telefonischen Beratungseinheiten und einer Follow-up-Sitzung nach 6 Monaten. Bereits seit 20 Jahren werden diese Trainings durchgeführt. Es werden in Basel nicht nur Trainingsprogramme für Ärzte, sondern auch für Krankenpflegepersonal angeboten und beforscht (Langewitz et al. 2010).

16.2 Disseminierung/Implementierung in der Praxis

Bislang sind Kommunikationstrainings für Onkologen in Deutschland nur i. R. der Fortbildung, noch nicht im Bereich der Weiterbildung implementiert. Ein Ziel des KoMPASS-Projektes ist es, die Trainings in die Weiterbildung zu implementieren wie es in der Schweiz bereits für ein anderes Kommunikationstraining erfolgt ist. Dort ist die Teilnahme an einem Kommunikationstraining für Onkologen obligatorisch. Im Folgenden beschreiben wir weitere Schritte bezüglich der Verstetigung des KoMPASS-Projektes.

Einen schwierigen, jedoch bedeutenden Schritt stellt die Implementierung von Kommunikationstrainings von der Forschung in die Praxis dar. Das KoMPASS-Projekt befindet sich partiell in der Phase der Implementierung eines wissenschaftlich untersuchten Trainings in die Praxis, vergleichbar mit Phase IV nach Campbell et al. (2000) zum Thema komplexe Interventionen. In diesem Modell bestehen neben einer präklinischen Phase, in der die Evidenz gesichtet wird, Phase I („modelling“), Phase II („exploratory trial“) und Phase III als „definitive randomised trial“. Campbell bezieht sich streng genommen auf RCTs, die KoMPASS-Studie stellt jedoch keinen RCT dar, sondern eine kontrollier-

te Studie. Phase IV („long term implementation“) stellt in diesem Modell der ansteigenden Evidenz die höchste Stufe dar.

Aktuell implementieren wir eine Version des KoMPASS-Trainings in der Kölner Uniklinik, die sich nicht mehr allein auf das onkologische Setting bezieht, sondern auf herausfordernde Kommunikation in allen klinischen Fächern. Unterstützt durch den ärztlichen Direktor führen wir seit 2015 vier bis fünf Trainings pro Jahr für Kolleginnen und Kollegen aller klinischen Fächer der Uniklinik Köln durch. Diese Trainings sind auch offen für auswärtige Kolleginnen und Kollegen. In diesem Buchkapitel stellen wir unter 16.2.2 die Vorbereitungen und Werbemaßnahmen für dieses Programm i. S. eines „faculty development“ vor und berichten über erste Erfahrungen.

In Köln haben sich einige KoMPASS-Teilnehmende gewünscht, an weiteren Trainings teilzunehmen. Daher entwickelten wir außerhalb der KoMPASS-Studie ein Training für Fortgeschrittene und bieten dieses seit 2011 einmal jährlich an. Die Inhalte und Erfahrungen mit diesem Training für Fortgeschrittene stellen wir unter 16.2.1 vor.

Ein weiteres Lehrformat für die Gesprächsführung mit onkologischen Patienten stellen die Vorträge, Balintgruppen und die verbalen Interventionen i. R. der Psychosomatischen Grundversorgung dar, die für einige ärztliche Berufsgruppen wie Gynäkologen und Allgemeinmediziner verpflichtend ist, von anderen Ärzten freiwillig absolviert wird. Die beiden Kölner Trainer, Bernd Sonntag und Frank Vitinius, beteiligen sich auch als Dozenten i. R. der psychosomatischen Grundversorgung (Arbeitsgemeinschaft Interdisziplinäre Medizin (A.I.M.)). Wir vermitteln neben Theorieteilen u. a. einzelne Elemente aus dem KoMPASS-Training wie Überbringen schlechter Nachrichten unter Beteiligung von Schauspielerpatienten. Bisher haben wir ca. 300 Niedergelassene und Klinikärztinnen und -ärzte im Rahmen der „Psychosomatischen Grundversorgung“ geschult.

Weitere wichtige Schritte in Richtung Disseminierung sind neben der Darstellung des KoMPASS-Projektes im Fernsehen und Printmedien die Aktivitäten der KoMPASS-Studiengruppe z. B. auf Kongressen, die partiell auch in § 43 dargestellt werden.

Von besonderer Bedeutung sind die Anstrengungen hinsichtlich der Rekrutierung der Teilnehmenden, damit Trainings nicht aufgrund zu geringer Zahl der Teilnehmenden ausfallen. Viele Kliniken in Deutschland haben Probleme damit, ausreichend viele Ärztinnen und Ärzte für Kommunikationstrainings zu rekrutieren bzw. zu motivieren, an einem mehrtägigen Training teilzunehmen. Es ist eine Rekrutierungs- bzw.

Werbestrategie notwendig, die aus verschiedenen Bausteinen besteht. Es bedarf sowohl Top-Down- als auch Bottom-Up-Ansätze.

Bezogen auf das Projekt „Kommunikative Kompetenz“ unterstützt uns der ärztliche Direktor Schömig durch ein Geleitwort in unserem Werbeflyer und im Jahresbericht der Gesamtklinik an hervorgehobener Stelle, was ein Beispiel für den Top-Down-Ansatz ist. Er empfiehlt allen ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, diese Möglichkeit der fachlichen und persönlichen Weiterbildung zu nutzen. Ein weiteres Beispiel besteht darin, wenn ein Chefarzt Kollegen der eigenen Klinik das Training nahelegt. Ein Beispiel für einen Bottom-Up-Ansatz liegt dann vor, wenn eine Assistenzärztin sich bei ihrem Chefarzt für die Durchführung eines In-House-Trainings einsetzt und in der KoMPASS-Studiengruppe um einen Termin bittet.

Wir haben bislang besonders gute Erfahrungen mit direkter Ansprache potentiell Interessierter gemacht. Darüber hinaus bitten wir ehemalige Teilnehmende als Multiplikatoren das Training weiter zu empfehlen. Neben dem Versand von E-Mails zum Trainingsprogramm und der Ankündigung der Trainings auf der Intra- und der Internetseite des Klinikums verteilen wir Flyer für alle klinisch tätigen ärztlichen Mitarbeiter aller Kliniken der Uniklinik, nutzen auch verschiedene Printmedien und das Fernsehen. Unsere im Konsil- und Liaisondienst tätigen Kollegen sprechen gezielt interessierte Kollegen an. Darüber hinaus stellen wir das Trainingsprogramm in öffentlichen und klinikinternen Fortbildungen fast aller Teilkliniken der Uniklinik vor.

16.2.1 Trainings für Fortgeschrittene

In den einmal jährlich stattfindenden Trainings für Fortgeschrittene haben wir den Theorieanteil verglichen mit dem KoMPASS-Training noch weiter reduziert. Basale Elemente dieser Trainings sind:

1. Rückmelderunde: Wie waren Ihre Erfahrungen seit dem letzten Training? Was hat sich geändert, im Verhältnis zu Ihren Patienten/zu Ihrem Beruf?
2. Formulierung persönlicher Lernziele
3. Fälle der Teilnehmenden bzw. Analyse deren Videos aus Praxis/Klinik
4. Rollenspiele unter Beteiligung der Trainer: Wie gehen Trainer vor? Trainer als Modell im Rollenspiel

In mehreren Trainings für Fortgeschrittene führte jeweils einer der Teilnehmenden ein Interview mit einer Patientin von unserer Station bzw. aus dem Klinikum. Dem Interview folgt eine Feedbackrunde aller Beteiligten unter Einbeziehung der Patienten. Die Patienten konnten jeweils instruktiv beschreiben, wie sie die akutmedizinische Versorgung im eigenen Klinikum und in anderen Institutionen hinsichtlich der Kommunikation erlebt haben und, was sie sich teilweise anders gewünscht hätten. Neben dieser kommunikativen Ausrichtung konnten die Teilnehmenden sich in einzelnen Trainings mit der Diagnose posttraumatische Belastungsstörung und deren Folgen im klinischen Alltag vertraut machen, wie z. B. der Triggerung von Intrusionen durch scheinbar banale medizinische Maßnahmen.

Im Folgenden soll kurz dargestellt werden, mit welchen Themen wir uns seit 2011 in den Trainings für Fortgeschrittene beschäftigt haben. In 2011 wurden im Training zusätzlich zu den oben beschriebenen Aspekten neue Entwicklungen (Nissim et al. 2012) in der Psychoonkologie am Beispiel des Programmes „Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM)“ (Nissim et al. 2012) vorgestellt, nachdem Bernd Sonntag bei Rodin, Toronto hospitiert hatte.

In 2012 stellten wir statt des Beitrages über CALM Empfehlungen im Umgang mit unterschiedlichen Bindungscharakteristika von Patienten vor (Maunder, Hunter 2009). Vorausgegangen war die Teilnahme von Frank Vitinius an einem Workshop zum Thema Bindungsmuster („attachment“) während der europäischen Psychosomatik-Tagung in Dänemark bei Jon Hunter aus Toronto. Neben den o. g. vier Elementen bezogen wir uns in diesem Jahr auch auf institutionelle Probleme hinsichtlich der Umsetzung einer gelungenen AP-Kommunikation: „Förderung vs. Hemmung durch Institution und Individuum: Was hält mich von wichtigen Veränderungen ab?“ Sogenannte Abnutzungseffekte von Kommunikationstrainings lassen sich aus unserer Sicht partiell auf die erheblichen Anforderungen an Ärzte im klinischen Alltag zurückführen, wobei niedergelassene Kollegen möglicherweise mehr Gestaltungsspielraum haben, wenn sie ihr „eigener Chef“ sind. Förderung durch die Institution erfolgt z. B. dann, wenn Direktoren selber von der Notwendigkeit besserer Kommunikation und der damit verbundenen Trainings überzeugt sind und daher nach und nach ihren Mitarbeitern die Teilnahme an den Trainings ermöglichen. Individuelle Faktoren können beispielsweise selbst formulierte erhöhte Anforderungen an sich selbst im Sinne eines strengen Über-Ichs sein.

In 2013 kam Frau Lausberg, Leiterin der Abteilung für Neurologie, Psychosomatik und Psychiatrie, Institut für Bewegungstherapie, bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation der Deutschen Sporthochschule Köln, als Trainerin hinzu und gestaltete ein Modul zum Thema „Einführung in die Analyse nonverbalen Verhaltens - Schwerpunkt gestisches Verhalten“ (Lausberg, Sloetjes 2009). Dieses Thema wird an anderer Stelle dieses Lehrbuchs (§ 12) ausführlich erörtert.

In dem Training beschäftigten sich die Teilnehmenden auch mit dem Thema eigene Belastungen durch angemessenes Mitteilen schlechter Nachrichten zu reduzieren bzw. durch inadäquate Mitteilung die eigene Belastung zu erhöhen (Shaw et al. 2015). Zusätzlich wurden in Rollenspielen schwierige Interaktionen mit Angehörigen aufgegriffen.

Im 4. Training, welches in 2014 stattfand, wurde der Übungsanteil in der Analyse nonverbalen Verhaltens erhöht. Der Schwerpunkt dieses Moduls lag auf dem gestischen Verhalten mit Rollenspielen und Übungen. Als weiteres Thema wurde auf der Basis von CIRs der Teilnehmer Rollenspielen bearbeitet, u. a. zum Thema der Falschbehandlungen („Sie haben ihn falsch behandelt“). Unser Gast Gulbrandsen aus Oslo, Kooperationspartner der von der DFG geförderten „CoTrain“-Studie, beteiligte sich an dem Thema der Falschbehandlung: Wie kommuniziere ich einen eigenen Fehler bzw. einen Fehler der eigenen Institution? Gulbrandsen trug zusätzlich ein Modul, d. h. eine Doppelstunde, zum Thema „Shared decision making“ (partizipative Entscheidungsfindung) bei (Gulbrandsen 2014). Ein weiteres Thema war: Wie unterstütze ich Kolleginnen und Kollegen in herausfordernden Situationen?

Im November 2015 haben wir das 5. Training durchgeführt. Neben der Fortsetzung der Analyse nonverbalen Verhaltens mit weiterer Verstärkung des Übungsanteils (Schwerpunkt gestisches Verhalten mit Rollenspielen und Übungen) sind wir dazu übergegangen, Literaturempfehlungen vorab zu versenden, beispielsweise die Referenz zu einem Artikel von Agledahl et al. (2011). Dieser Artikel bezieht sich auf das Thema, dass viele Ärzte „nur“ höflich sind, existentiell wichtige Themen aber nicht ansprechen. Im Training haben wir dann das Thematisieren existentiell wichtiger Themen geübt.

In Fortsetzung unserer praxisbezogenen Berichte von Kongressen oder Workshops haben wir uns mit dem Thema „Risikokommunikation“ (Gigerenzer 2015) befasst. Gigerenzer (u. a. MPI für Bildungsforschung, Berlin) hatte einige Monate zuvor in Köln einen Workshop zu diesem Thema angeboten. Im Rahmen des Trainings für Fortgeschrittene haben wir dazu berichtet und einige Übungen durchgeführt. Die Übungen be-

zogen sich beispielsweise auf die Einschätzung der Vor- und Nachteile des Screenings auf das Vorliegen eines Mammakarzinoms. Die Aussagekraft der Darstellung u. a. von absoluten und relativen Risiken wurde erörtert. Als weiteres Element hat eine Kurzvorstellung des „Four Habits Training“ das Programm abgerundet. Die Four Habits sind folgende vier ärztliche Schlüsselqualifikationen: 1) einen Rapport zum Patienten zu erstellen, 2) die Perspektive des Patienten zu eruieren, 3) empathisches Verhalten zu zeigen 4) die Konsultation mit einer für den Patienten maßgeschneiderten Information zu beenden und sich in der gemeinsamen Entscheidungsfindung zu engagieren (Frankel, Stein 2001).

Im Dezember 2016 haben wir den Anteil des Themas nonverbales Verhalten auf mittlerweile 6 UE erhöht. Das genaue Thema lautet: Nonverbale Interaktion, insbesondere Gestik/Berührung und Haltung/Position, mit Rollenspielen und Übungen. Darüber hinaus haben wir spezifische Empfehlungen für einen angemessenen Umgang mit Patienten mit unsicheren Bindungsmustern gegeben und die Umsetzung der Empfehlungen in Rollenspielen gemeinsam geübt. Wir haben uns auch mit dem Thema „Schwierige Kommunikation mit Mitarbeitern“ beschäftigt: Wie führe ich Gespräche mit Mitarbeitern? Was hilft? Was schadet? Teilnehmende hatten wieder die Gelegenheit, eigene schwierige Fälle und eigene Videos von Arzt-Patient-Interaktionen mitzubringen und gemeinsam mit uns zu besprechen.

Insgesamt hat das Training für Fortgeschrittene zunehmend den Charakter eines lebendigen Workshops mit Gästen angenommen, wobei wir immer wieder im Vorfeld und während des Trainings von den Teilnehmenden geäußerte Wünsche aufgreifen. Viele Teilnehmer sind regelmäßig jedes Jahr gekommen.

16.2.2 Trainingsprogramm „Kommunikative Kompetenz“ Uniklinik Köln

Die im KoMPASS-Training vermittelten Themen wie Mitteilung schwerwiegender Diagnosen, konflikthafte, emotional belastende Gespräche, Umgang mit verleugnenden oder aggressiven Patienten und Angehörigen sowie Gespräche über die Beendigung kurativer Maßnahmen stellen für Ärzte aller Fachrichtungen und aller Ausbildungsstufen große Herausforderungen dar. Daher haben wir im neuen Trainingsprogramm „Kommunikative Kompetenz“ (<http://www.kommunikative-kompetenz.uk-koeln.de>), auf der Basis des KoMPASS-Trainings, den

Kreis der Trainees auf potentiell alle klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Uniklinik und externe Kollegen seit Anfang 2015 erweitert und nicht mehr auf die onkologisch tätigen Ärzte eingeschränkt.

Derzeit befinden wir uns somit in einer Pilotphase der Etablierung eines „faculty development“ Programmes. Somit sind wir eine der ersten Universitätskliniken in Deutschland, die ein professionelles Trainingsprogramm zur Optimierung der kommunikativen Kompetenz von Ärzten anbieten. Das Programm ist mittlerweile bis Ende 2018 bewilligt.

Das Training zur „Kommunikativen Kompetenz“ in kleinen Gruppen gibt Ärztinnen und Ärzten aller Ausbildungsstufen und Fachrichtungen die Möglichkeit, in kollegialem Rahmen zusammen mit zwei Trainern und einem Schauspieler schwierige, konflikthafte und emotional belastende Gespräche zu simulieren und neue Anregungen für die Gestaltung solcher Gespräche zu bekommen. Gleichzeitig wird die theoretische Fundierung des international gut eingeführten Kommunikationsprogramms erläutert.

16.3 Weiterführende Hinweise

Beiträge über Kommunikationstrainings werden von Mitgliedern der KoMPASS-Studiengruppe bzw. den Autoren dieses Artikels auch auf Kongressen als Workshops oder Vorträge gehalten. Beispielsweise wurden zwei Symposien vom Erstautor dieses Buchkapitels organisiert unter Beteiligung von Lausberg, Gulbrandsen und Baile auf der ICCH-Tagung im September 2016 in Heidelberg (<http://www.each2016.de>), der von EACH organisierten 14. „International Conference on Communication in Healthcare“ und auf der EAPM-Tagung 2016 in Lulea (Schweden) mit Keller und Langewitz.

In der Ausgabe 06/2016 des Rheinischen Ärzteblattes befindet sich ein Artikel mit dem Titel „Viele Ärzte wissen gar nicht, wie viel Zeit selbst fünf Minuten sein können.“ Der Autor des Artikels hat eines unserer Trainings besucht und berichtet darüber. Darüber hinaus bietet die Ärztekammer Nordrhein (2015) einen kostenlosen Leitfaden zum Thema „Kommunikation im medizinischen Alltag“ an. Auf der KoMPASS-Internetseite finden sich weitere zahlreiche Pressebeiträge. Einer der Autoren dieses Buchkapitels ist an der Entwicklung eines Trainings für Hausärzte beteiligt (CoTrain, Antragsteller: Wilm, Neugebauer, Pfaff, Vitinius, gefördert von der DFG). Es handelt sich nicht um ein onkolo-

giespezifisches Kommunikationstraining, jedoch werden Hausärztinnen und -ärzte immer wieder auch onkologische Patienten behandeln. Mit ersten Ergebnissen zu der Studie ist 2018 zu rechnen.

Vom nationalen Krebsplan erhoffen wir uns eine Förderung der Implementierung der Kommunikationstrainings in die Routine. Kommunikative Kompetenz muss auch zunehmend im Rahmen der Zertifizierung onkologischer Zentren nachgewiesen werden. Als mittel- bis langfristiges Ziel sollen Kommunikationstrainings aus unserer Sicht in onkologische und palliativmedizinische Weiterbildungscurricula integriert werden.

Weitere Informationen zur KoMPASS-Studie und zum KoMPASS-Training inkl. Terminen finden Sie unter der neuen Internetadresse (<http://www.kompass-o.org>). Auf unserer Internetseite (<http://www.psychosomatik-psychotherapie.uk-koeln.de> unter der Rubrik „Aktuelles“) finden Sie Informationen und aktuelle Termine zu unseren Fortbildungsveranstaltungen und unter kommunikative-kompetenz.uk-koeln.de zu unserem Trainingsprogramm „Kommunikative Kompetenz“ (s. § 16.2). Die Anmeldung zum Training ist über die E-Mail-Adresse kommunikative-kompetenz@uk-koeln.de möglich.

Informationen zur Ausbildung von Trainern: Institute for Healthcare Communication (<http://www.healthcarecomm.org>), dem AACH FIT program (<http://www.aachonline.org/dnn/Programs/FacilitatorinTrainingProgram.aspx>) und dem Programm der Cleveland Clinic (<http://www.healthcarecommunication.info>).

Walter Baile mit Oncotalk mit dem Programm Oncotalk, (z. B. Back et al. 2009), einzusehen auf der Internetseite des Programmes (<http://www.depts.washington.edu/oncotalk>).

17 Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

Armin Koerfer, Christian Albus

17.1	Die Macht des ärztlichen Wortes	747
17.1.1	Worte und Wirkungen	
17.1.2	Heilen und Schaden	
17.1.3	Worte, die einen Unterschied machen	
17.2	Kommunikative Kompetenz und Kreativität	755
17.2.1	Klinische Kommunikation als <i>kreative Kunst</i>	
17.2.2	Manual zur Gesprächsführung	
17.2.3	Variable Anwendungspraxis	
17.2.4	Gesprächsmaximen und Passungskompetenz	
17.3	Strukturierte und flexible Gesprächsführung	773
17.3.1	Zeitliche Rahmensetzung	
17.3.2	Gesprächsschritte und -funktionen	
17.3.3	Mixtur und Dosierung	
17.3.4	Tangentiale Gesprächsführung	
17.3.5	Stimulierende Gesprächsführung	
17.3.6	Interaktive und thematische Teilhabe	
17.4	Dialogisches Rückmeldemodell	797
17.4.1	Das Problem der Relevanz	
17.4.2	Typen von Relevanzaushandlungen	
17.4.3	Assoziation und Lenkung	
17.5	Praktische Hinweise zum Manual und KEK	808

For communication teaching to be pedagogically and clinically valid in supporting the inherent creativity of clinical communication, it will need to draw from education theory and practice that have been developed in explicitly creative disciplines.

Salmon, Young 2011: 217

Abstract: In diesem Einleitungskapitel zum *manualbasierten* Praxisteil soll eine orientierende *Zwischenbilanz* gezogen werden, in der wir Themen wiederaufnehmen und konkretisieren, die vorausgehend unter

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

theoretischen und didaktischen Aspekten erörtert wurden und die nachfolgend mit empirischen Beispielen weiter ausgeführt werden sollen. Zunächst soll noch einmal die „Macht des ärztlichen Wortes“ aufgezeigt werden, die in einem weiten Spektrum ganz zum Nutzen, aber auch zum Schaden des Patienten eingesetzt werden kann (§ 17.1). In einem zweiten Schritt stellen wir unser *Manual zur Gesprächsführung* vor, das zwar für die Lehre und Praxis handlungsleitend sein soll, aber nur im Sinne einer *variablen Anwendung*, zu der es einer spezifischen Passungskompetenz des Arztes bedarf (§ 17.2). Mit dieser ärztlichen Passungskompetenz muss die Gradwanderung zwischen einer strukturierten und flexiblen Gesprächsführung gemeistert werden (§ 17.4). Dabei soll in einer evaluativen Perspektive der Gesprächsanalyse eine Reihe von Aspekten einer „guten“ Gesprächsführung differenziert werden, nach denen dem Patienten genügend Beteiligungschancen eingeräumt werden, ohne die aus ärztlicher Sicht relevanten Belange einer optimalen Patientenversorgung zu vernachlässigen. Anschließend (§ 17.4) werden in einem *dialogischen Rückmeldemodell* der Arzt-Patient-Kommunikation *Typen* von ärztlichen Rückmeldungen differenziert, mit denen die *Relevanz* der thematischen (informativen, emotiven, präferenziellen) Patientenangebote angemessen gewürdigt wird, so dass insgesamt die Balance zwischen den spontanen *Assoziationen* des Patienten und der *Lenkung* der Anamneseerhebung gewahrt bleiben kann. Abschließend (§ 17.5) sollen praktische Hinweise zur Nutzung des Gesprächsmanuals und der empirischen Ankerbeispiele bzw. Modellgespräche (*best practice*) gegeben werden, die den Praxisteil (§ 18-23) ausmachen werden.

17.1 Die Macht des ärztlichen Wortes

Die Macht des Wortes ist auch in der Sprechstunde und Visite augenfällig. In einem weiten Spektrum bewegt sich das ärztliche Wort zwischen den Extremen einer heilenden und schädlichen Wirkung, mit allen Schattierungen und Färbungen zwischen diesen Extremen. Auch in der Alltagskommunikation können Worte mehr oder weniger positive oder negative Wirkungen haben, die mehr oder weniger intendiert sein oder nur billigend in Kauf genommen werden mögen. Mitunter kommt es den Sprechern auch nicht so sehr darauf an, was sie mit ihren Worten „anrichten“. In der Sprechstunde oder Visite sollten die ärztlichen

Worte aber „mit Bedacht gewählt“ werden, weil hier die Wirkungen oft gravierend sind. Hier können Worte einen „Unterschied machen“, der für die weitere Beziehungsgestaltung entscheidend ist.

17.1.1 Worte und Wirkungen

Mit Sprache kann man sehr unterschiedliche Zwecke verfolgen und sehr unterschiedliche Wirkungen hervorrufen, die extrem negativ oder positiv sein können, womit sich verschiedene Wissenschaften beschäftigt haben (Koerfer 1994/2013). Darauf waren wir schon ausführlich in der Darstellung der Wissenschaftstraditionen eingegangen, die bereits für die Entwicklung und Begründung einer *dialogischen Medizin* (§ 7) ausführlich erörtert wurden.

Aus der Perspektive der Verstehenden Soziologie hat Alfred Schütz (1932/1974) eine Theorie des *Fremdverstehens* entwickelt, nach der wir uns bei aller gesellschaftlichen Vermittlung von Sprache und Kommunikation immer nur *annäherungsweise* verstehen können. So müssen wir uns selbst in der inhaltserfüllten „Wir-Beziehung“, bei der wir schon sehr vertraut miteinander sind, gegenüber der Sinnsetzung unseres Gesprächspartners oft mit einem partiellen Sinn von Teilhandlungen seines (Entwurfs des) Gesamthandelns begnügen. Aus erkenntnistheoretischer und semiotischer Perspektive hat Georg Klaus (1968) unter dem gleichnamigen Titel „Die Macht des Wortes“ untersucht, wie diese Macht in verschiedenen (Typen von) wissenschaftlichen, technologischen, politischen, religiösen Diskursen bzw. Texten unterschiedlich wirken kann. Aus sprachpsychologischer Sicht ist Hans Hörmann (1978) dem Unterschied von „Meinen und Verstehen“ nachgegangen bis hin zur „Umakzentuierung“ der Frage nach den Intentionen des Sprechers in die Frage „Was tut der Hörer mit dem Satz?“. Eine *hörerzentrierte* Perspektive, wie sie insbesondere beim *Erzählen* einschlägig ist (§ 9, 19), wurde ebenso in der Philosophie von Gemma Corradi Fiumara (1990) wie von Walter Schmitz (1998) in der Kommunikationswissenschaft geltend gemacht.

Bereits in der Tradition der analytischen Sprachphilosophie ist von John Austin (1962/1972) und John Searle (1969/1971) herausgearbeitet worden, dass wir mit sprachlichen Äußerungen nicht nur *Sprechhandlungen* (wie Behauptungen, Bitten, Versprechen usw.) vollziehen, sondern auch *Wirkungen* erzielen, die sogenannte *perlokutiven* Effekte (wie Erschrecken, Einschüchtern, Verwirren, aber auch Trösten, Beru-

higen, Überzeugen usw.) (§ 7.3). Diese perlokutiven Effekte, die also *negativ* (Einschüchtern) wie *positiv* (Beruhigen) sein können oder so bewertet werden, können auch relativ unabhängig von den Intentionen des Sprechers eintreten (Koerfer 2013). So kann ich vielleicht als Hörer verletzt oder gekränkt sein, obwohl mein „guter“ Freund seine Äußerung („Wir sind spät dran“) lediglich als Aufforderung *gemeint* hatte, wir sollten uns beeilen, und nicht als *Vorwurf* an mich, (schon wieder) zu spät zur Verabredung mit ihm zu kommen, wie ich es *verstanden* habe.

Ebenso kann in einer Wohngemeinschaft eine bestimmte Äußerung von A („Der Mülleimer quillt schon wieder über“) von B als Vorwurf *verstanden* werden, den Küchendienst zu vernachlässigen, obwohl die ursprüngliche Äußerung von A als Begründung für einen anschließenden Vorschlag *gemeint* war, einen größeren Mülleimer zu kaufen usw. Was sich in diesem Fall als „harmlos“ herausstellt, weil es sich in der weiteren Kommunikation zwischen A und B entsprechend aufklärt, kann im anderen Falle fatale Folgen haben, wenn eine Äußerung nicht nur als Vorwurf *verstanden* wird, sondern darüber hinaus prinzipiell als „Pflichtverletzung“ mit allen Weiterungen einer Infragestellung von kognitiven oder sozialen Kompetenzen des Partners.

Derartige Vorhaltungen von Inkompetenzen können bis zur gegenseitigen Schuldzuweisung bei Problemen des Verstehens und der Verständigung eskalieren, bei denen bekanntlich mindestens zwei Parteien in ihren jeweiligen Sprecher- und Hörerrollen beteiligt sind (Koerfer 2013). Dabei kann etwa der Vorwurf, nicht „richtig zuhören“ zu können, mitunter schwerer wiegen als das ursprünglich in Frage stehende Handlungsversäumnis selbst usw. So können Eigenschaften und Verhaltensweisen von Personen selbst zum Thema werden, bis die Beziehung zwischen den Akteuren schließlich selbst auf den Prüfstand gestellt wird. Was hier in der Alltagskommunikation passieren kann, gilt ebenso für die Arzt-Patient-Kommunikation, zumal bei dem, was hier „auf dem Spiel steht“, oft von noch größerer Bedeutung und Verantwortung auszugehen ist.

17.1.2 Heilen und Schaden

In der Sprechstunde und Visite können die Wirkungen, die der Arzt mit seinen Worten erzielt, dramatisch sein, weil es dort schließlich auch – um es pathetisch auszudrücken – oft um „Leben und Tod“ geht. Aber schon „normale“ Fälle von „unbedachter“ Sprachwahl können zu erheb-

lichen Kommunikationsstörungen führen, wie in unseren Gesprächsanalysen noch deutlich wird. Zunächst sollen hier lediglich solche (Typen von) Wirkungen von Worten berücksichtigt werden, die der Kardiologe Bernard Lown in seiner Abhandlung über „Die verlorene Kunst des Heilens“ (2002) differenziert hat, nämlich einerseits „Worten, die vernichtend sein können“, und andererseits „Worten, die heilen“ können, was er wie folgt (Box 17.1) umschreibt:

Box 17.1 Vernichtende und heilende Worte

- Unpassende Bemerkungen können ebenso vernichtend wirken wie ein körperlicher Angriff (...) ich finde es beunruhigend, dass ich immer häufiger solchen vernichtenden Worten begegne. Manchmal können sie von den Patienten ohne weiteres zur Seite geschoben werden, gelegentlich aber verursachen sie unendlichen Kummer (...)
- Ich kenne nur wenige Heilmittel, die mächtiger sind als ein sorgsam gewähltes Wort (...) Das Gespräch, das therapeutisch sein kann, wird oft als Werkzeug in der Ausrüstung eines Arztes unterschätzt. Die ärztliche Erfahrung liefert immer wieder Beispiele für die heilende Kraft von Worten. (Lown 2002: 64)

Lown 2002: 52f., 64

Für diese extremen Typen unterschiedlicher (Aus-)Wirkungen ärztlichen Gesprächsverhaltens gibt Lown viele ausführliche Fallberichte, auf die wir hier nur verweisen können. Ein exemplarischer Gesprächsauszug von Lown war bereits vorausgehend wiedergegeben worden, als es um den Zusammenhang von *Emotion* und *Information* bei der *Kunst der ärztlichen Aufklärung* ging (§ 10.5). Dass Worte mehr oder weniger unmittelbar „helfen“ können, kann später an Gesprächsbeispielen belegt werden, in denen Patienten sich als „wirklich beruhigt“ oder „gut aufgehoben“ erklären. Für langfristige Wirkungen im Sinne eines Heilungserfolges war schon auf die Outcome-Forschung verwiesen worden (§ 8), auf die unter dem Aspekt der Evaluation (§ 40-43) erneut einzugehen ist. Ansonsten braucht man auch im Einzelfall Katamnesen, von denen wir gegebenenfalls im Anschluss an Gesprächsanalysen noch berichten werden.

Hier sollen zunächst kurze Beispiele für „vernichtende Worte“ von Ärzten gegeben werden, deren „iatrogene“ Wirkung etwa von „furchterweckenden“ Fachtermini (wie in Box 10.14 in § 10.5) oder aber Stan-

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

dardäußerungen bei der Diagnosemitteilung oder Beratung herrührt, die Lown (2002: 53ff) in seinem langen Berufsleben notiert und gesammelt hat, wie sie nachfolgend (in Box 17.2) exemplarisch zusammengestellt sind:

Box 17.2 Vernichtende, furchterweckende, taktlose Worte

- Sie leben mit geborgter Zeit.
- Es geht rasch mit Ihnen bergab.
- Ihr nächster Herzschlag könnte Ihr letzter sein.
- Der Maloch amoveth (Todesengel) schwebt über Ihnen.
- Sie sind eine wandelnde Zeitbombe.
- Der Gedanke an Ihre Anatomie lässt mich schauern.
- Dieses eingengegte Blutgefäß ist ein Witwenmacher.

Lown 2002: 52f

Derartige Beispiele sollten „eigentlich“ außerhalb jeder Diskussion stehen, wenn sie nicht der Beobachtung eines erfahrenen Klinikers entnommen wären und als authentische Manifestationen einer gängigen Gesprächspraxis zwischen Ärzten und Patienten gelten müssten. Zynismus ist oft Ausdruck von Hilflosigkeit. Diese mag auch eine Rolle spielen, wenn Ärzte sich hinter ihrer Fachterminologie „verstecken“, z.B. wenn sie im Team in der Visite merklich über die Köpfe der Patienten hinwegreden, die ihrer Kommunikation kaum folgen können und allein schon deswegen irritiert und verunsichert sind (§ 25). Fachtermini sind oft verzichtbar bzw. ersetzbar oder erklärbar, wenn sie unter dem Aspekt der *Aufklärung* unvermeidlich und für das Verständnis der Erkrankung oder Behandlung hilfreich sind (§ 10.5). Wegen ihrer besonderen Bedeutung werden wir auf die Rolle der fachsprachlichen Kommunikation und alltagssprachlichen Übersetzung noch gesondert (§ 27) zurückkommen.

Hier sollten die drastischen Beispiele von Lown lediglich die Aufmerksamkeit dafür sensibilisieren, dass eine „unbedachte“ Sprachwahl, die schon im Alltag „Sorgen“, „Kummer“, „Ärger“ usw. bewirken kann, im spezifisch institutionellen Kontext der Sprechstunde oder Visite „katastrophale“ Wirkungen auslösen kann (§ 24, 25).¹ Um dies zu verhin-

¹ Die Wirkungen, die Lown beschreibt, beziehen sich nicht nur auf mentale oder emotionale Reaktionen der Patienten, sondern reichen bis zu „kardiologischen Ereignissen“ mit letalem Ausgang. So verstirbt eine Patientin (of-

dern, ist hier eine besondere Maxime für den „behutsamen“ Umgang mit der „Macht des Wortes“ gefragt, was letztlich nichts anderes bedeutet als einen behutsamen Umgang mit dem Patienten. Da die Zumutungen in der Medizin oft von der Sache her (Krankheit, Tod) schon schwer genug sind, sollten die sprachlichen Zumutungen die Sache nicht noch verschlimmern. Allerdings wäre „Schonung um jeden Preis“ die falsche Alternative. Hier werden wir in anderen Kontexten dem Problem nachgehen (§ 16, 36, 38, 43), dass etwa Maximenkonflikte (wie *Schonung* versus *Aufklärung*) oft institutionell als Alternativen etabliert sind, obwohl „schonende Aufklärung“ keine Paradoxie sein muss.

17.1.3 Worte, die einen Unterschied machen

Neben den großen Wirkungen, die Worte zwischen den Extremen des Heilens und Schadens haben können, sind die (vielen Arten der) Worte mit kleineren Wirkungen zu differenzieren, die sich gleichwohl zu größeren Wirkungen auswachsen können, wenn sie mit weiteren Worten zusammenwirken. *Aktives Zuhören* (§ 19) und *empathische Rückmeldungen* (§ 20) können zu *synergetischen* Effekten führen, die eine hilfreiche Gesprächs- und Beziehungsgestaltung zum Patienten begünstigen. In diesem Sinn können Worte im Kontext eines laufenden Gesprächs so gut dosiert und platziert werden, dass sie *einen Unterschied machen*, der für die weitere Gesprächsentwicklung von erheblicher Relevanz ist.

Nicht von ungefähr ist 2001 (in den *Annals of Internal Medicine*) eine eigene Artikel-Reihe eröffnet worden, in der renommierte Autoren zur Forschung und Didaktik der Arzt-Patient-Kommunikation herausragende Beispiele von Worten zusammengestellt haben, deren kommunikative Relevanz unter einer bestimmten Analyse- und Bewertungskategorie evident ist. Unter dem Leit-Titel „Words that make a difference“ wurde die Reihe mit den folgenden motivierenden, erklärenden und kritischen Worten eingeführt (Box 17.3), die man sich durchaus für die Kommunikationslehre insgesamt zu Eigen machen kann.

fenbar gegen die medizinischen Erwartungen überraschend), nachdem sie einem Missverständnis aufgesessen war, bei dem sie die Äußerung des Chefarztes, dies sei ein Fall von „TS“ (=Trikuspidalklappenstenose), als Abkürzung ganz anderer Art, nämlich für „Terminale Situation“ verstanden hatte, wie sie dem damaligen jungen Stationsarzt Lown im Anschluss an die Chefarztvisite noch voller Sorge anvertraut hatte, vgl. Lown (2002: 50f.).

Box 17.3 Because they “do not know what to say,” they avoid the challenge

The spoken language is the most important diagnostic and therapeutic tool in medicine, but physician-in-training as well as experienced clinicians report that even when they wish to focus on the patient, they lack to do so. Because they “do not know what to say,” they avoid the challenge (...) Developing a repertoire of carefully refined word is useful, and the mastery of language plays a recognized role in education physicians to interview patients (...) Often one request to the patient – “Tell me about yourself” – will suffice. No one phrase works equally well for all physicians or all patients, and a skilled interviewer will titrate the language to the patient and the circumstances.

Platt et al. 2001: 1079f.

Sicher können Empfehlungen bei der Wahl von „angemessenen“ Worten dazu beitragen, die „Herausforderungen“ einer guten Gesprächsführung eher anzunehmen. So machen wir auch in diesem Lehrbuch durchaus Anleihen an Empfehlungen, wie sie von den Autoren-Gruppen Platt et al. (2001) allgemein zum *patientenzentrierten Interview* oder von Culehan et al. (2001) spezifisch zur *empathischen Kommunikation* gegeben wurden (§ 20), ebenso wie wir schon Anleihen bei Klassikern wie Morgan und Engel (1969/77) gemacht haben. Deren Empfehlungen waren schon einleitend bei der Lernzielformulierung als Katalog von Gesprächsmaximen zusammengestellt worden (§ 3.4.1). Da Gesprächsempfehlungen oder Gesprächsmaximen allerdings zunächst nur relativ allgemein formuliert werden können, bleibt ihre kontextspezifische Anwendung gerade eine „Herausforderung“ für die konkrete ärztliche Gesprächsführung in realen Gesprächssituationen. Hier hatten wir schon auf die Möglichkeit und Notwendigkeit der Relevanzabwägung bei Maximenkonflikten hingewiesen (§ 3.1), bei denen etwa eine Unterbrechung bei Unklarheiten rechtfertigt werden kann, wenn die Klärung im gegebenen Fall Vorrang hat, so dass eine Maxime zum Rederecht („Vermeide Unterbrechungen“) (§ 19) durchaus verletzt werden kann.

Was gegebenenfalls eine passende Gesprächsfortsetzung sein kann, ist ebenso kontextsensitiv zu entscheiden wie der Gebrauch allgemeiner Phrasen (“Tell me about yourself“), die sicher oft und in vielen verschiedenen Kontexten, aber eben nicht in allen Fällen gesprächsfördernd wirken. Dies gilt auch für eine Reihe weiterer Standard-Phrasen, wie sie

von Platt et al. (2001) als verbales Repertoire der ärztlichen Gesprächsführung in verschiedenen Gesprächsphasen empfohlen werden, wobei hier (Box 17.4) lediglich exemplarisch eine Auswahl aus dem Original getroffen werden soll.

Box 17.4 Repertoire of carefully refined words

- Before we get to medical problems, I'd like you to tell me a little about yourself as a person.
- How would you describe yourself?
- What sort of troubles are bothering you?
- What else?
- Tell me more about X, Y, Z.
- What has this illness been like for you?
- Since you've had this problem, what are you no longer able to do?
- What do you think is causing these headaches?
- What are your concerns about it?
- How does that make you feel?
- What is most worrisome?
- What hat you thought we ought to do about this?

Auswahl aus Platt et al. 2001: 1079f.

Ein derartiges Repertoire von verbalen Standard-Interventionen ist sicherlich nützlich für die Kommunikationslehre und -praxis und soll deswegen auch bei der Darstellung und Anwendung unseres Gesprächsmanuals, das seit 1998 in mehreren Auflagen überarbeitet wurde, mit deutschsprachigen Äquivalenten und Ergänzungen weiter ausdifferenziert, vor allem aber mit empirischen Ankerbeispielen praktisch und kontextspezifisch untermauert werden. Auf die Kontext-Abhängigkeit bei der Anwendung solcher Phrasen verweisen natürlich auch Platt et al. (2001) ("No one phrase works equally well for all physicians or all patients") und empfehlen deswegen schon in ihrem obigen Plädoyer (Box 17.3) eine "Titrierung" der Sprache gegenüber dem Patienten und den Gesprächsbedingungen.

So besteht die „Herausforderung“ an eine gute ärztliche Gesprächsführung weiterhin darin, gegebenenfalls widerstreitende Gesprächsmaximen, die sich durchaus mit standardisierten Phrasen, aber auch empirischen Ankerbeispielen konkretisieren lassen, kontextspezifisch anzuwenden. In diesem Sinne stellen wir auch unser Gesprächsmanual als *Strukturierungshilfe* vor, die mit einer entsprechenden ärztlichen

Passungskompetenz eine individuelle und flexible Gesprächsführung erlaubt.

17.2 Kommunikative Kompetenz und Kreativität

Das Desiderat bei der Lehre und Praxis der ärztlichen Gesprächsführung ist von Platt et al. (2001) schon vorformuliert worden, wenn sie oben (Box 17.3) resümierten: „(...) a skilled interviewer will titrate the language to the patient and the circumstances“. Mit der „Titrierung“ durch einen „skilled interviewer“ wird bereits ein Problem aufgeworfen, das ein Jahrzehnt später mit einem Artikel von Salmon und Young (2011) verschärft zur Debatte gestellt wurde, in der es um die Frage nach dem Verhältnis von *skills* und *creativity* ging (Silverman et al. 2011, Lefroy, McKinley 2011, Salmon, Young 2011b, Skelton 2011, Silverman 2016). Wir können die teils polemisch geführte Diskussion hier nur in groben Zügen wiedergeben, bevor wir unser Gesprächsmanual vorstellen und seine „kreative“ Anwendungsperspektive aufzeigen.

17.2.1 Klinische Kommunikation als *kreative Kunst*

Wir folgen hier zunächst der Themenstellung von Skelton (2011: „Clinical communication as a creative art“), dessen positive Replik auf den Ausgangsartikel von Salmon und Young (2011a) eine historisch-systematische Begründung enthält. Zu Recht erinnert Skelton (2011) an die jahrzehntelangen, nicht nur linguistischen Diskussionen um den Kompetenzbegriff. Skelton führt das banale Beispiel aus der Fremdsprachenlehre an, wonach es für den Lerner eben nicht genügt, grammatisch wohlgeformte Sätze wie „Sit down, you fool“ bilden zu können, was aber etwa gegenüber dem Chef zu äußern „unangemessen“ sein kann. Mit Bezug auf Salmon und Young (2011a) formuliert Skelton die „Crux“ in der Sache als eine Frage der *Angemessenheit* (Box 17.5), mit der von *skills* Gebrauch gemacht wird.

Box 17.5 „This is the crux of the matter ...“

What we teach instils and confirms our values. If we teach merely a set of skills, our values will appear to be as shallow as the skills themselves.

Instead, therefore, we should ‘encourage practitioners to be imaginative in using their skills’. This is the crux of the matter. The question is not whether people *have* the skills, but whether they *deploy* them appropriately.

Skelton 2011: 213 (Hervorhebungen dort)

Dieses Problem, dass *skills* auch in bestimmten, konkreten Kommunikationssituationen *angemessen* eingesetzt werden müssen, verweist auf einen weiten Begriff von *kommunikativer Kompetenz*, wie ihn Skelton mit Bezug auf die frühen Arbeiten von Dell Hymes (1967/73, 1971/73) fordert und wie wir ihn schon vorausgehend auch mit Bezug auf weitere Traditionen (John Austin, Paul Grice, John Searle, Jürgen Habermas) bei der Lernzielformulierung (§ 3, 13) und Begründung einer dialogischen Medizin (§ 7) benutzt haben.² Ein weiter Begriff von kommunikativer Kompetenz wird offenbar auch von Silverman (2016) unterstellt, wenn er im Nachhinein den potentiellen Konflikt zwischen *skills teaching* und *creativity* zu vermitteln sucht.

Box 17.6 *Skills teaching versus creativity?*

Going beyond specific skills into individuality is the real challenge of experimental learning (...) Indeed a potential conflict between skills teaching and creativity has been highlighted by Salmon and Young (2011). However, also we must recognize that there are considerable variables that influence what is best for any individual in any given situation, we can also advocate certain behaviorally specific skills that are proven to be more effective than others (Silverman et al. 2011). The specific skills of effective communication provide a toolkit of evidence-based approaches to enable clinicians to put intentions into practice.

Silverman 2016: 70

² Die Begriffs- und Konzeptgeschichte zur *Kommunikativen Kompetenz* kann an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden. Wir verweisen auf die einschlägigen Kapitel 3, 7, 13 und die dort angeführte Literatur, aus der hier nur noch einmal exemplarisch (über 5 Jahrzehnte und quer durch die Disziplinen) folgende Auswahl getroffen werden soll: Hymes 1967/73, 1971/73, Wunderlich 1969, Habermas 1971, 1981, Lenzen 1973, Dickson et al. 1991, Deppermann 2004, Hartung 2004, Duffy et al. 2004, Koerfer et al. 2008, Albanese et al. 2010, Laughlin et al. 2012, Grimmer 2014, Jünge et al. 2016, Thistlethwaite 2016.

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

In der Kommunikationslehre muss sich die Vermittlung von *behavioralen skills* und *creativity* offenbar nicht ausschließen. Unterstellt man einen hinreichend weiten Begriff von *kommunikativer Kompetenz*, mit dem die kontextsensitive *Angemessenheit* oder *Passung* von verbalen und nonverbalen Äußerungen in konkreten Gesprächssituationen zwischen Arzt und Patient berücksichtigt werden kann (§ 3.2), sind *skills* und *creativity* nicht als Gegensatz, sondern als Einheit aufzufassen.

Natürlich kann es auch zu Fehlschlägen bei der Passung ärztlicher Gesprächsführung kommen. So wie die obige Äußerung des Fremdsprachenlernenden („Sit down, you fool“) gegenüber dem Chef „unpassend“ war, können sich auch ärztliche Fragen als unpassend, weil etwa zu *konfrontativ* erweisen (§ 17.3.4). Hier zu einer *tangentialen* Gesprächsführung zu wechseln, muss aber ebenso wenig schon „kreativ“ sein wie dem Chef in „angemessenen“ Worten (oder überhaupt) einen Platz anzubieten.³ Zwar mag es anstrengend sein, einem Patienten, der „wie ein Wasserfall“ redet und dabei offenbar noch „Unsinn“ erzählt, zunächst geduldig zuzuhören, aber nicht alles aktive Zuhören oder jede Hörerrückmeldung muss deswegen schon als „kreativ“ ausgewiesen werden. Das Prädikat „kreativ“ sollte nicht inflationär benutzt, sondern für besondere Fälle reserviert werden, auf die wir im Einzelnen noch zurückkommen. Ebenso sollten Fehlschläge nicht als „unkreativ“, sondern als „unpassend“ charakterisiert werden.

Soll die Differenz zwischen *passenden* und *unpassenden* Gesprächsalternativen eigens markiert werden, benutzen wir hier zunächst den Begriff der ärztlichen *Passungskompetenz*, wie er vorausgehend (§ 3.2) als *selbstreflexive Meta-Kompetenz* (im Sinne von Uexküll und Wesiack 1991) eingeführt wurde und nachfolgend noch im Pas-

³ Je nach Situation wäre es besonders „unangemessen“, den Chef einfach stehen zu lassen. Ohne derartige Beispiele überzustrapazieren, hält sich der „kreative“ Aspekt hier in Grenzen. Bei aller inhaltlichen Übereinstimmung mit Salmon, Young (2011) und Skelton (2011) erscheint ihr Begriff von „Kreativität“ mitunter übergeneralisiert (Salmon, Young 2011: „Communication is inherently creative“): Bei „kreativer Kunst“ (*creative art*) (Skelton 2011) liegt sogar eine gewisse Redundanz vor, obwohl der Gebrauch eines Pleonasmus manchmal sinnvoll ist, wenn wir etwa von einem *besonders weißen Schimmel* reden oder uns *einsam und allein* fühlen oder etwas für *immer und ewig* versprechen usw. So bleibt es auch sinnvoll, bei der Kunst der ärztlichen Gesprächsführung in besonderen Fällen den *kreativen* Aspekt zu betonen, jedoch nicht im Regelfall. In jedem Fall muss aber die *kommunikative* Kompetenz in Passung mit der *klinischen* Kompetenz zur Geltung gebracht werden (§ 3.2 17.2).

sungsmodell der ärztlichen Gesprächsführung in seiner Routinefunktion dargestellt werden soll (§ 17.2.4). Wenn dabei die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung wesentlich als Routinehandeln ausgewiesen wird, soll damit nicht etwa die „kreative“ Rolle von ärztlichen *Schlüsselinterventionen* in Abrede gestellt werden, mit denen oft eine neue Gesprächsqualität stimuliert wird, in der Arzt und Patient eine neue Beziehungsentwicklung einleiten (§ 17.3.5). Obwohl solche Schlüsselinterventionen, wie der Name schon nahelegt, relativ selten, weil spezifisch sind, sind sie doch integraler Bestandteil des professionellen Handelns, das sich natürlich auch zu einer „Hohen Kunst“ steigern und entsprechend anerkennen lässt, was in der Regel eine längere Berufspraxis – mit entsprechender Fort- und Weiterbildung (§ 15, 16, 42, 43) – verlangt.

Wenn nachfolgend der Aspekt der *Kreativität* betont werden soll, dann wesentlich in dem Sinn, dass die Vermittlung von Gesprächstechniken, wie sie sich in einem Manual zu Gesprächsführung formulieren lassen, zur Ausbildung einer kommunikativen Kompetenz beitragen soll, die letztlich nur in der Gesprächserfahrung in realen oder simulierten Gesprächssituationen *erworben* und *vertieft* werden kann (§ 13.5). Von daher versteht sich unser Gesprächsmanual, das nachfolgend vorgestellt werden soll, als Strukturierungshilfe, die einen „kreativen“ Gebrauch gerade *stimulieren* soll.

17.2.2 Manual zur Gesprächsführung

Wie vorausgehend schon ausgeführt (§ 3.4), haben wir an unserer Kölner Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie für die Lehre und Prüfung der ärztlichen Gesprächsführung zwei Instrumente entwickelt, die mit verschiedenen Funktionen aufeinander aufbauen:

- Das *Manual zur ärztlichen Gesprächsführung* dient zugleich als Lernzielkatalog für die Lehre, aber auch zur Orientierung in der Fortbildung und beim Selbstlernen
- der *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) wird zur Lernzielkontrolle etwa bei Prüfungen nach dem OSCE-Verfahren mit standardisierten Patienten eingesetzt, kann aber auch zur Evaluation realer Arzt-Patient-Gespräche genutzt werden.

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

Der Kölner Evaluationsbogen wurde analog zum Manual entwickelt, um der Grundidee folgen zu können, dass nur geprüft werden soll, was zuvor gelehrt wurde. Aus praktischen Gründen wurde das Manual zur Gesprächsführung in Form eines Leporellos gestaltet, das in die „Kittel-tasche“ von Studierenden und (angehenden) Ärztinnen und Ärzte passen soll. Der Evaluationsbogen hat ein einfaches DIN-A4-Format (s. Anhang) und kann von Prüfern bei der direkten Gesprächsbeobachtung oder im Nachhinein bei Videoaufzeichnungen als Rating-Instrument eingesetzt werden. Wir haben hier und im nachfolgenden Praxisteil (§ 18-23) eine integrative Darstellung von Manual und Evaluationsbogen gewählt (Abb. 17.7 am Schluss dieses Kapitels), um den Zusammenhang von Lehre und Prüfung deutlich zu machen.⁴

Wie ebenfalls schon vorausgehend erläutert wurde (§ 13.6), kann beim Evaluationsbogen die erreichbare Gesamtpunktzahl (50 Punkte) auch reduziert werden, wenn etwa im ersten klinischen Semester bestimmte Gesprächsschritte bzw. -funktionen wie „Vorgehen abstimmen“ in der Lehre noch weitgehend ausgespart wurden, so dass der Prüfungsaspekt hier entsprechend entfällt. In fortgeschrittenen Semestern oder in der Fortbildung ist dann die vollumfängliche Nutzung des Evaluationsbogens selbstverständlich.

Mit dem Manual bzw. Evaluationsbogen haben wir versucht, Gesprächsmaximen als Lernziele bis auf die konkrete Ebene des ärztlichen Gesprächsverhaltens zu strukturieren, zu konkretisieren und durch empirische Ankerbeispiele eine Eichung zu erreichen, was ein Hauptanliegen im Praxisteil (§ 18-23) sein wird. Dort geht es um die Auswahl von Beispielen aus realen Sprechstunden und Visiten-Gesprächen, die wegen ihrer Authentizität (§ 2.3) den bloß konstruierten Beispielen prinzipiell vorzuziehen sind.

⁴ *Manual* und *Evaluationsbogen* wurden seit 1998 in mehreren Auflagen (aktuell 2010) in der AG Medizindidaktik unter der Leitung von Karl Köhle entwickelt und in OSCE-Verfahren angewandt und kommen bis heute an unserer Klinik unter der Leitung von Christian Albus in der Lehre und Prüfung regelmäßig zum Einsatz (§ 3, 13-14). Für die weiterführende Darstellung und Anwendung des Manuals bzw. Evaluationsbogens innerhalb unserer Klinik sei exemplarisch verwiesen auf Koerfer et al. 1999, 2004, 2005, 2008, Köhle et al. 2010, Köhle 2011, Albus 2014), für die direkte bzw. kritisch-vergleichende Nutzung außerhalb unserer Klinik seien exemplarisch Petersen et al. 2005, Schweickhardt, Fritzsche 2007, Henningsen 2006, Lengerke 2011, Mortsiefer et al. 2014, Nowak 2015 genannt.

<small>Armin Koerfer Christian Albus Kommunikative Psychiatrie Kommunikative Psychotherapie Kommunikative Psychosomatik Kommunikative Psychoanalyse Kommunikative Psychotherapie</small>	FUNKTIONEN	⁵ 2010
	1 Beziehung aufbauen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 04
	2 Anliegen anhören	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10
	3 Emotionen zulassen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 08
	4 Details explorieren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
	5 Vorgehen abstimmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
	6 Resümee ziehen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 04
¹ 1998	EVALUATION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 50

Abb. 17.1: Kölner Gesprächsmanual und Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)

Manual und Evaluationsbogen gliedern sich in sechs Gesprächsschritte, mit denen jeweils bestimmte Gesprächsfunktionen wahrgenommen werden. Diese lassen sich auf der Ebene des beobachtbaren Gesprächsverhaltens weiter differenzieren, so etwa beim *Aktiven Zuhören*, das als *Wörtliche Wiederholung* oder als *Paraphrasierung* usw. realisiert werden kann. Bevor wir mit Beispielen weiter ins Detail gehen, soll hier zunächst ein Kurzüberblick über die Schrittfolge gegeben werden, der sich am idealtypischen Verlauf durch das Manual orientiert, von dem in der Gesprächspraxis in vielfältigen Formen (§ 17.3) abgewichen werden kann.

Gesprächsschritte 1-6

Am Anfang hat der Patient das Wort. Besonders im Erstkontakt, aber auch in Folgegesprächen sollte der Patient die Chance haben, auf die

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

Tagesordnung („agenda“) der aktuellen Sprechstunde bzw. Visite so Einfluss nehmen zu können, dass er sein Anliegen mit seiner individuellen Bedeutung und Tragweite in den für ihn angemessenen Kommunikationsformen einbringen kann.

Entsprechend sollte sich der Arzt mit seiner Einflussnahme auf die Tagesordnung zunächst zurückhalten, d.h. die ersten wichtigen Eröffnungszüge weitgehend dem Patienten überlassen. In diesem Sinne wird zunächst eine patientenzentrierte Interviewform gewählt, in der der Patient nach dem 1. Schritt der *Beziehungsaufnahme* (Begrüßung usw.) (§ 18) in einem 2. Schritt sein *Anliegen* aus seiner subjektiven Erlebensperspektive formulieren kann (§ 19). Hierbei sind vor allem durch *aktives Zuhören* des Arztes kommunikative Formen der Erzählens zu fördern, die den Zugang zur *individuellen Wirklichkeit* des Patienten mit all seinen *Emotionen* (Sorgen, Ängsten, Erwartungen und Hoffnungen usw.) eröffnen, gegenüber denen der Arzt nicht nur sein offenes Ohr zu leihen, sondern durch kommunikative Rückmeldung in einem 3. Schritt (§ 20) ein *empathisches* Verständnis zur Förderung der weiteren emotionalen Selbstexploration des Patienten zu entwickeln hat.

Nach einem 4. Schritt (§ 21), in dem mit einer eher arztzentrierten Interviewform durch zielgenaue Fragetechniken weitere *Details exploriert* und die noch offenen Anamneselücken geschlossen werden, wird im Anschluss daran in einem 5. Schritt (§ 22) mit dem Patienten gemeinsam das weitere *Vorgehen abgestimmt*, d. h. die anstehenden Entscheidungen über weitere Untersuchungen und Therapiemaßnahmen nach Möglichkeit gemeinsam getroffen (*shared decision making*). Im 6. abschließenden Schritt (§ 23) sind die Ergebnisse zu *resümieren* und die nötigen Verabredungen zu treffen, um die Fortsetzung der begonnenen Beziehung bis zum Folgetermin und die Voraussetzungen für die Realisierung des Untersuchungs- bzw. Behandlungsplans zu sichern.

Von der Entwicklungslogik her liegen die Schritte 1 (Beziehung aufbauen) und 6 (Resümee ziehen) am Gesprächsanfang bzw. -ende. Dagegen werden die einzelnen Schritte/Funktionen 2-5, die den Gesprächskern bilden, nicht in strikt linearer Folge, sondern in einem dialogischen, zirkulären Austauschprozess mit dem Patienten realisiert, wobei zunächst die Supermaxime gelten könnte: Folge den Patientenangeboten, wie sie kommen. Nach einer gewissen Sättigung sollte der Arzt Gesprächsgelegenheiten zur Ausdifferenzierung, Vertiefung und Erweiterung sowohl geben wie auch selbst wahrnehmen, um seinerseits erste Hypothesenbildungen überprüfen und Vorschläge ableiten zu können,

die er dem Patienten dann zur gemeinsamen Entscheidungsfindung unterbreiten kann.

Komplexe Lernziele

Bevor wir das Manual bzw. den Evaluationsbogen im Praxisteil weiter vorstellen und mit Ankerbeispielen empirisch untermauern, sollen noch mal die spezifischen Nutzungsmöglichkeiten solcher Instrumente im Rahmen einer Gesamtkonzeption klinischer Kommunikationslehre (§ 1, 3, 13, 14) betont werden. Im Gebrauch von Manualen bzw. Evaluationsbögen ist den möglichen Missverständnissen vorzubeugen, die vorausgehend schon mit der Kontroverse um „skills teaching“ versus „creativity“ thematisiert wurden.

Danach sollte sich die Kommunikationslehre keineswegs in der manualisierten Vermittlung von skills erschöpfen. Der Sinn und Zweck eines Gesprächsmanuals lässt sich nicht isoliert erschließen, sondern nur im Kontext einer *biopsychosozialen* und *dialogischen* Medizin vermitteln, die eine spezifische Art der Gesprächsführung verlangt (bes. § 3, 4, 7, 9, 10). So erfüllt das *Aktive Zuhören* keinen Selbstzweck, sondern es ist in eine *Lernzielhierarchie* eingebettet, wie wir dies bei der Lernzielformulierung (§ 3.4) und Konzeption einer medizinischen Kommunikationsdidaktik (§ 13.2) begründet hatten.

Wenn also *Wörtliche Wiederholungen* oder *Paraphrasen* als empirische „Manifestationen“ des *Aktiven Zuhörens* auf der Ebene der *Feinlernziele* gelten können, sind diese in der Kommunikationslehre immer mit höherrangigen Lernzielen zu vermitteln, die auf der Ebene von *Grob- und Richtlinien* angesiedelt sind (13.2). Dabei lässt sich die Hierarchie der Lernziele in einer Kette von *indem*-Relationen erfassen, mit denen die Über- und Unterordnungen ebenso wie die additiven Verknüpfungen (*und*) sowie die Alternativen (*oder*) differenziert formuliert werden (Koerfer et al. 2008). Diese Art der hierarchischen Darstellung von Lernzielen sei in Auszügen aus dem Manual (Schritt 2: „Anliegen anhören“) (Box 17.7) exemplifiziert.

Box 17.7 Lernzieltaxonomie zu „Anliegen anhören“ (Auszug, vgl. § 19)

Die Ärztin praktiziert einen *biopsychosozialen* Versorgungsansatz

- indem sie u.a. einem *biographisch-narrative Anamnese* erhebt
 - indem sie sich das Patienten-*Anliegen anhört*

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

- indem sie das Gespräch *offen* beginnt
 - indem sie nach dem Konsultationsmotiv fragt
 - oder indem sie nach dem Patientenbefinden fragt
 - oder indem sie sich selbst als Helferin anbietet („Was kann ich für Sie tun?“)
 - oder indem sie (...) (s. § 19)
- und indem sie die *Patientenerzählung fördert*,
 - indem sie Hörsignale gibt (*Nicken, hm*)
 - indem sie Unterbrechungen vermeidet
 - indem sie Pausen toleriert
 - indem sie eine freie Themenentfaltung zulässt
- und indem sie *aktiv zuhört*
 - indem sie zum Weitersprechen ermutigt
 - indem sie Äußerungen wörtlich wiederholt
 - indem sie Äußerungen paraphrasiert
 - indem sie offen weiterfragt (z.B. „Wie kam das?“)
- und indem sie Verständnis sichert
 - indem sie Rückfragen stellt
 - indem sie Zusammenfassungen gibt (vgl. § 19)

Die Feinlernziele des Gesprächsverhaltens sind also immer am Ende einer Kette von indem-Relationen auf einer Ebene angesiedelt, deren verbale oder nonverbale Manifestationen der Beobachtung direkt zugänglich sind. Dies gilt analog für die alle Schritte/Funktionen des Manuals, die im Praxisteil in ihrer Reihenfolge mit empirischen Beispielen weiter ausgeführt werden (§ 18-23). Dabei sollen mit dem Manual lediglich typische Reihenfolgen und Schwerpunktbildungen bei der Gesprächsführung unterstellt werden, die in der Gesprächsrealität aus guten Gründen viele Varianten erfahren können, die noch nach Subtypen (§ 17.3.2) differenziert werden sollen. Diese guten Gründe haben mit der Individualität von Patienten, ihrer Persönlichkeit, ihren Erkrankungen, ihren Anliegen, Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen zu tun, auf die sich ihre Ärzte mit einer *Passungskompetenz flexibel* einstellen müssen.

17.2.3 Variable Anwendungspraxis

Neben der Vermittlung konkreter Lernziele auf der Ebene des beobachtbaren Gesprächsverhaltens (z.B. Unterbrechungs- und Pausenverhalten, Hörerrückmeldungen usw.) geht es dabei auch um (selbst-)reflexive

Lernziele zur Gesprächsführung, deren Passung nur relativ zur Gestaltungsmöglichkeit der Ablaufstrukturen von Gesprächen zu beurteilen ist. Dabei müssen Ärzte erneut mit ihrer *Passungskompetenz* (§ 3.2) der individuellen *Dynamik* konkreter Gespräche Rechnung tragen können, deren Entwicklung sich eben nicht vorhersagen, sondern nur in Abhängigkeit vom Gesprächspartner *dialogisch* mitgestalten lässt.

Hier ist vor allem der Aspekt der *Zirkularität* von Gesprächen zu berücksichtigen, die sich kaum in einer *linearen* Darstellung eines Manuals abbilden lassen. Da ein solches Manual, vor allem mit seiner weiteren Untergliederung (§ 18-23), naturgemäß zunächst einer linearen Anordnung folgen muss, die in unserer Kultur von links nach rechts und von oben nach unten verläuft, ist offensichtlich, dass diese lineare Darstellung der *zirkulären* Komplexität kommunikativer Prozesse auch in der ärztlichen Visite und Sprechstunde nur bedingt gerecht werden kann. Dies betrifft sowohl die Reihen- als auch Rangfolge der 6 Schritte/Funktionen.⁵ Zwar ist zunächst klar, dass man eine Beziehung (1) zum Patienten nicht erst zum Gesprächsende aufbauen und ein Resümee (6) nicht am Anfang ziehen kann, aber ansonsten können die mittleren Schritte/Funktionen (2-5) auch in anderer Reihenfolge und in zirkulären Kommunikationsprozessen wahrgenommen werden.

Sobald also dem Patienten grundsätzlich ein Rede- und Themenprivileg eingeräumt werden soll, wie dies schon von Morgan und Engel (1977) (§ 3.4.1) nahegelegt wurde, sind in diesem Sinne aus ärztlicher Sicht oft „unstrukturierte“ Gesprächsverläufe zu erwarten, etwa weil Patienten oft einer anderen als der vom Arzt präferierten Ordnung folgen, d.h. ihre Krankheitsgeschichte in diesem Sinn „ungeordnet“ erzählen, indem sie ihrer eigenen *Erzähllogik* folgen (§ 9). So können sie schon einen „eigensinnigen“ Einstieg wählen, indem sie mit der „Tür ins Haus fallen“, ihre Emotionen voranstellen („ich hab Ärger auf der Arbeit“) oder

⁵ An dieser Stelle sei auf andere Gliederungen verwiesen, die sich zumeist zwischen 3 und 9 Haupt-Schritten/Funktionen bewegen, mit entsprechenden Subgliederungen. So werden in dem traditionsreichen *Three-Function-Model* unter der 1. Hauptfunktion „Relationship-Building“ so gleich die Emotionen mitverhandelt (Lazare et al. 1995, Cole, Bird 2014) (vgl. dazu § 20). In ihrer klassischen Einführung in die Anamneseerhebung unterscheiden Morgan und Engel (1969/77) insgesamt 9 Schritte, mit weiteren Subgliederungen (Dimensionen) etwa zur *Lokalisation*, *Qualität*, *Intensität* usw. von Beschwerden (vgl. dazu § 21). Für historisch-systematische Überblicke über verschiedene mehrdimensionale Modelle sei exemplarisch verwiesen auf Haes de, Bensing 2009, Lipkin 2011, Brown, Bylund 2011, Papageorgiou 2016.

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

sogleich ein bestimmtes Vorgehen begehren („Totalcheck“, „Magenspiegelung“, „Antibiotika“ usw.), ohne dies zunächst dem Arzt überlassen und sich auf eine kommunikative „Abstimmung des Vorgehens“ (5) mit ihm einlassen zu wollen usw.

Wenn der Arzt hier zunächst (sic) den spontanen Patientenanliegen folgt, ergibt sich gegenüber der idealen Verlaufsform oft eine bestimmte „deviante“ Gesprächsstruktur, in der zumindest die mittleren Gesprächsschritte bzw. -Funktionen (2-5) in *zirkulären*, unter Umständen *repetitiven* und *redundanten* Gesprächsabläufen realisiert werden, ohne dass diese deswegen als „unpassend“ zu qualifizieren wären. Da wir solche empirischen Gesprächsverläufe noch im Detail differenzieren werden, soll an dieser Stelle nur ihrer Systematik in der Darstellungsform eines *Hexagramms* ärztlicher Gesprächsführung Rechnung getragen werden (Abb. 17.2), mit dem die Linearität des Manuals aufgehoben und zirkuläre sowie kreuz und quer bzw. rückläufig verlaufende Verbindungen berücksichtigt werden können.

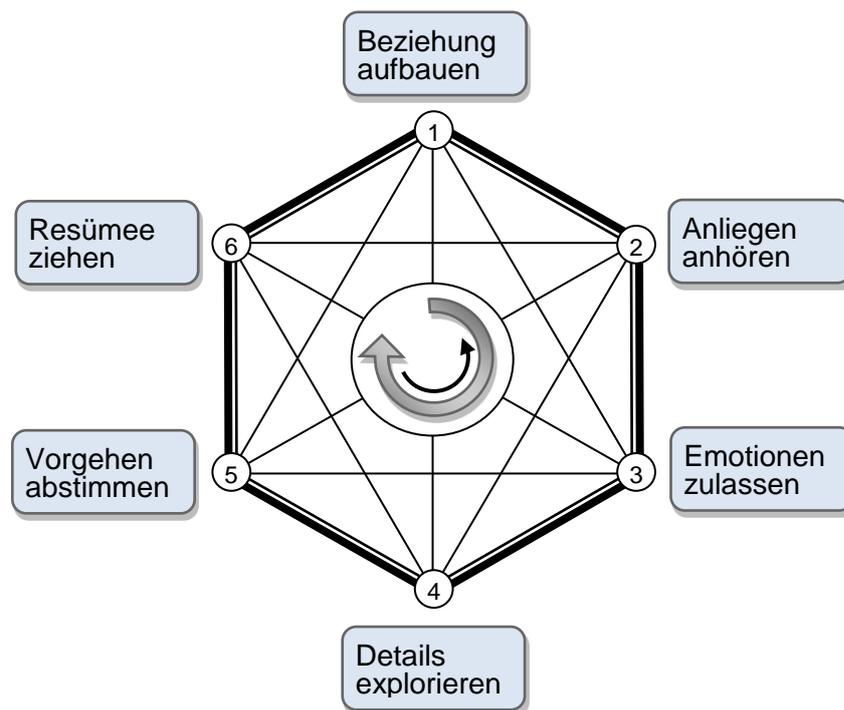


Abb. 17.2: Hexagramm der ärztlichen Gesprächsführung

Wenn in dieser Darstellung zunächst eine „Gleichförmigkeit“ der Besetzung von Schritten/Funktionen unterstellt wird, ist auch dies eine idealtypische Annahme, die schon im Erstgespräch so nicht zutreffen

muss. Erst recht muss bei Folgegesprächen mit „Ungleichgewichtigen“ gerechnet werden, weil bestimmte Funktionen schon in Vorgesprächen „gesättigt“ sein können, weswegen sich beide Partner bereits auf einen gesicherten Wissen- und Entscheidungsvorrat beziehen können, den sie in vorausgegangenen Resümees (6) schon mehrfach gesichert haben können. Diese Anschlussfähigkeit von neuen Gesprächen an eine gemeinsame Interaktionsgeschichte macht gerade die „gemeinsame Wirklichkeit“ (im Sinne von Uexkülls/Wesiacks 1990, 2011) zwischen Arzt und Patient aus (§ 4.4), in der das einmal „Selbstverständliche“ nicht immer wieder zum Thema gemacht werden muss.

Allerdings sind hier gegen die Risiken des ärztlichen Routinehandelns systematisch oder zumindest in regelmäßigen Abständen *kommunikative* „Kontrollverfahren“ einzubauen, mit denen sich Arzt und Patient gegen eingeschliffene Routinemuster der Kommunikation (A: „Sonst alles beim Alten?“ – P: „Alles klar!“) durch *dialogische* Rückversicherungen schützen können (A: „Wirklich alles? Gar nichts Neues?“ – P: „Nun ja, wenn Sie mich so fragen, dann ...“). Was hier durch konstruierte Beispiele nur schlecht illustriert wird, soll uns in Form von Techniken dialogischer Verständnissicherung anhand empirischer Beispiele noch ausführlich beschäftigen.

Vom Ergebnis dieser optionalen „Exkurse“ des Verstehens und der Verständigung her gesehen, die neue Themengelegenheiten eröffnen helfen, können etwa aktueller Stress auf der Arbeit oder verstärkte Schlaf- und Konzentrationsstörungen des Patienten usw. neue Themenrunden der Anamneseerhebung mit entsprechenden Vertiefungen in allen mittleren Schritten/Funktionen (2-5) notwendig werden lassen, um zum Schluss in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (§ 10) einen erheblich modifizierten oder auch gänzlich neuen Therapieplan zu beschließen, der den von Arzt und Patient gemeinsam gewonnenen neuen Erkenntnissen Rechnung tragen soll usw.

In einem *idealtypischen Ablaufmodell* hatten wir den Wechsel und die Verflechtung von *repetitiven* und *innovativen* Mustern und Stadien *kommunikativen* Handelns (Anamnese, Aufklärung) und *instrumentellen* Handelns (OP, Medikation) zwischen Arzt und Patient systematisch dargestellt (§ 8). An dieser Stelle soll zusammenfassend festgehalten werden, dass Manuale die Praxis der Gesprächsführung zwar zu strukturieren helfen, die Grenzen der Manualisierbarkeit in eben dieser Praxis aber nicht verkannt werden sollten. Diese Perspektive einer dynamischen Gesprächsführung, mit der der Arzt auf wechselnde Bedingungen

flexibel reagieren muss, an empirischen Gesprächsfällen zu konkretisieren, wird ein Hauptanliegen im Praxisteil (§ 17-23) des Lehrbuchs sein.

17.2.4 Gesprächsmaximen und Passungskompetenz

Die mangelnde Flexibilität bei der ärztlichen Gesprächsführung ist oft beklagt worden. Ärzte neigen dazu, einen einmal eingeschliffenen Gesprächsstil, der sich für sie in ihrer bisherigen Gesprächspraxis augenscheinlich bewährt hat, auf alle möglichen Patienten in gleicher Weise anzuwenden (Box. 17.8), und zwar unabhängig von wechselnden Gesprächsbedingungen wie ihrer individuellen Erkrankung, ihrem Alter usw.

Box 17.8 *doctors do not change*

The problem as shown by experience and research work that doctors *do not change*. Audiotaping and videotaping of multiple consultations by the same doctor show a remarkable consistency of style. A simple analogy likens us to the traditional Englishman abroad. We do not act differently – we just talk more loudly or slowly. Thus doctors say and do things in much the same way with an anxious 16-year-old coming for a termination as with a 50-year-old woman with menorrhagia or an 80-year-old woman with vulval carcinoma (...) different patients need different types of communication. We need to be flexible, and it appears that most of us are not.

Tate 2004: 12

Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung verlangt, dass die klinischen Kompetenzen mit den institutionellen und individuellen Bedingungen flexibel in Einklang gebracht werden. Dazu bedarf es einer besonderen *Passungskompetenz*, wie dies schon vorausgehend ausgeführt wurde (§ 3.2). In einer *selbstkritischen Reflexion* unterzieht der Arzt das laufende Gespräch jeweils einer konkreten Gesprächsdiagnose, in der er beispielsweise die kritische Bilanz zieht für eine mögliche Fortsetzungsentscheidung darüber, was gesprächsweise aktuell oder später noch zu tun oder ganz zu unterlassen oder für ein weiteres Gespräch aufzuheben ist usw.

Dabei ist der *Reflexionsgegenstand* der „Gesprächsdiagnose“ nicht kurzfristig nur die nächstmögliche *Detailfrage* zum Begleitsymptom, sondern zugleich langfristig die Beziehungsgestaltung zum Patienten

selbst, den ein Arzt etwa mit weiteren *Details* (z.B. zur „heiklen“ *Familien-* oder *Sexualanamnese*) nicht überfordern darf – will er mit seinem *invasiven* Fragetechnik das mögliche *Abwehrverhalten* eines Patienten nicht unnötig verstärken. In einem solchen Fall würde eine „ungebremste“ Fortsetzung eines *interrogativen* Gesprächsstils mit *insistierenden* Nachfragen zu *Emotionen* die nötige Passung verfehlen. Vielmehr sind hier Formen einer *tangentialen* Gesprächsführung (§ 3.2, 17.3) *passend*, mit denen Patienten zwar „berührt“, aber nicht „verletzt“ werden. Eine Maxime wie „Emotionen haben Vorrang“ kann also nicht „umstandslos“, sondern nur *kontextsensitiv* verfolgt werden.

Das nötige „Fingerspitzengefühl“ dafür zu entwickeln, was gerade noch passend ist und was extrem unpassend zu werden droht, setzt gerade eine *Passungskompetenz* voraus, mit der Ärzte zumindest eine „mehr oder weniger“ gute Passung erreichen. Mit dem Passungsbegriff selbst soll hier also keine „absolute“, sondern lediglich eine „relative“ Passung im Sinne von *Fitting* (Abb. 17.3) unterstellt werden, was hier kurz begründet und in den nachfolgenden Gesprächsanalysen exemplifiziert werden soll.

Zwar sollen verbale Interventionen des Arztes im konkreten Gespräch mit diesem individuellen Patienten mit seinen individuellen Leiden, Anliegen, Präferenzen usw. nach Möglichkeit „maßgeschneidert“ (*tailor made*) passen, aber es sollten mögliche Spielräume der Passung berücksichtigt werden, wie sie im Anschluss an konstruktivistische und systemisch-therapeutische Forschungen mit der begrifflichen Unterscheidung von *match* und *fit* beschrieben wurden (Glaserfeld 1981/1987), de Shazer 1985/2003). Danach muss eine bestimmte verbale oder nonverbale Handlung in der Kommunikation mit dem Patienten nicht immer wie der bestimmte Schlüssel zu diesem einen Schloss wie „angegossen“ passen, sondern es genügt eine Funktion als „Dietrich“ (*pass key*), mit dem sich zwar nicht alle, aber doch viele Schlösser öffnen lassen.

So besteht die „Kunst der ärztlichen Gesprächsführung“, die noch an empirischen Fällen ausdifferenzieren ist, vor allem in der Nutzung von „Dietrichen“, die mehr oder weniger gut passen, jedenfalls eine hinreichende Passgenauigkeit besitzen, um die ersten Türen (von Patienten) zu öffnen. Für die dahinterliegenden Türen mögen *Nachjustierungen* während des laufenden Gesprächs nötig sein, damit sich auch besonders „verschlossene“ Türen (von Patienten) weiter öffnen lassen.

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

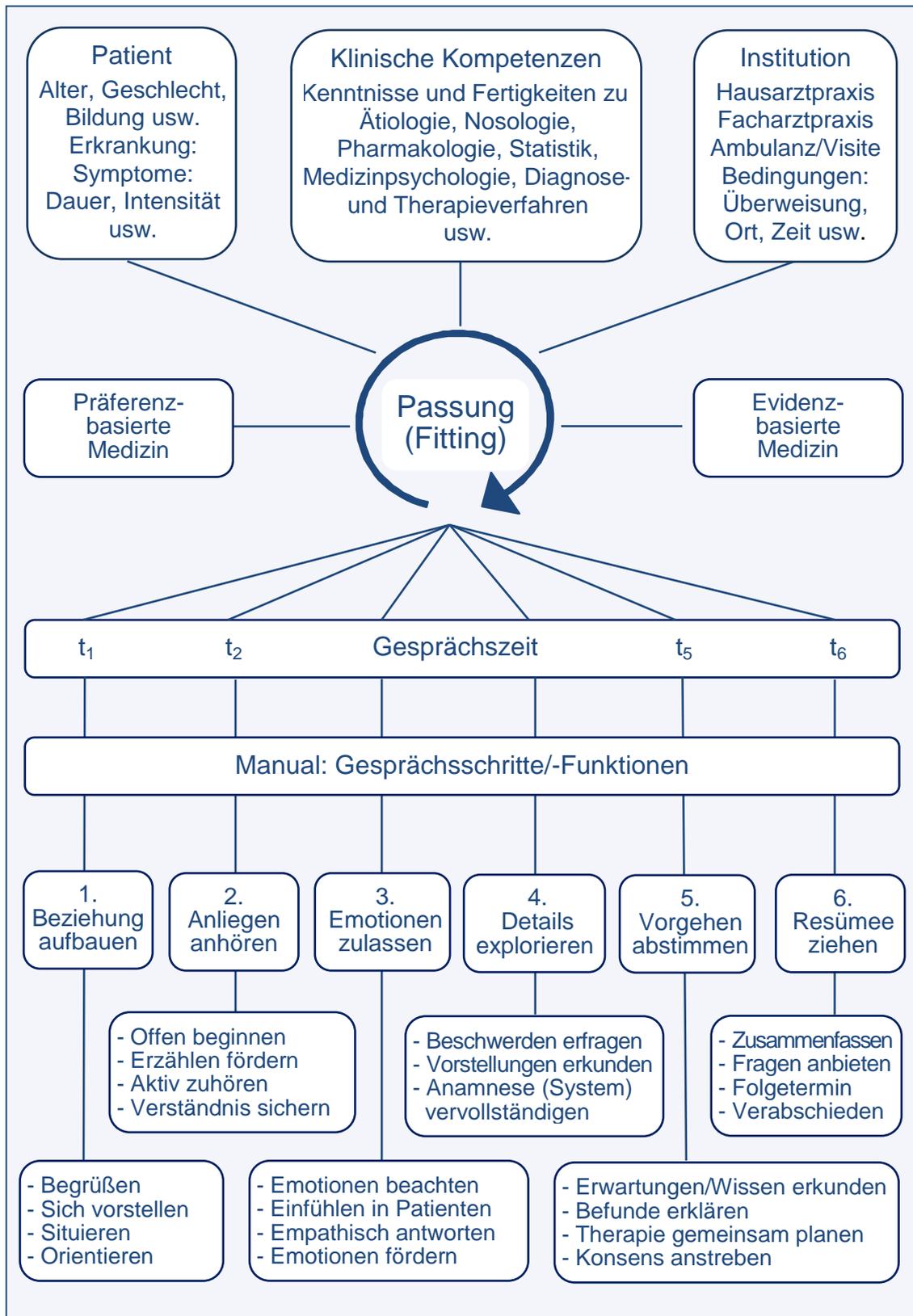


Abb. 17.3: Passung und Manual zur Gesprächsführung (Überblick)

Der relative Begriff der Passgenauigkeit entspricht auch unserer Rede-weise von *Gesprächsmaximen*, mit denen weniger als beim *Regelbegriff* unterstellt werden muss, dass Gespräche zwischen Arzt und Patient regelhaft im Sinne einer Determination wären. Zwar kommt es oft vor, dass „ein Wort das andere gibt“, aber trotz allem ist ein Gesprächsverlauf (nach Sprecher- und Themenfolge) nicht vorhersagbar, solange es sich jedenfalls nicht um rituelle Kommunikation handelt (Paul 1990, Koerfer 1994/1913). Vielmehr ist mit Buber (1954/1986) ein Dialogbegriff auch für die Verständigung zwischen Arzt und Patient zu unterstellen (§ 7.5), nach dem eine „echtes Gespräch“ eben nicht „vordisponiert“ werden kann.

Dennoch muss auch das Gespräch zwischen Arzt und Patient einer anderen Gesprächslogik als etwa der „*small talk*“ zwischen Nachbarn oder das „*Verhörgespräch*“ vor Gericht folgen, und diese spezifischen Unterschiede müssen Ärzte genau mit ihrer vielschichtigen Passungskompetenz berücksichtigen, mit der sie sich auf die vielfältigen (professionellen, institutionellen, individuellen usw.) Bedingungen ihres Handelns mehr oder weniger „passgenau“ einzustellen haben.

Das „Seine“ zum „guten“ Gespräch aus professioneller Perspektive beizutragen, ist sicher die Hauptaufgabe des Arztes, wobei der prinzipielle Anspruch der Gesprächsoptimierung in der „gemeinsamen Gesprächswirklichkeit“ (im Sinne von Uexkülls, Wesiacks 1991, 2011) oft nur „annäherungsweise“ realisiert werden mag. Wenn auch die Gesamtverantwortung für Struktur, Prozess und Ergebnis von Gesprächen weiterhin dem Arzt obliegt, so ist er doch auf die Mitwirkung des Patienten als „Mitspieler“ elementar angewiesen, bei allen Einschränkungen, die etwa „schwierige“ Patienten (§ 32, 34) mit sich bringen können.

Dabei gehört es wesentlich zur professionellen Arztrolle, Patienten erst durch die Art der Gesprächsführung zum „guten Mitspieler“ zu „machen“, auch wenn sich diese Aufgabe unterschiedlich schwierig gestalten kann. Aufgrund ihrer Persönlichkeit und spezifischen Erkrankung bringen Patienten ganz unterschiedliche *individuelle* „Gesprächsstile“ ein, auf die sich der Arzt gesprächsweise einzustellen hat. Hier kommen vor allem die einschlägigen Maximen (Nr. 2 und 3) (§ 3.4.1) von Morgan und Engel zur Geltung:

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

Gesprächsmaximen
<ol style="list-style-type: none">1. (...)2. Das <i>Maß</i> an nötiger <i>Führung</i> ist bei jedem Patienten anders.3. Der Arzt muß beim Erheben der Anamnese beweglich bleiben und sich der Art des Patienten <i>anpassen</i>.4. Weder darf er sich <i>passiv</i> von zahlreichen unbedeutenden Einzelheiten überfluten lassen, noch die Anamnese in der Art eines <i>Kreuzverhörs</i> führen5. (...) 6. (...) 7. (...) 8. (...) 9. (...) 10. (...)
Box 17.9: aus: Morgan, Engel (1969; dt. 1977: 31-75) (Auswahl und Hervorhebungen von uns) (vgl. § 3.4.1)

Diese *flexible (An)Passung* seiner verbalen und nonverbalen Interventionen ist zur professionellen Passungskompetenz von Ärzten zu rechnen, die sie befähigt, im Gespräch mit dem Patienten alsbald die Notwendigkeiten („Indikation“) etwa für folgende Typen von Gesprächsführung zu erkennen und diese dann gesprächsweise zu realisieren:

- bei manchen Patienten kann und sollte der Arzt das Gespräch einfach „laufen lassen“, bis eine gewisse „Sättigung“ erreicht ist,
- bei anderen muss man früher „helfen“, das Gespräch überhaupt „in Gang zu kriegen“,
- bei weiteren Patienten muss der Arzt eher „bremsen“, weil sonst das Gespräch zu „entgleisen“ droht,
- oder der Arzt muss stärker strukturierend „eingreifen“, weil sonst der „rote Faden“ für beide Gesprächspartner „verloren gehen“ könnte,
- oder der Arzt muss von einer „konfrontativen“ zu einer „tangentialen“ Gesprächsführung wechseln (§ 3.2, 17.3.4), weil sonst das Abwehrverhalten die Beziehung gefährden könnte,
- oder der Arzt muss „für heute zum Schluss kommen“, weil der Patient sonst „kein Ende finden“ würde usw.

Da Patienten (wie alle Menschen) eigene Persönlichkeitsanteile in ein Gespräch mitbringen und sich als erkrankte Personen kommunikativ sehr unterschiedlich mitteilen können, kann der „gute“ Arzt (a)typische

Gesprächsverläufe auch als mögliches Diagnostikum nutzen, wenn ein Patient

- etwa „zögerlich“ oder „forsch“ den Raum betritt,
- einem „kräftig“ oder „kraftlos“ die Hand gibt,
- wenn er „wie ein Wasserfall redet“ (Logorrhö)
- oder so „unverschämt“ und „fordernd“ auftritt, dass dem Arzt scheinbar keine Wahl bleiben soll.
- oder wenn ein Patient so „verstockt“ ist, dass „man ihm alles aus der Nase ziehen muss“,
- oder wenn er so „leise und schleppend“ spricht, dass man ihn kaum versteht,
- oder er so „laut und schrill“ brüllt, dass man zurückschreckt,
- oder wenn der Patient ständig den Blick senkt, so dass man keinen Blickkontakt zum ihm bekommt usw.

Einige dieser Gespräche können beim „besten Willen“ des „guten“ Arztes nicht „reibungslos“ verlaufen, sondern die (verschiedenartigen) „Reibungen“ sind gerade konstitutive Bestandteile des Gesprächs, die gerade bei „schwierigen“ Patienten der weiteren (Beziehungs-)Diagnostik dienen können (§ 29, 32, 34). Da die „lauten“, „aufdringlichen“ Phänomene der Kommunikation meistens sowieso „unüberhörbar“ bzw. „unübersehbar“ sind, sollte sich die Beobachtung des Arztes umso mehr auf die „stillen“ oder „kleinen“ Kommunikationsphänomene konzentrieren. Auch der „fordernde“ Patient kann sich „nervös kratzen“, „vor Aufregung zittern“ usw., vielleicht weil er „sich seiner Sache gar nicht so sicher ist“ wie es „auf den ersten Blick“ erscheint usw.

Insgesamt sollte es zur Beobachtungsroutine des Arztes gehören, seinen Patienten auf „allen Kanälen“ wahrzunehmen, wie sie auch in der nonverbalen Forschung zur Arzt-Patient-Kommunikation differenziert werden (§ 12, 20). Letztlich geht es unter dem Aspekt der Vervollständigung der Anamnese um die Zielsetzung, ein hinreichend „gutes Gesamtbild“ von diesem individuellen Patienten zu gewinnen. Dabei besteht die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung darin, für die „lebensweltlichen“ Belange des Patienten, d.h. seinen Anliegen, Hoffnungen, Befürchtungen, Präferenzen usw. genügend Gesprächsraum zu eröffnen, ohne die medizinischen Belange einer optimalen Versorgung des Patienten zu vernachlässigen. Dieser doppelten Herausforderung zu genügen, muss der Arzt eine Balance finden zwischen einer hinreichend strukturierten und zugleich flexiblen Gesprächsführung, mit der die

Unzulänglichkeiten der spontanen (Selbst-)Darstellungen des Patienten im Sinne einer systematischen und annähernd vollständigen Anamneseerhebung aufgehoben werden können.

17.3 Strukturierte und flexible Gesprächsführung

Die Balance zwischen einer strukturierten und zugleich flexiblen Gesprächsführung zu finden, kann leicht zu Maximen-Konflikten führen (§ 3.1, 17.2). Den Patienten ausführlich erzählend zu Wort kommen zu lassen, ohne ihn beizeiten zu unterbrechen, um gegebenenfalls Unklarheiten zu beseitigen, birgt unter Umständen das Risiko, bestimmte Lücken in der Anamnese lassen zu müssen, die aus ärztlicher Sicht dringend zu schließen wären. Insofern bleibt die ärztliche *Gesprächsführung* oft eine Gradwanderung, bei der die Einheit von *Gespräch* und *Führung* gefährdet ist (§ 7.5), weil entweder das Gespräch als Dialog zu kurz kommen kann oder der Mangel an Führung gegebenenfalls medizinisch relevante Themen ungeklärt sein lässt.

Im Kontext der vorausgehend (§ 17.2.1) skizzierten Diskussion um den vermeintlichen Gegensatz von *skills* und *creativity* hat Silverman (2018) (Box 17.10) die *Paradoxie* betont, dass erst Strukturen gewisse Freiheiten eröffnen können, von fixierten Wegen flexibel abzuweichen.

Box 17.10 Paradoxically, structure sets us free

Without some form of structural model, it is all too easy for consultations to be unsystematic or unproductive and for experimental communication teaching to appear random and opportunistic. Paradoxically, structure sets us free – it provides us with an awareness of the distinct phases of the interview as we consult and the flexibility to move away from a fixed path when appropriate, with the security of understanding how to return to our structure in due course.

Silverman 2018: 8

Was hier zugleich für die Gesprächslehre und Gesprächspraxis betont wird, ist die Bedingung der *Angemessenheit* („when appropriate“), die erfüllt sein muss, um die flexible *Abweichung* von Strukturen ebenso wie die *Rückkehr* zu Strukturen rechtfertigen zu können. Der Begriff der „Angemessenheit“ oder „Passung“ (*appropriateness, fittingness*) war vo-

rausgehend schon als zentral für unser Passungsmodell ausgewiesen worden (§ 3.2, 17.2) und wird uns laufend in empirischen Gesprächsanalysen begegnen, wenn es um die Passung verbaler und non-verbaler Interventionen bei der ärztlichen Gesprächsführung in Gesprächssequenzen geht.

Dabei werden zunächst *sequenzielle* Strukturen (beim Sprecherwechsel) auf einer *Mikroebene* des Gesprächs erfasst, das jedoch immer auch auf einer *makrostrukturellen* Ebene zu untersuchen ist, auf der es etwa um die interaktive und thematische *Teilhabe* der Gesprächspartner im Gesamtgespräch oder in spezifischen *Gesprächsphasen* geht (§ 17.3.2, 40.2). Nur so lassen sich die mehr oder weniger „abrupten“ Themenwechsel erkennen, wenn Ärzte etwa von „Emotionen“ (Manual: Schritt/Funktion 3) unmittelbar zum weiteren „Vorgehen“ (5) wechseln, um dann etwa zur „Detailexploration von Beschwerden“ (4) zurückkehren usw.

Diese Wechsel erscheinen mitunter „willkürlich“, aber sie können auch ihre spezifischen Funktionen erfüllen, die im obigen Sinne von Silverman (2016) durchaus in verschiedenen Gesprächsphasen („distinct phases of the interview“) wahrgenommen werden können. Die wechselnden Funktionen abweichend von einer bestimmten Grundstruktur zu realisieren, kann „gute“ Gründe haben, denen zu folgen gerade die Flexibilität in der ärztlichen Gesprächsführung ausmacht. Unter diesem evaluativen Aspekt sollen nachfolgend qualitative und quantitative Analyseperspektiven aufgezeigt werden, die dann für die späteren empirischen Gesprächsanalysen mit Ankerbeispielen zum Manual zu konkretisieren sind.

17.3.1 Zeitliche Rahmensetzung

Eine erste Kontroverse um „gute“ Gründe kann sich schon bei der Gesprächseröffnung ergeben, bei der sich die relativ einfache Frage nach dem Umgang mit der Gesprächszeit in der ärztlichen Sprechstunde oder Visite stellt. So können zwar „gute“ Gründe für eine explizite Offenlegung der Begrenzung der Gesprächszeit angeführt werden, die mit dem *Transparenzgebot* medizinischen Handelns im Einklang stünden (§ 10.5). Häufig müssen jedoch „pragmatische“ Entscheidungen getroffen werden, weil die „notwendige“ Zeit nicht immer hinreichend antizipiert werden kann und frühe Einschätzungen geändert werden müssen. Zudem ist bei spezifischen Zeitangaben (nach Minuten) mit unterschiedli-

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

chen Wirkungen auf Patienten zu rechnen. So kann die Mitteilung gegenüber dem Patienten zwar als „Strukturvorgabe“ für beide Gesprächspartner zur besseren „Orientierung“ dienen (§ 18.7), aber auch zur „Fessel“ werden, wenn sie etwa vom Patienten missverstanden oder auch aus weiteren „guten“ Gründen nicht eingehalten werden kann, weil der Arzt selbst noch dringenden „Klärungsbedarf“ hat usw.

Das Problem der Mitteilung der Gesprächszeit stellt sich weniger als „objektives“ Zeitproblem, sondern als subjektives Zeiterleben. Oft wird unterstellt, dass gute Gespräche in der Regel länger ausfallen müssen als weniger gute. Zwar gibt es faktische „Ausreißer“ von extrem kurzen oder langen Gesprächen (§ 19.6-7). Als Ergebnis von Kölner Studien in einem prä-post-Design zur Evaluation von Balint-Gruppenarbeit können wir aber vorwegnehmen, dass die Gespräche nach Fortbildung besser wurden, ohne wesentlich länger zu werden (Köhle et al. 1995, 2001, Koerfer et al. 2000, 2004, Koerfer, Köhle 2009). Es kommt also darauf an, wie der Umfang eines Gesprächs sowohl *formal* (Rederecht) als auch *interaktiv* (Erzählungen-Zuhören) sowie *thematisch* (nach biopsychosozialen Themen) genutzt wird, was nicht zuletzt ein Problem der *Teilhabe* der beiden Gesprächspartner am Gesprächsverlauf ist.

Bevor auf dieses Problem der *Teilhabe* nachfolgend (§ 17.3.6, 17.4) und bei der Evaluation (§ 40) weiter eingegangen wird, soll hier zunächst das praktische Problem angeschnitten werden, inwieweit die Patienten vom voraussichtlichen Umfang des Gesprächs vorab informiert werden sollen oder eben nicht (§ 18.7). Dabei stellt sich nicht nur die Ob-Frage, sondern auch die Wie-Frage. In beiden Fragen ist die Kölner Forschungsgruppe nicht zu einer einheitlichen Auffassung gelangt. Das hängt damit zusammen, dass die Kliniker unserer Gruppe und die Ärzte aus den Fortbildungen sehr unterschiedliche Erfahrungen mit den Reaktionen von Patienten auf Zeitangaben gemacht haben.

Manche Patienten reagieren auf eine strikte Zeitangabe („10 Minuten“) irritiert, offenbar weil sie dies als zu „kurz und knapp“ empfinden. Andere reagieren gelassener, vielleicht weil sie ein anderes Zeitgefühl haben oder auch sonst offenbar meinen, ihr Anliegen im angekündigten Zeitrahmen wahrnehmen zu können. Weil man nicht im Voraus wissen kann, um welchen Typ von Patienten es sich handelt, der sich in seiner Gesprächsbereitschaft entweder von der Zeitangabe abschrecken lässt oder sich zum Gespräch eingeladen fühlt, präferieren Ärzte oft vage Formulierungen, die wir im Einzelnen im Praxisteil anführen (§ 18-23). Insbesondere beim Erstgespräch räumen Ärzte ihren Patienten oft „ge-

nügend“ Zeit ein, „um sich erst mal kennen lernen“ oder „sich ein Bild machen“ zu können usw.

Wegen der herausragenden Funktion des Erstgesprächs, in dem sich gegebenenfalls eine langfristige Beziehung zwischen Arzt und Patient anbahnen kann, wird oft flexibel, aber durch besondere Strukturvorgaben mehr Zeit eingeräumt. So werden für Erstgespräche etwa in der Hausarztpraxis bestimmte (längere) Termine reserviert, was allerdings eine spezifische Praxisorganisation voraussetzt (§ 24). Ist die Beziehung vertraut und stabil genug, werden für Folgegespräche auch fixe Zeiten gesetzt, in denen auf bestimmte Aufgaben („Blutdruckkontrolle“, Medikation usw.) fokussiert wird. Dabei kann es in Folgegesprächen zu *Schwerpunktbildungen* kommen (§ 17.3.2, 40.2), weil bestimmte Gesprächsschritte und -funktionen nur am Rande wahrgenommen werden müssen, wenn etwa die Anamneseerhebung schon relativ abgeschlossen ist und „nur“ noch „Veränderungen“ gegenüber dem aktuellen Stand aus dem Vorgespräch zu berücksichtigen sind.

17.3.2 Gesprächsschritte und -funktionen

Neben der äußeren Rahmensetzung (Ort, Zeit) (§ 18.7) ist die innere Struktur von Gesprächen bedeutsam, mit denen Ärzte der Logik von tradierten Mustern der Gesprächsführung folgen, die funktional von der *Anamneseerhebung* über die *Diagnosestellung* und *-mitteilung* bis zur weiteren *Aufklärung* und *Entscheidungsfindung* reicht. Wir haben die Stadien und Verlaufsformen ärztlicher Gesprächs-, Untersuchungs- und Behandlungsfolgen vorausgehend differenziert (§ 8) und fokussieren hier auf die in unserem Manual unterschiedenen Gesprächsschritte und -funktionen (§ 17.2.2), die sich im Idealfall in einem Erstgespräch abbilden, bevor sich die Muster in Folgegesprächen wiederholen oder abwandeln können.

Schon bei der Vorstellung unseres Manuals hatten wir darauf aufmerksam gemacht, dass die 6 Gesprächsschritte bzw. Gesprächsfunktionen keineswegs in einer linearen Folge abzuarbeiten wären, was ja auch jeder Praxiserfahrung widerspräche. Reale Gespräche laufen faktisch anders, auch wenn sie sich an idealtypischen Verlaufsformen orientieren. Dabei ist qua Funktion zwar klar, dass eine Begrüßung am Anfang erfolgt und ein Resümee eher gegen Ende gezogen wird, obwohl es ja auch das Zwischenresümee geben kann, jedenfalls in Form von zusammenfassenden *Verständnissicherungen* (§ 19) usw. Wie die empiri-

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

rische Gesprächsanalyse noch zeigen wird, gibt es jedoch im Kern des Gesprächs (2-5) Verlaufsstrukturen, die von einer idealtypischen Struktur erheblich abweichen können, und dies aus guten Gründen, weil sich der Arzt mit einer flexiblen Gesprächsführung passgenau auf den Kommunikationsbedarf der Patienten einstellt.

Der Arzt folgt dem patientenseitigen Kommunikationsbedarf allerdings in einer Art und Weise, in der er möglichst in fließenden Themenbewegungen, aber mitunter auch durch einen Themenwechsel dem für ihn nötigen Klärungsbedarf nachkommt. So ergeben sich *zirkuläre* Strukturen (vgl. oben Abb. 17.2), in denen beide Partner mit ihren jeweiligen Themeninitiativen und Themenreaktionen zwischen den 4 Kernfunktionen „oszillieren“, die im Mittelteil des Gesprächsmanuals unterschieden werden. Als Ergebnis lassen sich auch hier prototypische Verlaufsstrukturen angeben, zu denen wir exemplarische Falltypen (Abb. 17.4, A-D) mit je spezifischen Schwerpunktbildungen differenziert haben, wobei hier auf der Zeitachse jeweils grob 10 Zeiteinheiten unterschieden werden.

Im ersten Typ (A) haben wir es mit der im Manual unterstellten idealtypischen Ablaufstruktur zu tun, bei der die Schritt- und Funktionsfolgen mehr oder weniger linear realisiert werden. Geringe Abweichungen, die etwa kleinen Themenexkursionen oder -rückblenden geschuldet sind, ändern wenig an der Hauptstruktur des Gesprächs, die sich zumeist bei Erstgesprächen nachweisen lässt.

t	1	2 Anliegen	3 Emotionen	4 Details	5 Vorgehen	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Abb. 17.4-A: Idealtypische Normalstruktur (Erstgespräch)

Folgegespräche entwickeln aufgrund ihrer spezifischen Funktionen ohnehin eine Eigendynamik, bei der bereits auf gemeinsam erworbenes

Wissen auch abkürzend Bezug genommen werden kann, so dass sich eigene Strukturen und Schwerpunkte ausbilden, wie sie für den nachfolgenden Typ (B) kennzeichnend sind. Aufgrund der gemeinsamen Interaktionsgeschichte können Arzt und Patient gleich nach der Gesprächseinleitung den Fokus auf die *Abstimmung* des weiteren *Vorgehens* (5) legen, wie dies im Vorgespräch schon als Agenda beschlossen worden sein kann. Der Typ mit der Schwerpunktbildung *Vorgehen abstimmen* ist für alle Folgegespräche charakteristisch, bei denen es etwa um die Fortsetzung einer begonnenen Therapie geht und evtl. nur auf die Medikamenteneinnahme (*Adhärenz*) fokussiert werden muss, zu der die „übrige“ Anamneseerhebung „nur“ zu aktualisieren ist usw.

t	1	2 Anliegen	3 Emotionen	4 Details	5 Vorgehen	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Abb. 17.4-B: Schwerpunktbildung „Vorgehen abstimmen“

Allerdings kann es auch Erstgespräche dieses Typs (B) geben, die gar nicht so selten sind. Diese Erstgespräche zeichnen sich dadurch aus, dass ein Patient schon bei der Gesprächseröffnung mit einem „Anliegen“ gleichsam „ins Haus fällt“, das einer Forderung nach einem bestimmten Vorgehen gleichkommt. Patienten „begehren“ gleich zu Gesprächsbeginn einen „Totalcheck“ oder eine „Magenspiegelung“ oder (als Diabetiker) eine „Umstellung auf Pumpe“. In diesen Fällen, die noch Gegenstand der Analyse im Praxisteil sind, werden die Ärzte gleichsam nach dem Modell der *Dienstleistung* kontaktiert, das von ihnen erst mühsam in ein *Kooperationsmodell* überführt werden muss (§ 10.4), bei dem zunächst die Anamneseerhebung erfolgt, bevor nach weiterer Detailexploration (4) schließlich das weitere Vorgehen (5) mit dem Patienten abgestimmt wird. Hier erstreckt sich die Gesprächsführung möglicherweise verstärkt auf die Abklärung von *subjektiven Erwartungen* und *Patienten-*

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

Präferenzen als eine Voraussetzung für eine gemeinsame *Entscheidungsfindung* (§ 10). Möglicherweise sind auch weitere Befunde abzuwarten und zu besprechen, worüber der Patient weiter *aufzuklären* ist usw.

Da die Anamneseerhebung immer nur relativ abgeschlossen und laufend zu ergänzen ist, kann sich unter dem Aspekt der Aktualisierung der Anamneseerhebung auch ein weiterer Sub-Typ (C) herausbilden, der sich durch eine Schwerpunktbildung zur *Detailexploration* (4) auszeichnet, bei der es etwa verstärkt um die Integration von therapeutischen Maßnahmen (Diät, Krankengymnastik, Herz-Sport usw.) in den Lebensalltag des Patienten geht. Unter Umständen sind erneut Korrekturen am Therapieplan zu besprechen, der auf die Realisationsmöglichkeiten des Patienten abzustimmen ist usw.

t	1	2 Anliegen	3 Emotionen	4 Details	5 Vorgehen	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Abb. 17.4-C: Schwerpunktbildung „Detailexploration“

Beim vierten Typ (D) ist charakteristisch, dass Patienten gleich zu Beginn schon eines Erstgesprächs, aber auch in Folgegesprächen ihre Emotionen thematisieren („so Angstzustände“, „mit den Nerven fertig“, „niedergeschlagen“). Solche Thematisierungen von Emotionen sind natürlich eine indirekte Art der Formulierung eines Anliegens als Hilfeersuchen, wie es mit Brody (1994) bereits (§ 9) auf den Begriff gebracht wurde: „My story is broken; can you help me fix it?“ Hier kann der Arzt etwa mit der weiteren *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung und Detailexploration gut anknüpfen, bevor er dann eventuell ein Vorgehen mit dem Patienten abzustimmen beginnt, mit dem gegebenenfalls einer diagnostizierten Depression (§ 30) oder Angststörung (§ 31) erfolgreich begegnet werden kann.

t	1	2 Anliegen	3 Emotionen	4 Details	5 Vorgehen	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Abb. 17.4-D: Schwerpunktbildung „Emotionen“

Die vorausgehend grob charakterisierten vier Proto-Typen von Verlaufsstrukturen können das weite Spektrum möglicher Gesprächsverläufe kaum abdecken, das unter evaluativen Aspekten weiter auszudifferenzieren ist. Zwar können defizitäre Gesprächsstrukturen, bei denen spezifische Schwerpunktbildungen möglicherweise Lücken etwa bei der „Emotionsarbeit“ oder „Detailexploration“ lassen, Hinweise auf eine defizitäre Gesprächsführung insgesamt sein. Allerdings ist ebenso zu berücksichtigen, dass „Devianzen“ gegenüber einer idealen Verlaufsstruktur auch „gute“ Gründe haben können, die mit den aufgezeigten wechselnden Gesprächsfunktionen zu tun haben, nach denen sich schon Erst- und Folgegesprächen erheblich unterscheiden können.

Ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient im Laufe einer langen gemeinsamen Interaktionsgeschichte erst einmal hergestellt, können sie auch „gleich zur Sache“ kommen, wie auch immer diese Sache im Einzelfall zwischen den Gesprächspartnern *ausgehandelt* wird (§ 17.4). Bei diesem Problem der Relevanzaushandlung ist eine besondere *Passungskompetenz* gefragt (§ 3.2-3, 17.2.4), mit der sich Ärzte bei Wahrung der „medizinischen“ Belange auf den individuellen Kommunikationsbedarf ihrer jeweiligen Patienten flexibel einzustellen verstehen.

Wie wir noch sehen werden, entwickeln Patienten mitunter auch *eigeninitiativ* komplizierte Einstiegsstrukturen, indem sie im Gesprächsverlauf immer neue „Eintrittskarten“ zu weiteren Themen „lösen“, die nach Schwerpunktbildungen zu strukturieren eine Herausforderung für die ärztliche Gesprächsführung bleibt. Hier kann die *Super-Maxime*, ge-

rade ein Erst-Gespräch erst einmal „laufen“ zu *lassen*, nur eine Zwischen-Lösung sein, die zumindest in Folgegesprächen durch eine stärkere Gesprächsführung abzulösen ist. Dass sich bei der ärztlichen Gesprächsführung kein Widerspruch zwischen *Gespräch* und *Führung* entwickeln muss, war bereits bei der Begründung einer *dialogischen Medizin* (§ 7.5) ausgeführt worden.

17.3.3 Mixtur und Dosierung

Bei aller institutionsspezifischen Zielsetzung gilt für die Arzt-Patient-Kommunikation, was für Gespräche überhaupt und sogar fürs Leben insgesamt gilt. In Begriffskonzepten ausgedrückt, mit denen Ärzte ja auch sonst in ihrem Berufsalltag bestens vertraut sind: Alles ist ein Mischungs- bzw. Dosierungsproblem. Was als „Medizin“ eigentlich „helfen“ soll, kann bei Unterdosierung wirkungslos bleiben oder kann als Gift „tödlich“ sein, wenn eine entsprechende Überdosierung vorliegt.

Also gilt prinzipiell nicht: „Viel hilft viel!“, sondern es ist auch für die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung zu unterscheiden: Neben einem „Weniger-desselben“ gibt es auch ein „Mehr-desselben“, das allerdings an seine Grenzen stoßen kann, weil es auch ein „Zu-viel-des-Guten“ gibt. Um es in einem Vergleich zwischen einem Medikament und der Gesprächsführung zu illustrieren: So wenig, wie es hilft, die Hustensaftflasche in einem Zug oder in einem Tag zu leeren, so wenig hilft es, bestimmte (non-)verbale Gesprächsregister zugleich oder in kurzer Gesprächsdauer *inflationär* zu benutzen. Eine erste normative Orientierung soll in einer einfachen, tabellarischen Gegenüberstellung (Tab. 17.1) gegeben werden, zu der hier exemplarische Platzhalter („Ingredienzen“) für eine mehr oder weniger „gute“ *Mixtur* bei der Gesprächsführung angegeben werden sollen.

Mit diesem tabellarischen Überblick kann die Komplexität von Kommunikation nur rudimentär erfasst werden, zumal hier lediglich implizit Maximen zugrunde liegen, die in der Anwendung nur eine Gradierung zwischen „zu viel“ und „zu wenig“ erlauben. So gibt es fließende Übergänge, bei denen *Empfehlungen* zu *Warnungen* „umkippen“ können. Entsprechend lässt sich keine bestimmte Grenze festlegen, nach der etwa (wie bei „Dornröschen“ mit den Feen) die 13. Frage schon „zu viel“ wäre. Das betrifft das evaluative Problem, wieviel Fragen (eines bestimmten Typs) ein „gutes“ Gespräch noch „verträgt“ (oder eben nicht).

Empfehlungen		Warnungen
Weniger-desselben	Mehr-desselben	Zuviel-des-Guten
Reden Unterbrechen Informationsfragen Suggestive Informationsfragen Emotionen ignorieren Tadeln Belehren Anweisen Themenwechsel	Schweigen (= Reden lassen) Hörerrückmeldungen Verständnisfragen Aktives Zuhören (Wiederholungen, Paraphrasen) Emotionen ansprechen Loben Aufklären Raten Themenreaktivierung	

Tab. 17.1: Mixturen und „Ingredienzien“ bei der ärztlichen Gesprächsführung

Die Passung von Fragen hängt oft davon ab, was sonst noch im Gespräch passiert, in das sich eine 13. Frage unter Umständen noch gut einfügen kann. Allerdings lassen sich Gespräche eindeutig als „Verhörgespräche“ ausweisen (§ 19), wenn Fragen dort offenbar so dominieren, dass alles andere „zu kurz kommt“, also etwa Patientenerzählungen durch weitere Arztfragen schon im Keim erstickt werden. Hier sollen die bereits (§ 3.4) angeführten „Klassiker“-Maximen von Morgan und Engel (1969/77) zum einseitig „interrogativen Interviewstil“ in Auswahl (Box 17.11, Nr. 4-6) nochmals herangezogen werden.

Gut gemeinte, aber zu viele und schlecht platzierte Fragen eines bestimmten Typs (z.B. *suggestive Informationsfragen*) (§ 21.2) können als „Kreuzverhör“ (im Sinne von Morgan, Engel 1969/77) erlebt werden, wozu wir empirische Beispiele ganzer Gespräche analysieren werden (§ 19-21). Insgesamt kommt es im „guten“ Gespräch immer auf die „gute Mischung“ an, zu denen sicherlich auch *gezielte* Fragen gehören, wenn sich die Informationen nicht anders gewinnen lassen. Diese Fragen sind aber „in der Regel“ dann unter „ferner liefern“ zu verbuchen, wenn sie zwar notwendige Informationsergänzungen „zu Tage fördern helfen“, aber das Gespräch nicht „wirklich so voranbringen“ können, wie es *Schlüsselinterventionen* vermögen, auf die wir an empirischen Gesprächsanalysen (§ 19-22) weiter eingehen werden.

Gesprächsmaximen
<ol style="list-style-type: none">1. (...) 2. (...) 3. (...)4. Weder darf er [der Arzt] sich passiv von zahlreichen unbedeutenden Einzelheiten überfluten lassen, noch die Anamnese in der Art eines Kreuzverhörs führen.5. Der Arzt muß ein Thema immer mit offenen Fragen beginnen. Gezielte Fragen benützt er nur, um Lücken zu füllen, Unklarheiten zu beseitigen oder bestimmte Tatsachen zu erhärten.6. Fragen, die der Patient mit einem einfachen „Ja“ oder „Nein“ beantworten kann, vermeidet er möglichst.7. (...) 8. (...) 9. (...) 10. (...)
Box 17.11: aus: Morgan, Engel (1969; dt. 1977: 31-75) (Auswahl und Hervorhebungen von uns) (vgl. § 3.4)

Bei der Gesprächsanalyse ist insgesamt eine Mischung von quantitativen und qualitativen Aspekten zu berücksichtigen. Bestimmte verunglückte, missverständliche Fragen können durchaus auch mehrmals korrigierend wiederholt werden, bestimmte andere interrogative „Ingredienzien“ eines Gesprächs aber nicht. Bei einem Abwehrverhalten eines Patienten immer wieder durch *insistierende* Fragen „nachzubohren“, dürfte kontraproduktiv sein, weil das Abwehrverhalten eher verstärkt würde. Gegenüber weiteren Konfrontationen empfiehlt sich hier eine *tangentiale* Gesprächsführung, wie sie vorausgehend (§ 3.2) schon erläutert wurde und nachfolgend (§ 17.3.4) noch weiter ausgeführt werden soll.

Bestimmte „Ingredienzien“ bleiben von vornherein *singuläre* Interaktionen. Nachdem eine Begrüßung (aus welchen Gründen auch immer) (§ 18) „verunglückt“ ist, kann man sie nicht durch dreimalige Wiederholung reparieren; bestenfalls kann sie durch Metakommunikation kompensiert werden („Entschuldigung, ich war noch ganz ins Telefonat vertieft“). Bei Verabschiedungen kann man gelegentlich „Wiederholungen“ beobachten, die zumeist dadurch bedingt sind, dass Patienten „kein Ende finden“ und weitere „Symptome“ noch im Türrahmen „anbieten“. Hier erfüllt die ärztliche Wiederholung der Verabschiedung oft subtil die Doppelfunktion der Gesprächsbeendigung.

Eine besonders „gute“ Mixtur verlangen die Formen des *aktiven Zuhörens*, die nach Typ und Häufigkeit zu differenzieren sind. Hörerrückmeldungen (*ja, genau, richtig* usw.) sind relativ häufig, aber sie „ohne Sinn und Verstand“ in allzu regelmäßiger Folge mechanisch zu repetieren ist ebenso wenig gesprächsfördernd wie die ständige Wortwiederholungen, die als eine besondere Form des aktiven Zuhörens durchaus produktiv eingesetzt werden kann, um ein Gespräch „in Gang zu halten“ (§ 19). Wortwiederholungen im „Übermaß“ zu gebrauchen, könnte den kritischen Patienten denken lassen, was der couragierte Patient aussprechen würde: „Herr Doktor, Sie sind doch nicht mein Papagei!“ Ein „Übermaß“ an „positiven“ Kommunikationsformen ist ebenso wenig gesprächsfördernd wie ständiges Dazwischenreden, das den Rede,- Erzähl- und Gedankenfluss des Patienten unterbindet. Auch wäre 100% Blickkontakt ebenso schädlich wie keiner (Skelton 2011). Dauerkontakt beim Blickverhalten wäre *Zu-viel-des-Guten*, weil es von Patienten als „aggressives Anstarren“ erlebt werden könnte, worüber uns die Forschung zur nonverbalen Kommunikation (§ 12) aufgeklärt hat.

Ebenso kann allzu langes „Schweigen“ des Arztes als bedrohlich ausgelegt werden, weil es von Inkompetenz oder Desinteresse zeugen kann. Eine ärztliche Zurückhaltung beim Rederecht muss also wohl dosiert und an den „richtigen“ Stellen platziert sein, wenn sie vom Patienten als wohlgemeinte Redeüberlassung wahrgenommen werden soll. Auch bei der Rederechtverteilung kommt es auf eine *gute Mischung* im Verhältnis zwischen den Sprecher- und Hörerrollen an, was sich unter dem Aspekt der *Teilhabe* (§ 17.3.6) durchaus in einer quantitativen Perspektive darstellen lässt.

17.3.4 Tangentiale Gesprächsführung

Während die „richtige“ *Mixtur* und *Dosierung* die Gespräche als Ganzes betrifft, geht es in diesen einzelnen Gesprächen immer auch um bestimmte *Schlüsselinterventionen*, durch die Gespräche oft eine neue Qualität bekommen. Diese Schlüsselinterventionen können aber nicht beliebig, sondern müssen *passgenau* platziert werden, relativ zur Gesprächsentwicklung und Aufnahmebereitschaft des Patienten, der eben nicht vor ihnen „zurückschrecken“ sollte. Um im Bild der Dosierung zu bleiben: Auch bei Einzeldosen müssen Unter- oder Überdosierungen vermieden werden, was besondere (pharmakologische usw.) Kompetenzen des Arztes verlangt. Für „ausschlaggebende“ Interventionen im Ge-

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

sprach bedarf es zumeist einer besonderen *empathischen* Kompetenz (§ 3.2), mit der der Arzt den richtigen Augenblick abpasst, ein Gespräch, das vielleicht bisher „so dahin geplätschert“ ist, zu forcieren, ohne den Patienten zu „verlieren“.

Unter dem Aspekt der *empathischen* Kompetenz von Ärzten geht es dabei weniger um die selbstverständliche Vermeidung verbaler „Entgleisungen“, wie wir sie (oben) mit Lown geschildert hatten (§ 17.1.2), sondern um das Problem der *Dosierung* verbaler Interventionen in einer sog. *tangentialen* Gesprächsführung (§ 3.2). Wie der Name schon kennzeichnend nahelegt, sollen mit dieser Art der Gesprächsführung etwa „heikle“ Themen nur soweit „angeschnitten“ werden, dass der Patient nur „berührt“ wird, ohne allzu weit in ihn „einzudringen“. Dabei muss ein Arzt mit der „Macht des Wortes“ (§ 17.1) unter Umständen noch sehr viel „behutsamer“ umgehen, als wir es alle schon im Alltag tun sollten. Hier kommt eine *selbstreflexive Beobachtungskompetenz* des Arztes ins Spiel (§ 3.3.2), die über grobe Fahrlässigkeiten hinaus die Wirkungen des Wortes auf genau diesen Patienten in dieser Gesprächssituation zu diesem Zeitpunkt abzustimmen weiß.

Diese *Passung* von Interventionen in einer *tangentialen* Gesprächsführung ist in den empirischen Gesprächsanalysen noch im Detail herauszuarbeiten. Hier soll nur so viel vorweggenommen werden, dass eine tangentiale Gesprächsführung eine allgemeine Herausforderung darstellt, die für ein großes Krankheits- und Krankenspektrum geltend gemacht wird, so etwa spezifisch für *somatoforme* und *funktionelle* Störungen (Ronel et al. 2007, Rudolf 2008, Schäfert et al. 2008, Lahmann et al. 2010a, 2010b), *dissoziative* Anfälle (Fritzsche et al. 2012), aber auch bei spezifisch körperlich erkrankten Patienten mit fortgeschrittenem Diabetes Typ 2 (Faude-Lang et al. 2010). So plädiert Rudolf (2008: 13) insgesamt für eine „verständnisvolle, gelassene und wohlwollende therapeutische Haltung“, die sich insbesondere bei somatoformen Patienten einer *tangentialen* Gesprächsführung bedienen sollte. Wie Schäfert et al. 2008 (Box 17.12) anschaulich beschreiben, sind *konfrontative* Gesprächstechniken zunächst entsprechend zurückzustellen, die die Beziehung zum Patienten „nachhaltig belasten“ können.

Box 17.12 Tangential statt frontal

Typischerweise werden längere Strecken der Beschwerdeklaage immer wieder von kurzen Hinweisen auf psychosoziale Schwierigkeiten unterbrochen. Sie sollten nicht übergangen werden (...), was ein typischer

Fallstrick der Gesprächsführung in der Primärversorgung ist (...), sondern mittels tangentialer Gesprächsführung aufgegriffen werden. Damit ist gemeint, dass die Mitteilung der Patientin vorsichtig als relevant markiert, d.h. registriert und unterstrichen wird. Diese Art der Gesprächsführung heißt *tangential*, weil sie den Bericht der PatientIn wie eine Tangente einen Kreis nur leicht berührt (...). Psychologische Themen werden eher *beiläufig* mit Begriffen aus dem Alltagserleben wie „Belastung“ oder „Stress“ angesprochen, was dabei hilft, psychosomatische Zusammenhänge möglichst frei von Stigmata zu erörtern. Haupttechnik hierfür ist das *Spiegeln*, d.h. die emphatische Wiedergabe dessen, was die TherapeutIn gehört hat, z.B. „Das hat sie also belastet“, „Das klingt nach Stress“ (...) Abzuraten ist demgegenüber von frontalen, konfrontierenden Gesprächstechniken (...), die oft nur schwer angenommen werden und die Therapeut-Patient-Beziehung nachhaltig belasten können. In diese Kategorie gehört die Deutung von Widerständen und Zusammenhängen, auf die – zumindest initial – verzichtet werden sollte.

Schäfert et al. 2008: 255

In empirischen Fällen kann sich die Gesprächsgestaltung zwischen den Alternativen einer eher *konfrontativen* oder *tangentialen* als schwierig erweisen (§ 20, 21, 32). Auch in diesen Fällen gilt, dass eine zunächst „konfliktvermeidende“ oder auch nur „konfliktreduzierende“ Gesprächshaltung gegenüber individuellen Patienten in individuellen Gesprächssituationen eine *empathische* Gesprächskompetenz erfordert (§ 3.2), mit der der Arzt mögliche (Abwehr-)Reaktionen des Patienten gegenüber seinen Interventionen wenn nicht schon antizipieren, so doch im Gespräch faktisch bemerken kann. Wie bei uns allen im Alltag, so lässt sich auch in der Sprechstunde die Wirkung von Worten (§ 17.1) an den Reaktionen von Patienten „ablesen“, sei es verbal oder nonverbal, wenn etwa eine „halbherzige“ Antwort von einem „gequälten“ Lächeln begleitet wird. Hier sollen alltagsweltliche Beschreibungen aus dem Metaphernbereich „Gespräche als Kampf“ (Lakoff, Johnson 1998) (§ 11) die mögliche „Überdosierung“ bei ärztlichen Interventionen illustrieren, die entsprechende Reaktionen des Patienten „bewirken“ können:

- Der Arzt hat den Patienten so „überrannt“, dass er allen Widerstand „aufgegeben“ hat.
- Der Arzt hat dem Patienten so „bedrängt“, dass er sich „in die Enge getrieben“ gefühlt hat.

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

- Der Arzt hat das Gesprächstempo so „verschärft“, dass er den Patienten „abgehängt“ hat.
- Der Arzt ist soweit „vorgestoßen“, dass sich der Patient „zurückgezogen“ hat.
- Der Arzt war so „zudringlich“, dass der Patient „zugemacht“ hat
- Der Arzt hat den Patienten so stark „angegriffen“, dass dieser „erschrocken zurückgewichen“ ist.

Möglicherweise war der Arzt in diesen Fällen bei einem „heiklen“ Thema (Ehekrise, Sexualität, Arbeitsplatzkonflikt usw.) gegenüber seinem Patienten zu „invasiv“, was den Patienten eher „in die Defensive gedrängt“ hat. So ist etwa zu bedenken, dass insistierende Interventionen, die ihrer Logik nach ja nichts wesentlich Neues thematisieren, sondern nur „Altes“ allzu häufig in Varianten wiederholen, oft das Gegenteil von dem auslösen, was sie bewirken wollen, nämlich „Abwehr“ statt „Öffnung“ des Patienten.

Diese Abwehr lässt auf eine mangelnde Gesprächsbereitschaft an der gerade aktuellen thematischen „Front“ schließen. Hier kann der sensible Arzt gegebenenfalls beobachten, dass die Patienten „sich bedeckt halten“ oder „zumachen“, weil er offensichtlich mit seinen ärztlichen Interventionen „zu weit gegangen“ ist und sie zu sehr „bedrängt“ hat usw. Worauf bei der Kommunikation im Einzelnen zu achten und dann mit einer erkennbaren Abwehr gesprächsweise umzugehen ist, wurde von Morgan und Engel (1977) (Box 17.13) ebenfalls konkret beschrieben:

Box 17.13 Vermeidung oder Verschiebung „brenzlicher“ Themen

Der Patient, der bewußt Angaben verschweigt, verrät dem Arzt durch wiederholtes Erröten, Zögern und Gesten oder durch ein unangebrachtes Lachen, daß er ein brenzliches Thema berührt. Da der Arzt die Abwehr des Patienten nicht durchbrechen will, was den Patienten verängstigen würde, läßt er das heikle Thema vorerst fallen und versucht später auf einem Umweg darauf zurückzukommen.

Morgan, Engel 1969/1977: 68f

Auf diese Kunst der ärztlichen Gesprächsführung, bei „brenzligen“ oder „heiklen“ Themen auf „Umwegen“ zum Ziel zu kommen, werden wir später sowohl mit berichteten Fallbeispielen von Morgan und Engel als auch mit eigenen empirischen Beispielen zurückkommen, an denen die

Problem der Gradwanderung zwischen einer eher *konfrontativen* und eher *tangentialen* Gesprächsführung deutlich werden (§ 20, 21, 32). Die Risiken einer Abwehr zunächst zu antizipieren und im Interaktionsfeld zu vermeiden, fällt in die besondere professionelle Passungskompetenz des Arztes, der hierfür nicht zuletzt durch Ausbildung und Erfahrung das nötige „Fingerspitzengefühl“ entwickelt haben muss, um die „Grenzen des Zumutbaren“ für diesen individuellen Patienten im *Hier* und *Jetzt* des Gesprächs ausloten und schrittweise transzendieren zu können (Koerfer 2013: 272ff.). Der Verzicht auf „brenzlige“ Themen ist eben nur vorübergehend, aber nicht auf Dauer sinnvoll, wenn etwa ein selbstschädigendes Patientenverhalten geändert werden soll. Nur durch hinreichende ärztliche *Stimulation* (§ 17.3.10) kann der Patient die Grenzen seines (Selbst-)Verständnisses sukzessive überwinden und sein Verhalten gegebenenfalls ändern.

17.3.5 Stimulierende Gesprächsführung

Bei der Kunst der ärztlichen Gesprächsführung geht es um die Vermeidung sowohl einer Über- wie Unterdosierung in dem Sinn, dass der Arzt genau die Balance dazwischen finden muss, um den Patienten angemessen und das heißt produktiv zu *stimulieren*. Diese Stimulationen können auf der kognitiven, emotiven oder behavioralen Ebene wirksam werden. Aus der Doppelperspektive von *Psychoanalyse* und *Systemtheorie* lassen sich nach Simon (1994) (Box 17.14) im Prinzip drei mögliche Formen von Interaktion unterscheiden, die je spezifische Wirkungen haben können:

Box 17.14 Störende, nicht-störende oder zer-störende Interaktion

Es gibt also im Prinzip nur drei Formen von Interaktion: störende, nicht störende oder zerstörende (...) Betrachtet man die Beziehung mehrerer lebender Systeme zueinander, so sind sie füreinander Teile der Umwelt; aber solche Teile der Umwelt, die selbst auch die Charakteristika lebender Systeme besitzen. Die Verhaltensweisen des einen Systems sind potentielle Störungen für das andere, die kompensiert werden müssen. Im Laufe der Geschichte der gemeinsamen Interaktion produzieren beide Interaktionspartner für einander ständig Störungen, was dazu führt, dass die Entwicklung der Struktur der Interaktionspartner aneinandergekoppelt wird („strukturelle Kopplung“). Der Prozess der miteinander verbundenen individuellen Entwicklungen lässt sich als „Konversation“, ein Pro-

zess des gegenseitigen „Sich-Wenden-und-Drehens“ oder der Ko-Ontogenese einer gemeinsamen Evolution von System und Umwelt, verstehen (...).

Simon 1994: 63f

Obwohl *zer-störende* Formen der Interaktion häufig genug vorkommen, wie wir schon mit Lown gesehen haben (§ 17.1), sollten sich diese Formen zwischen Arzt und Patient von selbst verbieten. Allerdings wäre es eine falsche Alternative, den Patienten im Gespräch prinzipiell „nicht weiter stören“ zu wollen. Eine solch passive oder defensive Gesprächshaltung würde bereits am Anfang eine Gesprächsqualität voraussetzen wollen, die man mit Simon bestenfalls am Ende einer (psychoanalytischen) Therapie erreichen könnte: „(...) die gelungene Kommunikation zwischen Analytiker und Analysand, d.h. gegenseitiges Verstehen, ist dann gleichbedeutend mit dem Ende einer jeden Therapie, da beide sich gegenseitig in ihren Strukturen nur noch bestätigen“ (Simon 1994: 64 f.). Was am Ende als Erfolg einer Therapie bilanziert werden kann, der in einer gewissen Sättigung des Gesprächs von den Gesprächspartnern selbst bemerkt werden wird, ist aber zuvor durch hinreichende „Störung“ oft erst mühsam genug zu erarbeiten.

Wie in empirischen Gesprächsanalysen zu zeigen sein wird, resignieren dann schließlich beide Gesprächspartner, weil „sie sich nichts mehr zu sagen haben“. Sie geraten in eine *Gesprächsflaute*, die nicht selten zum Abbruch des Gesprächs führt (§ 19.6, 23). Dagegen werden wir kontrastiv Gespräche stellen, in denen der Arzt durch „kreative“, teils auch vorsichtig insistierende Interventionen den Patienten derart „tangiert“, dass es nach einem kurzen „Interaktionsstau“ nur so „aus ihm herausprudelt“. Dies geschieht oft in der Form einer längeren biographisch relevanten Patientenerzählung, die eine neue Perspektive der gemeinsamen Gesprächsarbeit zwischen Arzt und Patient mit neuen „Reibungspunkten“ eröffnet. Hier können systemtheoretische Perspektiven, die Kris (1997) in seiner „Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner“ aufgezeigt hat, auf Gesprächsanalysen übertragen werden, bei denen sich verschiedene Typen von Gesprächsentwicklungen unterscheiden lassen.⁶ In empirischen Analysen sollen

⁶ Die Anlehnung an Kris (1997), der seine „Systemtheorie“ eigens als „Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner“ konzipiert hat, soll hier nur assoziativ und metaphorisch als mögliche Übertragung auf empirische Gesprächsanalysen verstanden werden, die hier einen heu-

stabile versus *dynamische* Gesprächsentwicklungen differenziert werden (Abb. 17.5), die in der Gesprächspraxis vielfältige Varianten erfahren können.

Während sich beim stabilen Typ alles derart im Gleichgewicht befindet, dass auch von den Beteiligten nichts Überraschendes erwartet wird, ist die Lage im dynamischen Typ so instabil, dass die zukünftige *Gesprächsentwicklung* kaum vorhersagbar scheint. Um im Bild zu bleiben: Es ist unklar, wohin die Kugel rollen wird und was dann im Anschluss passieren kann.

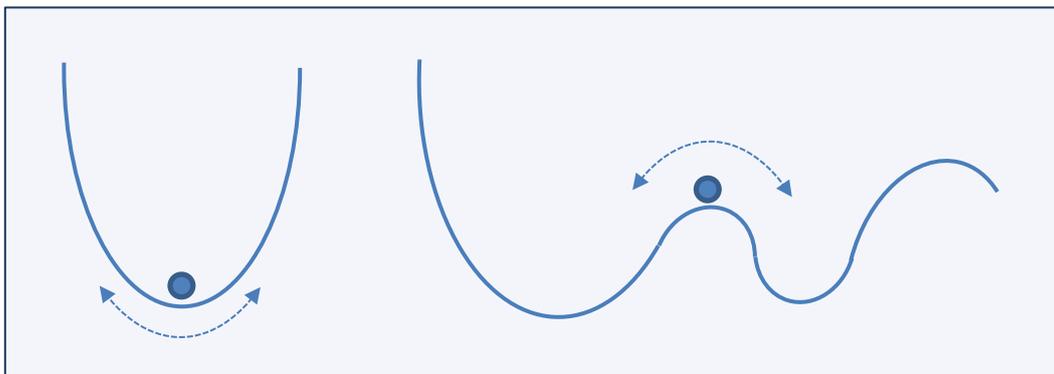


Abb. 17.5: Stabile versus dynamische Gesprächs(-entwicklungs-)typen

Fälle von *stabilen* Gleichgewicht sind oft an einer Häufung von kurzen, oft mechanisch geäußerten Hörerrückmeldungen („hm“, „ja“) zu erkennen oder an Batterien von Frage-Antwort-Sequenzen, bei denen sich etwa Patienten auf kurze Antworten beschränken (sollen) und dann auf die nächste Frage warten usw., was schon von Morgan und Engel (1977: 49) kritisch beleuchtet wurde. Bildlich gesprochen „plätschern“ die Gespräche in einem gewohnten Gang so dahin, ohne dass es zu Unebenheiten oder gar Klippen käme, die zu überwinden wären.

Dagegen bewegen sich *dynamische* Gesprächsentwicklungen auf „Höhepunkte“ zu, von denen aus ganz unterschiedliche Gesprächsrichtungen eingeschlagen werden können, die hier in der zweidimensionalen Darstellung (Abb. 17.5) nur reduziert abgebildet werden können. Bildlich gesprochen: Ist die Kugel erst mal über einen Berg gerollt, kann sie mit dem nötigen Schwung in einer gänzlich neuen Gesprächsland-

ristischen Wert haben. Eine systematische Anwendung der Systemtheorie und ihrer Begrifflichkeiten (*Strukturelle Kopplung*, *Perturbation*, *Attraktor* usw.) auf die Gesprächsanalyse steht sicher noch aus (vgl. Koerfer 2013).

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

schaft unvorhersehbare Wege nehmen. Es sei in diesem Bild zunächst dahingestellt, ob die Kugel durch einen der Partner „angestoßen“ oder gemeinsam bewegt wird.

Hier kann jedoch die „kreative“ Schlüsselintervention des Arztes „zum Zuge kommen“, mit der er sich und den Patienten in bisher „unbekanntes“ Gelände führt, in dem etwa „heikle“ Themen zu bearbeiten sind, die bisher tabuisiert schienen. Die Schlüsselintervention erweist sich dann für die weitere Gesprächsentwicklung als „ausschlaggebend“, die auf ein höheres Niveau der Selbstexploration des Patienten führt, auf dem „plötzlich“ emotional besetzte Themen „zur Sprache kommen“, die für beide Gesprächspartner von neuer Qualität sein können.

In der Psychotherapieforschung (§ 2) sind die dramatischen Höhepunkte in Psychotherapiegesprächen im Detail untersucht worden (z.B. Stern et al. 2001, 2012, Stern 2004/2010, Ribeiro et al. 2011, 2014, Gonçalves, Stiles 2011, Gonçalves et al. 2014). Hier wurde die Aufmerksamkeit auf besondere, innovative Gesprächsmomente des Wandels (*now moments, innovative moments, narrative change, meaning transformation* usw.) gelenkt, mit denen sich eine neue Gesprächs- und Beziehungsqualität zwischen den beiden Gesprächspartnern einstellen kann (Box 17.15), sofern sie beide entsprechend reagieren.

Box 17.15 „Now Moment“ – „Moment of Meeting“

Im Verlauf eines „moving along“-Vorgangs erscheint plötzlich ein qualitativ verschiedener und unvorhersagbarer Moment. Es ist ein „heißer“ gegenwärtiger Moment, eine Art „Augenblick der Wahrheit“, der affektiv hoch besetzt ist. Er hat auch eine mögliche Bedeutung für die unmittelbare oder mittelbare Zukunft. In der griechischen Antike wurde dafür der Ausdruck „Kairos“ geprägt. Es ist ein Moment, der ergriffen sein will, wenn man sein Schicksal ändern will. Falls er nicht ergriffen wird, ändert sich sein Schicksal ebenso, nämlich dafür, dass er nicht erkannt wurde. Es handelt sich um einen Moment, der beide Teilnehmer einer Interaktion voll in die Gegenwart holt (...) Ein „gegenwärtiger Moment“, der rechtzeitig therapeutisch genutzt wird und wechselseitig erkannt wird, kann zu einem „Moment der Begegnung“ werden. Dies erfordert, dass jeder der beiden Partner etwas Einzigartiges und Authentisches als Antwort auf einen gegenwärtigen Moment beisteuert.

Stern et al. 2001: 149f

Die Möglichkeit zu einem Wandel kann also auch verpasst werden, wenn einer der beiden Partner den entscheidenden Moment verkennt oder - aus welchen Gründen auch immer - nicht anerkennen will und sich gegenüber den neuen Entwicklungschancen verschließt. Das Gespräch fällt dann wieder auf das Niveau eines stabilen Gleichgewichts zurück, auf dem es sich ohne nennenswerte Vorkommnisse fortbewegt („moving along“), bevor sich gegebenenfalls eine neue kritische Entwicklungsstelle ergibt, in der die beiden Gesprächspartner über den weiteren qualitativen Gesprächsfortgang neu befinden.

Im Vergleich mit einer Psychotherapie mögen sich die Veränderungsprozesse in der ärztlichen Primärversorgung auf einem niedrigeren Entwicklungsniveau bewegen. Auch wenn sich der Wandel in der allgemeinen Arzt-Patient-Kommunikation in der Regel weniger dramatisch darstellt als in einer Psychotherapie, so ist er doch oft mit einer neuen Gesprächsentwicklung verbunden, die durchaus therapeutische Qualitäten annimmt, wie sie ohnehin mit einer psychosomatischen Grundversorgung beansprucht werden sollten (§ 15, 42). In empirischen Gesprächsanalysen sollen solche dynamischen Gesprächsentwicklungen nachgewiesen werden, bei denen sowohl quantitative als auch qualitative Aspekte eine Rolle spielen. Hierzu haben wir ein besonderes Analyseverfahren entwickelt, bei dem die *Teilhabe* der beiden Gesprächspartner in einer *Dialogrollen-Struktur* abgebildet wird, mit der sich die zentralen Schaltstellen im Gespräch aufspüren lassen.

17.3.6 Interaktive und thematische Teilhabe

Wie vorausgehend schon ausgeführt wurde (§ 10.6), kann in der Arzt-Patient-Kommunikation keineswegs von einem *naïven* Symmetriebegriff im Sinne einer „Halbierung der Macht“ ausgegangen werden, nach dem beide Gesprächspartner gleiche Redeanteile am Gespräch überhaupt und an bestimmten Kommunikationsformen (Rückmeldungen, Fragen, Antworten usw.) im Besonderen haben sollten. Vielmehr ist von einer *diskursiven Symmetrie* auszugehen, bei der annäherungsweise eine Chancengleichheit für beide Gesprächspartner bestehen sollte, die für sie relevanten Gesprächsthemen und -ziele zu verfolgen und die dafür angemessenen Kommunikationsmittel zu benutzen, wie sie für ein verständigungsorientiertes Gespräch charakteristisch sind (Fragen und Antworten, Behauptungen und Einwände usw.). Dass der eine Partner dabei eher erzählt und der andere eher zuhört, ist eine *funktionale*

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

Asymmetrie, die der *diskursiven Symmetrie* nicht entgegenstehen muss, was letztlich in empirischen Analysen zu klären ist.

Um die *kommunikativen Beteiligungsformen* beider Gesprächspartner herausarbeiten zu können, haben wir zunächst ein formales Analyseverfahren entwickelt, das eine erste Grundlage für quantitative und qualitative Gesprächsanalysen unter der heuristischen Fragestellung sein soll:

Welcher der beiden *Gesprächspartner* im Arzt-Patient-Gespräch leistet an welchen *Gesprächsstellen* welche *Gesprächsarbeit* zu welchen *Gesprächsthemen* und welchen *Gesprächszwecken*?

Diese Fragestellung soll für die empirischen Gesprächsanalysen erkenntnisleitend sein, in denen quantitative und qualitative Analyseaspekte vermittelt werden. Letztlich geht es unter einer Evaluationsperspektive um die Bestimmung relevanter Unterschiede zwischen (Typen von) Gesprächen, deren potentielle Gesprächsqualität sich häufig schon in quantitativen Analysen der Sprecher-Hörerrollen-Struktur abbilden lässt, die dann mit qualitativen Gesprächsanalysen abzugleichen sind.

In einer formalen Gesamtdarstellung der dialogischen Gesprächsbeteiligung von Sprecher und Hörer lässt sich zunächst auf einen Blick erkennen, welcher Gesprächspartner wann im Gespräch wie lange spricht und in welcher Gesprächsphase er gegebenenfalls seine *Rededomäne* hat, mit der gegebenenfalls eine *Themendomäne* initiiert wird. Ausgangspunkt der *komparativen* Gesprächsanalysen ist der formale Vergleichsaspekt des gewährten bzw. genutzten *Rederechts*, was sich für jedes Gespräch zunächst in einer spezifischen, quasi analogen Darstellungsform der Dialogrollen-Struktur (Abb. 17.6) abbilden lässt.

Alle Redebeiträge eines Gesprächs werden fortlaufend zwischen Arzt und Patient alternierend auf der x-Achse angeordnet, die Beiträge des Patienten werden auf der y-Achse positiv („als Säulen nach oben“) und die Arzt-Beiträge entsprechend negativ („als Säulen nach unten“) abgebildet, wobei die jeweilige Beitragslänge (Säulengröße) in Wörtern gemessen wird. Das exemplarische Verlaufsdiagramm (Abb. 17.6) gibt ein prototypisches Gespräch wieder, das sich formal durch eine Reihe längerer Redebeiträge (> 100 Wörter) des Patienten auszeichnet, die sich in der weiteren qualitativen Gesprächsanalyse (§ 19, 40) als Kandidaten für Erzählungen erweisen können.

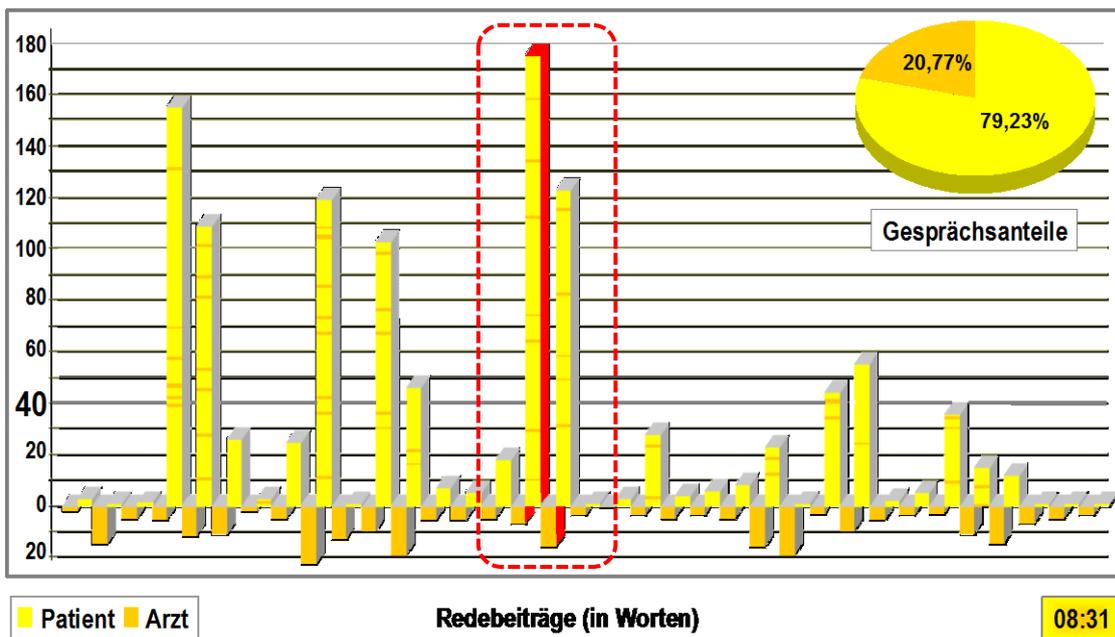


Abb. 17.6: Dialogrollen-Struktur: Narrativer Interviewstil

Eine methodische Pointe bei dieser formalen Darstellung ist, dass bloße Rückmeldungen des Hörers in der Funktion von „auditor-back channel signals“ nicht als eigenständige Redebeiträge gezählt werden (Flader, Koerfer 1983). Diese Art von Hörerrückmeldungen (*hm, ja, okay* usw.) erlaubt nach Duncan (1974) eine „speaker-auditor interaction during speaking turns“, so dass der Sprecher in seiner Rede „as if uninterrupted“ fortfahren kann.

Entsprechend werden die ärztlichen Hörerrückmeldungen in der Darstellung der Dialogrollen-Struktur lediglich durch kleine Querstriche (in den Säulen) gekennzeichnet. Hier folgt die formale Darstellung der funktionalen Analyse, nach der die sparsamen Hörerrückmeldungen des Arztes eben keine Unterbrechungen des Rede- bzw. Erzählflusses darstellen, sondern ihn gerade interaktiv in Gang halten, indem sich der Arzt lediglich als aufmerksamer Zuhörer erweist. So können etwa Patienten ihre *Narrative* durchgehend erzählen (§ 9), ohne von ihren Ärzten in einem relevanten Sinn unterbrochen zu werden. Als exemplarische Erzählung sei hier das verkürzt wiedergegebene Lebensnarrativ eines Patienten angeführt (B 17.1), auf das wir noch ausführlich (§ 19.8) zurückkommen.

B 17.1 „irgendwo den ersten Knacks bekommen“

- 01 P [lehnt sich bereits zurück, wendet den Blick ab] ich hatte an' für sich was ganz anderes vor, das .. hat mal (4) irgendwo hat's angefangen, ich hab darüber nachgedacht, sehn Se, man denkt ja über sowat nach, wie kommt sowat, wieso Sie mich so was fragen . wahrscheinlich hab ich ... (3) ... irgendwo den ersten Knacks bekommen (4) ich wollte an' für sich Naturwissenschaften studieren, hatte/hab dat auch angefangen, hab aber dann im Vorexamen dann geschmissen ..
- 02 A hm .
- 03 P das hat mich irgendwo etwas aus der ... Bahn geworfen ...
- 04 A hm .
- 05 P wollte an/wollte an' für sich Physik studieren, aber was ganz anderes ... und dann hab ich irgendwo [schüttelt Kopf] in der Prüfung völlig versagt ... ich konnte also nichts mehr aus mir rausbringen [würgt, räuspert sich] ... wie dat denn so ist [lächelt, Blickkontakt] .
- 06 A hm .
- 07 P und dann hab ich mich nicht mehr getraut, noch mal anzufangen . und dann hab ich rumgehangen . wußte nicht, was ich machen sollte .
- 08 A hm .
- 09 P und hab dann (...) (Fort. s. § 19.8)
- 10 A hm ...

Bevor diese Erzählung im Kontext der *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung einer Einzelfalluntersuchung unterzogen wird (§ 19.8), soll hier nur die Darstellung des formalen Analyseverfahrens vervollständigt und erläutert werden. Die zentrale Patientenerzählung (B 17.1) ist in der formalen Darstellung der Dialogrollen-Struktur durch die rot markierte (längste) Säule (von 1.07 min.) repräsentiert (Abb. 17.6). Während diese *biographische Patientenerzählung* zweifellos im Fokus der sequenziellen Gesprächsanalyse steht (§ 19.8), stellt sich hier ebenso die Frage nach der *interaktiven Vor- und Nachgeschichte* solcher Erzählungen, an der die benachbarten Arzt-Beiträge ihren erheblichen kommunikativen Anteil bei der Gesprächsentwicklung haben.

In der weiteren qualitativen Gesprächsanalyse der Erzählsequenz sind dann die spezifischen Interventionen des Arztes als *Schlüsselinterventionen* in ihrer Vorbereitungs- und Nachbereitungsfunktion von Er-

zählungen näher zu bestimmen (§ 19, 40). Für solche weitergehenden, qualitativen Gesprächsanalysen sind die formal-quantitativen Darstellungen der Dialogrollen-Struktur ein methodischer Ausgangspunkt, der erste Rückschlüsse auf die interaktive Beteiligungsstruktur in Arzt-Patient-Gesprächen zulässt.⁷ Insbesondere längere Redebeiträge (=Säulen), bei denen ein „Rederecht am Stück“ wahrgenommen wird, sind häufig Indikatoren für relevante Wechselstellen im Gespräch, das dann eine neue *diagnostisch-therapeutische* Qualität erfährt.

Im vorliegenden Fall eines Erstgesprächs findet endgültig ein Wechsel von *biomedizinischen* zu *biopsychosozialen* Themenkomplexen statt (§ 19.8), mit denen das ursprüngliche Patientenleiden („Magenbeschwerden“) und Patientenanliegen („Magenspiegelung“) in einen *biographisch-narrativen* Kontext („aus der Bahn geworfen“) gestellt wird, an dessen thematischer Entwicklung beide Gesprächspartner auf ihre Weise interaktiv beteiligt sind. Der Arzt nimmt sich in diesem Erstgespräch mit einer Gesamtdauer von ca. 8,5 Minuten insgesamt auf einen Gesprächsanteil von 20% zurück, setzt aber diese relativ geringe Redemenge äußerst effektiv ein: Mit seinen knappen Interventionen, deren *stimulierende* Funktion noch herauszuarbeiten sein wird (§ 19.8), eröffnet er für den Patienten Erzählräume, die dieser zur Darstellung seines Anliegens und seiner Lebens- und Leidensgeschichte „in seinen eigenen Worten“ ausführlich nutzen kann, was gerade den Unterschied zu anderen (Typen von) Gesprächen ausmacht.

Dass die Teilhabe am Gespräch durch „freie Redegelegenheit am Stück“ keine Selbstverständlichkeit ist, erhellt im kontrastiven Vergleich mit Gesprächen, bei denen schon die formale Darstellung der Dialogrollen-Struktur ein ganz anderes (nämliches extrem „flaches“) Dialog-Profil von relativ kurzen Beiträgen beider Gesprächspartner aufweist. So kann eine Patientin in einem anderen Erstgespräch mit ihren Beiträgen die Obergrenze von 30 (!) Wörtern nicht überschreiten, weil der Arzt seinen Redeanteil von ca. 50% zu einem extrem *interrogativen* Interviewstil nutzt, bei dem sich die kommunikative Patientenbeteiligung in der knappen Beantwortung von gezielten Arzt-Fragen erschöpft (§ 19.6). Solche Gespräche nehmen eher die Qualität eines „Verhör“-

⁷ Dies gilt auch für Erzählungen, bei denen Ärzte stärker mit Ko-Konstruktionen beteiligt sind (Koerfer et al. 2005, 2010b, Koerfer, Köhle 2007), auf die wir noch eigens zurückkommen (§ 19.8, 20.9, 24.7, 25.4). Auch in diesen Fällen sollte die Analyse ihren Ausgangspunkt von den längeren Redebeiträgen (Säulen) der Patienten nehmen, in deren Nachbarschaft dann die ärztlichen Ko-Konstruktionen zu untersuchen sind.

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

Gesprächs an, bei dem narrative Ansätze des Patienten gleichsam „im Keim erstickt“ werden. Wer als Patient kaum zu Wort kommen kann, hat weniger Chancen zur interaktiven und thematischen Eigeninitiative, zu der es in der Regel eines spezifischen Rederechts bedarf, bei dem man weiter „ausholen“ können muss.

Hier eröffnen die formal-vergleichenden Darstellungen der Dialogrollen-Struktur verschiedener Gespräche bereits eine *komparative* Analyseperspektive, die den relevanten Unterschied zwischen *narrativen* und *interrogativen* Anamneseerhebungen auf den ersten Blick zu erkennen helfen, der allerdings in einer qualitativen Gesprächsanalyse im Detail zu überprüfen ist. Das heuristische Detektionsverfahren setzt zunächst am Einzelgespräch an und führt über den Paarvergleich ausgewählter Gespräche zum systematischen Vergleich einer Vielzahl von Gesprächen, die zudem in einer Evaluationsperspektive mit einem prä-post-Design kontrastiv untersucht werden können (Koerfer et al. 1999, 2000, Köhle et al. 2001, Koerfer, Köhle 2009, Koerfer et al. 2010b, Köhle, Koerfer 2017). Dieses Zusammenspiel von *quantitativen* und *qualitativen* Gesprächsanalysen werden wir sowohl im Praxisteil exemplarisch als auch im Evaluationsteil (§ 40.2) systematisch weiter ausführen.

Unter qualitativen Aspekten soll hier vorweg ein *dialogisches Rückmeldeproblem* skizziert werden, bei dem insbesondere der Arzt bei seiner Kunst der ärztlichen Gesprächsführung vor besondere Herausforderungen gestellt wird. Obwohl sich beide Gesprächspartner in ihren spezifischen *Expertenrollen* begegnen (§ 7.5, 10.5-6), obliegt es doch dem Arzt qua seiner doppelten, nämlich *alltagsweltlichen* und *professionellen* Kompetenz, Probleme der Kommunikation „stellvertretend“ für seinen Gesprächspartner zu antizipieren und beizeiten mit einer Art von *Gesprächsführung* zu reagieren, bei der *Gespräch* und *Führung* kein Widerspruch sein muss. Damit knüpfen wir an Prinzipien einer *dialogischen* Medizin an, die vorausgehend (§ 7-10) schon erörtert wurden und hier weiter konkretisiert werden sollen, um ihre Geltung in den anschließenden empirischen Analysen zu überprüfen.

17.4 Dialogisches Rückmeldemodell

Die Kooperation zwischen Arzt und Patient ist in allen Phasen ihrer gemeinsamen Interaktionsgeschichte gefragt (§ 8). Dies gilt schon für die Ko-Konstruktion von Patientengeschichten bei der Anamneseerhebung

(§ 9) und erstreckt sich über die Diagnosemitteilung und Aufklärung bis hin zur medizinischen Entscheidungsfindung (§ 10.4-5). In allen Phasen begegnen sich Patient und Arzt als *Experten* unterschiedlichen Typs, der eine Partner aus der Erfahrungs- und Erlebensperspektive seiner eigenen Erkrankung, der andere aus der professionellen Wissens- und Handlungsperspektive seiner Profession (§ 7.5.3) (Tuckett et al. 1985, Smith, Hoppe 1991, Koerfer, Albus 2015). Die jeweiligen Kompetenzen in diesen Expertenrollen sollten in einer *partnerschaftlichen Kooperation* zum Nutzen beider Partner eingesetzt werden (*win-win*-Situation) (§ 10.6.1) (Quill, Brody 1996), ohne dass nach von Uexküll (1993: 62) einer von beiden einen Autonomieverlust erleiden müsste.

Dass auch oder gerade bei einer *partnerschaftlichen* Kooperation Probleme und Hürden auftreten, die gemeinsam zu überwinden sind, war mit dem Konfliktpotential zwischen der *Medizin* als System und der *Lebenswelt* des Patienten beschrieben worden (§ 10.2). Dabei waren die kooperativen Lösungsmöglichkeiten im Rahmen einer *dialogischen Medizin* (§ 7) aufgezeigt worden, die sich der allgemeinen Kommunikationsformen des Verstehens- und der Verständigung zu bedienen hat, die bei aller Störanfälligkeit auch die probaten Mittel unserer Alltagskommunikation sind.

Diese Kommunikationsmittel müssen für die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung nicht eigens erfunden werden, aber das vorhandene Alltagsrepertoire muss mit einer professionellen Kommunikationskompetenz gegenüber wechselnden Kommunikationsbedingungen passgenau genutzt werden. Dieses zentrale Problem der Passung, das vorausgehend in einem Passungsmodell ärztlichen Handelns ausgeführt worden war (§ 3.2, 17.2), soll abschließend in einem *dialogischen Rückmelde*modell zur Arzt-Patient-Kommunikation spezifiziert werden, in dem es um die Unterscheidung von Typen von ärztlichen *Relevanzrückmeldungen* gegenüber wechselnden (narrativen, argumentativen, emotiven usw.) Interaktions- und Themenangeboten von Patienten geht.

17.4.1 Das Problem der Relevanz

Die besonderen Schwierigkeiten zwischen Arzt und Patient, miteinander ins Gespräch zu kommen, resultieren aus dem Problem, dass beide Gesprächspartner zumindest am Anfang der Beziehungsaufnahme noch nicht hinreichend antizipieren können, was hier und jetzt in welcher Art und in welchem Umfang *gesprächsrelevant* sein soll. Das lediglich

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

wechselseitig unterstellbare Wissen um eine mögliche Gesundheitsstörung des Patienten, ohne die der Arzt erst gar nicht konsultiert würde, ist zu unspezifisch, um die Gesprächspartner ohne weiteres erfolgreich kooperieren zu lassen. Deswegen müssen gerade zu Gesprächsbeginn besondere Relevanzaushandlungen zwischen Arzt und Patient vorgenommen werden, die allerdings im Gesprächsverlauf ständig zu überprüfen und zu aktualisieren sind. Dabei muss der Arzt gegenüber seinem Gesprächspartner sehr „hellhörig“ sein, um die thematischen Patienteninitiativen, auch oder gerade wenn sie *indirekt* formuliert werden sollten (§ 7.3), nicht zu überhören und gegebenenfalls durch eine Relevanzhochstufung entsprechend zu würdigen.

Trotz bester Antizipation von Hürden des Verstehens und der Verständigung bleibt das mit dem Problem der *Kooperation* verbundene Problem der *Relevanz* oft bestehen, das in verschiedenen (soziologischen, sprachphilosophischen, linguistischen) Wissenschaftstraditionen für alltägliche wie institutionelle Kommunikationssituationen differenziert wurde (Schütz 1971, Grice 1975, Kallmeyer 1978, Ehlich 1987, Koerfer 1994/2013). Bei allen institutionellen Besonderheiten unterliegen die Gespräche zwischen Arzt und Patient zunächst denselben Basisregeln der Verständigung wie in der Alltagskommunikation. Hier wie dort stellt sich das Problem der *Relevanz*, bei dem die beiden Gesprächspartner an jedem Punkt des Gesprächs über die Relevanz von Themen neu befinden müssen, mit denen das Gespräch fortgesetzt werden soll. Dabei bilden die Gesprächspartner für eine erfolgreiche Kooperation jeweils wechselseitig Hypothesen über die Fortsetzungserwartungen aus, die nicht zuletzt vom Relevanzsystem des jeweils anderen abhängen.

Hier kommen die institutionellen Bedingungen der Kommunikation mit unterschiedlichen sozialen und interaktiven Beteiligungsrollen von Arzt und Patient ins Spiel (§ 7.5.3). Die in empirischen Studien vielfältig nachgewiesenen Verstehens- und Verständigungsschwierigkeiten resultieren hier aus der Konflikthaltigkeit der verschiedenen Teilnehmerperspektiven, die nach Mishler (1984) in den widerstreitenden „Stimmen“ der *Medizin* und der *Lebenswelt* zum Ausdruck kommen (§ 10). Arzt und Patient reden oft gegeneinander statt miteinander, oder sie reden auch nur unverbunden hintereinander und dadurch aneinander vorbei, ohne eine hinreichende Relevanzabstimmung ihrer Redebeiträge zu erreichen – was weiterhin eine kommunikative Herausforderung für beide Partner bleibt.

In der Arzt-Patient-Kommunikation ist es zunächst gerade für den Patienten ein Problem, der *Relevanzmaxime* („Be relevant“) zu folgen, die vorausgehend mit dem Sprachphilosophen Paul Grice (1975) schon bei der Begründung einer *dialogischen Medizin* erörtert worden war (§ 7.3, 9). Als Laie kann der Patient oft nicht hinreichend antizipieren, was für den Experten von Relevanz sein könnte, wenn er aus einem großen Themenspektrum des „Erzählbaren“ (*reportability, tellability*) eine spezifische Auswahl treffen muss, so etwa unter der patientenseitigen Fragestellung:

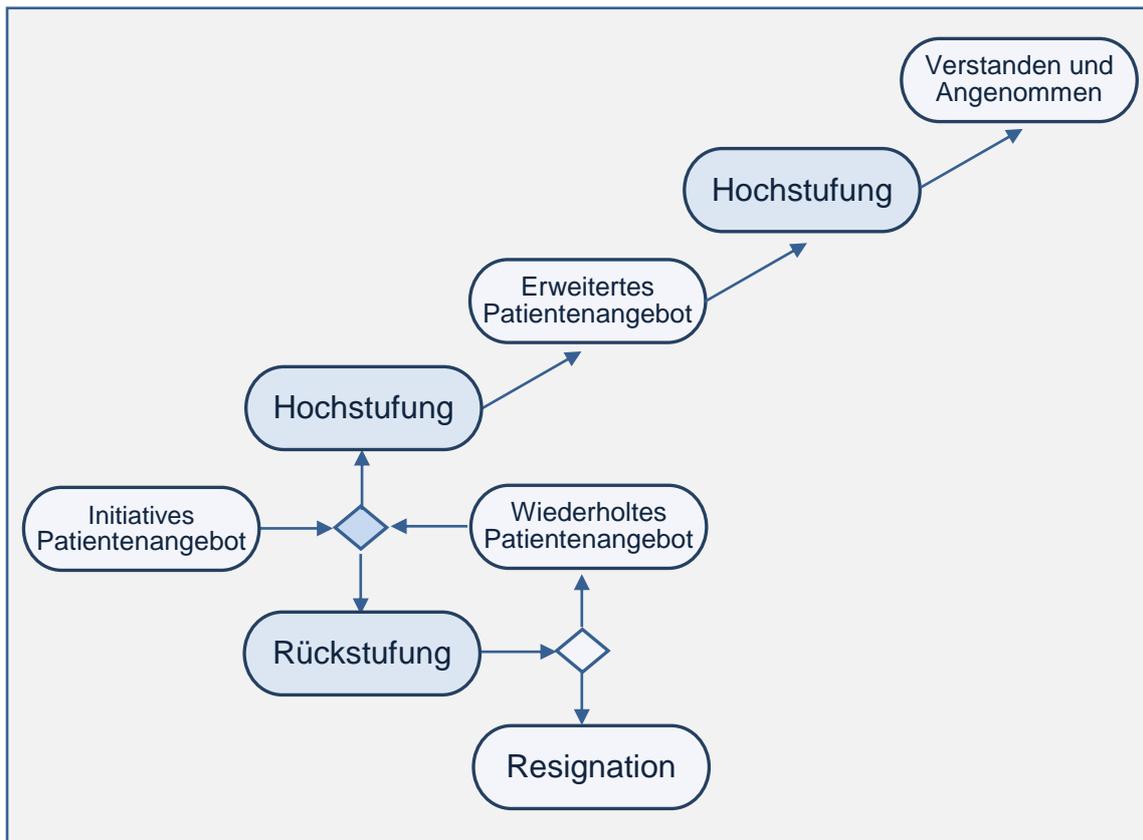
Was ist hier und jetzt erzählenswert, weil es für meinen Arzt hier und jetzt relevant ist?

Entsprechend muss der Arzt *reziprok* über jedes neue (argumentative, narrative, emotive usw.) Patientenangebot unter dem Aspekt der Relevanz neu entscheiden, was nicht immer ohne weitere Gesprächsarbeit (Rückfragen usw.) möglich ist. Unter Umständen kommt es zwischen den beiden Gesprächspartnern zu mehr oder weniger ausgeprägten *Relevanzaushandlungen*, um das Gespräch dann in die eine oder andere Richtung fortsetzen zu können.

17.4.2 Typen von Relevanzaushandlungen

Bevor wir solchen Relevanzaushandlungen in empirischen Gesprächsanalysen entlang der 6 Schritte des Gesprächsmanuals (§ 18-23) weiter nachgehen, sollen hier vorab die prototypischen Gesprächsentwicklungen beschrieben werden, deren Unterscheidung sich für unsere empirischen Analysezwecke bewährt haben (Koerfer et al. 2000, 2004, 2010). In einem Flussdiagramm zu einem *dialogischen Rückmeldemodell* (Abb. 17.7) lassen sich unter dem Aspekt der *Relevanzaushandlung* im Wesentlichen vier Grundtypen von Gesprächsverläufen mit zwei Entscheidungsknoten (=Rauten) differenzieren, an denen die Gesprächspartner jeweils ihre spezifischen Entscheidungsfunktionen wahrnehmen müssen.⁸

⁸ Wir unterstellen hier noch keine bestimmten Typen von initiativen Patientenangeboten. Im Prinzip gilt das Modell der dialogischen Rückmeldung bei den späteren empirischen Gesprächsanalysen für verschiedene (informativ, narrativ, argumentativ, interrogativ, dubitativ) Typen von Pati-



Legende: Sprecher/Entscheidungsknoten (=Rauten) Patient ◇ Arzt ◇

Abb. 17.7: Dialogisches Rückmeldemodell der Arzt-Patient-Kommunikation

1. Relevanzhochstufungen

Im *Idealfall* reagiert der Arzt auf ein *initiatives* (narratives, argumentatives, emotives usw.) Patientenangebot mit einer passenden *Relevanzhochstufung*, bis sich der Patient in seiner *individuellen* Wirklichkeit alsbald hinreichend *verstanden* und *angenommen* sieht (Uexküll, Wesiack 1996, 2011, Engel 1996). Bei der Relevanzhochstufung kann sich der Arzt unterschiedlicher Formen etwa des *aktiven Zuhörens* (§ 19) oder *empathischen Antworten* (§ 20) bedienen. Hier reicht das Spektrum der *hochstufenden* Interventionen von einfachen Hörersignalen („ja“, „achso“, „ach!“

entenangeboten, so etwa auch für den *erzählenden* Patienten im Anamnesegespräch oder den *fragenden* oder *zweifelnden* Patienten im Aufklärungsgespräch. Der Terminus *Rückmeldung* bzw. *Responsivität* ist keineswegs in einem ausschließlich behavioralen Sinn zu verstehen (Suchman et al. 1997, Waldenfels 1999, Koerfer et al. 2000, 2004, 2010).

usw.) bis hin zu verbalen Interventionen, mit denen der Arzt eine vom Patienten mehr oder weniger deutlich zum Ausdruck gebrachte Emotion seinerseits explizit („Das scheint Ihnen Angst zu machen“) auf den Begriff bringt usw., um den Patienten zur weiteren Selbstexploration zu *stimulieren* (§ 17.3.5). In Idealfall besteht das dominante Muster aus Kaskaden von Relevanzhochstufungen, die zu einer Weiterentwicklung und Vertiefung von Gesprächsthemen und dadurch zu einer neuen Gesprächsqualität führen können.

2. *Relevanzrückstufungen*

Im *Konfliktfall* verkennt oder ignoriert der Arzt die initiativen Patientenangebote, aus welchen Gründen dies auch immer geschehen mag (Unaufmerksamkeit, Desinteresse, Zeitnot usw.). Das „Unüberhörbare“ wird kontrafaktisch „überhört“, so als wäre es erst gar nicht gesagt worden oder als wäre das Gesagte nicht als so relevant gemeint gewesen, dass der Arzt darauf eingehen müsste. Solche Phänomene des *Überhörens* sind bereits von Balint (1964/88) in seinen Fallbesprechungen problematisiert und in empirischen Studien im Detail analysiert worden (Labov, Fanshel 1977, Siegrist 1982, Mishler 1984, Suchman et al. 1997, Koerfer et al. 2000, 2004, 2010, Salmon et al. 2004). So kann der Arzt das „Unüberhörbare“ elegant übergehen, indem er etwa mit „gut“ oder „okay“ einen *Kommunikationsstopper* („truncator“) setzt und dann einen radikalen *Themenwechsel* vornimmt, mit dem im Sinne eines *Relevanzwechsels* eine endgültige Rückstufung des zuvor gemachten (narrativen, emotiven, argumentativen usw.) Patientenangebots erreicht werden soll. Dies führt im weiteren Gesprächsverlauf beim Patienten häufig zu einer *Resignation*, die ihn schließlich „verstummen“ lässt: Im Sinne Mishlers (1984) hat sich die „medizinische“ Stimme des Arztes gegen die „lebensweltliche“ Stimme des Patienten durchgesetzt (§ 10.2). Hat sich dieses Muster eines radikalen Themenwechsels erst einmal etabliert, wie dies insbesondere in der empirischen Forschung zur Visitenkommunikation (§ 25) beobachtet wurde, werden kommunikative Tatsachen geschaffen, die ausschließlich im Relevanzfokus einer arztzentrierten Gesprächsführung stehen. Statt eigene Themeninitiativen zu ergreifen, beschränken sich die weiteren Aktivitäten des Patienten auf Antworten zu Arzt-Fragen, auf die der Patient nach der Beantwortung wiederum passiv

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

(„schweigend“) zuwartet, um dann die nächste Frage erneut zu beantworten usw. – eine Art verbaler und nonverbaler Konditionierung, auf die bereits Morgan und Engel (1977: 42, 37, 49) wiederholt kritisch aufmerksam gemacht haben.

3. *Relevanzhochstufungen nach Rückstufungen*

Im komplexen *Problemfall* erneuert der Patient, dessen Initiative zunächst vom Arzt zurückgestuft wurde, sein ausgeschlagenes Angebot unter Umständen mehrfach, bis es trotz vorausgegangener Rückstufungen durch den Arzt schließlich doch Gehör findet. Auf diese Weise entsteht gegebenenfalls eine Reihe von zirkulären Interaktionsschleifen, in denen es auf Umwegen und mit einer Mischung aus Rückstufung und Hochstufung am Ende doch zu einem empathischen Verständnis und einer hinreichenden Anerkennung der individuellen Wirklichkeit des Patienten kommen kann. Allerdings muss hier im Vergleich zum *Idealfall* (1) mit erheblichen Verzögerungen und entsprechenden kommunikativen Reibungsverlusten oder gar Missverständnissen mit aufwändigen Reparaturversuchen gerechnet werden, bei denen die Interaktionen mehrmals über die beiden Entscheidungsknoten der Gesprächspartner laufen können (= Rauten in Abb. 17.7). Dieser kommunikative Mehraufwand wäre unter Umständen zu vermeiden gewesen, wenn der Arzt seine „medizinische“ Stimme zurückgenommen und der „lebensweltlichen“ Stimme des Patienten eher Gehör geschenkt hätte.

4. *Relevanzrückstufungen nach Hochstufungen*

Von diesem *Problemfall* (3), bei dem die Relevanzaushandlung zwischen Arzt und Patient auf eine „echte Probe“ gestellt werden kann, sind die unproblematischen Fälle zu unterscheiden, bei denen ein Themenwechsel vorgenommen wird, nachdem eine Initiative thematisch hinreichend erschöpft scheint. Die Relevanzrückstufung zugunsten der Relevanzhochstufung einer neuen (narrativen, argumentativen, emotiven usw.) Themen-Initiative kann beidseitig akzeptiert werden. Ein konsentierter Themen- und Relevanzwechsel macht deutlich, dass die individuelle Wirklichkeit von Patienten nicht monothematisch, sondern nur durch eine Vielzahl mehr oder weniger kohärenter Themen erschlossen werden kann, so etwa wenn krankheitsbedingte Beeinträchtigungen in Ehe, Familie, Beruf, Freizeit usw. in der Detailexplora-

tion zum Thema gemacht werden (§ 21). Die einzelnen Themen können zunächst auch separat angesprochen werden („Was machen Sie beruflich?“), bevor sie später mit einem globalen Thema („Beeinträchtigungen“) weiter verknüpft werden („Konzentrationsprobleme auch auf der Arbeit“) usw., wodurch neue Muster von dialogischen Relevanzrückmeldungen eingeleitet werden können.

Der Idealfall, bei dem der Arzt mit einer großen Passgenauigkeit von Interventionen, das heißt mit maximaler Effizienz durch entsprechende Relevanzhochstufung von vielfältigen Patientenangeboten auf direktem Weg ein empathisches Verständnis und eine hinreichende Anerkennung der individuellen Wirklichkeit des Patienten erreicht, ist sicher im klinischen Routinealltag nicht die Regel, aber empirische Fälle der Arzt-Patient-Kommunikation sind letztlich an einem solchen *normativen* Rückmeldemodell der Relevanzaushandlung zu bemessen. Dabei ist im Allgemeinen weniger die singuläre Relevanzrückstufung von Themeninitiativen ausschlaggebend, obwohl auch sie im Einzelfall von Ignoranz gravierende Folge haben kann, sondern die *Dominanz* von vorherrschenden *Mustern* der *Relevanzaushandlung* zwischen Arzt und Patient, die sich negativ oder positiv auf ihre *Beziehungsgestaltung* auswirken kann.⁹

Das Problem der Relevanz wird uns insofern als Dauerthema bei der empirischen Gesprächsanalyse im Praxisteil beschäftigen, als Ärzte nicht zuletzt wegen des Zeitdrucks (§ 17.3.1) oft genug der Tendenz der *Relevanzrückstufung* unterliegen. Sie tun dies in dem „guten“ Glauben an eine vermeintlich effiziente Gesprächsführung, mit der mehr Zeit für das „Eigentliche“ zu gewinnen sei – und sitzen damit oft nur den *vermeintlich* relevanten Themen auf, weil sie dem Patienten (seinen Klagen, Anliegen, Erwartungen, Präferenzen usw.) nicht hinreichend zugehört und zu wenig Raum gegeben haben. Offenbar misslingt es den Ärzten,

⁹ Hier sei (auch als spezifisches Thema für die Lehre) auf die traditionelle Unterscheidung von *Inhalts-* und *Beziehungsaspekt* von Watzlawick et al. (1967) und Schulz von Thun (1981) und (1989) rückverwiesen (§ 7.4). Während Kritik oder bloße Meinungsverschiedenheit, wenn sie nicht Überhand nehmen, nicht beziehungsgefährdend sein müssen, weil sie grundsätzlich eine Anerkennung des Gesprächspartners als Person implizieren, wird die Beziehung durch dauerhafte *Ignoranz* von geäußerten Inhalten langfristig in Frage gestellt, weil sie mit einer *Entwertung* des Partners einhergeht.

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

eine Balance zwischen der Förderung der *Assoziationen* des Patienten und der *Lenkung* der Anamnese zu finden – ein Problem, das abschließend nochmals unter Rekurs auf „Klassiker“ der klinischen Gesprächsforschung resümiert werden soll.

17.4.3 Assoziation und Lenkung

Zwar erzählen Patienten ihre Krankengeschichte oft nicht in der *Relevanzordnung*, nach der der Arzt die Anamneseerhebung gerne organisiert hätte. Aber durch ihre spontanen Erzählungen, die eine *Kooperation* durch *Assoziation* bedeuten (§ 9.3), bieten Patienten ein reichhaltiges „Gesprächsmaterial“, das bei einem reinen Informationsaustausch mit einem traditionellen Frage-Antwort-Muster verschlossen bliebe – nach dem Diktum von Michael Balint:

Wenn man Fragen stellt, so erhält man Antworten darauf, aber weiter auch nichts (Balint 1964/88: 186).

Um „mehr“ als Antworten auf Fragen zu bekommen, muss der Arzt dem Patienten eine *freie Rede am Stück* ermöglichen, in denen er sich und seine Probleme *in seinen eigenen Worten erzählend* einbringen kann (§ 9). Dass gezielte Informationsfragen des Arztes deswegen nicht obsolet sind, sondern ihren Stellenwert im späteren Gesprächsverlauf erhalten, wenn es gilt, die Lücken zu schließen, die ein Patient aus welchen Gründen auch immer gelassen hat, ist auch von den „Klassikern“ immer wieder betont worden, allerdings mit einer „Relevanz“-Hierarchie, nach der die Rangfolge zugleich als Reihenfolge ausgewiesen wird. So werden in einer Art „Super-Maxime“ auch nach Morgan und Engel (1977) (Box 17.16) die beiden Ziele der *Förderung der Assoziationen* und der *Lenkung der Anamnese* ins rechte Verhältnis gesetzt.

Box 17.16 *Förderung der Assoziation und Lenkung der Anamnese*

Die beiden Ziele – die spontanen Assoziationen des Patienten zu fördern und die Anamnese zu lenken – erreicht der Arzt, wenn er jedes neue Thema mit offenen (nicht gerichteten) Fragen beginnt, denen er zunehmend spezifischere (gerichtete) Fragen anschließt, bis das Thema geklärt ist. Deshalb muss er sich klar sein, welche Einzelheiten notwendig sind, um

die Erkrankung zu verstehen. Er darf jedoch seine Ideen dem Patienten nicht suggerieren oder sogar aufzwingen. Er beginnt zum Beispiel ein Symptom mit der Aufforderung: „Erzählen Sie mir mehr darüber“, oder „Wie war es?“ zu erforschen. So erlaubt er dem Patienten, unbeeinflusst zu erzählen, was diesem wichtig scheint. Während der Arzt dem Patienten zuhört, achtet er genau auf Auslassungen und doppeldeutige Aussagen und weist immer wieder mit Fragen wie „Wann war dies?“, „Wie war das Gefühl?“, „Was kam zuerst?“, auf die Punkte hin, welche noch geklärt werden müssen. Sobald der Patient seinen spontanen Bericht abgeschlossen hat, stellt der Arzt all jene Fragen, die notwendig sind, um das Bild zu vervollständigen. Dabei versucht er, jede Frage an dem anzuknüpfen, was der Patient erwähnt hat. Der Arzt nimmt also den Faden dort auf, wo der Patient aufgehört hat.

Morgan und Engel 1977: 41f. (Hervorhebung dort)

Hier wird von Morgan und Engel auf engem Raum ein ganzes Praxis- und Analyseprogramm vorgestellt, auf das wir wiederholt zurückgreifen werden. Was hier als Vorrang der *Assoziationen* vor der *Lenkung* so überzeugend auf den Begriff gebracht ist, wird in der Gesprächspraxis und Gesprächsanalyse im Detail nachzuhalten sein. Während in dem von Morgan und Engel selbst hervorgehobenen (*kursiv* gesetzten) Einleitungstext gleichsam eine „Super-Maxime“ formuliert wird, wird diese im nachfolgenden Text mit weiteren (Sub-)Maximen ausgeführt.

So wird die oft gestellte Forderung, dass die Anamneseerhebung von offenen zu spezifischen Fragen voranschreiten sollte – so z.B. auch Lipkin et al. (1995: 72: „open to close cone“) – verbunden mit der Warnung an den Arzt vor Manipulationen gegenüber dem Patienten: „Er darf jedoch seine Ideen dem Patienten nicht suggerieren oder sogar aufzwingen“ (s.o. Box 17.16). Trotz der Schwierigkeiten bei der Unterscheidung von mehr oder weniger „gerichteten“ Fragen, die mehr oder weniger suggestiv sein können,¹⁰ wird in empirischen Gesprächsanalysen zu klären sein, inwieweit (im obigen Sinne von Morgan und Engel) dem Pa-

¹⁰ Das Problem der Suggestivität lässt nicht allein als Formanalyse (von Sätzen) klären, sondern bedarf einer spezifischen Kontextanalyse (§ 21.2). Unser methodischer Vorschlag für die empirische Gesprächsanalyse war (17.3.), die benachbarten Arzt-Äußerungen zu untersuchen, die offenbar längere Patientenbeiträge *stimulieren*. Allerdings sind diese Stimulationen nicht unbedingt „richtungslos“. So kann der Arzt gerade mit Schlüsselinterventionen bestimmte „Assoziationen“ des Patienten auslösen oder auch nur testen (wollen), wofür wir eine Reihe von Beispielen im Praxisteil anführen werden.

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

tienten „erlaubt“ wird, „unbeeinflusst zu erzählen, was diesem wichtig ist.“ Hier stellen die exemplarischen Arzt-Fragen wie „Erzählen Sie mehr darüber“ oder „Wie war es?“ zweifellos eine *Relevanzhochstufung* dar, die der Patient zur relativ freien Verfügung nutzen kann.

Der markierte Wendepunkt von der *Assoziation* zur *Lenkung* ist zunächst ein mentaler Punkt beim Zuhören des Arztes, bei dem er „genau auf Auslassungen und doppeldeutige Aussagen (achtet)“ (s.o.). Erst diese Lücken und Unklarheiten berechtigen den Arzt, in den *assoziativen* Erzählfluss des Patienten klärend einzugreifen, aber nicht durch abrupten Themen- und dadurch Relevanzwechsel, sondern durch Themenkontinuität: „Dabei versucht er, jede Frage an dem anzuknüpfen, was der Patient erwähnt hat. Der Arzt nimmt also den Faden dort auf, wo der Patient aufgehört hat“ (s.o.). Die *Kunst der ärztlichen Gesprächsführung* besteht zusammenfassend also darin, den Patienten „unbeeinflusst erzählen“ zu lassen und die beim aufmerksamen Zuhören bemerkten Lücken durch jene Fragen zu schließen, „die notwendig sind, um das Bild zu vervollständigen.“ Während die „spontanen Assoziationen“ also die erste Quelle der Anamneseerhebung sind, wird diese durch „gezielte“ Arzt-Fragen nach und nach in Richtung auf eine Vervollständigung ergänzt.

Die Assoziation des Patienten und die Lenkung durch den Arzt ins rechte Verhältnis zu setzen, ist eine höchst *individuelle* Angelegenheit, die eine maßgeschneiderte Passung im Umgang mit individuellen Patienten verlangt, was sich ebenfalls mit Morgan und Engel (1977) (Box 17.17) in einer allgemeinen Maxime zusammenfassen lässt:

Box 17.17 „Der Arzt muß (...) sich der Art des Patienten anpassen“

Das Maß an nötiger Führung ist bei jedem Patienten anders. Einige Patienten schweifen ab und bleiben an unwesentlichen Dingen kleben, andere übergehen wichtige anamnestiche Begebenheiten und gelegentlich erzählen Patienten so zusammenhängend, daß kaum eine Zwischenfrage notwendig ist. Der Arzt muß beim Erheben der Anamnese beweglich bleiben und sich der Art des Patienten anpassen.

Morgan und Engel 1977: 41

Trotz dieses Plädoyers für eine individuelle Gesprächsführung, mit der sich der Arzt „beweglich“ an den jeweiligen Patienten „anpassen“ muss, halten auch Morgan und Engel einen „Grundplan“ für die Anamneseerhebung für nützlich: „Keine Anamnese wiederholt sich. Trotzdem kann man an einem allgemeinen Grundplan festhalten“ (1977: 31). Wie be-

reits einleitend (§ 1) ausgeführt, muss das Rad (auch für die Kommunikation zwischen Arzt und Patient) nicht immer neu erfunden werden und kann bei der Lehre und Praxis der ärztlichen Gesprächsführung auf Grundlagen der „Klassiker“ aufgebaut werden. Wie schon im Theorieteil sollen auch im Praxisteil erhebliche Anleihen an bewährte Traditionen gemacht werden, die durch Verweise und ausführliche Zitate ausgewiesen werden sollen, wo die Paraphrase dem Original nicht genügen könnte.

Dies gilt auch für die nachfolgenden Begründungen und Ausdifferenzierungen des Gesprächsmanuals, bei dem auf Vorarbeiten der „Klassiker“ zur klinischen Kommunikationsforschung und Kommunikationsdidaktik zurückgegriffen werden kann. Statt an dieser Stelle weiterführende Hinweise zu geben, verweisen wir auf die schon vorausgehend angeführte Literatur in einschlägigen Kapiteln dieses Lehrbuchs (bes. § 2, 3, 16, 17) und beschränken uns hier auf praktische Hinweise zur Nutzung des Gesprächsmanuals, das nachfolgend in 6 Schritten (§ 18-23) vorgestellt und anhand von Ankerbeispielen und Modellgesprächen (*best practice*) empirisch und didaktisch weiter ausgeführt werden soll.

17.5 Praktische Hinweise zum Manual und KEK

Entsprechend unseren komparativen Analyse- und Lernmethoden soll mit unserem *Manual zur ärztlichen Gesprächsführung und Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) keineswegs ein „Einheitsweg“ oder der „Königsweg“ der ärztlichen Gesprächsführung suggeriert werden. Vielmehr soll einer *Pluralität* der Gesprächswege Rechnung getragen werden, über die eine „gemeinsame Wirklichkeit“ (Uxküll, Wesiack 1991, 2011) in der *persönlichen* Beziehung zwischen Arzt und Patient hergestellt werden kann (§ 4). Diese gemeinsame Wirklichkeit stellt sich nicht von selbst ein, sondern muss oft erst mühsam gesprächsweise erarbeitet werden, indem zunächst ein Zugang zur *individuellen* Wirklichkeit des Patienten als erkrankte Person gefunden werden muss, was (im obigen Sinne von Morgan, Engel 1977) eine individuell *maßgeschneiderte* Gesprächsführung verlangt.

Ebenso wie Patienten einen individuellen Erzählstil haben und sich sehr persönlich in das Gespräch einbringen können, so können auch Ärzte einen sehr individuellen Gesprächsstil pflegen, an dem man nicht

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

notwendig „herumdoktern“ muss. Wo aber Defizite unverkennbar sind, kann ein Gesprächsmanual zur Verbesserung der Gesprächspraxis beitragen. In diesem Sinne handelt es sich bei unserem Manual zur ärztlichen Gesprächsführung um Lernangebote, gewohnte Pfade der Kommunikation zu verlassen und neue Wege auszuprobieren.

Der kommunikative Zugang zum Patienten soll also nicht durch ein „Schema F“ hergestellt werden, wie es eine restriktive Anwendung eines Manuals nahe legen könnte. Vielmehr kann ein solches Manual nur *Strukturierungs- und Orientierungshilfe* sein bei der Förderung einer kommunikativen Kompetenz des Arztes, der sich der *Passgenauigkeit* seiner verbalen und nonverbalen Interventionen in konkreten (Typen von) Gesprächssituationen immer wieder vergewissern muss.

Die Situationsmerkmale und ihre Beziehungen haben wir in einem Modell der kommunikativen Passung zusammengestellt (§ 3.2, 17.2.4), in dessen Mittelpunkt die *Passungskompetenz* des Arztes steht, der im Idealfall die optimale Integration aller Merkmale erreichen kann. Wir werden dieses Passungsproblem im Lehrbuch fortlaufend wieder aufnehmen und an weiteren Merkmalen und empirische Fallbeispielen erläutern, die als Ankerbeispiele für unser nachfolgend (§ 18-23) ausdifferenziertes Manual zur ärztlichen Gesprächsführung dienen sollen.

Obwohl unser Manual zur ärztlichen Gesprächsführung weit davon entfernt ist, ein Psychotherapiemanual zu sein, möchten wir dennoch die praktischen Anleitungen zur „Handhabung des Manuals“ (Box 17.18) übernehmen, die Luborsky (1988) in seiner „Einführung in die analytische Psychotherapie“ mit der Unterscheidung von sechs Lernphasen vorgeschlagen hat.

Box 17.18 Handhabung des Manuals

Die Empfehlungen zum Erlernen und zur Handhabung des Manuals fußen auf den bewährten Prinzipien des Lernens durch das Tun (...) Der Kliniker, der sich um die Aneignung dieses Psychotherapiemanuals bemüht, sei es für Praxis oder für Forschung, sollte die folgenden Lernphasen beachten:

1. Lies das Manual.
2. Behandle einige Patienten und versuche das Manual anzuwenden.
3. Lies das Manual erneut.
4. Behandle weitere Patienten und versuche das Manual anzuwenden.

5. Überprüfe gemeinsam mit einem Therapeutenkollegen oder mit einem Supervisor, inwieweit du dich wirklich an das Manual hältst.
6. Und so weiter, bis ein zufriedenstellender Stand des Wissens und der behandlungstechnischen Fertigkeiten erreicht ist.

Das Abwechseln von Lesen und Praxis verhilft zur intensiven Aneignung des Manuals und seiner wesentlichen Inhalte.

Luborsky 1988: 21

Darüber hinaus empfiehlt Luborsky für die kritische Überprüfung der Praxis auch Protokolle und Tonbandaufzeichnungen von Gesprächen. Die angesprochene Kontrollfunktion mit einem Kollegen oder Supervisor kann in der medizinischen Kommunikationslehre auch in Verfahren des Gruppenlernens (z. B. *peer teaching*) unter mehr oder weniger starker Anleitung von Tutorinnen und Dozentinnen erfolgen (§ 13, 14), die ihre eigenen Erfahrungen mit dem Gesprächsmanual gemacht haben und vermitteln können.

Ein Manual kann sich nur durch die wiederholte Lektüre und Anwendung in der Praxis bewähren, in der das eigene Gesprächsverhalten gegenüber simulierten und realen Patienten überprüft und gegebenenfalls korrigiert wird. Wie bereits ausgeführt, haben wir analog zum Gesprächsmanual den *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) entwickelt, mit dem nur geprüft werden soll, was zuvor gelehrt wurde (§ 13.6, 17.2). Der Evaluationsbogen (KEK) befindet sich am Schluss dieses Kapitels (Abb. 17.8) und im Anhang dieses Lehrbuchs (§ 44.2) und kann zur Fremd- und Selbstevaluation beim Gruppenlernen genutzt, aber auch in externen Prüfungen (OSCE) (§ 13.6, 41) eingesetzt werden.

Wenn nachfolgend das Gesprächsmanual und der KEK schrittweise in 6 Kapiteln mit empirischen Ankerbeispielen aus der ärztlichen Gesprächspraxis „anschaulich“ vermittelt werden soll, empfiehlt sich eine Rezeptionshaltung, nach der nicht nur offensichtlich weniger gelungene Beispiele, sondern auch sog. *Best-Practice-Beispiele* einer kritischen Reflexion unterzogen werden. Dies gelingt eher, wenn nach der Lektüre der jeweils letzten Patientenäußerungen eine „Kunst-Pause“ eingelegt wird, in der sich jede(r) selbst überlegen kann, was die beste verbale oder nonverbale Intervention für die ärztliche Gesprächsfortsetzung wäre. Wir haben das Reflexionsverfahren bei der Vorstellung unseres multimedialen Lernprogramms (Koerfer et al. 1999) schon an einem Beispiel illustriert (§ 13.5.2), das hier (leicht gekürzt) noch mal als Muster (B 17.2-5) für ähnliche Übungsfälle angeführt werden soll.

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

B 17.2	Letzte Patientenäußerung:	
01	P (...) und ich hab Schmerzen ... und bisher hab ich die letzten 20 Jahre genommen ähm [Medikamentenname] ...	
02	A hm [nickt] .	
03	P dann genommen, wenn es dann . dann nach einer halben Stunde nich weg war . noch äh [Medikamentenname] .	
04	A ja .	
05	P gegen die Schmerzen . und ich denk ... ich denk, mal gucken, nit das es doch was is, was denn mein bisheriger Arzt nich gefunden hat .	
B 17.3	„It’s your turn!“	Bewertung
L1	A [Meine Intervention lautet:]	
B 17.4	Simulierte Gesprächsfortsetzung: Alternative Interventionen	Bewertung
L2	A Seit wann haben Sie diese Schmerzen?	
L3	A Können Sie die Schmerzen noch näher beschreiben?	
L4	A An was denken Sie da?	
L5	A Was nehmen Sie sonst noch für Medikamente?	
B 17.5	Reale Gesprächsfortsetzung des real behandelnden Arztes	Bewertung
06	A woran denken Sie denn, was da übersehen worden sein könnte? .	

Wir haben aus Platzgründen weitgehend darauf verzichtet, die nachfolgenden Beispiele (§ 18-23) mit Lücken für Freitexte und möglichen Alternativen anzureichern, empfehlen dies aber in der Ausbildungs- und Fortbildungspraxis, in der sich nach unseren eigenen Erfahrungen unter den Teilnehmern oft ein „kreativer“ Wettbewerb um die „optimale“ Intervention entwickelt, bei dem die ausgewiesenen *Best-Practice*-Beispiele noch übertroffen wurden.¹¹

Dennoch sind bei den nachfolgenden Beispielgesprächen und Ankerbeispielen die kritischen Maßstäbe aus methodischen Gründen zu relativieren. Die Beispiele sind in *natürlichen* Gesprächssituationen *in actu*, d.h. unter Handlungsdruck und im Bruchteil von Sekunden entstanden, so dass man im Nachhinein und mit Abstand aus dem bequemen Lehnstuhl heraus „klüger“ sein und leicht die besseren Alternativen (als „Testsieger“) formulieren kann. Sollte sich diese Art der „Beserwisserei“ aus der *reflexiven Simulation* allerdings auch in der späteren Gesprächspraxis zwischen realen Ärzten und Patienten produktiv niederschlagen, wäre dies umso besser für beide Gesprächspartner.

Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK) s. nächste Seite

¹¹ Praktisch kann man in der Lehre so vorgehen, dass den Teilnehmern entsprechende Arbeitsblätter (mit kopierten Beispielen und Lücken) ausgegeben werden, in denen sie die von ihnen präferierten Interventionen eintragen, die dann im kritischen Abgleich mit den Interventionsvorschlägen anderer Teilnehmer diskutiert werden können.

17. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung

Kölner Evaluationsbogen Kommunikation						KEK
OSCE-Checkliste zur ärztlichen Gesprächsführung						1998
© Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln						2010
Nr.	Kurs	Interviewer	Datum	Patient (SP)	Rater	Summe:
						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 50
1 Beziehung aufbauen			<input type="checkbox"/> 4	4 Details explorieren		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
<p>1 Rahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Vertraulichkeit ermöglichen Störungen vermeiden <p>2 Begrüßung</p> <ul style="list-style-type: none"> Blickkontakt aufnehmen Grußformel äußern Mit Namen anreden <p>3 Vorstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> Namentlich vorstellen Funktion (z.B. „Stationsarzt“) mitteilen <p>4 Situierung</p> <ul style="list-style-type: none"> Im Sitzen Sprechen (Stuhl an Bett) Bequemlichkeit sichern Nähe/Distanz abstimmen <p>5 Orientierung</p> <ul style="list-style-type: none"> Gespräch strukturieren Gesprächsziele, Zeitrahmen 			<p>0 1</p> <p>0 1</p> <p>0 1</p> <p>0 1</p> <p>0 1</p>	<p>1 Beschwerde-Dimensionen erfragen</p> <ul style="list-style-type: none"> Lokalisation und Ausstrahlung Qualität, Intensität (<i>Skala 0-10</i>) Funktionsstörung/Behinderung Begleitzeichen Zeit (Beginn, Verlauf, Dauer) Kondition „Ich welcher Situation ...?“ <p>2 Subjektive Vorstellungen explorieren</p> <ul style="list-style-type: none"> Konzepte „Was stellen Sie sich vor?“ Erklärungen „Sehen Sie Ursachen?“ <p>3 Anamnese vervollständigen</p> <ul style="list-style-type: none"> Systeme („Von Kopf bis Fuß“) Allgemeinbefindlichkeiten, Schlaf etc. Frühere Erkrankung, Vorbehandlung Familiäre Risikofaktoren Familie, Freunde, Beruf, Finanzen etc. Lücken (heikle Themen) ansprechen 		<p>0 1 2 3 4</p> <p>0 1 2 3 4</p> <p>0 1 2 3 4</p>
1 Anliegen anhören			<input type="checkbox"/> 10	5 Vorgehen abstimmen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
<p>1 Gespräch offen beginnen</p> <ul style="list-style-type: none"> Angebot „Was kann ich für Sie tun?“ Konsultationsanlass „Was führt“ <p>2 Erzählen fördern - Rückmeldungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Hörersignale <i>hm, ja</i>, Nicken, Blick Unterbrechungen vermeiden Pausen, freie Themenwahl zulassen <p>3 Aktiv zuhören – Verbal unterstützen</p> <ul style="list-style-type: none"> Zum Weitersprechen ermutigen Äußerungen wörtlich wiederholen Äußerungen paraphrasieren Offen weiterfragen: „Wie kam das?“ <p>4 Verständnis sichern</p> <ul style="list-style-type: none"> Rückfragen „Versteh ich richtig ...?“ Zusammenfassen 			<p>0 1</p> <p>0 1 2 3 4</p> <p>0 1 2 3 4</p> <p>0 1</p>	<p>1 Evidenz-basiertes Vorgehen planen</p> <ul style="list-style-type: none"> Was ist gesichert? Hat Diagnostik Konsequenzen? <p>2 Erwartungen klären</p> <ul style="list-style-type: none"> Vorstellungen, Wünsche, Hoffnungen „Was haben Sie sich vorgestellt?“ Kontrollüberzeugungen „Was könnten Sie selbst ändern?“ <p>3 Bisherige Befunde erklären</p> <ul style="list-style-type: none"> (s. Diagnose mitteilen) <p>4 Untersuchungs- bzw. Therapieplan</p> <ul style="list-style-type: none"> Entscheidungsmodell (SDM) sondieren Vorschläge und Risiken besprechen Reaktionen berücksichtigen Konsens anstreben 		<p>0 1 2 3 4</p>
1 Emotionen zulassen			<input type="checkbox"/> 8	6 Resümee ziehen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4
<p>1 Emotionen beachten</p> <ul style="list-style-type: none"> Verbal (z. B. Metaphern) Nonverbal (z. B. Gestik, Mimik) <p>2 In Situation des Patienten einfühlen</p> <p>3 Empathisch antworten</p> <ul style="list-style-type: none"> Angemessen Hilfe und Trost anbieten Belastungen, Bewältigung anerkennen <p>4 Emotionale Öffnung fördern</p> <ul style="list-style-type: none"> Ansprechen „Ich nehme wahr, dass ...?“ Benennen „Sie sind dann traurig?“ Klären „Was fühlen Sie dann?“ Interpretieren „Ihre Angst kommt vielleicht von ...“ 			<p>0 1 2 3 4</p> <p>0 1 2 3 4</p>	<p>1 Gespräch zusammenfassen</p> <ul style="list-style-type: none"> Konsultationsgrund, Beschwerden, Diagnose, Therapievereinbarung <p>2 Klärung noch offener Fragen anbieten</p> <ul style="list-style-type: none"> Information „Haben Sie noch Fragen?“ Zufriedenheit „Kommen Sie damit klar?“ <p>3 Folgetermine vereinbaren</p> <ul style="list-style-type: none"> Untersuchungstermine vergeben Gesprächstermin festlegen <p>4 Patient verabschieden</p> <p>5 Dokumentation vervollständigen</p> <ul style="list-style-type: none"> Kodierung und Gesprächseindrücke Themen für Folgegespräche 		<p>0 1</p> <p>0 1</p> <p>0 1</p> <p>0 1</p>
<p>0 1 [0 = nicht erfüllt; 1 = erfüllt]</p>						<p>0 1 2 3 4 [0 = nicht erfüllt ... 4 = voll erfüllt]</p>

Abb. 17.8: Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)

18 Beziehung aufbauen

Armin Koerfer, Thomas Reimer, Christian Albus

18.1	Manual-Schritt 1: Beziehung aufbauen	815
18.2	Stadien und Erwartungen des Hilfesuchens	817
18.3	Rahmensetzung im Vier-Augen-Gespräch	819
18.4	Schutz vor Störungen	821
18.4.1	Unterbrechungen von außen	
18.4.2	Mithören von anwesenden Dritten	
18.4.3	Mitagieren von teilnehmenden Dritten	
18.5	Der erste Augenblick	828
18.5.1	(Non-)verbale Kommunikation und Wahrnehmung	
18.5.2	Begrüßung und Vorstellung	
18.5.3	Handschlag	
18.5.4	Blickverhalten und Blickkontakt	
18.6	Situierung	841
18.7	Orientierung	846
18.8	Weiterführende Hinweise	850

Wir sprechen von *Patient-Arzt-Beziehung* und ihrer Bedeutung für Diagnostik und Therapie. Auch sie ist ein Faden aus verbalen und averbalen Nachrichten, die zwischen dem Patienten und dem Arzt ausgetauscht werden müssen, wenn das entstehen soll, was wir ein therapeutisches Bündnis nennen.

von Uexküll, Wesiack 2011: 37

Abstract: Im ersten Gesprächsschritt (§ 18.1) ist unter verschiedenen Aspekten eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten aufzubauen, die dann in der nachfolgenden Interaktionsgeschichte weiterentwickelt und vertieft werden muss. Bei der Beziehungsgestaltung müssen die Entwicklungen und Erwartungen des Patienten sensibel berücksichtigt

18. Beziehung aufbauen

werden, mit denen er nach dem Scheitern seiner eigenen Bewältigungsbemühungen nunmehr die professionelle Hilfe des Arztes beanspruchen muss (§ 18.2). Gerade weil der erste Eindruck oft der bleibende Eindruck ist, sind Fehler bei der Beziehungsaufnahme möglichst zu vermeiden. Um das Vertrauen des Patienten zu gewinnen, muss zunächst der intime Rahmen eines Vier-Augen-Gesprächs hergestellt werden (§ 18.3), in dem der Patient sein persönliches Anliegen in einem geschützten Raum darstellen kann, der nach Möglichkeit gegenüber verschiedenen Arten von Störungen abzuschirmen ist (§ 18.4). Wie auch sonst im Alltag werden bereits in der Begrüßungssituation bestimmte Personenwahrnehmungen vorgenommen, die zu ersten Einschätzungen etwa von Unsicherheit, Offenheit, Zuwendung, Interesse usw. führen. Diese Wahrnehmungen des Gegenübers finden auf allen verbalen und non-verbalen Kommunikationskanälen statt, auf denen zunächst von einer „Normalform“ des Kommunikationsverhaltens des jeweils anderen ausgegangen wird. Wie im Alltag gehört auch das Begrüßungsritual in die ärztliche Sprechstunde. Ein unterlassener Blickkontakt oder Handschlag kann hier ebenso zu Irritationen führen wie die unvollständige Anrede oder persönliche Vorstellung (§ 18.5). Um darüber hinaus eine gute Gesprächsatmosphäre zu schaffen, bedarf es bestimmter Vorkehrungen zur Herstellung einer möglichst komfortablen Gesprächssituation, in der auch beeinträchtigte Patienten im Sitzen bequem platziert sind oder im Krankenbett liegend möglichst „auf Augenhöhe kommunizieren“ können (§ 18.6). Abschließend soll der Frage nachgegangen werden (§ 18.7), inwieweit eine Orientierung über die Funktion, Struktur und Zeit von Gesprächen hilfreich ist.

18.1 Manual-Schritt 1: Beziehung aufbauen

Im ersten Gesprächsschritt kommt es darauf an, eine tragfähige Beziehung zum Patienten aufzubauen, die nach und nach weiterzuentwickeln ist. Dabei ist zur Beziehungsaufnahme eine Reihe von Aspekten zu berücksichtigen, die teils im ärztlichen Gesprächsverhalten manifest werden, teils vor der Beziehungsaufnahme eine Rolle spielen und geregelt sein müssen, bevor es zur ersten Interaktion zwischen den Gesprächspartnern kommt. So ist die Begrüßung und Vorstellung Teil der wahrnehmbaren Kommunikation, während die vorausgehend vom Arzt getroffenen Vorkehrungen für eine „ungestörtes“ Gespräch bestenfalls

dadurch auffallen, dass „Störungen“ ausbleiben. Wir unterstellen in den folgenden Situationsbeschreibungen zunächst einen „Normalfall“ der ärztlichen Sprechstunde, in der der Arzt über die von ihm präferierten Gesprächsbedingungen auch frei verfügen kann, und verweisen dann auch auf „abweichende“ Formen der Kommunikation. Dazu gehört etwa die Visitenkommunikation, bei der die institutionellen Bedingungen der Teamarbeit und des Mehrbettzimmers in der Regel eine strikt dyadische Gesprächssituation verhindern. Auf die Folgen und Risiken einer Mehr-Personen-Kommunikation, wie sie für die Visite charakteristisch ist, soll jedoch noch gesondert (§ 24.3) eingegangen werden. Beim folgenden Überblick zum ersten Gesprächsschritt (Abb. 18.1) wird zunächst die „Normalform“ eines Erstgesprächs unterstellt, wie es in der hausärztlichen Praxis (§ 25) üblich sein und in einem stationären Aufnahmegespräch angestrebt werden sollte.

<small>Psychiatrie Klinische Psychologie Psychosomatische Psychotherapie Psychosomatische Psychotherapie Psychosomatische Psychotherapie</small>	1 Beziehung aufbauen	⁵ 2010
Kölnener Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)	<ol style="list-style-type: none"> 1 Rahmen <ul style="list-style-type: none"> • Vertraulichkeit ermöglichen • Störungen vermeiden 2 Begrüßung <ul style="list-style-type: none"> • Blickkontakt aufnehmen • Grußformel äußern • Mit Namen anreden 3 Vorstellung <ul style="list-style-type: none"> • Namentlich vorstellen • Funktion (z.B. Stationsarzt) mitteilen 4 Situierung <ul style="list-style-type: none"> • Im Sitzen sprechen (Stuhl ans Bett) • Bequemlichkeit sichern • Nähe/Distanz abstimmen 5 Orientierung <ul style="list-style-type: none"> • Gespräch strukturieren • Gesprächsziele verdeutlichen • Zeitrahmen mitteilen 	⁰ ¹ ⁰ ¹ ⁰ ¹ ⁰ ¹ ⁰ ¹
¹ 1998	EVALUATION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4

Abb. 18.1: Manual/KEK: Schritt/Funktion 1 („Beziehung aufbauen“)

Um den ersten Schritt der Rahmensetzung zur Schaffung einer dyadischen Gesprächssituation, in der der Patient in einem geschützten Gesprächsraum seinem Arzt vertrauensvoll begegnen kann, besser nachvollziehen zu können, ist es sinnvoll, sich der möglichen Ambivalenzen zu versichern, mit denen sich ein Patient für eine Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe entschieden hat, nachdem seine eigenen Bewältigungsversuche der von ihm so erlebten Gesundheitsstörungen offenbar gescheitert sind. Gerade wenn der Patient diese Ambivalenzen aus seiner Vorgeschichte noch als *Unsicherheit* mit in die Sprechstunde bringt, ist er auf die volle Aufmerksamkeit und Zuwendung des Arztes schon bei der ersten persönlichen Begegnung besonders angewiesen.

18.2 Stadien und Erwartungen des Hilfesuchens

Für die Entwicklung der Arzt-Patient-Beziehung ist die Gestaltung der ersten Begegnung von entscheidender Bedeutung, weil dort bereits wesentliche Weichen für die Zukunft gestellt werden. Fehler im Erstgespräch können besonders negative Auswirkungen haben, die sich später oft nur schwer korrigieren lassen. Deswegen ist gerade im ersten Gesprächskontakt eine besondere Umsicht gefragt, mit der die Patienten dort abzuholen sind, wo sie sich mit ihren Sorgen und Nöten zum Arztbesuch entschlossen haben. Der Vertrauensvorschuss in die ärztliche Profession gründet zunächst in der Erfahrung eigener Hilflosigkeit, aus der heraus sich Patienten hilfesuchend an einen ärztlichen Helfer/Beistand wenden. Dabei lassen sich nach Siegrist (2003) idealtypisch vier *Stadien des Hilfesuchens* (Box 18.1) unterscheiden.

Box 18.1 4 Stadien des Hilfesuchens

Die Inanspruchnahme des Arztes ist das Ergebnis eines Prozesses des Hilfesuchens, der idealtypisch in vier Stadien bzw. Entscheidungsstufen unterteilt wird: (1) der Symptomwahrnehmung folgt (2) die Selbstbehandlung (meist Medikation), dann (3) die Mitteilung an Nahestehende. Ein Prozess der Vergewisserung (zum Beispiel bei Bekannten, Freunden) und Beratung führt (4) zur Inanspruchnahme des Arztes.

Siegrist 2003: 175

Die Vorgeschichte vor dem Arztbesuch wird nicht selten zum Thema in der Sprechstunde selbst gemacht. Wie wir noch sehen werden, führen Patienten als Motiv für ihren Arztbesuch den „dringenden“ Ratschlag von Partnern, anderen Verwandten oder Bekannten an, oft verbunden mit eigenen oder fremden Erklärungsmodellen zu ihrem Krankheitserleben. Diese sog. „Laienätiologie“ sollte auch nach Siegrist unbedingt Gegenstand des ärztlichen Frage-Interesses werden, um etwas über die subjektiven (z.B. fatalistischen) *Einstellungen* (Krankheit als „Schicksal“ oder „Strafe“) oder (z.B. kausalen) *Zuschreibungen* („beruflicher Stress“) der Patienten zu erfahren. Darauf werden wir wiederholt zurückkommen, wenn es etwa bei der *Detailexploration* (§ 21) um die *subjektiven Krankheitstheorien* oder beim *Vorgehen abstimmen* (§ 22) um die *Kontrollüberzeugungen* von Patienten geht, ohne deren Abklärung der Therapieerfolg gefährdet wäre.

Die Vorgeschichte vor dem Arztbesuch ist zugleich auch eine Geschichte des Scheiterns, weil das alltagsweltlich orientierte Laiensystem versagt hat oder zumindest an seine Grenzen gestoßen ist. Wie immer sich die Vorgeschichte von Patienten vor ihrem Arztbesuch entwickelt hat, ist sie am Ende durch eine Art von *Resignation* bestimmt, weil die eigenen *Ressourcen* zur Bewältigung der so erlebten *Krisensituation* nicht länger ausreichen.

Der Arztbesuch wegen einer Erkrankung kann insofern als *Kränkung* erlebt werden, als der Betroffene sich nicht mehr anders zu helfen weiß und nunmehr fremde und zugleich professionelle Hilfe suchen muss. Der notwendig gewordene Gang zum Arzt ist einerseits als Folge einer wachsenden Einsicht in die eigene Ohnmacht und andererseits als ein Vertrauensvorschuss gegenüber einem potenziellen Helfer zu sehen. Dieser „Bruch“ im Selbsterleben und die vertrauensvolle Hinwendung zum Arzt ist von George Engel (1996) (Box 18.2a) in der Doppelperspektive des Patienten beschrieben worden, bei *Verlust der Unabhängigkeit* gleichzeitig die *Hoffnung auf Hilfe* in einer vertrauensvollen Beziehung zum Arzt zu entwickeln.

Box 18.2a Hoffnung und Bereitschaft des Patienten

Krankwerden bedeutet für den Patienten den Bruch im einzigartigen Gefühl der Kontinuität von Erkennen, Verstehen, Erkenntnis- und Verstandenwerden, die so typisch für Gesundheit und Wohlergehen sind. Der Patient sucht Hilfe, weil er etwas als seltsam, anders, störend oder be-

18. Beziehung aufbauen

hindernd empfindet, dass er nicht versteht und oder dass er nicht selbst meistern kann, oder was zu meistern er sich unfähig fühlt. Gleichzeitig nimmt er an - oder hofft -, daß der Arzt es versteht und die Situation meistern kann (...) Unternimmt der Patient den Schritt, ist er bereit, Unabhängigkeit aufzugeben und seine Privatsphäre zu teilen, oft in einem Ausmaß, das von keiner anderen Beziehung zwischen zwei Menschen erreicht wird.

George Engel 1996: 8

Dieses einmalige *Privileg*, das der Patient mit seiner Aufgabe der Unabhängigkeit und der Teilung seiner Privatsphäre mit dem Arzt einräumt, wird zumeist „stillschweigend“ gewährt, aber gelegentlich auch explizit zum Thema gemacht, so etwa als Privileg des ärztlichen *Zuhörers*, dem gegenüber etwas *erstmalig erzählt* wird, was in dieser Form sonst noch niemand zu hören bekommen hat (§ 9, 19). Ob direkt oder indirekt zugestanden, ist das Arzt-Patient-Beziehung in dem „Ausmaß“ der „Teilung der Privatsphäre“ eine der intimsten Beziehungen überhaupt, in der perspektivisch die Thementabus, die aus „guten“ Gründen überall sonst gelten, gerade aufgehoben werden müssen, um den Heilungserfolg zu gewährleisten. Dies verlangt einen besonderen Schutz bei der *Rahmensetzung* des Gesprächs, in dem sich der Patient gegenüber dem Arzt als Helfer vertrauensvoll öffnen kann, ohne Störungen der dyadischen Beziehung von außen fürchten zu müssen.

18.3 Rahmensetzung im Vier-Augen-Gespräch

Schutzmaßnahmen zum störungsfreien Gespräch sind nach Möglichkeit schon zu treffen, bevor es zum ersten Patientenkontakt kommt und die ersten Worte gewechselt werden. Die Wirksamkeit der getroffenen Vorkehrungen schon bei der Rahmensetzung macht sich im Gespräch dann dadurch bemerkbar, dass die befürchteten Störungen ausbleiben oder aber schnell behoben werden können, was wir gleich an Beispielen noch sehen werden. Zunächst ist den Motiven nachzugehen, derentwegen Patienten das persönliche Gespräch (nur) mit dem Arzt ihres Vertrauens präferieren.

Ein Patient, der zum Arzt kommt, erwartet oder wünscht sich zumindest eine persönliche Beziehung, in der private und intime Themen unter Ausschluss jedweder „Öffentlichkeit“ besprochen werden können.

Was in der ärztlichen Sprechstunde gesagt wird, duldet im Allgemeinen keine weiteren Zuhörer. Sich einem anderen, zumal unvertrauten Menschen anzuvertrauen, setzt voraus, dass wir zunächst sicher sind, dass wir uns nur ihm allein vertrauensvoll öffnen.

Wenn wir Dritte von der Kommunikation ausschließen wollen, betonen wir dies manchmal eigens, indem wir explizit sagen: „Das bleibt aber unter uns“. Die Situation, die wir hier anstreben, ist bekanntlich das „Vier-Augen-Gespräch“, in der das *Mitgeteilte* eben *expressis verbis* nur von zwei Gesprächspartnern geteilt wird. Nicht von ungefähr heißt dieser Gesprächstyp auch „Zwiegespräch“. Der Sinn und Zweck dieses Gesprächstyps ist vor über hundert Jahren von Georg Simmel (1908/1992) in seiner Abhandlung über die „Soziologie der Sinne“ so allgemein und zugleich konkret beschrieben worden (Box 18.2b), dass der Transfer zum Arzt-Patient-Gespräch nicht schwerfällt.

Box 18.2b Unterredung unter vier Augen

Für unser Gefühl liegt hier etwas Perverses, weil das Hören seinem Wesen nach überindividualistisch ist: was in einem Raume vor sich geht, müssen eben alle hören, die in ihm sind, und daß der Eine es aufnimmt, nimmt es dem anderen nicht fort. Daher stammt auch die *besondere seelische Betonung*, die ein Gesprochenes hat, wenn es dennoch ausschließlich *für einen Einzigen bestimmt* ist. Was der Eine dem Andern sagt, würden Unzählige sinnlich hören können, wenn sie nur dabei wären. Wenn der Inhalt irgend eines Gesagten diese formal-sinnliche Möglichkeit ausdrücklich ausschließt, verleiht dies einer solchen Mitteilung eine unvergleichliche soziologische Färbung (...) Dies ist das merkwürdig Pointierte des *mündlich mitgeteilten Geheimnisses*, der *Unterredung unter vier Augen*; sie verneint ausdrücklich den sinnlichen Charakter des Sprachlautes, der die Möglichkeit unzählig vieler Hörer involviert.

Georg Simmel 1908/1992: 730f. (Hervorhebungen von uns)

Auch wenn die Sprache Simmels „im digitalen Zeitalter“ etwas „aus der Zeit gefallen“ zu sein scheint, ist er in der Sache hochaktuell, nach der die „Unterredung unter vier Augen“, zumal mit einer „besonderen seelischen Betonung“, eine Angelegenheit unter den beiden Gesprächspartnern bleiben sollte. Wenn sich die Diskussion im Umgang mit digitalen Daten in unserer Zeit zu Recht schon auf die Kontaktdaten von (Telefon-)Gesprächen bezieht, so unterliegen deren Inhaltsdaten erst recht einem besonderen Schutz. Die sprichwörtliche *Verschwiegenheit* des

18. Beziehung aufbauen

Arztes *meines Vertrauens* hat ihren besonderen Sinn und Zweck gegenüber dem vertraulich geäußerten Wort im „Zwiegespräch“, die den mithörenden Dritten im Prinzip ausschließen sollte, wenn dessen Mithörer-Rolle nicht ausdrücklich erlaubt wird.¹

Aus der Erlebensperspektive von Patienten ist das direkte Mithören im selben Raum ebenso oft verpönt wie der „Lauscher an der Wand“, und sei er nur Mithörer auf dem Flur, im Wartezimmer oder im Nebenraum bei offener Tür usw. Dabei geht es nicht nur um faktisches Mithören, sondern um die Befürchtungen von Patienten, dass das die Vertraulichkeit des Wortes nicht gewährleistet sein könnte. Auch bei Patienten gehört es allerdings zum Weltwissen, dass in der Praxis mit vielen Einschränkungen zu rechnen ist, die teils strukturell bedingt sind (z.B. Visitenkommunikation) (§ 25), aber auch auf mangelnde Umsicht bei möglichen Schutzvorkehrungen gegenüber Störungen verschiedener Art zurückzuführen sind, die nachfolgend differenziert werden sollen.

18.4 Schutz vor Störungen

Insgesamt erstrecken sich die Erwartungen (Hoffnungen, Befürchtungen) von Patienten in Bezug auf den Schutz vor Störungen weniger auf den Typ kurzfristiger *Unterbrechungen* (§ 18.4.1), wie sie durch dringende Telefonate oder das Reinreichen von Unterlagen (Akten, Rezepten) durch Teammitglieder gegeben sind. Gravierender sind vielmehr die mehr oder weniger ausgeprägten Formen des *Mithörens* (§ 18.4.2) und *Mitagierens* von Dritten (§ 18.4.3), zu denen mehr oder weniger „befugte“ Personen (Teammitglieder, Mitpatienten, Dolmetscher, Angehörige usw.) gehören können, durch die das „Zwiegespräch“ zwischen Arzt und Patient empfindlich gestört sein kann.

¹ Wie einleitend (§ 1) und in der Darstellung unserer Ausbildungskonzepte (§ 13, 14) schon ausgeführt, profitieren wir an unserer Klinik von der ausdrücklichen Bereitschaft von Patienten, sich und ihre Gespräche für Lehr- und Forschungszwecke zur Verfügung zu stellen. Dies gilt ebenso für den besonders sensiblen Typ von psychoanalytischen Gesprächen, die auszugsweise (Koerfer, Neumann 1982) oder als Therapieverlauf (Kächele et al. 2006) mit Zustimmung der Patienten für Lehr- und Forschungszwecke aufbereitet und analysiert wurden.

18.4.1 Unterbrechungen von außen

Kurzfristige Unterbrechungen von außen (Teammitglieder, Telefon usw.) können zumeist entsprechend kontrolliert ausgehalten und gesteuert werden, indem die Gesprächsteilnehmer im Gespräch kurz innehalten, wie wir an folgendem Beispiel (B 18.1) sehen können, bei dem der Arzt der Störung routiniert begegnet.

B 18.1	„Ich bin noch im Patienten-Gespräch“	Kommentar
01	A ja .	HS
02	P und äh . () hört sich das alles mal an und so an . [da muss man einfach ()	
03	A [ja ja ja, das stimmt . es gibt außerordentlich überzeugte Pumpenträger . insbesondere wenn die merken, dass sie dadurch in der Lage sind, ihre Stoffwechselstörung besser hinzukriegen .	HSe Manual: 5.4 Informieren über Vorteile und Risiken
04	P hm .	
05	A prinzipiell gibt es zwei Gründe ... [Störung von außen: Tür klopfen] ja bitte () guten Tag . ich bin noch im Patienten-Gespräch . es dauert noch eine Weile ... ähm . es gibt zwei wesentliche Gründe für eine Pumpe aus unserer Sicht .	Störung von außen durch Türklopfen und Öffnen der Tür, dann wieder von außen schließen
06	P hm .	
07	A dass entweder die Stoffwechseleinstellung zum Beispiel durch das Basis-Bolus-Konzept nicht zufriedenstellend ist .	Fortsetzung von 5.4 Informieren über Vorteile und Risiken
08	P hm .	

Der „Störenfried“ wird vom gesprächsführenden Arzt zwar noch höflich hereingebeten und begrüßt (A 05), dann aber in bestimmtem Ton „hinauskomplementiert“. Mit der deutlichen *Markierung*, nach der er (nicht in irgendeinem beliebigen, sondern) in einem „*Patienten-Gespräch*“ sei, wird zugleich der besondere Schutz-Charakter dieses Typs von Gespräch betont, das hier und jetzt keine Störung duldet. Während sich der „Störenfried“ hier prompt zurückzieht, fahren Arzt und Patient ohne

18. Beziehung aufbauen

weitere Irritationen in ihrem Gespräch fort, so als wären sie nicht unterbrochen worden.

Kurze Störungen dieses Typs können sozusagen noch *in actu kompensiert* werden, wenn andere Regelungen wie die Warnlampe („Bitte nicht stören“) versagen oder Absprachen mit Teammitgliedern nicht eingehalten werden – aus welchen dringen Gründen auch immer. Allerdings können auch die kurzfristigen Störungen bei zunehmender Häufung zum Problem werden, weil sie den Gesprächsfluss unterbrechen und die Gesprächspartner „aus dem Konzept“ bringen können, so dass sie „den Faden verlieren“. Dagegen helfen nur verstärkte Kontrollen der Absprachen im Team. Für den Patienten muss das Gesprächserleben bewahrt werden, dass ihm für eine bestimmte „Zeit am Stück“ die volle Aufmerksamkeit des Arztes geschenkt wird, der nicht den Eindruck vermitteln sollte, von anderen Angelegenheiten „absorbiert“ zu sein.

18.4.2 Mithören von anwesenden Dritten

Problematischer als die kurzfristigen Unterbrechungen sind aus der Erlebensperspektive von Patienten allerdings die mehr oder weniger andauernden Störungen durch das faktische oder bloß vermutete Zuhören von mehr oder weniger „unbefugten“ Dritten, die in verschiedenen Varianten stören können. Jeder von uns hat schon Erfahrungen gemacht, dass Patienten bereits an der „Rezeption“ im Gespräch über die „Theke“ mehr oder weniger „rumdrucksen“, wenn sie im offenen Wartebereich *coram publico* mit ihren aktuellen Beschwerden erklären müssen, warum sie so dringend den Arzt zu sprechen wünschen („Blut im Stuhl“, „Panikattacken“ usw.). Weiterhin können Personen „ungebetene“ Zuhörer werden, die sich in Nachbarräumen (bei offenen Türen) oder in „hellhörigen“ (Untersuchungs-)Kabinen aufhalten. Hier sollten zumindest das Erstgespräch und nach Möglichkeit auch Diagnose- und Therapiebesprechungen in einem abgeschirmtem „Sprechzimmer“ stattfinden, das diesen Namen verdient. Auch nach Untersuchungssituationen, in denen weitere assistierende Teammitglieder unvermeidlich als mehr oder wenige „stumme Zeugen“ beteiligt sind, sollten Befundbesprechungen usw. anschließend möglichst „unter vier Augen“ stattfinden, um den unterbrochenen Schutz des „Zwiegespräch“ (wieder-)herstellen zu können.

Ein strukturelles Problem birgt die schon erwähnte Visite, deren institutionalisierte Form dem „Zwiegespräch“ in mehrfacher Hinsicht ent-

gegensteht (§ 25). Hier werden dem Patienten spezifische Kommunikationsformen zugemutet, die der *Mehr-Personen-Konstellation* geschuldet sind. So können schon die *interprofessionellen* Kommunikationsformen störend wirken, mit denen Teammitglieder sich untereinander austauschen, indem sie oftmals „über den Kopf des Patienten hinweg“ in einer Sprache reden, die er ohnehin nicht verstehen kann oder soll (§ 10, 24, 27). Hier „mutiert“ der Patient selbst zum nicht-adressierten, bloß anwesenden Mithörer, der den Ausschluss von einer unverständlichen Kommunikation, die ihn selbst betrifft, als Bedrohung erleben muss.

Aus der Erlebensperspektive von Patienten ist die typische Visiten-Kommunikation *coram publico* aber nicht nur belastend, weil er sich gegebenenfalls auf wechselnde Adressierungen und Gesprächspartner aus dem Stationsteam einzustellen hat, sondern weil auch die Mitpatienten als „ungebetene“ Zuhörer die „freie Aussprache“ stören können. Immer wieder suchen Patienten deswegen andernorts das *Zwiegespräch* mit dem Arzt, notfalls auf dem leeren Stationsflur, weil dieser Gesprächsort gegenüber dem Dreibettzimmer als die bessere Alternative erscheint. Es sei dahingestellt, wie viele relevante Informationen tagtäglich im Klinikalltag gegenüber dem Ärzteteam in der laufenden Visite „verschwiegen“ werden, weil die Patienten sie aus Scham vor ihren Mitpatienten in einem quasi-öffentlichen Raum nicht offenbaren mögen usw. Hier wären trotz aller institutionellen Beschränkungen im Stationsalltag spezifische Einrichtungen wie ein „Sprechzimmer“ zu überlegen, in das Patienten im Bedarfsfall auch im Rollstuhl oder Bett mit dem behandelnden Arzt/Team ein vertrauliches Gespräch ohne fremde („unbefugte“) Mithörer führen könnten.

18.4.3 Mitagieren von teilnehmenden Dritten

Ein weiteres strukturelles Problem, für das es oft keine Patentrezepte gibt, stellt die Kommunikation mit teilnehmenden Dritten in der Funktion von *Vermittlern* unterschiedlichen Typs dar. Dies gilt etwa bei der *interkulturellen Kommunikation* (§ 28), in der sowohl professionelle als auch laienhafte Vermittlungen zu „Verzerrungen“ führen können. Hier müssen Ärzte oft die schwierige Balance finden zwischen der *direkten* Kommunikation mit dem Patienten oder *indirekten* Kommunikation über Dolmetscher oder Angehörige, was in beiden Fällen auch zu Missverständnissen führen kann (§ 28). Bei der Vermittlung durch Angehörige ist zudem mit mehr oder weniger ausgeprägten „Eigeninteressen“

18. Beziehung aufbauen

am Kommunikationsverlauf zu rechnen, wie sie bei aller Kommunikation unter Beteiligung von Angehörigen „durchschlagen“ können. Dies ist auch bei der Kommunikation mit *jungen* Patienten (§ 35) unter Beteiligung von *Eltern* zu berücksichtigen, aber auch in der Kommunikation mit *alten* Patienten (§ 37), bei denen oft *Angehörige* (Partner, Kinder) die Kommunikation vermitteln oder gar anleiten.

Erfahrene Ärzte wissen, dass die Anwesenheit und Mitwirkung von Angehörigen nicht nur hilfreich, sondern problematisch sein kann, weil die Beteiligten einer (Selbst-)Zensur unterliegen können, und versuchen deshalb behutsam, die Wünsche „ihrer“ Patienten hinsichtlich der Präferenz für ein „Zwiegespräch“ rechtzeitig zu sondieren und zu berücksichtigen. Im folgenden Gespräch (B 18.2) mit einer Schülerin wird bereits in der Eröffnungssequenz deutlich, dass zwischen den Beteiligten Vorabsprachen getroffen wurden, das Gespräch zunächst zu zweit zu führen.

B 18.2 „jetzt versuchen wir zwei das mal . ne“

- 01 A [Arzt und Patientin kommen zusammen rein und setzen sich] ja komm bitte [Vorname] . setz dich (5) erzähl . die Mutter hat ja so So:rgen, dass du nicht alles sagst .
- 02 P [lacht leise, verlegen] .
- 03 A jetzt versuchen wir zwei das mal . ne .
- 04 P ja, also mir ist manchmal ein bisschen schlecht .
- 05 A ja .
- 06 P und Kopfschmerzen habe ich auch .
- 07 A ja .

Hier wird die Erzähleinladung (01 A: „erzähl ...“) mit Hinweis auf offensichtlich vorbesprochene „Sorgen“ der Mutter begründet, dass ihre Tochter „nicht alles sagen könnte“. Nachdem die Patientin verlegen reagiert hat, wird sie durch den Arzt zum weiteren Erzählen nochmals ermuntert, indem er die Gemeinsamkeit des Versuchs betont, mit dem zugleich die „Zweisamkeit“ im Gespräch hergestellt wird („wir zwei“). Wie der weitere inhaltliche Gesprächsverlauf zeigt, der an anderer Stelle ausführlich unter verschiedenen Aspekten analysiert wurde (Koerfer et al. 2010, Kruse, Tress 2010, Szirt, Langewitz 2010, Obliers et al. 2010), kann begründet davon ausgegangen werden, dass das Gespräch im direkten Beisein der Mutter anders verlaufen wäre. Bevor wir auf wesentliche Ausschnitte des Gesprächs zurückkommen (§ 25.3), sei vorwegge-

nommen, dass der „Ausschluss“ der Mutter vom Gespräch später einvernehmlich „aufgehoben“ wurde.

Wurden in diesem Fall aufgrund der Vorgeschichte spezifische Vorkehrungen für das „Zwiegespräch“ getroffen, kann dieses auch proaktiv und spontan in der bereits zu dritt begonnenen Gesprächssituation erst später hergestellt werden. So werden Angehörige, die zunächst noch anwesend sind, oft gleich zu Gesprächsbeginn oder später „hinausgeben“, was zu Irritationen führen kann. Hier geht es aber primär um das Wohlergehen des „Index“-Patienten, der ein Vorzugsrecht genießt, das selbst im Falle von Unmündigkeit zu berücksichtigen ist. So möchte eine 6-jährige Patientin, die an Leukämie erkrankt ist, das Gespräch ohne ihre Mutter fortsetzen (B 18.3), offenbar weil sie etwas mitzuteilen hat, was nur der Arzt zu hören bekommen soll.

B 18.3 „da soll die Mama rausgehen“

- 01 A ich glaub, du willst mich was fragen? . was willst du mich denn fragen? .
- 02 P da soll die Mama rausgehen .
- 03 A da soll die Mama rausgehen . Tür auf lassen oder zu machen?
- 04 P zu machen .
- 05 A ganz zu machen ... [die Mutter verlässt den Raum] ...
- 06 P mir gehen die Nerven durch und ich hab Angst .
- 07 A ja . das ist schön wie du das sagen kannst .
- 08 P manchmal trau ich mir das nicht zu sagen ...
- 09 A was traust du dich nicht zu sagen? .
- 10 P dass mir die Nerven durchgehen und ich Angst hab .
- 11 A du hast dann richtige Angst .
- 12 P [nickt] .

Zu Beginn der Sprechstunde sitzen Mutter und Kind sowie der Arzt noch „einträchtig“ beisammen und der Arzt eröffnet das Gespräch interessehalber mit einer Art *small talk*, in dem er sich nach dem Herkunftsort erkundigt („Ja, wo kommt ihr denn jetzt her?“). Nach einem kurzen Austausch (Stichworte: Spritzen, Chemo usw.) richtet der Arzt zunächst in *indirekter* Form (01 A: „ich glaub, du willst mich was fragen“), dann in *direkter* Form die erste Frage an seine Patientin (01 A: „Was willst du mich denn fragen?“). In diesem Beispiel, das an anderer Stelle weiter verfolgt wird (§ 25.3), macht die junge Patientin (6 Jahre) sehr eindrücklich von ihrem Recht auf ein *Vier-Augen-Gespräch* mit

18. Beziehung aufbauen

dem Arzt Gebrauch. Dieser *kooperiert* sofort *passend*, indem er den Inhalt des Wunsches affirmativ wiederholt (O3A: „da soll die Mama rausgehen“) und mit einer Frage spezifiziert, durch deren Antwort zugleich der Grad der *Nähe/Distanz* zur Mutter geregelt werden soll (O3 A: „Tür auf lassen oder zu machen?“). Hier sollen vom Arzt offenbar die Chancen und Gefahren des Zuhörens sondiert werden, was je nach Erlebensperspektive der jungen Patientin unterschiedliche aktive bis passive Beteiligungsrollen durch die Mutter betreffen kann, die hier unausgesprochen von der *Bedrohung* über den *Schutz* (jeweils des Kindes durch die Mutter) bis zur *Schonung* (der Mutter durch das Kind) reichen mögen.

Der wie auch immer motivierte Wunsch nach Abwesenheit der Mutter wird von ihr „stillschweigend“ respektiert, indem sie jedenfalls ohne weiteres den Raum verlässt, so dass die Patientin und ihr Arzt schließlich wie gewünscht „unter sich“ sind. Erst durch diesen von der Patientin initiierten und gemeinsam hergestellten Gesprächsrahmen wird es möglich, das „eigentliche“ Gespräch mit einem *dramatischen* Thema zu eröffnen (O6 P: „mir gehen die Nerven durch und ich hab Angst manchmal“). Dieses Problem, das sich die Patientin offenbar nur im Schutz des Vier-Augen-Gespräch „zu sagen traut“ (O8 P), wird dann zwischen dem Arzt und seiner Patientin im weiteren Gespräch mit vielen Themenvarianten weiterbearbeitet, bis schließlich doch die Mutter am Ende des Gesprächs einvernehmlich wieder dazu gebeten wird. Wie die weitere Darstellung und Analyse des Gesprächs zeigt (§ 25.3), hätte es in dieser Form unter Anwesenheit der Mutter so nicht stattfinden können. Vielmehr wäre die Entwicklung des vertraulichen *Zwiesgesprächs* zwischen Arzt und Patientin gänzlich verhindert oder doch empfindlich „gestört“ worden.

Insgesamt sollten Ärzte den unterschiedlichen Typen von Störungen, die im patientenseitigen Gesprächserleben von (übermäßigen) Telefonaten usw. über „unbefugte“ Zuhörer (Mitpatienten usw.) bis hin zu (unerwünschten) Vermittlern (Dolmetschern, Angehörigen usw.) reichen können, schon im Vorfeld aktiv begegnen. Wo Störungen nicht hinreichend antizipiert werden können, sollten sie in der laufenden Interaktion möglichst rechtzeitig wahrgenommen und durch entsprechende Aushandlungen mit den jeweiligen „Index“-Patienten sensibel „behoben“ oder doch zumindest in ihren Wirkungen „gemildert“ werden.

18.5 Der erste Augenblick

Der erste Augenblick zwischen Arzt und Patient ist oft weichenstellend für die weitere Gestaltung der Beziehung zwischen den beiden Interaktionspartnern. Der *erste* Eindruck ist bekanntlich oft der *bleibende* Eindruck (Box 18.3), der nur schwer zu korrigieren ist.

Box 18.3 Der erste Eindruck

Beim ersten Kontakt mit einer Person machen wir uns aus einer geringen Zahl von Merkmalen wie Aussehen, Auftreten, Sprechweise ein Bild vom anderen (...) Der erste Eindruck ist für die weitere Entwicklung der persönlichen Beziehung mitentscheidend, da er gleich zu Beginn einen „Bezugsrahmen“ schafft, in den spätere Eindrücke eingepaßt werden. Es ist schwer, ein einmal entstandenes Bild zu korrigieren.

Schmielau, Schmielau-Lugmayr 1990: 323

In der Begrüßungssituation ist die Aufmerksamkeit besonders groß, wenn sich beide Partner fremd sind, was ja gerade im Erstgespräch zwischen Arzt und Patient der Fall ist. Sie begegnen sich zunächst als Fremde und müssen eine *inhaltserfüllte Wir-Beziehung* erst herstellen (Schütz 1932/74). Mit einer besonders geschärften Personenwahrnehmung suchen beide Partner wechselseitig Informationen über den anderen Partner zu gewinnen, um diese mit ihren Erwartungen abzugleichen und sich besser auf den anderen einstellen zu können (Argyle 1969/1972, Argyle 1975/1992, Delhees 1994). In dieser Hinsicht unterscheidet sich der Arzt zunächst nicht vom Patienten als Alltagsmensch. Beide versuchen, in der neuen Situation eine soziale Orientierung und dadurch Sicherheit zu gewinnen. Darüber hinaus begegnen sich beide in ihrer jeweiligen sozialen Rolle auf je spezifische Weise. So wird der Patient etwa prüfen, ob der Arzt seiner Hilfe-Erwartung entspricht, und der Arzt wird die Erstbegegnung mit dem Patienten vielleicht zu ersten diagnostischen Eindrücken nutzen. Dabei werden sich die Eindrücke beider Interaktionspartner aus verschiedenen Quellen der Personenwahrnehmung bilden.

18.5.1 (Non-)verbale Kommunikation und Wahrnehmung

Die gegenseitige Wahrnehmung von Personen und ihres Verhaltens erstreckt sich auf verschiedene *verbale* und *nonverbale* Kommunikationsmodi. Die Besonderheiten der nonverbalen Kommunikation zwischen Arzt und Patienten waren vorausgehend schon im Detail ausgeführt worden (§ 12). Dort war auch bereits das Problem der *reflexiven* Selbst- und Fremdbeobachtung in der laufenden Interaktion zwischen Arzt und Patient erörtert worden. Weil die selbstreflexive Einstellung immer auch Risiken einer Störung des spontanen Verhaltens birgt, ist die Aufmerksamkeitslenkung auf spezifische nonverbale Phänomene auch nur zeitlich begrenzt möglich. Hier ist eine „Scheinwerfertechnik“ gefragt (§ 12.4.1), mit der Ärzte in ihrer Beobachtung kurzfristig auf spezifische nonverbale Phänomene fokussieren können, ohne in ihrer Konzentration auf das fortlaufende Gespräch allzu lange vom weiteren Geschehen „absorbiert“ zu werden.

Dies gilt im Übrigen auch für verbale Kommunikationsformen: Wer an sich selbst immer wieder „suggestive“ Frageformen beobachtet oder von anderen in der Fremdbeobachtung darauf aufmerksam gemacht wird, verliert möglicherweise zwischenzeitlich seinen „gewohnten“ Kommunikationsrhythmus. Der Wandel von einem *interrogativen* zu einem *narrativen* Interviewstil (§ 9, 19) ist nicht ohne „Brüche“ beim Routinehandels zu erreichen, das der kritischen Selbstreflexion nicht länger standhält. Vorübergehende Irritationen dieses Typs sind aber billigend in Kauf zu nehmen, soll die selbstreflexive Kompetenz des Meta-Arztes, wie sie vorausgehend (§ 3.2) mit von Uexküll und Wesiack (1991) beschrieben wurde, weiterentwickelt werden, um langfristige Änderungen in der ärztlichen Gesprächsführung erreichen zu können. Da man aber beim Handeln nicht alles gleichzeitig beobachten und kontrollieren kann, ist immer eine Auswahl zu treffen, die nicht zuletzt vom Interesse abhängt, dass in der *problemorientierten* Lehre und Fortbildung (§ 13.4) zur ärztlichen Gesprächsführung erst zu wecken ist.

Um nachfolgend auf einzelne verbale und non-verbale Phänomene im Gespräch zwischen Arzt und Patient besser Bezug nehmen zu können, sollen in einem typologischen Überblick (Abb. 18.2) wesentliche Unterscheidungen zur weiteren Orientierung in der medizinischen Kommunikationslehre getroffen werden.

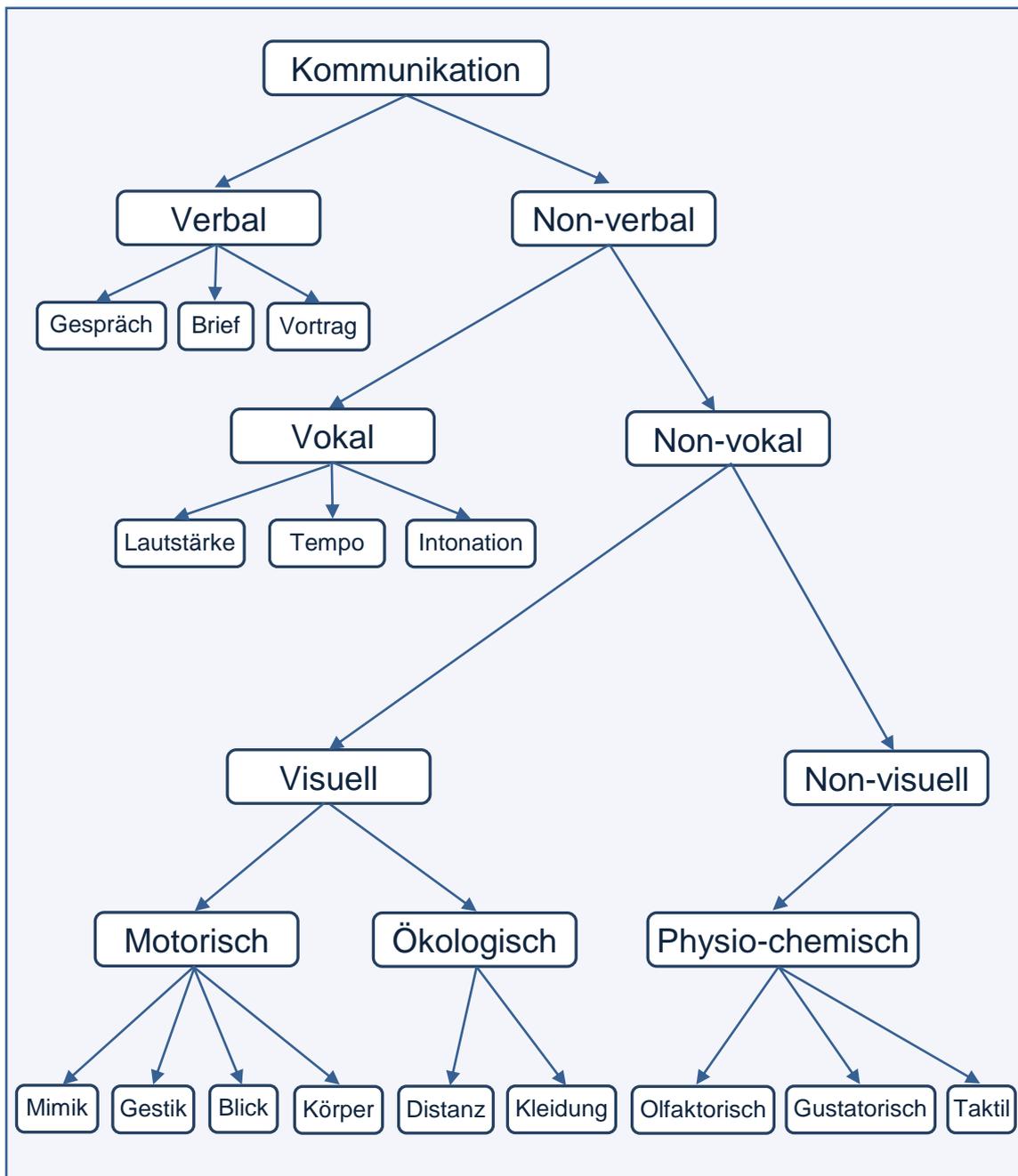


Abb. 18.2: Verbale und nonverbale Kommunikationsmodi

Mit diesem Überblick, der mit einer didaktischen Reduktion praktischen Lehrzwecken genügen soll, wird keineswegs unterstellt, dass beim gegenwärtigen Forschungsstand eine einheitliche Typologie und Terminologie beansprucht werden könnte.² Vielmehr soll die Sensibilität

² Unser Überblick über verschiedene Kommunikationsmodi (Abb. 18.2) wurde teils in Anlehnung an Helfrich, Wallbott (1980) erstellt. Ein solcher

18. Beziehung aufbauen

für das mehrdimensionale Zusammenwirken von verbalen und nonverbalen Elementen bei der Kommunikation und Personenwahrnehmung auch zwischen Arzt und Patient exemplarisch gefördert werden.

Zunächst ist zwischen dem *verbalen* Kommunikationsmodus, der *schriftlich* (Brief) oder *mündlich* (Gespräch), *dialogisch* (Brief, Gespräch) oder *monologisch* (Vortrag, Essay) vollzogen werden kann, und dem *nonverbalen* Kommunikationsmodus zu unterscheiden, der sich wiederum in einem *vokalen* und *non-vokalen* Modus differenzieren lässt. Beim non-vokalen Modus wiederum sind viele Phänomene der *visuellen* Wahrnehmung (Mimik, Gestik, Kleidung usw.) zugänglich, andere können nur über den Tastsinn oder den Geruchssinn wahrgenommen werden. So wird der Arzt, der für Phänomene der nonverbalen Kommunikation bereits sensibilisiert ist, in der Erstbegegnung mit dem Patienten etwa folgende Beobachtungen machen und diese zu ersten diagnostischen Zwecken nutzen können.

- Dem Arzt können etwa Merkmale *visuellen* Verhaltens (Box 18.4) auffallen wie die dunkle Kleidung und der *starre Gesichtsausdruck* des trauernden Patienten oder das *gequälte Lächeln* (Ekman 2004) des Angstpatienten oder die *gebeugte Körperhaltung* des Rückenschmerz-Patienten, der bereits sichtbar „an seinem Kreuz zu tragen“ hat. Wenn der Arzt den Patienten zur Begrüßung vom Wartezimmer abholt (§ 18.6), kann eine auffällige „Körpersprache“ etwa schon beim Gang ins Sprechzimmer wahrgenommen werden.

Überblick muss insofern vereinfacht und unvollständig bleiben, als etwa Schweiß (bei entsprechender Nähe usw.) durch verschiedene Sinnesorgane wahrgenommen werden kann (visuell, olfaktorisch, gustatorisch, taktil). Zur weiteren Orientierung sei exemplarisch auf ältere und jüngere (Überblicks-), (Sammel-) und (Grundlagen-)Arbeiten verwiesen: Argyle 1972, 1992, Scherer, Wallbott (Hg.) (1984), Delhees 1994, Nöth 2000, Ekman (2004), Bührig, Sager (Hg.) (2005), Matsumoto et al. (eds.) 2013, speziell zur nonverbalen Kommunikation zwischen Arzt und Patient: Hall et al. 1995, Schmid Mast 2007, Makoul et al. 2007, Henry et al. 2012, D'Agostino, Bylund 2014, Schmid Mast, Cousin 2014, Little et al. 2015 sowie in der medizinischen Ausbildung (OSCE): Ishikawa et al. 2006, 2010, Hall et al. 2009, Collins et al. 2011. Ansonsten sei auf die in § 12 angeführte Literatur ebenso rückverwiesen wie auf die dort angeführten Argumente für die Verwendung des Begriffs der *nonverbalen Interaktion* statt des Begriffs der *nonverbalen Kommunikation*, mit dem oft schon *Bewusstheit* und *Intentionalität* verbunden wird.

Box 18.4 Sichtbares Verhalten

Mit *sichtbarem Verhalten* sind alle Verhaltensäußerungen gemeint, die von anderen Personen visuell wahrgenommen werden können: U.a. die Art, in der sich jemand im Raum bewegt, die Position, die er im Raum und in Beziehung zu den anderen Personen einnimmt, die Körperhaltung und alle Arten von Körperbewegungen. Einige sind ganz speziell kommunikativ ausgerichtet – hierher gehören Gesten und Gesichtsausdruck –, andere weniger, wie Änderungen der Körperhaltung oder Bewegungen in Verbindung mit einer Aufgabe. Auch die äußere Erscheinung einer Person, ihre Physiognomie, ihre Kleidung und Aufmachung gehören zu sichtbarem Verhalten.

Kendon 1973/1984: 203f

- Der Arzt kann auch *paralinguistische*, d.h. redebegleitende Merkmale wie die schleppende oder leise *Sprechweise* des depressiven Patienten bemerken, ebenso wie er andere Emotionen wie Angst oder unterdrückte oder offene Wut durch die Stimme des Patienten hörend wahrnehmen kann (Tab. 18.1). Während die „lauten“ Töne ohnehin nicht zu „überhören“ sind, sollte die Aufmerksamkeit insbesondere den „leisen“ Phänomenen gelten, wozu etwa das zögerliche Innehalten oder „Rumdrucksen“ vor bedeutsamen „Offenbarungen“ gehören, die zunächst als Tabuthemen ausgespart blieben.

Stimme und Emotion	
Unterdrückte Wut	Hohe und laute Stimme, schnelles Sprechen, Versagen der Stimme
Offene Wut	Hohe und laute Stimme, schnelles Sprechen, kaum Abbrechen der Rede
Angst	Verstärktes Abbrechen (in schneller Folge), schnelles wie auch unzusammenhängende sprechen, viele Versprecher
Depression	Reduzierte Lautstärke, Fehlen von hohen Obertönen, abfallende Tonlage
Geringschätzung	Betont langsames Sprechen
Gelassenheit	Tiefere Stimmlage (außer wenn gespielt)

Tab. 18.1: Stimme und Emotion (nach Delhees 1994: 142ff)

18. Beziehung aufbauen

- Weiterhin kann der Arzt bei der Begrüßung und im ersten direkten Kontakt mit dem Patienten schon beim Handschlag den schlaffen Händedruck des Schwerkranken oder die feuchte Hand des ängstlichen Patienten wahrnehmen, d.h. zu ersten klinisch relevanten Eindrücken (Box 18.5) kommen. Als erster Körperkontakt hat der Handschlag eine hohe konventionelle Bedeutung (§ 18. 5.3), so dass eine Auslassung oder „flüchtige“ Ausführung als besonders auffällig wahrgenommen wird.

Box 18.5 Klinische Hinweise schon bei der Begrüßung

Beim Begrüßen reicht der Student [der Arzt] dem Patienten die Hand, oder wenn der Patient schwer krank ist, kann er ihm seine Hand auf den Arm oder die Schulter legen. So stellt er einen körperlichen Kontakt her und drückt damit seine Anteilnahme aus. Die Reaktion des Patienten auf das Vorstellen und den Händedruck gibt oft wichtige klinische Hinweise. Beispiele: die kalte, feuchte Hand einer ängstlichen Person, der schwache Händedruck eines Schwerkranken, der herzhafteste Händedruck desjenigen, der sein Leiden verharmlost, der verstörte Eindruck einer dementen Person.

Morgan, Engel 1969/77: 34

Wie wir noch an empirischen Beispielen sehen werden, ist das Spektrum der relevanten Phänomene in der Kommunikation und speziell in der Personenwahrnehmung so vielfältig und komplex, dass sie der spontanen Beobachtung leicht entgehen können, obwohl sie in der gemeinsamen Interaktion „wirksam“ sind. So wie sich der Arzt in der Öffnungssituation ein erstes Bild vom Patienten macht, so wird sich umgekehrt auch der Patient seinen ersten Eindruck vom Arzt bilden: Dieser mag ihm „zerstreut“ oder „aufmerksam“, „mürrisch“ oder „freundlich“, „abweisend“ oder „einladend“ erscheinen, worauf er seinerseits je nachdem mit *Zurückhaltung* oder *Offenheit* reagiert usw.

Beide Partner werden ihr Verhalten als *Beziehungszeichen* interpretieren und entsprechend ihren Interpretationen weiterhandeln (Goffman 1974: 255ff). Wenn der Arzt etwa den Patienten nur wie beiläufig begrüßt und ihm etwa nur flüchtig oder gar nicht die Hand gibt, sich kaum von seinem Sessel erhebt und sich sofort wieder in die Akten vergräbt, um dann mit der ersten Frage „loszuschießen“, kaum dass der Patient Platz genommen hat, muss man sich nicht wundern, wenn er beim Patienten den Eindruck eines „abwesenden“ oder „eiligen“ Arztes

erweckt, auf den man sich als Patient im weiteren Gespräch am besten „kurz und bündig“ einstellt. Um gerade die „weichenstellenden“ Fehler schon in der Eröffnungssituation von Gesprächen zu vermeiden, sollte die kritische Selbstbeobachtung schon beim Begrüßungsritual beginnen, dessen „Konditionierungspotenzial“ (§ 9, 19) für den späteren Gesprächsverlauf nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

18.5.2 Begrüßung und Vorstellung

Die Begrüßungssituation ist zwar ritualisiert, aber hochkomplex strukturiert, so dass viele verbale und nonverbale Elemente in der Abstimmung mit dem Gegenüber zusammenwirken müssen, wenn die Interaktionen gelingen und ein „befriedigendes“ Gefühl der Begegnung entstehen soll, auf das beide Gesprächspartner für die Weiterentwicklung ihrer Beziehung aufbauen können. Begrüßungen sind Rituale, die in der Begegnung zwischen Arzt und Patient eine besondere Ausprägung der allgemeinen *sozialen Funktion* erfahren, durch die nach Erving Goffman (1974) (Box 18.6) der Grad der *Zugänglichkeit* zwischen den Beteiligten geregelt wird.

Box 18.6 Begrüßungen und Abschiede als „Zugänglichkeitsrituale“

Begrüßungen und Abschiede sind die rituellen Klammern für eine Vielfalt von gemeinsamen Aktivitäten – gleichsam Interpunktionszeichen – und sollten darum zusammen gesehen werden. Um den Sachverhalt allgemeiner auszudrücken: Grüße bezeichnen den Übergang zu einem Zustand erhöhter, Abschiede den Übergang zu einem Zustand verminderter Zugänglichkeit. Es ist deshalb folgende sowohl Begrüßungen als auch Abschiede umfassende Definition möglich: sie sind rituelle Kundgaben, die einen Wechsel des Zugänglichkeitsgrades markieren. Ich schlage vor, solche Verhaltensformen „Zugänglichkeitsrituale“ zu nennen (...) Wie bei anderen Arrangements im Bereich der öffentlichen Ordnung wird auch bei der Erwartung des Vollzugs eines Zugänglichkeitsrituals durch eine bestimmte Person in einem bestimmten Augenblick ein Zeit-Person-Erwartungssystem hergestellt, aufgrund dessen alles, was in diesem Augenblick ausgesendet wird, als ein funktionales Äquivalent eines Zugänglichkeitsrituals aufgefaßt werden kann. So können statt Worten natürlich auch körperliche Gesten benutzt werden.

Goffman 1974: 118ff

18. Beziehung aufbauen

In unserer Kultur besteht die Begrüßung aus verbalen und nonverbalen Teilhandlungen, die hier kurz differenziert werden sollen, um mögliche „Fehlschläge“ zu erkennen (vgl. u. Abb. 18.3). Obwohl in unserer Kultur die verbale Grußformel als Standardformel oder in welchen dialektalen Varianten auch immer („Guten Tag“, „Grüß Gott“ usw.) zentral ist, ist das Grüßen beim Erstkontakt in bestimmten, zumal institutionellen Kontexten eng verknüpft mit der Namensnennung, die oft *explizit* erfolgt („XY, mein Name“). Im folgenden Beispiel (B 18.4) wiederholen die Gesprächspartner sogar das Begrüßungsritual im Sprechzimmer (wenn auch ohne „offizielle“ verbale Grußformel („Guten Tag“). Offenbar hatten sie sich schon draußen kurz getroffen und dem Arzt war der Name des Patienten (aus der Aktenlage) schon bekannt, wie aus der Anrede des Patienten („Herr Müller“) gleich zu Beginn ersichtlich wird.

B 18.4		„Ahrens, meine Name“	Kommentar
01	A	[es klopft] herein! (5) Herr Müller ... nochmal Ahrens ist mein Name .	1.2 Begrüßung mit Anrede
02	P	Müller [Handschlag] ...	1.3 Vorstellung 1.2 Begrüßung mit Handschlag
03	A	nehmen Sie Platz, bitte . tja, Herr Müller, jetzt haben sie lange warten müssen, das tut mir leid ..	1.3 Situierung + Bedauern
04	P	ja, es geht, Stunden oder so ähnlich .	
05	A	Herr Müller! . was führt Sie zu uns? .	2.1 Eröffnungs- frage (Grund) mit Anrede
06	P	Diabetes Typ 1	Konsultations- grund
07	A	ja .	Hörersignal

In diesem Beispiel, auf das wir mit der weiteren Gesprächsentwicklung wiederholt zurückkommen werden, kommt es gleich zu Beginn fünfmal zur Namensnennung, zweimal in der Funktion der *Selbstvorstellung* und dreimal in der Funktion der *Anrede*. Mit der Namensnennung gehen die Gesprächspartner eine Verbindlichkeit ein, die über die bloße Höflichkeit, wie sie in der sozialen Welt auch sonst gilt, hinausgeht. Während ich meinen Nachbarn, den ich nur flüchtig vom Ansehen ken-

ne, im Vorbeigehen bloß mit einer Standardformel („Tag“, „Hallo“) begrüße, ohne mich namentlich vorzustellen, gehört die namentliche Vorstellung in der Sprechstunde und Visite aus guten Gründen zum Begrüßungsritual. Beide Gesprächspartner wollen und müssen wissen, mit wem sie eine persönliche Beziehung eingehen, und vor allem, mit wem sie es in naher Zukunft zu tun haben werden, nämlich mit Frau Lehmann oder Herrn Schulze usw., so dass ein „Gesicht“ schließlich „mit einem Namen verbunden“ werden kann.

Diese *wechselseitige* namentliche Identifizierung hat verschiedene soziale und gesprächspraktische Gründe: Neben der dokumentarisch-protokollarischen Funktion dient die Identifizierung von Personen mit Namen der späteren Bezugnahme gegenüber Dritten („Wie mit Frau Dr. Lehmann gestern schon besprochen ...“). Darüber hinaus gestattet die Kenntnis des Namens die persönliche, namentliche *Anrede*, mit der nicht nur bei der Begrüßung in Folgegesprächen die persönliche Wiedererkennung signalisiert wird, sondern auch im laufenden Gespräch etwa *Themenwechsel*, oft verbunden mit spezifischen Handlungstypen (Ankündigungen, Warnungen, Entscheidungen usw.) als *relevant markiert* werden, wie auch in diesem Gespräch (B 18.5), in dem der Arzt mit der *namentlichen Anrede* den Therapievorschlagn einleitet.

B 18.5	„ja, Herr Müller, natürlich können wir ...“	Kommentar
01	A ja, Herr Müller, natürlich können wir das ausprobieren . wichtig ist, dass ich für Sie zunächst mal die Materialien sammeln muss .	5.4 Therapie planen: Vorschläge und Risiken besprechen
02	P hm .	
03	A um sozusagen erst mal Ihren Einstieg zu ermöglichen, damit Sie ausprobieren können . vorab will ich sagen . (...)	5.4 Therapie planen (Fortsetzung)

Obwohl die gegenseitige namentliche Vorstellung in der dyadischen Gesprächssituation selbstverständlich scheint, wird sie in der mehr Personen-Kommunikation in der *Visite* oft vernachlässigt (§ 24.). Hier wie dort sollte die namentliche Vorstellung von ärztlicher Seite am besten zugleich mit der Nennung der *Funktion* erfolgen, wobei auf allgemeinverständliche, gegebenenfalls alltagssprachliche Erläuterungen zu achten ist („Stationsarzt“, „Anästhesist“, „Gastroenterologe“, „Konsiliarius als ...“ usw.). Insgesamt ist die Namens- und Funktionsnennung gerade

18. Beziehung aufbauen

für die weitere Orientierung im Krankenhaus so bedeutsam, weil Patienten dort bereits am ersten Tag mit einer zweistelligen Zahl von relevanten Bezugspersonen mit unterschiedlichen Funktionen konfrontiert werden. Von daher ist es für sie wichtig zu erfahren, wer hier und jetzt und in naher Zukunft die „Ansprechpartner“ in welcher Funktion für ihre Sorgen und Nöte sein werden.

In der *hausärztlichen* oder *fachärztlichen* Versorgung mögen Name und Funktion bereits von Schildern vor der Praxis oder dem Sprechzimmer her bekannt sein, aber auch hier gibt es gute Gründe für die *namentliche* Vorstellung: Zum einen bedarf es für den Patienten immer der Vergewisserung, es nicht mit stellvertretenden Kolleginnen und Kollegen zu tun zu haben. Zum anderen gebietet es in unserer Kultur die Höflichkeit, schon wegen der sozialen Symmetrie die gegenseitige Vorstellung mit Namen als Teil des Begrüßungsrituals zu realisieren. Die Auslassung der namentlichen Vorstellung und Nennung der ärztlichen Funktion kann ebenso zu Irritationen wie der unterlassene Handschlag oder der mangelnde Blickkontakt führen, auf die hier wegen ihrer Bedeutung für die weitere Beziehungsgestaltung besonders eingegangen werden soll.

18.5.3 Handschlag

Die Handlung des Begrüßens ist sehr komplex. Sie gelingt nur im Zusammenspiel mehrerer Teilhandlungen, was die Störanfälligkeit bei der Beziehungsaufnahme in Face-to-face-Situationen erhöht. Die komplexe Handlung des Grüßens lässt sich im Sinne eines Strukturbaums (Abb. 18.3) zusammenfassend etwa in die folgenden verbalen und nonverbalen Teilhandlungen gliedern, die wie etwa der Handschlag in weitere Elemente zerlegbar sind.

Durch die analytische Zerlegung in Teilhandlungen kann die Störanfälligkeit auch unter dem psycho-sozialen Aspekt der Beziehungsgestaltung im Detail offengelegt werden. Dies soll anhand der Teilhandlungen des *Handschlags* und des Blickkontakts näher betrachtet werden. Wenn man etwa den Handschlag nach *Rhythmus*, *Dauer* und *Druck* etc. zerlegt, was vom Interaktionspartner so feinkörnig wahrgenommen werden kann wie die Hauttemperatur oder die Hautfeuchtigkeit (vgl. oben Box 18.5), mag man die Bedeutung einer Veränderung oder Auslassung der (Teil-)Handlung selbst erkennen.

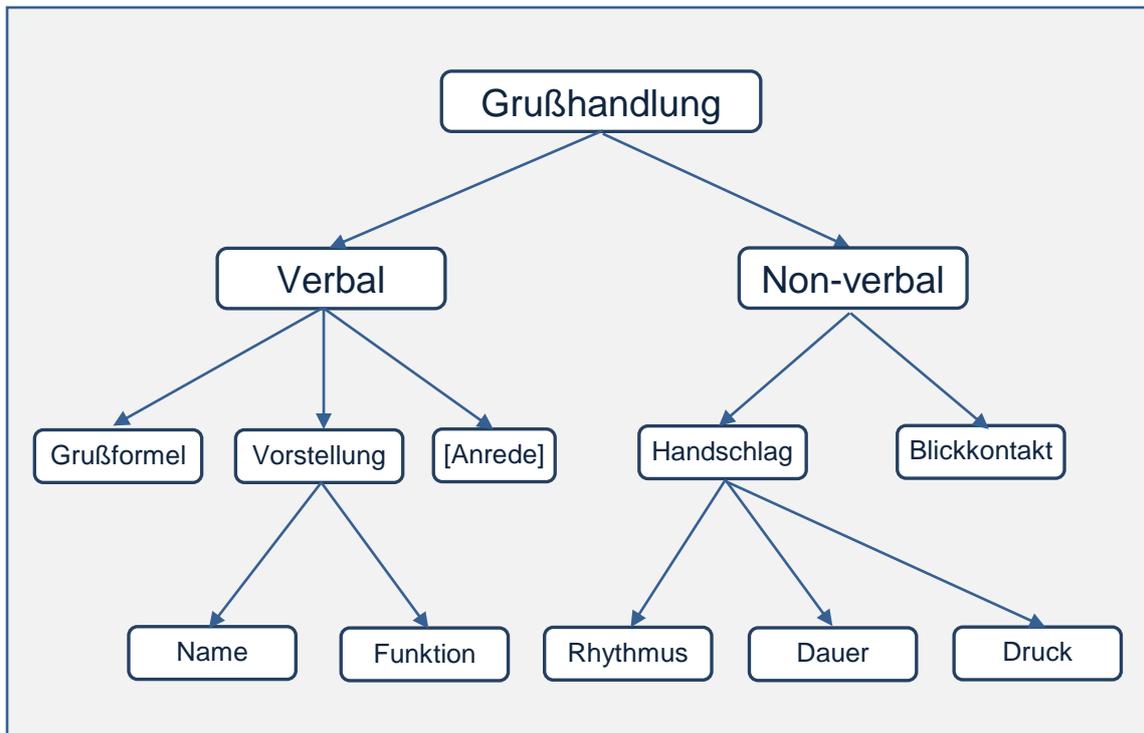


Abb. 18.3: Teilhandlungen der komplexen Grußhandlung

Als Teil des Begrüßungsrituals wird der Handschlag in der Regel vom Patienten erwartet und vom Arzt auch realisiert. So wie schon Ärzte nach Morgan, Engel (1977) (o. Box 18.5) den Handschlag mit dem Patienten zur ersten Diagnose nutzen sollten, so deuten auch Patienten die Art und Weise der Begrüßung per Handschlag durch den Arzt als erstes *Beziehungszeichen*. Entsprechend wird die Begrüßung eher als „flüchtig“ oder „herzlich“ erlebt. Wegen seiner vielfältigen Bedeutung für die Arzt-Patient-Beziehung wird gerade der ärztliche Handschlag bei der Begrüßung des Patienten oft für unverzichtbar gehalten (Makoul et al. 2007) – vor allem beim *Erstkontakt* und trotz aller hygienischen Vorbehalte. Die ausbleibende Initiative zum Handschlag und erst recht die Verweigerung wird hier Irritationen bei der persönlichen Beziehungsaufnahme auslösen.

18.5.4 Blickverhalten und Blickkontakt

Weitere Störungen bei der Beziehungsaufnahme können schon zu Beginn beim *Augengruß* sowie beim späteren *Blickverhalten* auftreten, das vorausgehend (§ 12.2.3) schon thematisiert wurde und in unseren empirischen Gesprächsanalysen wiederholt Bezug genommen wird. Die

18. Beziehung aufbauen

Vermeidung des Blickkontaktes kann durchaus als bedeutungsvoll wahrgenommen werden, so etwa im Falle der Blicksenkung bei Unsicherheit, Verlegenheit, Scham usw. Dabei kann dasselbe Verhalten je nach Beteiligungsrolle unterschiedliche Interpretationen erfahren.

Was im Falle der Blickvermeidung des Patienten vonseiten des Arztes als Scham, Schüchternheit oder Unsicherheit ausgelegt werden mag, kann im anderen Fall vom Patienten als Desinteresse eines eiligen Arztes aufgefasst werden, der sich nicht einmal bei der Begrüßung die Zeit nimmt, von seinen Aktenunterlagen aufzublicken, so dass eine dialogische Situation „von Angesicht zu Angesicht“, wie sie gerade bei der Beziehungsaufnahme zwischen Arzt und Patient gesucht werden sollte, erschwert oder gar verhindert wird.

Bevor wir in empirischen Gesprächsanalysen auch dem Blickverhalten der Gesprächspartner weiter nachgehen, soll vorab für die besondere Rolle des Blicks sensibilisiert werden, wie sie eben auch zwischen Arzt und Patient zum Tragen kommt. Hier soll zunächst wieder Georg Simmel ausführlich zu Wort kommen, der in seiner Abhandlung über die „Soziologie der Sinne“ (1908/1992) (Box 18.7) sehr eindrücklich die „einzigartige soziologische Leistung“ beschrieben hat, auf die das Auge „angelegt“ sei.

Box 18.7 „Das Auge entschleiern dem Andern die Seele ...“

Unter den einzelnen Sinnesorganen ist das Auge auf eine völlig einzigartige soziologische Leistung angelegt: auf die Verknüpfung und Wechselwirkung der Individuen, die in dem gegenseitigen Sich-Anblicken liegt. Vielleicht ist dies die unmittelbarste und reinste Wechselbeziehung, die überhaupt besteht (...) In dem Blick, der den Andern in sich aufnimmt, offenbart man sich selbst; mit demselben Akt, in dem das Subjekt sein Objekt zu erkennen sucht, gibt es sich hier dem Objekt preis. Das Auge entschleiern dem Andern die Seele, die ihn zu entschleiern sucht. Indem dies ersichtlich nur bei unmittelbarem Blick von Auge zu Auge stattfindet, ist hier die vollkommenste Gelegenheit im ganzen Bereich menschlicher Beziehungen hergestellt (...) Der Blick des Andern dient nicht nur mir, um jenen zu erkennen, sondern auch ihm, um mich zu erkennen; auf der Linie, die beide Augen verbindet, trägt er die eigene Persönlichkeit, die eigene Stimmung, den eigenen Impuls zu dem Andern hin (...) Der Mensch ist für den Andern keineswegs schon ganz da, wenn dieser in ansieht, sondern erst, wenn er auch jenen ansieht.

Georg Simmel 1908/1992: 723ff

Erst im Blickkontakt wird also die Anwesenheit der Beteiligten wechselseitig bestätigt, bevor der Austausch der Seelen auf der Linie zwischen den beiden Augenpaaren beginnen kann, auf der die Persönlichkeit, Stimmungen und Impulse übertragen werden. Während hier aus soziologischer Sicht noch Überlegungen zur nonverbalen *Übertragungsbeziehung ohne Worte* stimuliert werden, beziehen sich die Beobachtungen zur empirischen Erforschung des Augen- und Blickverhaltens auf eine Reihe von Aspekten in verschiedenen sozialen und kulturellen Kontexten. Je nach Situation kann der mehr oder weniger anhaltende Blick ganz verschiedene Funktionen erfüllen (Box 18.8), zumal wenn in verschiedenen Kontexten verschiedene weitere „körpersprachliche“ Verhaltensweisen beteiligt sind (Eibl-Eibesfeldt 1972, Argyle 1975, 1992, Dörmer-Tramitz 1990, Ekman 2004). So heben wir beim *Augengruß* unsere Augenbrauen und verbinden dies in der Regel mit einem freundlichen Lächeln usw. Dasselbe Verhalten wie das Heben der Augenbrauen kann aber nicht nur beim Augengruß, sondern auch bei Unmut oder Entrüstung auftreten usw.

Auch die Blickdauer kann je nach Situation unterschiedliche Funktionen haben und Reaktionen auslösen. Bekanntlich darf der Blick zwischen Mutter (Vater) und Kind ebenso wie später zwischen Liebenden eine „kleine Ewigkeit“ dauern, ohne dass die Beteiligten irritiert wären. Bei weniger vertrauten Personen kann dagegen der langandauernde Blick als Anstarren empfunden und dieses Anstarren als *Dominanz* oder *Aggression* aufgefasst werden.

Box 18.8 „Blickkontakt löst ambivalente Reaktionen aus“

Kulturelle Unterschiede gibt es in der Bereitwilligkeit, mit der Menschen andere durch Augengruß begrüßen (...) Der schnelle Brauenheben ist primär ein Ja zum sozialen Kontakt. Wir beobachten es beim Grüßen, Flirten, Schäkern und Danken, ferner bei Bejahung und Zustimmung und beim Betonen einer Aussage (...) Blickkontakt löst ambivalente Reaktionen aus. Man muss einen Mitmenschen ansehen, um ihm mitzuteilen, dass man an einer Kommunikation interessiert ist, aber man darf es nie zu lange tun, sonst wird das Schauen zum Starren, was drohend wirkt (...) Bei Unmut heben wir ebenfalls die Brauen, zum Beispiel wenn wir über das Benehmen einer Person entrüstet sind (...) Beim Ausdruck des Hochmuts wird das Brauenheben zum Signal der sozialen Ablehnung.

Eibl-Eibesfeldt, Hass 1994: 1-5

18. Beziehung aufbauen

Über diese sozio-kulturellen Funktionen hinaus übernimmt das Blickverhalten spezifische *regulative* Funktionen beim *Sprecher-Hörer-Wechsel* reichen, worauf wir noch gesondert in empirischen Gesprächsanalysen zurückkommen werden.³ Hier wird es um das interaktive Phänomen gehen, dass Patienten beim Sprechen den Blick oft abwenden, um sich etwa auf eine Erzählung einer „inneren“ Geschichte zu konzentrieren, bei der der Arzt eben möglichst nicht mit verbalen Unterbrechungen stören sollte. Während hier die Vermeidung des Blickkontakts durch den sprechenden Patienten durchaus funktional ist, sollte dessen Verweigerung des Blickkontakts schon bei der Begrüßung vom Arzt als besondere Auffälligkeit wahrgenommen werden.⁴

18.6 Situierung

Nachdem sich beide Partner angemessen begrüßt und miteinander bekannt gemacht haben, müssen sie sich eine Gesprächssituation schaffen, die ihren beiden Rollen gerecht wird. Der Arzt muss bestimmte Gewohnheiten und Privilegien nicht aufgeben, aber er sollte doch für eine hinreichende Wohlbefindlichkeit des Patienten sorgen, die zur vertrauensvollen Öffnung im Gespräch beiträgt. Dazu gehört,

- dass sich der Arzt einerseits der relativen körperlichen Bequemlichkeit des sitzenden oder auch liegenden Patienten vergewissert.
- dass er andererseits den bestmöglichen Redeaustausch anstrebt, bei dem sich beide Partner in einer annähernd symmetrischen Sprechposition befinden

Beides wird erschwert oder verunmöglicht, wenn sich der Arzt etwa am Klinikbett stehend „von oben herab“ mit dem Patienten unterhält, der

³ Über die bereits vorausgehend genannte Literatur zur nonverbalen Kommunikation hinaus seien zum Blickverhalten exemplarisch genannt: Eibl-Eibesfeldt 1967/1972, Kendon 1967, 1973/1984, Ekman 2004, Doermer-Tramitz 1990, Streeck 2004 (207ff: speziell zu Begrüßungen in Therapien) sowie Gorawara-Bhat, Cook 2011 zu „Eye contact in patient-centered communication“.

⁴ Zur spezifischen Funktion der Abwendung des Kopfes bzw. Verweigerung des Blickkontakts speziell in Psychotherapien sei auf Schefflen (1964/1976) und Streeck (2004) verwiesen, der auch auf auffällige Begrüßungssituationen eingeht.

sich aufzurichten und mit den Armen abzustützen sucht, um so die Distanz zu seinem Gesprächspartner mühsam zu verringern. Eine derart asymmetrische Sprechsituation lässt sich häufig bei der Visite beobachten, nicht nur, wenn der Arzt das Gespräch stehend führt, sondern auch, wenn das ganze Team sich „über den Kopf des Patienten hinweg“ unterhält.

Hier lässt sich in der Regel leicht Abhilfe schaffen, indem der sprachsührende Arzt etwa das Kopfteil des Bettes verstellt oder den Patienten mit einem Kissen unterstüzt, und vor allem, indem er sich selbst zu dem Patienten „herablässt“. So kann er sich entweder einen Stuhl heranholen oder sich – mit Erlaubnis des Patienten – auf dessen Bettkante setzen. Auf diese Weise stellt der Arzt eine Gesprächssituation her, die wir zumindest in unserer Kultur von der Alltagskommunikation her gewöhnt sind. In ihr erfüllen wir uns das Bedürfnis nach Nähe, ohne dass man uns zu sehr „auf die Pelle rücken“ sollte. Je nach Vertrautheit mit dem Gesprächspartner sowie situativen, sozialen oder kulturellen Gesprächsbedingungen regulieren wir die räumliche Nähe (*proximity*) jeweils verschieden (Box 18.9). Je nach Bedingung präferieren wir in einem persönlichen Gespräch etwa eine Distanz zwischen 50 cm und 150 cm, die wir nicht als zu fern und nah genug empfinden.

Box 18.9 Räumliche Nähe (Proximity)

Immer, wenn zwei Menschen eine soziale Beziehung aufnehmen, müssen sie entscheiden, in welchem Ausmaß sie einander physisch näherkommen wollen. Die untere Grenze entspricht dem körperlichen Kontakt, die obere setzen Faktoren der Sicht- und Hörbarkeit (...) im Falle des „zwanglos persönlichen“ Abstands (etwa 1,5 m) bedient man sich des Sehens und Hörens, im „intimen“ Bereich spielen Geruch, Gefühl und sogar der Geschmack eine Rolle, das Sehen verliert an Bedeutung (...) Wodurch wird festgelegt, wie nahe jemand einem anderen kommt? Faktoren wie Sehen oder Hörvermögen, des Geruchs usw. sind natürlich wichtig (...) jemand, der beispielsweise schwerhörig oder kurzsichtig ist, wird eher größere Nähe suchen. Hinzu kommen kulturelle Faktoren – ob etwa Geruchswahrnehmungen gesucht oder vermieden werden. Die räumliche Nähe variiert mit den sozialen Bedingungen. Auf einer überfüllten Party steht man näher beieinander, teils, um den anderen zu verstehen, teils, um zu zeigen, mit wem man gerade interagiert.

Argyle 1972: 93ff

18. Beziehung aufbauen

Bei der Regulation der Körperdistanz sind wir in der Regel auch bestrebt, dass wir nach Möglichkeit alle entweder im Sitzen oder im Stehen sprechen, damit wir auf annähernd *gleicher Augenhöhe* kommunizieren, was eben auch bei der Visite mit dem beigestellten Stuhl erreicht werden kann. Im Sprechzimmer sollte der Abstand nicht durch einen allzu großen Schreibtisch unnötig vergrößert werden. Der Blick auf den Patienten sollte auch nicht durch weitere Hürden künstlich verstellt sein. So sollte sich der Arzt nicht hinter einem Monitor oder einem Bücher- oder Aktenstapel „verschanzen“, sondern den Blick auf den Gesprächspartner und eben umgekehrt für den Gesprächspartner auf ihn freihalten.

Eine Alternative zum traditionellen Sitz-Arrangement, bei dem der Schreibtisch den Gesprächspartnern steht, kann das *Sitzen-über-Eck* sein, das allerdings nicht zu dicht („Knie an Knie“) ausfallen sollte. In jedem Fall sollten es sich die Patienten „bequem“ machen dürfen, wozu sie sowohl mit dem üblichen Platzangebot (B 18.6 und 18.7) als auch zusätzlich explizit (B 18.8) „eingeladen“ werden können.

B 18.6	„Nehmen Sie bitte Platz“	Kommentar	
01	A	kommen Sie bitte rein .	Hereinbitten
02	P	ja .	HS
03	A	guten Tag .	1.2 BA: Begrüßung
04	P	Tag .	Begrüßung
05	A	[Vorstellung: Namensnennung] (7) nehmen Sie bitte Platz (4) [P wird in Bild sichtbar] . wie heißen Sie?	1.3 BA: Vorstellung 1.4 BA: Situierung: Bequemlichkeit; [Name?]
05	P	[nennt seine Namen] [setzt sich]	Namensnennung
07	A	Erzählen Sie mal .	2.1 AA: Eröffnung: Erzähleinladung
08	P	äh . und zwar is dat . ähm . äh ... ne nervliche Sache so . ich war (...)	Beginn Erzählung

B 18.7	„Nehmen Sie hier Platz, bitte“	Kommentar
01	A kommen Se, nehmen Sie hier Platz, bitte . so nehmen Se hier Platz ... [beide werden im Bild sichtbar und setzen sich] ... ja Herr F, was liegt an? .	1.4 BA: Situierung: Bequemlichkeit; 2.1 AA: Eröffnungsfrage: Anliegen
02	P also folgende Beschwerden, äh . wahrscheinlich Magen, Darm [machte Geste mit ineinander verschränkten Händen] .	Patientenangebot: Beschwerden

B 18.8	„Machen Sie sich bequem, Herr Z“	Kommentar
01	A nehmen Sie Platz, machen Sie sich bequem . Herr Z () .	1.4 BA: Situierung: Bequemlichkeit
02	P [Patient setzt sich] ()	
03	A soo . Herr Z, was führt Sie zu mir? .	2.1 AA: Eröffnungsfrage: Konversationsgrund
04	P ja . isch hatte am Mittwoch vor 8 Tagen, ja der Unfall mit'm Fahrrad, isch bin hier an'e [Name] vorbeigefahren .	Patientenangebot: Erzählung: Unfallgeschichte
05	A ja .	2.2 AA: Aktiv zuhören: Hörsignal
06	P und so im Zeitlupentempo hab isch misch überschlage und kam nit aus die Pedale (...)	Erzählung: Unfallgeschichte

Während die Begrüßung in Beispiel (18.6) vollständig im Sprechzimmer stattfindet (und deswegen „mitgeschnitten“ werden konnte), wird in vielen anderen Beispielen die Begrüßung und Vorstellung schon außerhalb des Sprechzimmers vollzogen. Dies hat insofern gute Gründe, weil viele Ärzte ihre Patienten bereits aus dem Wartebereich selbst persönlich abholen und ins Sprechzimmer begleiten, nicht nur aus Höflichkeit, sondern auch um schon einen ersten Eindruck vom Patienten zu gewinnen (Sitzen im Wartezimmer, Erheben, Gang ins Sprechzimmer usw.). In den ersten beiden Beispielen wird dann formal ein Platz angeboten, was im dritten Beispiel (18.8) noch verbunden wird mit der verstärkenden Einladung, es sich bequem zu machen. Wenn sensible Ärzte

18. Beziehung aufbauen

bei ihren Patienten eine größere Unruhe bemerken, können sie diese Einladung auch später noch aussprechen, wie dies im folgenden Beispiel (B 18.9) nach mehr als einer Minute geschieht.

B 18.9	„Machen Sie sich das bequem beim Erzählen“	Kommentar
01	A (...)	
02	P (...) hab das aber abgetan . hab das net für soo wichtig befunden .	Patientenangebot
03	A machen Sie sich das doch bequem ... ja, beim Erzählen ... ja ...	1.4 BA: Situierung: Bequemlichkeit
04	P ja ... ja . ich bin . n . nervös ... ehm ... ich hab eigentlich erstmal vorweg ne Frage (...)	Patientenfrage

Offenbar bemerkt der Arzt die Nervosität der Patientin, die sie dann auch selbst thematisiert („ich bin nervös“), und versucht gegenzusteuern, indem er sie explizit auffordert, es sich „bequem“ zu machen. Die ärztlichen Wahrnehmungen (ihrer „Nervosität“) sind hier Teil eine „szenischen Verstehens“ (§ 9.2), das hier indirekt zum Ausdruck gebracht wird. Wie wir später beim empathischen Verstehen und Antworten noch an anderen Beispielen sehen werden, können Ärzte hier natürlich auch gleich direkt intervenieren („Sie scheinen sehr nervös/beunruhigt/ besorgt zu sein“ usw.). In diesem frühen Stadium präferiert der Arzt eine indirekte Form, indem er die Einladung zur Bequemlichkeit mit einer Erzähleinladung („bequem beim Erzählen“) verbindet, was die Patientin dann auch nach ihrer emotionalen Selbstoffenbarung („nervös“) dann auch annimmt.

Durch sein Verhalten kann der Arzt bereits in der Eröffnungssituation zu einer entspannten *Gesprächsatmosphäre* beitragen. Den Erfolg seiner Bemühungen kann er oft selbst beobachten. So lässt sich dann auch am Video feststellen, dass Patienten, die zunächst vorne auf der Stuhlkante sitzen und ihre Habseligkeiten („wie für den Fall der Flucht“) umklammert halten, im Verlauf der Sprechstunde zunehmend entspannter werden: Sie legen ihre Brille, Handtasche, Akte usw. auf dem Tisch oder leeren Nachbarstuhl ab, lehnen sich zurück und schlagen die Beine übereinander – das heißt, sie verhalten sich nicht länger „wie auf der Flucht“, sondern sind endlich in der Sprechstunde „angekommen“. Diese „Ankunft“ kann der Arzt gegebenenfalls nicht nur an ihrer „Körpersprache“, sondern auch am „Ton“ und am „Inhalt“ mehr oder

weniger direkt „ablesen“, wenn Patienten „ins Erzählen kommen“, weil sie sich von ihrem Arzt entsprechend dazu „eingeladen“ fühlen.

18.7 Orientierung

Die Frage nach der Art und dem Umfang der *Orientierung* vor und während Gesprächen ist nicht einfach zu beantworten. Wie bereits vorausgehend zugestanden (§ 17.3.1), haben wir uns in Forschungs- und Fortbildungsgruppen an unserer Klinik nicht auf einheitliche Positionen verständigen können. Dies hängt mit unterschiedlichen Erfahrungen zusammen, die Kolleginnen und Kollegen in ihrem Wirkungsbereich mit Patienten haben machen können.

Auch in der Forschung werden die Probleme der (Über- bzw. Unter-) Strukturierung kontrovers diskutiert, die sich bei der Festlegung bzw. Entwicklung einer „Tagesordnung“ (*agenda setting*) einstellen können (Silverman et al. 1998, Tate 2004, Roter, Hall 2006, Boyd, Heritage 2006, Cole, Bird 2014, Gobat et al. 2015, Windover 2016, Langewitz 2017). Hier geht es etwa um die Risiken einer übereilten, vorzeitigen Festlegung einer (erstbesten) „Tagesordnung“, mit der ein thematisch und zeitlich restriktiver Rahmen gesetzt wird, der einer freien Gesprächsentwicklung entgegenwirkt, in der die Tagesordnung zwischen beiden Gesprächspartnern gemeinsam ausgehandelt (*shared agenda setting*), das heißt eben auch geändert werden kann. Mangelnde Flexibilität erhöht hier die Gefahr, dass es zu Diskrepanzen zwischen einer ärztlichen und patientenseitigen Agenda kommt (Box 18.10), was sich letztlich als unproduktiv erweisen und zu Zeitverschwendungen nicht nur für den Arzt, sondern für beide Gesprächspartner führen kann.

Box 18.10 „Flexibility of agenda“

Flexibility of agenda concerns the physician's adaptation of his or her agenda to fit with the patient's agenda. The highly skilled physician takes care to identify the underlying concerns and expectations that prompted the patient's visit (...) For reasons that may be unconscious, these true concerns are often not expressed by the patient right away. If underlying concerns are not identified and responded to, the patient may be dissatisfied and subsequently uncooperative. In effect, the doctor's time will have been wasted.

Cole, Bird 2014: 289

18. Beziehung aufbauen

Bei mangelnder Kooperation droht beiden Gesprächspartnern der Verlust an interaktiver und thematischer Gesprächskohärenz, so dass sie schließlich getrennte Gesprächswege gehen, sich laufend missverstehen und folglich systematisch aneinander vorbeireden. Die Gesprächspartner lassen sich von unterschiedlichen Relevanzen leiten, denen sie nicht mehr entrinnen können, wenn sie einmal gesetzt sind (§ 7, 17). Das Relevanzproblem stellt sich hier schon mit der Gesprächseröffnung (§ 19.2), mit der die weitere thematische Gesprächsentwicklung in die eine oder andere Richtung „konditioniert“ werden kann. Dabei ist von ärztlicher Seite zu berücksichtigen, dass Patienten wegen ihrer Unsicherheit bei der Relevanzabschätzung oft „Eintrittskarten“ (*ticket of entry*) (Roter, Hall 2006: 7) lösen, die nicht unbedingt ihrem Hauptanliegen entsprechen, das eben oft erst mühsam im weiteren Gesprächsverlauf „hervorgeholt“ (*elicitiert*) werden muss (§ 19). Gerade weil die Patientenanliegen zunächst verborgen bleiben können (*hidden agenda*), erweist sich die inhaltliche Fixierung auf eine erstbeste Tagesordnung oft als wenig tragfähig, weil auf Dauer trügerisch.

Um das Problem der vorzeitigen Fixierung auf eine Tagesordnung vorweg zu illustrieren, seien zwei unterschiedliche Typen von Gesprächsverläufen angeführt. Im ersten Beispiel (B 18.10) scheint die Patientin nach der ärztlichen Eröffnungsfrage (01: „äh . Frau X, was führt Sie zu mir heute?“) klare Vorstellungen davon zu haben (02: „kann ich Ihnen sagen ...“), was sie „heute“ zum Arzt führt.

B 18.10 „Drei Anfangssymptome“

- 01 A äh . Frau X, was führt Sie zu mir heute? .
- 02 P kann ich Ihnen sagen: Übelkeit, Schwindel, wenn ich tief atme, hinten rechts das Schulterblatt tut mir weh dann hab ich seit . donnerstag, freitag, samstag, sonntag, jo seit 4, 5 Tachen . dicken Fuß, der mir auch weh tut . jo, dat isses . im Prinzip .
- 03 A äh ... drei Anfangssymptome, die müssen Se mir nochmal n bisschen erklären, Übelkeit und .
- 04 P Schwindel, und, und äh . jaa . Platzangst will ich jetzt nicht sagen äh . ach, ich, ich weiß et nit, also ich habe das Gefühl . als wenn ich momentan wieder in ne Phase der Wechseljahrebeschwerden hätte .
- 05 A können Se das ma erklären, so was, was Sie damit meinen ...
- 06 P ja . wie soll ich sajen . mfhh [stößt Luft aus] . wie soll ich das ausdrücken . heiß . ja übel . dem Weinen näher als alles andere,

- stellenweise, nicht immer . logisch . äh . äh . ich weiß es einfach
nich, ich, also, ich hab das ewich nich mehr gehabt .
- 07 A hm . Sie fühlen sich nicht gut? .
- 08 P nee, also ich bin also heute mittach (...)

Obwohl die Patientin ja schon zu Beginn eine Art „Schlusspunkt“ setzt (02: „jo, dat isses . im Prinzip“), ist die „Tagesordnung“ keineswegs schon erschöpft. Wie sich schon aus dieser Eingangssequenz schließen lässt, führen die ärztlichen Interventionen unterschiedlichen Typs (§ 19-22), mit denen die Patientin zu weiteren (Selbst-)Exploration eingeladen wird, zu weiteren Beschwerden und Anliegen, die nach und nach eine komplexe *biopsychosoziale* Themenentwicklung begründen, die über die „drei Anfangssymptome“ weit hinaus geht (z.B. Wechseljahre, Unterleibsschmerzen, Angst vor Krebs, Wunsch nach Abklärung durch CT usw.) (§ 22.4). Während sich in diesem Gespräch die „Tagesordnung“ erst allmählich entwickelt, kommt es in folgendem Gespräch (B 18.11) zu einem *abrupten* Themenwechsel, nachdem der Arzt das Gesprächs-ende (*opening up closing*) schon erkennbar eingeleitet hat.

B 18.11 „der Kopp is auch nicht in Ordnung?“

- 01 A ansonsten nehmen Sie keine Medikamente? .
- 02 P doch ich muss (Medikamentenname X) äh . muss/ (Medikamentenname X) sag ich schon . (Medikamentenname Y) wegen dem zu hohen Cholesterinspiegel .
- 03 A ja gut, dann werden wir jetzt mal Sie untersuchen . [A verschwindet schon aus Bild]
- 04 P und der Kopp, der is auch nicht in Ordnung .
- 05 A der Kopp is auch nicht in Ordnung? .
- 06 P nein [lacht] .
- 07 A was ist denn mit dem Kopf? .
- 08 P [lachend] dat is scheußlich . manchmal is (...)

In beiden Beispielen entwickelt sich die Anamneseerhebung unterschiedlich, und zwar im ersten Fall *kontinuierlich*, im zweiten *abrupt*, indem die Patientin gegen Ende ein weiteres, zentrales Thema gegen den Arzt durchsetzen muss, nachdem dieser den Gesprächsschluss interaktiv schon vollzogen hat. Im ersten Fall (B 18.10) fördert der Arzt durch seine Interventionstypen, die noch genauer zu besprechen sind, die volle Entfaltung des Themenspektrums, im zweiten Fall (B 18.11)

18. Beziehung aufbauen

muss die Patientin sich gegen den Arzt mit seinem Anliegen erst Gehör verschaffen. Hier hätte der Arzt schon früher oder doch vor Abschluss des Gesprächs weitere Rede- und Themenchancen eröffnen müssen, etwa durch Fragen danach, ob es sonst noch Probleme gibt oder Fragen offen sind (§ 23). Beide Fälle machen aber auf ihre Weise die Risiken deutlich, die in einer vorzeitigen Themen-Fixierung mit einer inhaltlichen Tagesordnung liegen.

Die ersten Risiken für interaktive und thematische Restriktionen können sich aber schon *formal* mit dezidierten Zeitangaben ergeben, zumal wenn diese anders verstanden werden, als sie vom Arzt gemeint sein mögen. Da die Zeit gerade bei Visiten in der Regel weiterhin knapp bemessen bleibt (§ 24.4), wäre ein expliziter Hinweis darauf möglicherweise kontraproduktiv. Dezidierte Zeitangaben werden subjektiv oft viel kürzer eingeschätzt als die entsprechende Zeitspanne dann erlebt wird. Eine zeitlich präzise Orientierung, die im Rahmen der üblichen Visite liegt („Wir haben jetzt 4 Minuten Zeit“) könnte den Patienten von vornherein zum Verstummen bringen oder zu einer Gesprächshaltung verführen, dem Arzt die Initiative zu überlassen und auf dessen Fragen „geflissentlich“, d.h. „knapp und bündig“ zu antworten, ohne eigene Belange fragend, kommentierend und oder gar argumentativ einzubringen.

Da sich „echte“ Gespräche nach Martin Buber (1954/86) eben nicht *vordisponieren* lassen (§ 7.5), können auch thematische Vorgaben oder Aufgabenstellungen zu erheblichen Einschränkungen des Handlungsspielraums von Patienten führen, die dann auch in dieser Hinsicht einer passiven Beteiligungsrolle verhaftet blieben. Eine aktive Beteiligung von Patienten setzt voraus, dass ihre Themenchancen möglichst lange offen gehalten und eben nicht durch eine (zu) frühe Tagesordnung verstellt werden, die im Sinne einer interaktiven und thematischen „Konditionierung“ (§ 9.4) eine freie Themenwahl einschränkt.

Thematische Fokussierungen scheinen allerdings für beide Gesprächspartner nachvollziehbar, wenn es etwa bei der Visite um ein spezifisches Folgegespräch mit einem Arzt als Konsiliarius handelt, dessen Aufgabenstellung ja ohnehin schon in der Begrüßungssituation mit der Namens- und Funktionsnennung (als „Anästhesist“, „Gastroenterologe“ usw.) (§ 18.5.2) eingeführt wurde. Ebenso hatten wir vorausgehend schon einen prinzipiellen Unterschied gemacht zwischen *Erstgesprächen* und *Folgegesprächen*, in denen es je nach getroffener Voruntersuchungen und Vorabsprachen zu strukturellen *Schwerpunktbildungen* kommen darf, weil dies im Erwartungshorizont beider Interaktionspartner steht (17.3.2). So wäre nach einer Blutuntersuchung die ent-

sprechende Ankündigung („Wir müssen heute ihre Cholesterinwerte besprechen und eine mögliche Therapie (Diät, Medikamente) überlegen“) nicht überraschend, sondern Teil einer vorausgehend beschlossenen „Agenda“, die eben gemeinsam „abzuarbeiten“ ist. Aufgrund seiner professionellen Kompetenz muss diese Agenda jeweils in laufenden Gesprächen vom Arzt vorstrukturiert werden und mit dem Patienten schrittweise abgestimmt werden, vor allem gegen Ende des Gesprächs, wenn das weitere Vorgehen (§ 22) festgelegt und in einem Resümee (§ 23) die Aufgabenstellungen für das Folgegespräch benannt werden müssen.

Bevor es dazu kommen kann, ist jedoch ein *offenes* Erstgespräch zu führen, das möglichst auch unter geringerem Zeitdruck stehen sollte. Hierzu ist gegebenenfalls eine besondere *Praxisorganisation* notwendig, auf die aus hausärztlicher Perspektive noch gesondert eingegangen werden soll (§ 25.6). Vom Inhalt her sollte der Arzt beim Erstgespräch zwar dem traditionellen Anamneseschemata genügen, das entsprechende Detailklärungen zulässt (§ 21), aber ansonsten zunächst dem Patienten „das Wort überlassen“, um seine Belange „zur Sprache bringen“ zu können. Gegenüber einem „neuen“ Patienten ist diese „Agenda“ am besten so zu erläutern, dass sich der Arzt „genügend“ Zeit nehmen wolle, damit er ihn oder sie sich beide „kennenlernen“ können. Häufig wird auch gegenüber dem Patienten die Formulierung benutzt, „sich erst einmal ein Bild zu machen“. Spezifische Beispiele dazu finden sich im nachfolgenden Kapitel, in dem Gesprächseinladungen des Arztes im Zusammenhang mit Erzähleinladungen ausgesprochen werden.

18.8 Weiterführende Hinweise

Für weiterführende Literatur zur *nonverbalen* Kommunikation soll auf das einschlägige Kapitel (§ 12) verwiesen werden und in diesem Kapitel (§ 18) auf die spezifische Literatur, die in den Anmerkungen 2-4 angeführt wurde. Leicht zugänglich und auf Lehrzwecke zugeschnitten ist die Überblicksarbeit von Ellgring (1986). Als „Klassiker“ und „Einführung“ soll das Buch von Michael Argyle (2013) zur „Körpersprache und Kommunikation“ genannt werden, das (zuerst engl. 1975 und) inzwischen mehrfach ergänzt und überarbeitet und in der Übersetzung in der 10. Auflage erschienen ist. Auf das Problem der Festlegung bzw. Entwicklung einer „Tagesordnung“ (*agenda setting*) (§ 18.7) werden wir

18. Beziehung aufbauen

beim „Resümee ziehen“ (§ 23) zurückkommen, weswegen an dieser Stelle nochmals auf die einschlägige Literatur verwiesen sei (Silverman et al. 1998, Tate 2004, Roter, Hall 2006, Boyd, Heritage 2006, Cole, Bird 2014, Gobat et al. 2015, Windover 2016, Langewitz 2017). Verschiedene Typen von Gesprächseröffnungen und Eröffnungsfragen werden nachfolgend (§ 19) mit Bezug auf empirische Beispiele und weiterführende Literatur erörtert.

19 Anliegen anhören

Armin Koerfer, Thomas Reimer, Christian Albus

19.1	Manual: Schritt 2: Anliegen anhören	854
19.2	Typen von Gesprächseröffnungen	856
19.3	Höreraktivitäten und Unterbrechungen	864
19.3.1	Redefortsetzungen „as if uninterrupted“	
19.3.2	Polyfunktionalität von Hörersignalen	
19.3.3	Weglassproben zum Rede- und Gedankenfluss	
19.3.4	Höreraktivitäten im Kontext	
19.4	Dialogische Relevanzaushandlungen	879
19.4.1	Relevanztests: Lösen von „Eintrittskarten“	
19.4.2	Rückstufungen: Themenwechsel	
19.4.3	Hochstufungen: Erzählen fördern und aktiv zuhören	
19.5	Verständnis sichern	895
19.5.1	Logisches und psychologisches Verstehen	
19.5.2	Maximenkonflikte zwischen Zuhören und Verständnisfragen	
19.5.3	Zusammenfassungen	
19.6	Interrogative Gesprächsführung	905
19.6.1	Die „vorzeitige“ Unterbrechung und Themenfokussierung	
19.6.2	Anamneseerhebung als „Verhör“: die Trichter-Technik	
19.6.3	Themenprogression und Partizipation	
19.7	Erzählung: „Todschlecht“	920
19.7.1	Beschwerdenschilderung: „schlimmer Schwindel“	
19.7.2	Der „plötzliche“ Krankheitsausbruch bei der Tochter	
19.7.3	Das „unerhörte“ nächtliche Ereignis	
19.7.4	Medizinische versus lebensweltliche Stimme	
19.7.5	Partizipation und Lebensnarrativ	
19.8	Erzählung: „aus der Bahn geworfen“	936
19.8.1	Beschwerdenschilderung und Anliegen	
19.8.2	Schlüsselinterventionen und Gesprächswende	
19.8.3	Der „Knacks“ nach „Prüfungsversagen“ als Skandalon	

19. Anliegen anhören

- 19.8.4 Die Bedeutung „persönlicher“ Metaphern
- 19.8.5 Passung und Wirkung von Interventionen
- 19.8.6 Partizipation und Lebensnarrativ
- 19.8.7 Evaluation und Neukonstruktion von Patientengeschichten
- 19.9 Weiterführende Hinweise 958

Der Arzt muß den Patienten ermutigen, frei zu sprechen, denn nur dieser kann ihm erzählen, was er erlebt hat.

Morgan, Engel 1969/77: 41

Abstract: Nachdem der erste vertrauensbildende Schritt der Beziehungsaufnahme zwischen Arzt und Patient getan ist (§ 18), muss der Patient in einem zweiten Gesprächsschritt (§ 19.1) das Wort erhalten, um sein Anliegen in seinen eigenen Worten dem Arzt gegenüber vermittelt zu können. Hier lassen sich bereits mit der Wahl von bestimmten Typen von *Eröffnungsfragen* erste „Weichenstellungen“ treffen (§ 19.2). Bei der weiteren Gesprächsgestaltung ist zunächst von einem *Primat* des ärztlichen *Zuhörens* vor *Fragen* (nach Details) auszugehen, ohne dass beide Formen der ärztlichen Intervention gegeneinander „ausgespielt“ werden sollten. Das Zuhören lässt sich nicht auf bloßes Schweigen reduzieren, sondern kommt in verschiedenen Formen von Hörerückmeldungen zur Geltung, mit denen die Patientenrede möglichst unterstützt und wenig unterbrochen werden sollte (§ 19.3).

Nach dem vorausgehend (§ 17.4) bereits vorgestellten *dialogischen Rückmeldemodell* sollen Formen der *Relevanzaushandlung* zwischen Arzt und Patient unterschieden und an empirischen Beispielen erläutert werden, bei denen es etwa durch *Themenwechsel* versus *Aktives Zuhören* des Arztes zu Relevanzrückstufungen oder aber Relevanzhochstufungen von Patienteninitiativen kommt (§ 19.4). Trotz des allgemeinen Primats des ärztlichen Zuhörens haben spezifische Fragen zur Verständnissicherung immer dann höchste Priorität, wenn Unklarheiten rechtzeitig ausgeräumt werden müssen, damit sich beide Gesprächspartner nicht unnötig Kommunikationsstörungen aussetzen, die auf bloßen Missverständnissen beruhen könnten (§ 19.5). Was zunächst mit den Relevanzaushandlungen an ausgewählten kürzeren Beispielsequenzen illustriert wurde, soll anschließend (§ 19.6-8) in *komparativen* Gesprächsanalysen an längeren Gesprächsentwicklungen differenziert

werden, bei denen die gesprächsführenden Ärztinnen und Ärzte der Tendenz nach eher einen *interrogativen* oder *narrativen* Gesprächsstil verfolgen. In späteren Kapiteln (§ 20.9, 24.7, 25.4) sollen über Formen der aktiven Förderung von Patientenerzählungen hinaus auch Formen des *kooperativen Erzählens* aufgezeigt werden, bei denen es sich um eine gemeinsame Konstruktion („joint construction of narrative“) beider Gesprächspartner handelt.

19.1 Manual: Schritt 2: Anliegen anhören

Wie vorausgehend mit der Begründung einer *biopsychosozialen* und zugleich *dialogischen* Medizin wiederholt ausgeführt wurde (§ 4, 7, 9), sollte dem Patienten hinreichend Gelegenheit gegeben werden, sein Anliegen in seinen eigenen Worten einzubringen. Deswegen sollte der Arzt dem Patienten gerade am Gesprächsbeginn das Wort weitgehend überlassen. Besonders im Erstkontakt, aber auch in Folgegesprächen sollte der Patient die Chance haben, auf die Tagesordnung („agenda“) der aktuellen Sprechstunde bzw. Visite so Einfluss nehmen zu können, dass er sein Anliegen mit seiner *individuellen* Bedeutung und Tragweite in der für ihn angemessenen kommunikativen Form einbringen kann. Hierbei kommt es vor allem auf die Förderung der freien Patientenrede an, zu der die einschlägigen Kommunikationsformen in zweiten Gesprächsschritt unseres Gesprächsmanuals als Überblick (Abb. 19.1) zusammengestellt sind.

Auch in dieser Darstellung (Abb. 19.1) sind das Gesprächsmanual und der Evaluationsbogen (KEK) integriert. Bei der Evaluation können bei diesem zweiten Gesprächsschritt insgesamt 10 Punkte für ein ärztliches Gesprächsverhalten vergeben werden, das der direkten Beobachtung (durch Dritte) zugänglich ist.

19. Anliegen anhören

Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)	2 Anliegen anhören	⁵ 2010
	<p>1 Gespräch offen beginnen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angebot „Was kann ich für Sie tun?“ • Motivfrage „Was führt Sie zu mir?“ • Befinden „Wie geht es Ihnen heute?“ <p>2 Erzählen fördern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hörersignale <i>hm, ja</i>, Nicken, Blick • Unterbrechungen vermeiden • Pausen tolerieren • Freie Themenentfaltung zulassen <p>3 Aktiv zuhören - Unterstützen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zum Weitersprechen ermutigen • Äußerungen wörtlich wiederholen • Äußerungen paraphrasieren • Offen weiterfragen: „Wie kam das?“ <p>4 Verständnis sichern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rückfragen „Versteh ich richtig ...?“ • Zusammenfassen <p>5 Beziehungsverhalten reflektieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie geht P mit Angebot von Hilfe um? • Welches Beziehungsmodell sucht P? 	<p>0 1</p> <p>0 1 2 3 4</p> <p>0 1 2 3 4</p> <p>0 1</p>
¹ 1998	EVALUATION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10

Abb. 19.1: Auszug (aus: Manual bzw. KEK): Schritt/Funktion 2: „Anliegen Anhören“

Wegen der Bedeutung gerade auch für die Kommunikationslehre wird der Aspekt der *Beziehungsreflexion* (2.5) hier mitgeführt, obwohl sich diese der direkten Beobachtung entzieht. Dennoch kann natürlich im Feedback (etwa bei OSCE-Prüfungen) (§ 13.6, 41) darauf Bezug genommen werden, gegebenenfalls mit Hinweis auf kritische Beziehungsentwicklungen, die sich eben doch in kritischen (beobachtbaren) Gesprächsentwicklungen niederschlagen können, so etwa als manifestes Abwehrverhalten oder als spezifisches Beziehungsangebot von Patienten, die ihre Ärztinnen und Ärzte etwa bei der *medizinischen Entscheidungsfindung* (§ 10) erkennbar als „Dienstleister“ aufsuchen usw. Auf diesen Aspekt manifester Beziehungsgestaltung soll mit Beispielen zwi- schendurch laufend und später gesondert (§ 22) eingegangen werden.

19.2 Typen von Gesprächseröffnungen

Mit der Gesprächseröffnung und der spezifischen Eröffnungsfrage sollte der Arzt an den gemeinsamen Wissensstand mit dem Patienten anschließen und dann dem Patienten die Rede- und Themeninitiative möglichst überlassen. Da beim Erstgespräch keine gemeinsame Interaktionsgeschichte und zumeist auch kein Vorwissen vorliegen, ist das Gespräch so voraussetzungslos wie möglich zu beginnen. Besonders beim Erstkontakt sollten Eröffnungen so offen gehalten sein, dass der Patient sein Anliegen möglichst frei, in seinen eigenen Worten und zusammenhängend vorbringen kann.

Dabei sollte der Arzt die *Präformulierungsfunktion* von Eröffnungsfragen kennen und beachten, mit denen der Patient schon zu Beginn mehr oder weniger auf ein gewisses Antwortformat festgelegt werden kann. In dieser Hinsicht lassen sich verschiedene Typen von Eröffnungsfragen (Tab. 19.1) unterscheiden, die sich je nach Ausgangssituation unterschiedlich gut zur Eröffnung eignen.¹

Die hier vorgestellte Typologie (Tab. 19.1) folgt einer Einteilung sowohl nach *Situationen* (Erstkontakt, Konsil, Visite) als auch *Funktionen*, die sich jeweils durch einen spezifischen *Fokus* auf den *Patienten* selbst, seinen *Körper*, die *Beziehung* zum Arzt, das *Rederecht* usw. bestimmt sind. Die Typologie hat sich für Lehrzwecke bewährt, weil an ihr die Chancen und Risiken verschiedenartiger Gesprächseröffnungen aufgezeigt werden können. Sie lädt zum Probehandeln ein, auch wenn sich in der Gesprächspraxis des Routinehandelns schon bestimmte Gesprächseröffnungen bewährt zu haben scheinen.

¹ Aus der umfangreichen Forschung zu Gesprächseröffnungen sei hier exemplarisch verwiesen auf Spranz-Fogasy 2005, Robinson 2006, Heritage, Robinson 2006, Menz et al. 2008 und die dort jeweils angegebene weiterführende Literatur zu diesem Themenkomplex.

19. Anliegen anhören

Situation	Fokus	Eröffnungen		
		Nr.	Typ	Exemplar
Erstgespräch	Patient	1	Konsultationsgrund	„Was führt Sie zu mir?“ „Warum kommen Sie?“
		2	Anliegen	„Was ist Ihr Anliegen?“ „Was liegt an?“
		3	Problem	„Was haben Sie für Probleme?“ „Wo ist Ihr Hauptproblem?“
	Beziehung	4	Angebot	„Was kann ich für Sie tun?“ „Wie kann ich Ihnen helfen?“ „Womit kann ich dienen?“
	Körper	5	Beschwerdefrage	„Was haben Sie für Beschwerden?“ „Wo tut's weh?“
		6	Defizitfrage	„Wo fehlt's denn?“
	Rederecht	7	Erzähleinladung	„Erzählen Sie mal!“
		8	Nonverbale Rederechterteilung	Geste Zunicken
		9	Verbale Rederechterteilung	„Herr Schmidt!“ „Bitte“, „So“
Konsil	Überweisung	10	Überweisungsfrage	„Sie kommen von Dr. Mank?“ „Sie sind mir überwiesen worden wegen ...?“
Visite/Folgestunde	Befinden	11	Befindlichkeitsfrage (allgemein)	„Wie geht es Ihnen?“ „Wie sieht's heute aus?“
		12	Befindlichkeitsfrage (spezifisch)	„Wie geht es Ihrem Bein heute?“ „Wie haben Sie heute geschlafen?“

Tab. 19.1: Typen von Gesprächseröffnungen

Bei einem direkten *Körperbezug* stellt sich das Problem einer frühzeitigen Fixierung auf ein *biomedizinisches* Versorgungsmodell, dessen Ergänzung oder Erweiterung im Sinne einer *biopsychosozialen* Medizin durch eine Frage nach Beschwerden eher verstellt wird, weil hiermit zumeist *körperliche* Beschwerden assoziiert werden. Das folgende Beispiel (B 19.1) ist in mehrfacher Hinsicht problematisch.

B 19.1	„Wo sind Ihre ... Hauptbeschwerden?“	Kommentar
01	A [beide setzen sich] so Frau A, was führt Sie her? .	2.2 AA: Eröffnungsfrage: Konsultationsgrund
02	P also, allgemein jetzt ähm ... [Blick überlegend nach links oben]	Beginn der Antwort
03	A wo sind Ihre Hauptprobleme, was/oder Hauptbeschwerden, weswegen Sie kommen? .	Frühe Unterbrechung/Trichtern
04	P öfters schon mal Herzschmerzen, also Stiche in der Herzgegend .	Fokus: „Hauptbeschwerden“
05	A seit wann haben [Bü] Sie diese Stiche? ... [3] ...	4.1 DE: Detailexploration: Zeit

Der Arzt stellt zunächst eine Eröffnungsfrage nach dem gebräuchlichen Typ 1 („Konsultationsgrund“), was die Patientin zu einer Antwort zu nutzen versucht, die sie mit einer vagen Floskel einleitet: „also, allgemein jetzt ähm ...“. Offenbar ist dieser Antwortbeginn für den Arzt zu „allgemein“ gehalten; jedenfalls unterbricht der Arzt, kaum dass die Patientin begonnen hat, und reformuliert seine Eröffnungsfrage in zwei Schritten. Zunächst fragt er nach „Hauptproblemen“, bevor er diese in seiner Selbstkorrektur weiter spezifiziert zu „Hauptbeschwerden“, mit dem Ergebnis, dass die Patientin zu diesem neuen Fokus das passende körperbezogene Beschwerdeangebot („Herzstiche“) macht, das die dann passende Anschlussfrage nach dem Beginn der Beschwerden begünstigt, das mitten in die Detailexploration führt. Damit hat der Arzt bereits zu Gesprächsbeginn von einer *Trichter-Technik* Gebrauch gemacht, mit der ein Anfang zu einem „Verhör-Gespräch“ eingeleitet wird, auf dessen Verlauf wir noch ausführlich (§ 19.6) zurückkommen werden.

Ebenso sollte sich ein Arzt darüber im Klaren sein, dass er mit einer *Defizitfrage* (vom Typ 4: „Wo fehlt’s denn?“) den Patienten mehr oder weniger konditioniert, sein Anliegen als Beseitigung eines Mangels zu formulieren, wobei hier ebenfalls zumeist körperliche „Defizite“ assozi-

19. Anliegen anhören

iert werden. Soll eine solche thematische Engführung schon gleich zu Gesprächsbeginn vermieden werden, sind andere Typen von Gesprächseröffnungen passender. Ein häufig benutzter Typ (2) ist die direkte Frage nach dem *Anliegen*, die oft in der folgenden Form (B 19.2) gestellt wird:

B 19.2	„Was liegt an“	Kommentar
01	A Frau A, was liegt an? .	2.2 AA: Eröff- Frage: Anliegen
02	P mit dem Herz . (schwer verständlich) . die letzte Zeit . ich weiß auch net, ob's Aufregung ist, oder w . ob's von was es kommt .	Beginn der Antwort

Sind beide Gesprächspartner gut miteinander vertraut, kann hier auch eine *dialektale* Variante (aus der Region) benutzt werden, die gerade Ausdruck des vertrauten Miteinanders sein kann. Allerdings sollte man den Dialekt der Partnerin auch beherrschen, weil es sonst „aufgesetzt“ wirken kann.

B 19.3	„Herr W, wat jiddet?“	Kommentar
01	A kommen Se rein . bitte nehmen Se Platz	1.4 BA: Situierung
02	P [Patient setzt sich]	
03	A Herr W, wat jiddet?	2.1 AA: Eröff- nungs-F: Anliegen
04	P ja ... also, isch föhl misch irgendwie leer .	Beginn der Antwort

Ein weiterer, ebenfalls gängiger Typ (4) ist das *Beziehungsangebot* des Arztes, der sich als Helfer ganz dem Patienten für seine Belange zur Verfügung stellt, wie in folgendem Beispiel:

B 19.4	„Was kann ich für Sie tun?“	Kommentar
01	A Frau Z, was kann ich für Sie tun? .	2.1. AA: Eröff- nungs-F: Angebot
02	P ja ich sollt mich ja heut noch mal melden ... bis jestern jing et mir gut, da hat isch wieder	Beginn Patienten- Angebot 1: „Herz“

		mit em Herz, aber ... [Zeigegeste] . so janz schnell hintereinander jing dat .	
03	A	ja .	2.2 AA: HS
04	P	wie ich mich janz jemütlich hinsetzen wollt mit de Zeitung .	
05	A	ja	2.2 AA: HS
06	P	nachher war et wieder weg . und heute is wieder, wahrscheinlich de nächste Migräne in Anzuch ...	Patienten-Angebot 2: „Migräne“

Wie schon aus dem Beispiel hervorgeht, handelt es sich um ein Folgegespräch. Besteht bereits in der Sprechstunde oder Visite eine gemeinsame Interaktionsgeschichte zwischen Arzt und Patient, so empfiehlt es sich, an den gemeinsamen Kenntnisstand anzuknüpfen und etwa eine unspezifische *Befindlichkeitsfrage* (Typ 9: „Wie geht’s Ihnen?“) zu stellen oder je nach konkreter Kenntnis der Situation spezifischer zu fragen: „Wie haben Sie denn heute geschlafen?“ usw. Auch in der folgenden Gesprächseröffnung nimmt der Arzt Bezug auf ein gemeinsames Wissen, worauf sich der Patient ebenfalls direkt beziehen („das Atmen ...“) kann.

B 19.5		„wie isses denn heute morgen so?“	Kommentar
01	A	wie isses denn heute morgen so? .	2.1. AA: Eröffnungs-F: Befinden
02	P	das Atmen is besser, aber ich huste [räuspert sich] immer noch .	Beginn Patienten-Angebot 1

Bei spezifischen Befindlichkeitsfragen wird immer schon auf einen engeren Themenfokus abgestellt, bei dem auf die bekannte Vorgeschichte rekuriert wird. Dagegen kann mit einer *Erzähleinladung* (Typ 7) ein weites Themenspektrum eröffnet werden, auch wenn bereits eine gemeinsame Interaktionsgeschichte besteht, auf die Bezug genommen werden kann. Im folgenden Beispiel (B 19.6) wird eine Erzähleinladung (Typ 7) zusätzlich mit dem ärztlichen Beziehungsangebot als Helfer (Typ 4) verknüpft wird.

19. Anliegen anhören

B 19.6	„erzählen Sie mal n bisschen“	Kommentar
01	A (...) erzählen Sie mal n bisschen, was denn los ist . und wie wir Ihnen behilflich sein können .	2.1 AA: Eröffnung: Erzähleinladung und Beziehungs- angebot
02	P also . im Oktober . ich war . nee . ja . Anfang Oktober . war ich hier im Stift nochmal we- gen der Brust . hatten Sie mir damals emp- fohlen der Dr. ...	Beginn Patienten- Erzählung
03	A Müller .	Namensergänzung
04	P Dr. Müller . der hat dann den Brustaufbau gemacht .	
05	A hm .	2.2 AA: HS
06	P und im Oktober sollte ich dann noch mal da- hin wegen der . Brustwarze, ne .[Zeigegeste] und . anschließend war ich bei der Frau Dr. Schulze zur Nachsorge . und dann wurde festgestellt, dass die Turmorwerte nicht in Ordnung waren .	Fortsetzung Pati- entenerzählung
07	A hm .	2.2 AA: HS
08	P und da hab ich dann alle Untersuchungen gemacht bekommen . sämtliche CTs und alles Mögliche [winkt ab] . und da war ja leider (...)	Fortsetzung Pati- entenerzählung

Die Patientenerzählung wird hier nur von einer Ergänzung eines Namens „unterbrochen“ (03 A), nach der die Patientin offenbar selbst suchte, und ansonsten durch Hörersignale in Gang gehalten, durch die der Arzt seine Aufmerksamkeit und sein Interesse bekundet (§ 19.3.3), Obwohl kommunikatives Handeln selten zu Handlungsautomatismen führt (§ 19.3.1), kann dennoch verallgemeinert werden, dass der Typ der offenen *Erzähleinladungen* eher geeignet ist, für Patienten ein weites Themenspektrum zu öffnen, als etwa die Defizit- oder Beschwerdefrage. Diese Eröffnungstypen können leicht als ärztliches Interesse vor allem an körperbezogenen Beschwerdeschilderungen verstanden werden, wie offenbar in Beispiel (B 19.1), in dem sich die Patientin entsprechend der Arztfrage nach der Unterbrechung knapp und bündig („öfters schon mal Herzschmerzen ...“) antwortet.

Welcher Typ von Eröffnungsfragen schließlich in welcher Situation gegenüber welchen Patienten passend ist, muss von Fall zu Fall neu

entschieden und erprobt werden, bis die Situationseinschätzung und Fragewahl zur Routine wird. Viele Ärztinnen und Ärzte berichten über gute Erfahrungen mit völlig offenen Rederechtereilungen, wie etwa nonverbal (Typ 8) durch eine einladende Geste oder verbal durch bloße Anrede („Frau Müller!“) (Typ 9), wodurch den Patienten ein großer Eröffnungsspielraum belassen wird.

B 19.7		„soo Frau R“	Kommentar
01	A	so . bitte nehmen Sie Platz . wenn Sie ihre Sachen vielleicht auf die Seite ... dann können wir uns so besser ...	1.4 BA: Situierung: Bequemlichkeit
02	P	ja sicher .	
03	A	soo . Frau R ...	2.1 BA: Eröffnung: Rederecht: Anrede
04	P	der . Dr. Schmitz hatte mich hergeschickt, weil äh, ich war bei ihm gewesen, weil ich ziemlich starke Unterleibschmerzen hatte und ähm, jaa . und mit ner Bauchspiegelung hat man äh dann nachsehen wollen, was war, aber so rein . rein ... vom Körperlichen schien da nichts zu sein, und da ich ansonsten (...)	Patientenangebot 1

In anderen Fällen genügt auch ein bloßes Zuwarten (mit oder ohne Geste, Zunicken) (Typ 8), so dass der Patient in die gelassene Pause hinein selbst die Initiative ergreift, wie in folgendem Beispiel (B 19.8), in dem die Patientin nach ca. 5 Sekunden von selbst das Rederecht nutzt.

B 19.8		„..... (5)“ [Pause ca. 5 s]“	Kommentar
01	A	Sie können sich setzen .	1.4 BA: Situierung: Bequemlichkeit
02	P	danke (5) äh ich hab äh so Schmerzen hier im Nacken so . und ich konnte heute morgen nicht arbeiten gehen . es zieht mir rein bis in die Ellebogen . [entsprechende Bewegung] .	2.1 BA: Eröffnung: Rederecht überlassen durch Pause
03	A	hm .	
04	P	und ich . das hab ich jetzt schon seit ein paar	Patientenangebot

19. Anliegen anhören

Tagen , aber da war's immer noch so, so zu 1
ertragen, aber jetzt isses, [schüttelt den Kopf]
... immer so .

Allerdings sollte das Pausenverhalten weder am Anfang noch während des Gesprächs „überstrapaziert“ werden, worauf wir noch zurückkommen werden. Manche Patienten brauchen gerade am Anfang ein starkes Startsignal, damit sie sicher sein können, die volle ärztliche Aufmerksamkeit zu haben. Im folgenden Beispiel (B 19.9) wird diese Aufmerksamkeit von einer Ärztin mit einer besonders treffenden *Metapher* zum Ausdruck gebracht, mit der sie ihre „exklusive“ Zuhörerrolle umschreibt.

B 19.9	„so . jetzt bin ich ganz Ohr“	Kommentar
01	A so . jetzt bin ich ganz Ohr .	2.1 BA: Eröffnung: Metapher
02	P ja . also . ich geh ja ab und zu mal zum Sport . aber merke in letzter Zeit . mir geht es gar nicht gut . ich hab hier [Zeigegeste] immer so nen Druck . ich hab mit meiner Frau da nicht drüber gesprochen . aber jetzt hab ich ihr die Wahrheit gesagt . jetzt muss ich doch nen Arzt aufsuchen . ich will mich mal total untersuchen lassen .	Patientenangebot 1
03	A hm . aha .	2.2 AA: HS
04	P deswegen bin ich hier .	Patientenangebot Fortsetzung
05	A hm .	2.2 AA: HS
06	P ich bin jetzt (...)	Patientenangebot Fortsetzung

Offensichtlich muss die Ärztin zuvor in ihrer Aufmerksamkeit noch etwas absorbiert gewesen sein, wenn sie „jetzt“ den Wechsel mit dieser schönen Metapher („jetzt bin ich ganz Ohr“) so deutlich markiert. Damit wird dem Patienten die volle Aufmerksamkeit bekundet, die dieser auch nach weiteren Hörersignalen und verbalen Interventionen der Ärztin voll zu nutzen versteht, worauf wir unter dem Aspekt der empathischen Gesprächsführung (§ 20) noch im Detail zurückkommen werden.

In der Regel sind die Gesprächseröffnungen weniger metaphorisch, sondern bewegen sich im Spektrum der vorausgehend differenzierten Eröffnungstypen. Nach unseren Beobachtungen (in Fortbildungsveranstaltungen mit Videoaufzeichnungen aus Sprechstunden) haben Ärztinnen und Ärzte in ihrer Gesprächspraxis zwar ihre individuellen Präferenzen für bestimmte Standarderöffnungen entwickelt, variieren diese aber gelegentlich und sind auch bereit, bisher ungewohnte Eröffnungen zu erproben. Obwohl Typen wie die *Beschwerde-* und *Defizitfrage* eher vermieden werden sollten, weil mit ihnen oft ein *biomedizinischer* Themenfokus assoziiert wird, ist die Wahl zwischen den eher expliziten *Gesprächseinladungen*, in denen etwa nach dem *Konsultationsgrund* oder dem *Anliegen* gefragt oder *Hilfe angeboten* wird usw., und den eher impliziten *Redeüberlassungen* sicher auch an *individuelle* Patienten anzupassen. Da diese in Erstgesprächen noch nicht bekannt sind, empfehlen sich hier eher „konventionelle“ Eröffnungen (Konsultationsgrund usw.), während in Folgegespräche, in denen eine vertrauensvolle Beziehung entwickelt ist, eine eher informelle Variante („Wat jiddet?“) dieses Vertrauen noch verstärken kann.

Wenn Besserungen erhofft werden dürfen oder Verschlechterungen befürchtet werden müssen, sind sicher Fragen nach dem aktuellen „Befinden“ angemessen, weil sie direkt zielführend sind. Bei zielführenden Fragen dieses Typs sollte aber jeder Erwartungsdruck („Geht’s Ihnen nun besser?“) vermieden. Dieses Problem suggestiver Gesprächstechniken betrifft nicht nur Eröffnungsfragen, sondern wird uns auch bei der Detailexploration (§ 21.2) begegnen. In allen Fällen ist zunächst eine freie Themenentfaltung durch den Patienten zu ermöglichen, der in seinem Gedanken- und Redefluss durch *aktives Zuhören* zu *fördern* und möglichst wenig zu *unterbrechen* ist, bevor es zu spezifischen Themenfokussierungen durch eine eher *arztzentrierte* Gesprächsführung kommen kann.

19.3 Höreraktivitäten und Unterbrechungen

Wie alle verbalen Aktivitäten des Arztes ist auch das ärztliche Zuhören weiter zu differenzieren, das nicht auf bloßes Schweigen eines *verstehenden*, aber *sprachlosen* Zuhörers reduziert werden kann. In Formen des mehr oder weniger *aktiven Zuhörens* kann der (primäre) Hörer noch während der laufenden Rede des (primären) Sprechers gleichsam „da-

zwischenreden“, ohne selbst das (primäre) Rederecht zu beanspruchen. Der aktuelle Hörer beschränkt sich auf minimale Aktivitäten, indem er etwa „hm“ oder „ja“ äußert. Diese besonders häufigen Hörersignale gehören zu einer Subklasse von Höreraktivitäten, die in der Konversationsanalyse als *Rückmeldungen* des Hörers („auditor back-channel signals“) (Box 19.1) untersucht worden sind. Dazu sind neben den kurzen Formen (*hm, ja, ach* usw.) auch längere Formen (*sicher, richtig, genau*) oder satzwertige Äußerungen (*versteh ich, das kann ich gut nachvollziehen, ist ja furchtbar* usw.) zu rechnen. Dabei kann der primäre Sprecher in seiner Rede oft fortfahren, ohne in einem relevanten Sinn „unterbrochen“ worden zu sein.

19.3.1 Redefortsetzungen „as if uninterrupted“

Bei dieser Konzeption bestimmter Hörer-Aktivitäten als Rückmeldung wird angenommen, dass der primäre Hörer dem primären Sprecher Informationen zukommen lassen und der Sprecher in seiner Rede „as if uninterrupted“ fortfahren kann („speaker-auditor interaction during speaking turns“) (Duncan 1974, Flader, Koerfer 1983). Ohne das Rederecht zu beanspruchen (Box 19.1), werden dem Sprecher dennoch laufend Informationen zum (Mangel an) Verstehen und Verständnis übermittelt.

Box 19.1 Funktion von Hörerrückmeldungen

(...) auditor back-channels as opposed to auditor turn claims, provide the auditor with means by which to participate in the interaction. Through the back-channel he may acknowledge his receipt and understanding – or lack thereof – of the speaker’s message.

Duncan 1974: 177

Mit dieser Konzeption von Hörerrückmeldung ist das Konzept der „Unterbrechung“ (*interruption*) zu überprüfen, wie es etwa in der vielbeachteten Studie von Beckman, Frankel (1984) benutzt wird, nach der Ärzte ihre Patienten im Durchschnitt nach 18 Sekunden unterbrechen. Diese Studie ist später auf anderer Datenbasis überprüft worden (Marvel et al. 1999), mit geringfügig anderem Ergebnis (23 Sekunden). Gegenüber der Studie von Beckman, Frankel (1984) sind in den neueren Forschungen

Korrekturen, Modifikationen oder Umkodierungen nahe gelegt worden, mit denen offenbar Kategorienfehlern (im Sinne von Ryle 1949) oder Anwendungsproblemen bei der Kodierung Rechnung getragen werden soll (Marvel et al. 1999, Makoul 2003). Dennoch bleibt häufig strittig, was denn im Einzelnen als „Unterbrechung“ (*interruption*) (welcher Art) zu „zählen“ ist, zumal wenn die fraglichen Höreraktivitäten relativ kurz bzw. simultan zum primären Sprecher (als „Überlappungen“) realisiert werden.² Insgesamt kann der primäre Hörer auf sehr unterschiedliche Weise „dazwischen“ reden, was nach Form, Funktion und Kontext von Hörer-Aktivitäten zu differenzieren ist.

19.3.2 Die Polyfunktionalität von Höreraktivitäten

So können schon minimale Höreraktivitäten den (primären) Sprecher in seinem Gedanken- und Redefluss „irritieren“, wenn etwa mit einem „ja“ oder „hm“ nicht „Verstehen“ oder „Zustimmung“ (*Konvergenz*), sondern mit entsprechender Form (Intonation) „Verwunderung“ (*Deliberation*) oder „Zweifel“ (*Divergenz*) ausgedrückt werden (Ehlich 1979, Koerfer 1979, Flader, Koerfer 1983, Kliche 2015). Hier ist von einer *Polyfunktionalität* von Formen der Hörerrückmeldung auszugehen, deren Gebrauchsweisen in verschiedenen Kontexten zu untersuchen ist. Ohne Anspruch auf eine „finale“ Systematik, soll hier eine Typologie für spezifische Hörerrückmeldungen (wie „hm“, „ja“) gegeben werden (Tab. 19.2), die auch als Orientierungshilfe für die Lehre dienen kann.

² Insgesamt sind die Substitution von „interruption“ durch „redirection“ sowie die eingeführten bzw. modifizierten Kategorien (wie *closed question*, *elaborator*, *recompleter*, *statement* usw.) nicht hinreichend trennscharf und erschöpfend, was in der Praxis zu Anwendungsproblemen bei der Kodierung führt, worauf wir bei unseren Gesprächsanalysen zu Unterbrechungen zu Zwecken des forschenden Lernens (§ 13.4) zurückkommen. Damit soll nicht schon ein Forschungskonzept beansprucht werden, sondern eine praktikable Sensibilisierung für die gängige Maxime erreicht werden, Patienten möglichst frei reden zu lassen und dabei möglichst wenig zu unterbrechen.

19. Anliegen anhören

	Dimension	Funktion	Paraphrase
1	Redeoption	turn yielding claim of the turn	sprich weiter / ich höre zu hör zu / ich will jetzt sprechen
2	Rezeption	konvergent divergent tendenziell divergent	ich verstehe, was du sagst / meinst ich verstehe nicht versteh ich richtig?
3	Akzeptation	affirmativ adversativ dubitativ	ich stimme zu / bin einverstanden / ja ich stimme nicht zu / bestreite das / nein ich bezweifle das / wirklich? / ist das so?
4	Antizipation	deliberativ	ahja / ahso / aha ich wundere mich / erstaunlich
5	Relevanz	affirmativ	das ist gut / wichtig

Tab. 19.2: Dimensionen, Funktionen und Paraphrasen von Hörersignalen („hm“, „ja“)
(gekürzt und mod. n. Flader, Koerfer 1983: 76)

Eine notwendig abstrakte Typologie kann der Dynamik der Gebrauchsweisen von Hörerrückmeldungen in realen Gesprächen nur bedingt genügen. Wie die Mehrfachzuordnungen in verschiedenen Dimensionen deutlich machen, haben bestimmte (Formen von) minimalen Hörerrückmeldungen ein relativ umfangreiches Funktionspotenzial. Diese Polyfunktionalität kann in konkreten Gesprächen von den Teilnehmern gerade interaktionsstrategisch genutzt werden, um den verschiedenen Kommunikationsanforderungen vage zu genügen. In diesen Fällen ist (und soll) dann nicht entscheidbar (sein), ob mit einer minimalen Hörerrückmeldung wie „hm“ primär „sprich weiter“ oder „ich verstehe“ oder „ich akzeptiere“ usw. ausgedrückt werden soll. In anderen Fällen ist die Polyfunktionalität allerdings durch die Form und den Kontext hinreichend reduziert, so dass bestimmte Interpretationen ausgeschlossen werden können.³

3 Bei den empirischen Gesprächsanalysen müssen bestimmte (einfache, reduplizierte) Formen und (steigende, fallende, fallend-steigende, schwebende usw.) Tonstrukturen weitgehend unberücksichtigt bleiben, da sie mit unseren Standardtranskriptionen (§ 2.3) nur in Ausnahmefällen erfasst wurden (vgl. Ehlich 1979, 1986, Koerfer 1979, Flader, Koerfer 1983, Kliche 2015). Wegen der uneinheitlichen Konzepte und Terminologie (Höreraktivi-

Bevor wir auf die Dynamik des Gebrauchs von *minimalen* Hörerrückmeldungen in realen Gesprächen zurückkommen, sollen hier vorab anschauliche Beschreibungen der Verwendungsweisen des ärztlichen „OK“ aus professioneller Perspektive und weiter unten zu psychotherapeutischen Verwendungsweisen von „HM“ aus der Patientenperspektive wiedergegeben werden.

Am Beispiel von „OK“ differenzieren Platt und Gordon (2004) (Box 19.2) eine ganze Reihe von Funktionen auch für die Arzt Patient Kommunikation, die so oder so ähnlich („OK“ bzw. „gut“) auch im deutschsprachigen Raum genutzt werden. Die ausführliche, reichhaltige und pointierte Beschreibung, die Platt und Gordon aus ihrer spezifischen Beobachtungs- und Erfahrungsperspektive als Mediziner geben, soll uns hier als Prototyp dienen, der auf andere Phänomene der Hörerrückmeldung übertragen werden kann.

Box 19.2 Funktionen des ärztlichen Hörersignals „OK“

“OK” can mean “good,” as opposed to “Not OK,” meaning “bad,” but we also use “OK” to indicate that we have been listening, that we agree with the speaker’s ideas, or that we are pleased with the information we are receiving (...) However, “OK” as a response can be confusing to listeners when the content of the patient’s story or the feelings he expresses are not OK in the sense of “not good.” At such times our patients may suspect that we are not listening to, let alone understanding, their problems (...) So what’s the trouble?

- First, “OK” is an imprecise response. When used to indicate that we are present and listening, it falls to differentiate between good news and bad, between trivial abnormalities and serious ones. We might hope that our responses to our patient’s story would be more varied and more appropriate.
- Second, “OK” tends to close communication rather than continue it. We’ve all experienced a person who uses “OK” to mean “Stop!” “OK” cuts the speaker short. It is a signal that further conversation is unwelcome (...).
- Third, “OK” lacks authenticity. It is a pat ejaculation rather than a measured human response.

However, there are plenty of times when “OK” is appropriate, such as:

tät, Hörerrückmeldung, Hörersignal, Interjektion usw.) werden auch hier je nach Kontext unterschiedliche Gebrauchsweisen verwendet.

19. Anliegen anhören

Pt.: I need a note saying I can go back to work. Dr.: OK. (...) But when "OK" is not appropriate, when the information the patient shares is far from good, the word creates a dissonance that may destroy any therapeutic relationship and confuse our patients about our level of concern and awareness.

Platt, Gordan 2004: 122f

Ein „unangemessener“ Gebrauch von „OK“, der sogar die therapeutische Beziehung zwischen Arzt und Patient gefährden könnte, sollte vielleicht auch in der eigenen Gesprächspraxis reflektiert und gegebenenfalls korrigiert werden. Ohne hier in (alte Muster der) *Sprachkritik* (gerade gegenüber der jeweils jüngeren Generation) zu verfallen, sollten doch unsere Beobachtungen in OSCE-Prüfungen mitgeteilt werden, dass die Studierenden dort mitunter „inflationär“ von „OK“ Gebrauch machen. In extremen Fällen haben sich die betroffenen simulierten Patienten (SP) (§ 13, 41) gegenüber den Studierenden in ihrem Feedback auch kritisch dazu geäußert – ein „Privileg“, das von realen Patienten nicht so leicht wahrgenommen werden kann.

Der Gebrauch von „OK“ mag oft „gut gemeint“ sein, um sozusagen die wesentliche *Kontaktfunktion* von Hörersignalen zu erfüllen, das heißt sich als aufmerksamer *Ansprechpartner* zu erweisen, aber der inflationäre Gebrauch dieser und anderer Formen ist ebenso oft kontraproduktiv. Dies gilt ähnlich auch für die häufige Benutzung der deutschsprachigen Variante („gut“). Diese und andere Höreraktivitäten dienen oft als Abschlusssignal, mit denen dann Themenwechsel eingeleitet werden. Wie Platt und Gordon dies schon eindrücklich beschrieben haben und an empirischen Beispielen noch zu belegen ist, können Hörersignale dieses Typs die Funktion eines „Kommunikationsstoppers“ (*truncator*) übernehmen, mit dem das Rederecht des primären Sprechers schon im Vorfeld „beschnitten“ wird, bevor der Arzt dann den Themenwechsel vollzieht.

Während insgesamt bestimmte Typen von *kürzeren* Hörerrückmeldungen (wie „OK“, „gut“) den primären Sprecher in seinem Gedankenfluss durchaus irritieren und den Redefluss durchaus in einem relevanten Sinn „unterbrechen“ können, müssen *längere* Höreraktivitäten nicht notwendig zu einer „Unterbrechung“ führen, sondern können vom primären Sprecher mühelos in seine aktuelle Rede „integriert“ werden. Dies gilt selbst für bestimmte Frage-Antwort-Sequenzen, durch die der primäre Sprecher eben nicht unbedingt in einem relevanten Sinn „unterbrochen“ werden muss. Es sind also verschiedene Formen und

Funktionen des „Dazwischenredens“ bzw. „Unterbrechens“ zu differenzieren, wozu bestimmte formale Prüfverfahren wie die Weglassprobe hilfreich sein können.

19.3.3 Rede- und Gedankenfluss: Die Weglassmethode

In einem ersten Testverfahren sollte geprüft werden, inwieweit der primäre Sprecher in seiner Rede „as if uninterrupted“ (im Sinne von Duncan 1974) fortfahren konnte (oder eben nicht). Zur Unterscheidung ist eine *Weglassprobe* für die fraglichen Arzt-Interventionen sinnvoll, durch die der Rede- und Gedankenfluss des Patienten „unterbrochen“ wird oder eben nicht. Ein klarer Fall von Unterbrechung war schon Beispiel (B 19.1) aus der Eröffnungsphase, auf das wir noch ausführlich zurückkommen werden, während die Beispiele (B 19.10, B 19.11, B 19.12) klare Fälle einer Fortsetzung „as if uninterrupted“ darstellen. Als Beispiel für eine *Weglassprobe* für ganze Sequenzen soll folgender Auszug aus einer älteren, hier überarbeiteten und vereinfachten Transkription (Flader, Koerfer 1983: 77) aus einer Therapiestunde dienen.

B 19.10 „ham Sie ihn?“

- 01 P (...) obwohl das überhaupt nicht stimmt, nech (6) ich hab ihn nur so auf die Schippe genommen und ihm so . da muss ich jetzt also grinsen [lachend] weil es mir () Spaß bringt . immer so als . [es folgt ein Neckname] . angeredet .
- 02 A ham Sie ihn? .
- 03 P ja .
- 04 A hm .
- 05 P hab immer so gesagt, du als [Neckname] musst das ja wissen, ne ... und dann lief der also praktisch blau an [lacht] da freu ich mich richtig, nich (...)

In Anlehnung an die Terminologie der Konversationsanalyse (CA) (§ 2), auf die wir häufig zurückgreifen, kann das Beispiel unter Vernachlässigung von Details folgendermaßen zusammenfassend beschrieben werden: Nach einem längeren, hier zu Beginn gekürzten Redebeitrag (*turn*) des Patienten (01) und einer kurzen Pause, entwickelt sich mit der Therapeutenfrage (02) ein kurzer *Exkurs* (im Sinne einer *side sequence*), in dem der Patient (03) eine kurze affirmative Antwort („ja“) gibt. An die-

19. Anliegen anhören

ses benachbarte Äußerungspaar (*adjacency pair*) schließt der Therapeut (04) wiederum (in der 3. Position des Exkurses) eine Rückmeldung in Form eines Hörsignals in der einfachen Grundform („hm“) und der Funktion einer Rückbestätigung (*re-confirmation*) an. Diese Rückmeldung kann zugleich als Abschlusssignal für den gesamten Exkurs gelten, nach dessen Beendigung der Patient (05) mit seinem („ursprünglichen“) Redebeitrag „as if uninterrupted“ fortfahren kann.⁴

Mit anderen Worten: Der Patient kann seine Rede so fortführen, „als wäre nichts geschehen“. Dies wird auch mit dem vorgeschlagenen Testverfahren deutlich: Wenn man bei der nochmaligen Lektüre eine Weglassprobe macht (und in Gedanken) die Zwischensequenz (02-04) „tilgt“, kann man den verbleibenden „Rest“ auch als „Patientenrede am Stück“ lesen (bzw. „hören“), ohne dass hier etwas „vermisst“ werden muss.

Ebenso könnte man die Namensnennung („Dr. Müller“) im obigen Beispiel „tilgen“, das hier als in einem längeren Ausschnitt nochmals angeführt sei, um das dialogische Zusammenspiel von Erzählung und Hörerrückmeldung zu dokumentieren. Schon bei der ersten Lektüre könnten auch die ärztlichen Hörersignale („hm“) (versuchsweise) einfach „ausgelassen“ werden.

B 19.11 Namensergänzung und Hörersignale „hm“		Kommentar
01	A (...) erzählen Sie mal n bisschen, was denn los ist . und wie wir Ihnen behilflich sein können .	2.1. AA: Eröffnung: Erzähleinladung und Beziehungsangebot
02	P also . im Oktober . ich war . nee . ja . Anfang Oktober . war ich hier im Stift nochmal wegen der Brust . hatten Sie mir damals empfohlen der Dr. ...	Beginn Patienten-Erzählung
03	A Müller .	Namensergänzung
04	P Dr. Müller . der hat dann den Brustaufbau gemacht .	
05	A hm .	2.2 AA: HS

⁴ Allerdings sind in der Gesprächsanalyse auch immer wieder komplexere „Kommunikationsverhältnisse“ zu berücksichtigen, so etwa wenn Fragen des Hörers vielleicht gegen die Erwartung anders (zum Beispiel mit einer *Verneinung*) beantwortet werden, so dass sich komplexe und längere Exkurse ergeben können, die eine „as if uninterrupted“-Fortsetzung wenn nicht verhindern, so doch zumindest erschweren usw.

06	P	und im Oktober sollte ich dann noch mal dahin wegen der . Brustwarze, ne .[Zeigegeste] und . anschließend war ich bei der Frau Dr. Schulze zur Nachsorge . und dann wurde festgestellt, dass die Tumormerkmale nicht in Ordnung waren .	Fortsetzung Patientenerzählung
07	A	hm .	2.2 AA: HS
08	P	und da hab ich dann alle Untersuchungen gemacht bekommen . sämtliche CTs und alles Mögliche [winkt ab] . und da war ja leider kein Termin zu kriegen bei Ihnen vor Weihnachten . das war ja so kurzfristig .	Fortsetzung Patientenerzählung
09	A	hm .	2.2 AA: HS
10	P	und da hat mein Sohn . der hat sich so aufgeregt . der hat sone Angst gehabt um mich . da hat der in München angerufen . und hat sich da erkundigt .	Fortsetzung Patientenerzählung („Angst gehabt um mich“)
11	A	hm .	
12	P	und da bin ich dann nach München gefahren . und da hatten die gesagt . da könnte man was machen . und zwar (...)[wird fortgesetzt]	Fortsetzung Patientenerzählung

Der Arzt (03) ergänzt den Namen des Kollegen (im Sinne einer *joint sentence production*) schon relativ früh, kaum dass die Patientin eine kurze Pause gemacht hat, ohne dass die „Wortsuche“ bzw. Verzögerung schon „auffällig“ gewesen wäre. Die Notwendigkeit einer Unterstützung (aus *kognitiven* Gründen) scheint noch nicht dringlich. Der Arzt macht die Namensergänzung hier offenbar primär in der *sozialen* Funktion als *Kontaktsignal*, mit dem er sich als kompetenter Zuhörer ausweist, der sich als aufmerksamer *Ansprechpartner* voll „auf der Höhe des Gesprächs“ befindet. Formal ließe sich die Namensergänzung aber ebenso tilgen wie die anschließenden Hörersignale („hm“) formal entfallen könnten.

Nach der „Löschung“ der Arzt Äußerungen verbleibt ein „eigenständiger“ Patienten-„Text“, der sich leicht einem *Sinn-Kohärenztest* unterziehen lässt. Dabei mag lediglich die Verdopplung (02, 04) von „Dr.“ auffällig bleiben, die ein „Relikt“ der ärztlichen Höreraktivität (Namensergänzung) ist. Obwohl diese wie alle weiteren Hörersignale („hm“) den Gedanken- und Redefluss der Patienten offenbar nicht zu „tangieren“ scheinen, halten sie doch in der Summe die Gesamterzählung in Gang,

die ohne die ärztlichen Höreraktivitäten nicht zustande gekommen wäre. Was bei der Lektüre von *Texten* „überflüssig“ erscheinen mag, ist für *Gespräche konstitutiv*. Ein primärer Sprecher braucht den Kontakt mit dem Hörer, um sich dessen Aufmerksamkeit, Interesse oder Anteilnahme weiterhin vergewissern zu können. Sollte der primäre Sprecher diesen Hörer-Kontakt verlieren, würde er schließlich „verstummen“ (müssen), in der Hoffnung, der Gesprächspartner würde seinerseits (wieder) das Wort ergreifen usw., um sein Interesse an der (Fortsetzung einer) begonnenen Erzählung zu bekunden usw. In diesem Sinne „bestimmt“ der Hörer, was *erzählenswert* ist (§ 9), obwohl seine Aktivitäten (formal) „entbehrlich“ scheinen.⁵

Die *Methode der Weglassprobe* ist in der Linguistik gebräuchlich, um etwa in der grammatischen Analyse obligatorische von fakultativen Satzgliedern zu unterscheiden. Die Methode kann man jedoch auch auf ganze Gespräche anwenden. So hat schon Carl Rogers in seinen frühen Studien (1942/1985) zu aufgezeichneten Therapiestunden ein ähnliches Verfahren genutzt, um Formen der *non-direktiven* Gesprächsführung nachzuweisen (§ 40.2). Tilgt man mit der Weglassprobe die professionellen Gesprächsanteile, stellen die verbleibenden „Passagen“ in *non-direktiv* geführten Gesprächen häufig einen sinnvollen Text dar, für die die Äußerungen des professionellen Gesprächspartners offenbar entbehrlich scheinen, obwohl das Gespräch ohne ihn so nicht verlaufen wäre. Um im Bild der *Hebammenkunst (Mäeutik)* (§ 9.5) bei der ärztlichen Gesprächsführung zu bleiben: Nach getaner Arbeit scheint die Hebamme entbehrlich (gewesen) zu sein.

Wir haben die Methode der Weglassprobe wiederholt dargestellt und angewandt und werden sie auch hier immer wieder nutzen, um die Funktionen von Äußerungen im Kontext bestimmen, aber auch längere Redestücke von Patienten identifizieren zu können (wie schon in §

5 Auf spezifische Höreraktivitäten, die umfangreicher und folgenreicher als die „bloßen“ Hörersignale sind, werden wir in den nachfolgenden Erzählanalysen und dort insbesondere unter dem Aspekt des *kooperativen Erzählens* zurückkommen, für das aber ebenfalls die Methode der Weglassprobe vorgeschlagen und angewendet wird. Zum vorausgegangenen Beispiel der Namensergänzung sei erneut auf die mögliche Komplexität verwiesen, die entstehen kann, wenn sich der Arzt beim der Namensnennung des Kollegen „geirrt“ haben sollte, was weitere Klärungen zur Folge gehabt haben könnte, die eine Fortsetzung der Patientinnenrede als „as if uninterrupted“ erschwert haben könnten. Kommunikation ist halt ein „riskantes“ Unterfangen, das aber durch ärztliche „Enthaltbarkeit“ nicht unbedingt erfolgsträchtiger wird.

17.3.6), die als Kandidaten für Erzählungen in der anschließenden Gesprächsanalyse untersucht werden (Koerfer et al. 1994, 1996, 2000, 2005, 2010) (s.u. § 19.7-8, 20.9, 24.7, 25.4). Darüber hinaus stellt die Weglassprobe einen Beitrag zur *Evaluation* von Gesprächen bei, auf die wir noch gesondert (§ 40.2) zurückkommen.

Allerdings lassen sich die Probleme der Analyse von *Unterbrechungen* mit diesem *formalen* Verfahren nur bedingt lösen. Hier sind *funktionale* Gesprächsanalysen anzuschließen, die der *Komplexität* von Kommunikation und der *Polyfunktionalität* von Kommunikationsformen gegenüber spezifischen Adressaten in spezifischen Kontexten Rechnung tragen können (Ehlich 1979, 1986, Koerfer 1979, Flader, Koerfer 1983, Mazeland 1990, Quasthoff 1990, Menz et al. 2008, Menz, Al-Roubaie 2008, Brinker, Sager 2010, Pawelczyk 2011, Hitzler 2013, Kliche 2015). Schließlich sind in einer *funktionalen* Gesprächsanalyse die weiterreichenden Effekte von „Unterbrechungen“ (verschiedener Art) in entwickelten Gesprächskontexten zu berücksichtigen, was mit den langfristigen „Konditionierungen“ schon thematisiert worden war, die auch bei extremen Ausprägungen eines *interrogativen* Interviewstils (§ 19.5) oder einem *autoritären* Paternalismus (§ 10, 24) eine Rolle spielen.

Insgesamt wäre in empirischen Studien phänomenal zunächst von einem alltagssprachlich orientierten Vokabular auszugehen, dessen reichhaltiges Spektrum sich von „unterbrechen“ über „ins Wort fallen“ oder „in die Parade fahren“ bis hin zu „übers Maul fahren“ oder „zum Schweigen bringen“ erstreckt. Um in diesem weiten Spektrum die Funktionen von Hörersignalen bestimmen zu können, muss die Gesprächsanalyse zugleich als *Kontextanalyse* durchgeführt werden, die nicht nur *lokal* die benachbarten Äußerungen ("adjacency pairs"), sondern *global* die Gesamtstruktur (von Typen) von Gesprächen in einer *komparativen* Evaluationsperspektive erfasst.

19.3.4 Höreraktivitäten im Kontext

In manchen (Typen von) Gesprächen sind es *singuläre* Interventionen des Arztes, die einen Patienten auf der Stelle „mundtot machen“, wie dies in Beispielen aus der Visitenkommunikation (§ 24) noch deutlich wird. In anderen Gesprächen sind es wiederum *Kaskaden* von ärztlichen Interventionen, die Patienten allmählich nur noch „einsilbig“ antworten oder in der Summe ganz „verstummen“ lassen (§ 19.6). Wer als Arzt nicht nur gelegentlich, sondern ständig „dazwischenfragt“, ohne

19. Anliegen anhören

den Patienten genügend Erzählraum zu eröffnen, unterliegt im Sinne von Gadamer (1993) (§ 9: Box 9.20) schnell einem „Beherrschungsversuch“ gegenüber einem Gesprächspartner, der dann nach Engel, Morgan (1977) (Box 19.6) *schweigend* auf die nächste Arzt-Frage wartet usw. Diese Interaktionsspirale (*Frage – Antwort + Schweigen – Fragen* usw.) kann im aufgezeigten Sinne „verheerende“ Auswirkungen auf die Gesamtstruktur von Gesprächen haben kann, die sich in Richtung auf ein „Verhörgespräch“ (§ 19.6) entwickeln können.

Wie vorausgehend schon für die Forschung und Lehre ausgeführt (§ 2, 13), können Evaluationsperspektiven für Arzt Patient Gespräche nur durch *komparative* Gesprächsanalysen gewonnen werden, in denen lokale, *sequenzielle* Strukturen („turn-by-turn“) in der Entwicklung der globalen *Gesamtstruktur* („overall structural organization“) von (Typen von) Gesprächen vergleichend zu untersuchen sind. Dabei werden auch Gesprächsphasen nach ihren je spezifischen Aufgabenstellungen unterschieden, die sich jeweils bei der *Eröffnung* über die *Anamneseerhebung*, *Aufklärung* und *Entscheidungsfindung* bis zum *Gesprächsabschluss* ergeben (§ 8, 13). Hier war vorausgehend schon auf verschiedene Beteiligungsrollen der Gesprächspartner in verschiedenen Gesprächsphasen aufmerksam gemacht worden, denen ja auch die Gliederungsstruktur unseres Gesprächsmanuals entspricht.

Obwohl die Aufgabenstruktur in Psychotherapiegesprächen weniger stark phasenspezifisch ausgeprägt ist, entwickeln die Gesprächspartner auch in diesem Gesprächstyp eine für sie tragfähige Struktur der Arbeitsteilung bei der gemeinsamen Gesprächsarbeit, bei der sich der Therapeut mit seinen Aktivitäten zunächst mehr oder weniger zurückhalten kann. Die Patienten tolerieren in der Regel diese Zurückhaltung ihres Gesprächspartners und nutzen zunächst ihr „privilegiertes“ Rede-recht für „ihre“ Zwecke, allerdings häufig nur bis zu einem „kritischen“ Punkt, an dem besonders Patienten als „Novizen“, die mit dem psychoanalytischen Gespräch weniger vertraut sind, eine stärkere Therapeutenbeteiligung einzufordern beginnen. Insbesondere in der Anfangsphase von Therapien wird die „Verletzung“ von gewohnten Alltagsregeln einer *dialogischen* Kommunikation immer wieder beklagt (Koerfer, Neumann 1982). In seinen „Lehrjahren auf der Couch“ beschreibt Tilmann Moser (1974) sehr eindrücklich seine Erlebensperspektive als Patient, der einerseits über einen „hohen Grad an Freiheit“ verfügt, andererseits einen Mangel an respondierendem Gesprächsverhalten des Analytikers verspürt, dessen variabler Gebrauch des psychoanalytischen Urlauts („Hm“) (Box 19.3) so nuanciert beschrieben wird.

Box 19.3 Der „psychoanalytische Urlaub“ („Hm“)

Oder er fragte vorsichtig, doch mit vielen Modulationen: „Was gibt’s?“, so daß ich mit einem hohen Grad an Freiheit antworten oder darauf eingehen konnte oder nicht. Oder er hielt sich an jenen psychoanalytischen Urlaub, der viele tausend Psychoanalysen in der Welt in Gang hält und gleichwohl noch immer nicht abgenutzt ist, das berühmte und viel geschmähte „Hm“. Dieses „Hm“ kann sein wie der Rettungsring, den man einem Schiffbrüchigen zuwirft; oder es gleicht dem ersten Pfeiler eines Brückenbaus über einen vorher unpassierbar scheinenden Strom, oder eine Kluft, oder es ist eine Ermutigung, Bekundung der Neugier oder der Anteilnahme. Es kann aber auch, wenn man es fragend oder sinnend oder zweifelnd ausspricht, eine ganze Fülle von Deutungen ersetzen, ein ertappen bedeuten. Oder es ist wie ein abgenagter Knochen, den man hingeworfen bekommt und den man unter wütendem Gekläff zurückstoßen möchte mit dem Vorwurf: „Mehr hast du wohl heute nicht“, oder: „Bei dir könnte man verhungern, ohne dass du es merkst, du Rohling“ oder: „Noch einmal ‚Hm‘, und ich fahre dir an die Gurgel.“

Moser 1974: 83f

Der zunächst so erlebte „hohe Freiheitsgrad“ verkehrt sich offenbar in so erlebte Abhängigkeit vom Gesprächspartner. Was Moser hier aus der Patientenperspektive beschreibt, ist die „Frustration“ von alltäglichen Kommunikationserwartungen, gegenüber denen die Hörerrückmeldungen des professionellen Gesprächspartners nur ein schwacher „Trost“ sein können. Weil er als Patient auf die sparsamen Rückmeldungen seines Gesprächspartners verstärkt angewiesen ist, unterliegt er viel stärkeren Interpretationszwängen, als dies in der Alltagskommunikation üblich ist. Aber auch dort kann es zu einem starken Kommunikationserleben der Abhängigkeit kommen, wenn etwa Eltern ihre Kinder oder wenn Partner oder Kollegen sich untereinander „am langen Arm verhungern lassen“, anstatt auf Kommunikationsbegehren des anderen „angemessen“ zu reagieren.

Die Erlebensperspektive von Patienten in psychotherapeutischen Gesprächen „speist“ sich aus der Wirkung der Kombination von *Grundregel* (der Assoziation des Patienten) und *Abstinenz* (des Analytikers). Natürlich ist von Freud der Widerstand gegen die Verletzung von Regeln der Alltagskommunikation antizipiert worden, was er in der Formulierung seiner *Grundregel* entsprechend berücksichtigt hat (§ 9). Deswegen

19. Anliegen anhören

wird mit der Grundregelmitteilung zugleich der Appell an den Patienten gerichtet, gleichsam eine „wait-and-see“-Perspektive einzunehmen, bevor der Patient von der für ihn andersartigen Kommunikationsform profitieren kann: „Den Grund für diese Vorschrift – eigentlich die einzige, die sie befolgen sollen – werden sie später erfahren und einsehen lernen“ (1913/1970: 194). Dennoch dauert es in der Regel eine Weile, bis sich Patienten an das „ungewohnte“ Gespräch entsprechend „gewöhnt“ haben (Koerfer, Neumann 1982). Wegen dieser Besonderheit bieten sich gerade systematische Vergleiche zwischen Therapiestunden und ärztlichen Sprechstunden im Verhältnis zur Alltagskommunikation an. Die Geltung von Regeln in einem bestimmten Gesprächstyp lässt sich am besten durch den kontrastiven Vergleich mit anderen Gesprächstypen herausfinden (Koerfer 2013), so wie sich die selbstverständlichen Regeln der eigenen („vertrauten“) Kultur im Vergleich mit anderen („fremden“) Kulturen überhaupt erst „entdecken“ lassen.

Dabei bieten sich auch Vergleiche gerade unter nahen „Verwandten“ an, wie in diesem Falle mit psychoanalytischen Erstgesprächen, die in ihrer Dialogform den Erstgesprächen in ärztlichen Sprechstunden, zumal mit dem Angebot einer psychosomatischen Grundversorgung (§ 15, 25), noch recht ähnlich sein können. In beiden Fällen geht es um die Exploration von Krankengeschichten, Anliegen und Erwartungen von Patienten, die deswegen „ausführlich zu Wort kommen“ sollen, wozu ihnen der Arzt bzw. Therapeut mit seiner Zuhör- und Fragekompetenz, wie sie als *Hebammenkunst (Mäeutik)* beschrieben wurde (§ 9.5), in einer „vergleichbarer“ Weise entgegen kommen muss.

In seiner Analyse eines psychoanalytischen Erstgesprächs beschreibt Buchholz (2014) die „rhythmische Struktur“ des Gesprächs, in dem die Aktivitäten des Therapeuten wie „eingestreut“ wirken (Box 19.4). Das Gespräch entwickelt sich so, dass die verbalen und nonverbalen Interventionen des Therapeuten unterhalb der Schwelle der *klassischen Deutung*, die natürlich weiterhin ihre Berechtigung hat, den Patienten hinreichend herausfordern und ihm dennoch genügend eigenen Spielraum lassen, „sich mitteilen“ zu können.

Box 19.4 Der Rhythmus „eingestreuter“ Aktivitäten

(...) man muss sehen, dass sich zugleich noch ein Rhythmus einlagert: die Aktivitäten des Therapeuten wirken „eingestreut“ und werden regelmäßig von einer Rücknahme solcher Aktivitäten gefolgt. Er zieht sich auf prosodische „hms“ über längere Strecken zurück, komplettiert Sätze seines Patienten und dokumentiert damit seine Zuhöreraktivitäten, dirigiert mit kleinen Bemerkungen den Verlauf des Gesprächs – kurz, er behauptet gerade nicht permanent die Deutungshoheit, sondern gewährt beträchtlichen Raum, damit der Patient sich mitteilen kann.

Buchholz 2014: 237

Diese Analyseperspektive für therapeutische Gespräche lässt sich für die Arzt-Patient-Kommunikation verallgemeinern: Um die Spielräume für Patienten zu bestimmen, sind die *rhythmischen* Strukturen in der Gesprächsanalyse so zu untersuchen, dass sowohl die Wirkungen einzelner *Aktivitäten* („Töne“) im unmittelbaren Kontext als auch ihre Wechselwirkungen in der *Gesamtkomposition* („Partitur“) berücksichtigt werden. In dieser Perspektive werden *lokale* wie auch *globale* Gesprächsentwicklungen betrachtet, in denen kurzfristige und langfristige „Konditionierungen“ (im obigen Sinn § 9.4) unterschieden werden können, bei denen sich einzelne Interventionen erst im kumulativen Zusammenspiel mit anderen auswirken, für die sie gleichsam die „Vorarbeit“ geleistet haben (Koerfer, Köhle 2007, Koerfer et al. 2000, 2010). Im Folgenden werden sowohl einzelne *Gesprächssequenzen* wie auch längere *Gesprächspassagen* und schließlich ganze *Gesprächsverläufe* vergleichend untersucht.

Die Evaluationsperspektive dieser Untersuchungen orientiert sich zunächst an der skizzierten *komparativen Leitidee* der Gesprächsanalyse, nach der „negative“ wie „positive“ Beispiele kontrastiert werden sollen. Dabei soll der Blick zunächst vor allem auf „vorherrschende“ Gesprächsstrukturen (Tendenzen, Dominanzen) gerichtet werden, was den Blick auf Mischformen keineswegs verstellen soll, die nachgeordnet zu differenzieren sind.

In „negativen“ Fällen hat der Arzt im Sinne von Engel (1997) (Box 9.17) mit seinem interrogativen Gesprächsstil seine *Agenda* durchgesetzt (*requiring reporting*). Dagegen sind die „positiven“ Fälle zu kontrastieren (*encouraging narration*), in denen die *Agenda* zwischen Arzt und Patienten in Prozessen der *Relevanzaushandlung* bis zur gemeinsamen Entscheidungsfindung (§ 10, 22) *dialogisch* entwickelt wird. Der Förde-

rung bzw. Hemmung dieser Gesprächsentwicklungen in unterschiedliche Richtungen soll in den folgenden empirischen Gesprächsanalysen *vergleichend* nachgegangen werden.

19.4 Dialogische Relevanzaushandlungen

Entsprechend der Forschungsmethode einer *komparativen* Gesprächsanalyse (§ 2, 40), die in der Kommunikationslehre fortzusetzen ist (§ 13, 17), sollen in mehreren Schritten die Unterschiede zwischen einer eher *interrogativen* Gesprächsführung, die vor allem durch Frage-Antwort-Muster dominiert wird, und einer eher *narrativen* Gesprächsführung herausgearbeitet werden, die sich primär durch die Förderung von *Patientenerzählungen* auszeichnet.

Ebenso sollen relevante Wechselstellen zwischen interrogativen und narrativen Gesprächsphasen identifiziert werden, die oft mit einem Wechsel der Themen und Beteiligungsrollen einhergehen, wenn etwa beide Gesprächspartner vom Modus des *Erzählens* und *Zuhörens* in den Modus des *Fragens* und *Antworten* wechseln. Diese Kommunikationsformen haben aus *klinischen* Gründen (sic) ihre Berechtigung, aber jede zu „ihrer Zeit“ und zu „ihrem Zweck“. Hier je nach Gesprächsverlauf die „richtige“ Wahl der Kommunikationsform zu treffen und sich dabei für die „richtige“ Dosierung zu entscheiden (§ 3, 17), stellt die *klinisch-kommunikative Doppelkompetenz* von Ärzten vor Herausforderungen, die sie unterschiedlich gut erfüllen. Bevor wir die Unterschiede in komparativen Gesprächsanalysen weiter herausarbeiten, sollen entlang des Gesprächsmanuals (Schritte 2.2-2.3) wesentliche Kommunikationsformen beschrieben werden, mit denen eine *Relevanzhochstufung* oder aber *Rückstufung* von patientenseitigen Themeninitiativen erreicht werden können. Zunächst soll das Problem der Relevanz aus der Perspektive von Patienten dargestellt werden, die als Laien die Relevanz ihrer Themeninitiativen oft erst austesten müssen.

19.4.1 Relevanztests: Lösen von „Eintrittskarten“

Patienten wissen oft nicht, was sie ihrem Arzt gegenüber wie ausführlich darstellen sollen oder dürfen. Als medizinische Laien resultiert ihre Unsicherheit aus dem Mangel einer reziproken Perspektivübernahme,

mit der sie sich auf den professionellen Standpunkt ihres ärztlichen Gegenübers stellen könnten. Oft bleiben Patientengeschichten unerzählt, weil Patienten ihre Relevanz nicht abschätzen können. In solchen Fällen müssen Ärzte damit rechnen, dass ihre Patienten die Sprechstunde mit einer „Eintrittskarte“ eröffnen (Box 19.5), die nicht unbedingt ihrem primären Anliegen entspricht.

Box 19.5 “Story telling” and „ticket of entry“

But the telling is not so easy. Stories may not be told because patients fear that the stories do not meet the standards of life-and-death intensity the patients assume their doctors demand (...) If the doctor does not facilitate the story telling — if the patient is not encouraged to go on — the patient very often will not.

Facilitating the story-telling process is best accomplished when there are no strict parameters limiting or defining the patient’s response. The patient’s story is not limited to the first-presenting problem. Patients often state a medical complaint as a “ticket entry” to medical care, even though the primary and most pressing concern may be unrelated to this complaint.

Roter, Hall 2006: 7

Die Versuche von Patienten, zunächst weniger relevante „Eintrittskarten“ einzulösen, offenbaren ihre Unsicherheit und Hilflosigkeit gegenüber dem Relevanzproblem, wie es sich aus ihrer Laienperspektive stellt. Im konkreten Einzelfall stehen Patienten an zentralen Gesprächsstellen immer wieder vor der Entscheidung, was denn mit „guten Gründen“ als hinreichend „relevant“ (*doctorability, reasonability*) und deswegen als entsprechend „erzählenswert“ (*tellability, narrativity*) eingestuft werden kann oder eben nicht und deswegen möglichst „unerwähnt“ bleiben sollte (Heritage, Robinson 2006, Halkowski 2006, Koerfer et al. 2000, Koerfer, Köhle 2007, Baroni 2014, Köhle, Koerfer 2017). In diesem Prozess der Deliberation ist damit zu rechnen, dass Patienten sich im Zweifel zurückhalten, so dass oft durchaus relevante Informationen verloren gehen, obwohl sie die einschlägigen Kriterien (*doctorability, tellability*) erfüllen würden, wenn sie von den Patienten denn „zur Sprache gebracht“ worden wären.

Um das Dilemma überhaupt bewältigen zu können, sind Patienten in der laufenden Interaktion mit dem Arzt verstärkt auf dessen Rückmeldung angewiesen, mit der die Relevanzen in einem *dialogischen*

19. Anliegen anhören

Rückmeldemodell erkennbar markiert werden, das wir bereits ausführlich vorgestellt hatten (§ 17.4). Bei allen möglichen Varianten kann im Wesentlichen zwischen einer *Hochstufung* oder aber *Rückstufung* der Relevanz unterschieden werden.

Relevanzhochstufungen führen in der Regel zur Weiterführung und Vertiefung von begonnenen Themen, die etwa in einer Patientenerzählung erlebnisnah ausgeführt werden können (§ 9). Die Kommunikationsformen zur Relevanzmarkierung reichen von minimalen Höerrückmeldungen über explizite Ermunterungen zur Weiterrede bis zur empathischen Rückmeldung (§ 20). Eine *Relevanzrückstufung* wird vom Arzt zumeist mit einem Themenwechsel eingeleitet, der vom Patienten oft resignierend akzeptiert wird. Gelegentlich starten Patienten jedoch erneut ihre Themeninitiativen in der Hoffnung, dass diese durch die Wiederholung schließlich doch eine positive Relevanzhochstufung durch den Arzt erfahren.

Zumeist wird das Relevanzproblem zwischen den beiden Gesprächspartnern *indirekt ausgehandelt*, in seltenen Fällen kommt es *direkt* zur Sprache wie in folgendem Beispiel (B 19.12), in dem der Patient seine Unsicherheit zur Relevanz seines möglichen Themenangebots zu einer vom Arzt gestellten Frage explizit zum Thema macht.

B 19.12 „ich weiß jetzt nicht, ob das relevant ist“		Kommentar
01	A wie war Ihre Kindheit? .	4.3 DE: EV: Offene Frage zu neuem Themenfokus
02	P meine Kindheit? . ich weiß jetzt nicht, ob das relevant ist . aber ich hatte als Kind TBC .	Relevanztest Indirekte Frage
03	A ach .	2.2 HS (empathisch)
04	P ja . das war schlimm . (...) (Fortsetzung)	Erzählbeginn

Obwohl der Arzt mit seiner offenen Erzähleinladung zum Thema „Kindheit“ für den Patienten ein großes Themenspektrum zulässt, bringt der Patient seine Unsicherheit über die Relevanz seiner möglichen Erzählung mit einer indirekten Frage zum Ausdruck: „ich weiß nicht, ob das relevant ist, aber ...“ Die empathische Rückmeldung des Arztes („ach“) stellt eine Relevanzhochstufung des Themas („TBC“) dar, das nun uneingeschränkt zur Disposition steht. Offenbar ist der Relevanztest gelungen und der Patient kann das vom Arzt mit seiner Rückmeldung

markierte Interesse als „Lizenz“ zum Weitererzählen auffassen, wovon er dann ausführlich Gebrauch macht. Ebenso drückt ein anderer Patient im folgenden Beispiel zunächst durch eine indirekte Frage seine Unsicherheit über die Relevanz eines möglichen Themas aus, das dann eine zweifache Relevanzhochstufung durch den Arzt erfährt.

B 19.13 „ich weiß nicht, ob das jetzt hierher gehört“		Kommentar
01	A welche Medikamente nehmen Sie? .	4.3 Detailexploration: AV: (Medikamente)
02	P Beta-Blocker, ACE Hemmer und Herz-ASS und dann noch Magentabletten .	Infos zur Medikamenteneinnahme
03	A hm ...	2.2 HS
04	P ich weiß nicht, ob das jetzt hierher gehört .	Relevanztest
05	A ja? .	2.2 HS (Frageintonation)
06	P mein Hausarzt wollte, dass ich mit den Beta-Blockern aussetze .	Information
07	A warum? .	4.3 DE AV: (Medikation)
08	P na ja ich hatte ihm erzählt, dass ich Schwierigkeiten hatte ... ich hatte Erektionsstörungen . und ich wollte dann auch mal aufhören mit den Tabletten . dass das wieder besser wird . hab mich wie ein halber Mensch gefühlt (...)	Erzählbeginn: Lebensweltliche Relevanz

Dass die lebensweltliche Relevanz für den Patienten, die er in einer starken Metapher ausdrückt („hab mich wie ein halber Mensch gefühlt“) zugleich von professioneller Relevanz ist, steht hier außer Frage. Es handelt sich um ein Konfliktpotential zwischen lebensweltlich motivierten Patienten-Präferenzen und evidenzbasierten Erfordernissen der Medizin (§ 10, 22), dem bereits in der Vorbehandlung durch den Hausarzt Rechnung zu tragen war. Der aktuell behandelnde Arzt nimmt zunächst durch das fragende Hörsignal „ja“ und dann durch die Warum-Frage jeweils eine Relevanzhochstufung vor, die der Patient zuvor mehr oder weniger mit Erfolg „provoziert“ hat.

Wie bereits vorausgehend ausgeführt, können sich Patient und Arzt in ihrer Interaktion wechselseitig „konditionieren“ (§ 9.4). Durch die Bekundung von Unsicherheit bei der Relevanzeinschätzung suchen Pati-

enten eine ärztliche „Lizenz“ zum (Weiter-)Erzählen zu erwerben, was gelingen kann – oder eben nicht. Während explizite Relevanztests zu meist zu Relevanzhochstufungen von Themen führen, bleiben implizite Themenangebote von Patienten oft „unerhört“, selbst wenn sie wiederholt werden (§ 17.4), was patientenseitig dann oft zur *Resignation* führt.

Das Relevanzproblem wird uns in diesem Lehrbuch als Dauerproblem der Arzt-Patient-Kommunikation begegnet, das hier für die Gesprächsschritte 2.2 (*Erzählen fördern*) und 2.3 (*Aktiv zuhören*) exemplarisch an „negativen“ wie „positiven“ Beispielen (*best practice*) ausgeführt werden soll. Zunächst sollen kürzere Beispiele für *Rückstufungen* (§ 19.4.2) und dann für *Hochstufungen* der Relevanz (§ 19.4.3) gegeben werden, bevor größere Gesprächsausschnitte (§ 19.6-8) unter dem Aspekt analysiert werden, inwieweit Patientenerzählungen *gefördert*, oder aber *gehemmt* oder gar *verhindert* werden.

19.4.2 Rückstufungen: Themenwechsel

Im Fall der Relevanzrückstufung lassen sich passive Formen der Unterlassung des Hochstufens von aktiven Formen unterscheiden, die etwa mit oder ohne Redeunterbrechungen zu einem Themenwechsel führen. Bei den passiven Formen verfallen Ärzte in schweigendes Zuhören, das bestenfalls von minimalen Höreraktivitäten („hm“) begleitet wird, die äußerst sparsam verwendet werden. Die thematischen Patienteninitiativen werden bis zu einem gewissen Grad geduldet, aber nicht weiter gefördert. So werden Patientenerzählungen zwar angehört, aber nicht „erhört“ und schon gar nicht weiterentwickelt (§ 19.7). Die anschließende Gesprächsfortsetzung wird vom Arzt häufig so gestaltet, als hätte die Patientenrede gar nicht stattgefunden. Die Relevanz wird entweder *verkannt* oder aber *ignoriert* (§ 19.7) (Erzählung „todschlecht“). In anderen Fällen werden Patientenerzählungen gleichsam im Keim erstickt, weil sich der Arzt auf ein Frage-Antwort-Muster verlegt, dem Patienten dann im Sinne einer „Konditionierung“ (§ 9.4) wie in einem „Verhörgespräch“ mehr oder wenig bereitwillig folgen (§ 19.6). Darüber hinaus gibt es viele Mischformen, bei denen sich Relevanzhochstufungen und -rückstufungen abwechseln, was nachfolgend (§ 19.6-8) an längeren Gesprächssequenzen herausgearbeitet werden soll.

Hier sollen zunächst kurze Beispiele für die Relevanz-Rückstufung durch einen ärztlichen Themenwechsel angeführt werden, die zugleich als erste, teils „negative“ Ankerbeispiele für den Schritt 2 des Ge-

sprächsmanuals dienen sollen. Im ersten Beispiel geht es um die Vervollständigung der psychosozialen Anamnese (§ 21), bei der der Arzt zunächst nach möglichen Problemen in der Eltern-Beziehung der Patientin fragt.

B 19.14 „gibt’s da irgendwelche Probleme?“		Kommentar
01	A (...) wie is das mit/mitem Elternhaus . gibt’s da {irgendwelche Probleme . oder .	4.3 Detailexploration: Anamnese vervollständigen
02	P { nee, überhaupt nicht . hat’s früher mal gegeben . aber- .	
03	A die wohnen auch hier inner Nähe?	4.3 DE: AV + 2.2: Unterbrechung
04	P die wohnen auch in [Ortsname]	
05	A oder irgendwelche Erkrankungen . in der Umgebung gewesen . Eltern .	4.3 Detailexploration: AV: Familiäre Erkrankungen
06	P {nee gar nicht .	
07	A { Geschwister .	4.3 DE: AV
08	P ja, mein Vater hat Asthma	Themenangebot
09	A der hat Asthma .	2.3 AA: AZ: Wörtlich wiederholen
10	P nen Lungenemphysem [schluckt] [schaut A an] .	Thematische Erweiterung
11	A Freundeskreis irgendwas (5) nix?	4.3 DE: AV

Die Vervollständigung der Anamnese erfolgt hier im Zeitraffer. Mögliche Themenexpansionen werden nicht abgewartet oder gar gefördert, sondern die Anamnese wird im Telegrammstil auf eine Stichwortkommunikation reduziert, die vorherrschend in elliptischen 1-Wort-Sätzen geführt wird („Eltern“, „Geschwister“, „Freundeskreis“). Charakteristisch ist auch die zu frühe Unterbrechung der möglichen Themenergänzung der Patientin, der der Arzt ins Wort fällt, kaum dass sie ihre erste Aussage („überhaupt nicht“) zu relativieren beginnt („hat’s früher mal gegeben, aber-“). Ebenso ist der eilige Arzt schon bei den „Geschwistern“, während die Patientin gedanklich und thematisch noch verzögert bei ihren Eltern bzw. ihrem Vater verweilt. Zwar wird dann reaktiv durch die ärztliche Relevanzhochstufung (9A: wörtliche Wiederholung: „der hat Asthma“) eine Themenexpansion zur Erkrankung des Vaters (10 P:

19. Anliegen anhören

„Lungenemphysem“) erreicht, diese Hochstufung aber sofort mit der anschließenden Rückstufung durch den abrupten Themenwechsel zum „Freundeskreis“ wieder nivelliert. Am Ende dieser kurzen Gesprächssequenz hat der Arzt kaum relevante Informationen gewonnen, die zur Vervollständigung der psychosozialen und familiären Anamnese beitragen könnten.

Die möglichen Themen der Belastung durch ein früheres „Problem“ in der Elternbeziehung sowie die subjektive Bedeutung der Erkrankung des Vaters für die Patientin bleiben unterbelichtet. Diese Unterbelichtung ist insbesondere bei emotionsbezogenen Themen zu beobachten, bei denen es Ärzte häufig an der nötigen empathischen Kompetenz mangeln lassen (§ 3, 17), worauf wir noch ausführlich mit Beispielen zurückkommen werden (§ 20). Vorweg seien hier kurze Beispiele angeführt, bei denen Ärzte auf die patientenseitigen Formulierungen von *Anliegen* (B 19.15) und *Besorgnissen* (B 19.16) sowie *subjektiven Theorien* (B 19.17) mit einem mehr oder weniger abrupten Themenwechsel reagieren.

B 19.15 „bis ich endlich wieder schlafen kann“		Kommentar
01	A hm .	4.3 DE: Anamnese vervollständigen
02	P ja . das hat mir auch nix geholfen . bis die Freundin mir äh . da die [Medikamentenname] gegeben hat . und das hat mir geholfen . da kann ich von schlafen ... ich will das ja auch nur vorläufig nehmen, solange bis ich endlich wieder schlafen kann .	Formulierung von Hilfsbedürfnis und Anliegen
03	A was machen Sie beruflich	Themenwechsel 4.3 DE: AV: Beruf
04	P ich arbeite bei [Firmenname]	
05	A arbeiten Sie zur Zeit auch? .	4.3 DE: AV: Beruf
06	P ja ... also nee, zur Zeit nicht (...)	

B 19.16 „etwas ernster, ne?“		Kommentar
01	A und Sternchen gesehen, haben Sie gesagt? .	2.3 AA: Wörtliche Wiederaufnahme „Sternchen ...“
02	P ja dat is vorhin passiert, ich bin ... hier unten	

		in der Apotheke gewesen, hab mir Salbe geholt, so Handplast . salbe ... bin den Berg raufgefahren ... richtig schön kalt, gepustet, und dann in die warme Bude rein, dann auf einmal ... Sterne-	
03	A	Schwindel? .	4.1 DE: BD: Begleitzeichen
04	P	ja .	
05	A	hm .	2.2 HS (reconfirmation)
06	P	da hab ich mir gedacht, dat is äh . doch etwas ernster, ne?	Besorgnis („ernster sein“)
07	A	sind Sie sonst in Behandlung?	Themenwechsel 4.3 DE: AV: Vorbehandlung
08	P	ja .	
09	P	Weshalb?	4.3 DE: AV: Vorbehandlung

B 19.17		„dat dat irgendwie damit wat zu tun hat“	Kommentar
01	A	hm .	2.2 HS
02	P	... un ich kann mir eins/ ... also vom Kreislauf her war ich total fit, und auf einmal kommt so'n Mist, ne? ... un ich kann mir eins/ ... wat ich mir denke, ich war letzte Woche im [Werksname] und musste da: arbeiten, un da sind die ganzen Dämpfe ohne Maske .	Patientenseitige Formulierung einer subjektiven Theorie
03	A	hm .	2.2 HS
04	P	dat dat irgendwie damit wat zu tun hat .	Subjektive Theorie
05	A	aber Luftnot, so was ham Sie nicht? .	Themenwechsel: 4.1 DE: BD: Begleitzeichen
06	P	Luftnot hab ich keine .	
07	A	hm .	2.2 HS

Die alternativen Möglichkeiten der Gesprächsführung liegen in allen drei Fällen auf der Hand: Anstelle der bloßen Ignoranz durch abrupten Themenwechsel sind derartige Themen-Angebote von Patienten im „Hier

und Jetzt“ des Gesprächs aufzunehmen und zu würdigen, selbst wenn die zugrunde liegenden Probleme noch nicht abschließend beurteilt werden können oder sogar anders gelöst werden müssen, als dies mit der Patienteninitiative intendiert sein mag. So ist ein Patientenbegehren nach Schlafmitteln (B 19.15) unter Umständen zurückzuweisen, wenn dies mit einer evidenzbasierten Medizin nicht im Einklang steht (§ 10.3). Aus denselben Gründen müssen gegebenenfalls die von Patienten vortragenen *subjektiven Krankheitstheorien* (B 19.17) (§ 21.5) zurückgewiesen, korrigiert oder modifiziert werden.

Die „Verwerfung“ oder bloß Korrektur usw. von Ideen, Anliegen und Überzeugungen des Gesprächspartners ist aber gegenüber der bloßen „Ignoranz“ zu präferieren. Dabei kann die wiederholte Missachtung von Inhalten auch zu einer persönlichen Entwertung des Gesprächspartners auswachsen, was schon nach Watzlawick et al. (1967/2011) zu erheblichen Beziehungsstörungen führen kann (§ 7.4). Unter dem *Beziehungsaspekt* kann die *Ignoranz* gegenüber patientenseitigen Themeninitiativen schon dem ärztlichen Interesse selbst zuwiderlaufen. So bleibt etwa die „beste“ Medizin ohne Kenntnis und Würdigung der *subjektiven Theorien* „unwirksam“, wenn sich etwa Patienten aus unerkannten, weil nicht hinreichend thematisierten Gründen non-adhärent verhalten. In diesem Sinne müssen Themeninitiativen des Patienten vom Arzt nicht nur aufgenommen werden, um Störungen auf der *Beziehungsebene* zu vermeiden, sondern auch um *relevante Inhalte* berücksichtigen zu können, die affirmiert oder gegebenenfalls komplettiert, modifiziert oder korrigiert werden müssen usw.

19.4.3 Hochstufungen: Erzählen fördern und aktiv zuhören

Während in den vorausgegangenen Fällen (B 19.12, B19.13) eine Relevanztest explizit vorgenommen wurde, in dem die Patienten die Relevanz durch ein entsprechendes Vokabular („hierher gehören“, „relevant sein“) fragend zum Thema gemacht hatten, gibt es indirekte Formen, mit denen die Patienten eine Relevanzaushandlung initiieren. Eine Möglichkeit des empirischen Einstiegs in die Problematik/Thematik der Relevanzaushandlung ist das folgende Anker-Beispiel, über das man in der Lehre schnell Intuitionen über die Relevanz des Relevanzproblems in der ärztlichen Sprechstunde gewinnen kann.

Das Beispiel (B 19.18) steht für eine Kooperationsform auf „middle-rem“, gleichwohl ökonomischem Aufwandsniveau. Die Patientin hat be-

reits vorausgehend eine Reihe von somatischen Beschwerden geschildert („Herzklopfen“ usw.), bevor sie jetzt ein weiteres thematisches „Patientenangebot“ macht.

B 19.18 „eine Gesichtslähmung?“		Kommentar
01	A (...)	
02	P (...)[-] hier [zeigt auf rechtes Auge] hab' ich immer so 'n Druck drin . und genau: ich hatte [+] voriges Jahr im Februar ne Gesichtslähmung [1] [1: legt Finger an Mund] ..	Initiales Themenangebot „Gesichtslähmung“
03	A eine Gesichtslähmung?.	1. Hochstufung: Wörtliche Wiederholung (=2.3 AA: WW)
04	P ja, durch ne Grippe sagte der Doktor Meyer war das gekommen . hat sich hier [zeigt an Hals] 'n Nerv entzündet .	Erweitertes Themenangebot
05	A hm . eine Fazialisparese	2. Hochstufung Hörsignal (= 2.2 AA: HS) + Fachsprachliche Paraphrase (= 2.3 AA: PP)
06	P nehm' ich mal an, wenn 's (so heißt) .	Bedingte Zustimmung
07	A hm . wie war das denn . wie . {machte sich (das) bemerkbar? .	Detailexploration (=4.1 DE: Qual)
08	P {also die linke Seite- die linke Seite war gelähmt (...)	Themenfortsetzung: „Gesichtslähmung“

Im vorliegenden Fall testet die Patientin die Relevanz ihres Themenangebots „augenblicklich“ im Interaktionsvollzug. Sie macht ihr weiteres Angebot, das ihr offenbar spontan einfällt ("und genau ...") und hält dann „erwartungsvoll“ inne: Sie gibt zunächst prospektiv durch Herstellung von Blickkontakt (= „[+]“) den *turn* (Redezug) an die Ärztin ab, deren Reaktion sie zugleich im Blickfeld kontrollieren kann: Die Patientin beendet den *turn*, indem sie den Finger demonstrativ an den Mund legt, den sie mit dieser Geste gleichsam „sichtbar“ verschließt, so dass die Pause als überlassene Pause auch deutlich „erkennbar“ wird. Die for-

mal-dialogische Botschaft an die Ärztin lautet: „It’s your turn“ und die inhaltlich-interaktionale Funktion ist die Klärung der indirekten Relevanzfrage (etwa: „Ist das für Sie relevant, was ich Ihnen gerade mitgeteilt habe?“). Das bisherige Patientenangebot muss nun von der Ärztin als Thema angenommen oder aber ausgeschlagen werden. In der weiteren faktischen Interaktion erfährt das patientenseitige Angebot dann eine dreifach gestaffelte *Relevanzhochstufung* vonseiten der Ärztin, wodurch das neue Thema besonders ausgezeichnet wird. Dabei erfolgt die

1. Hochstufung durch die elliptische Frage („eine Gesichtslähmung?“), mit der der propositionale Kern der Beschwerdeschilderung eine *wörtliche Wiederaufnahme* erfährt (Manual 2.3 AA: WW), d.h. gleichsam wie ein *Echo* zurückgespiegelt wird,
2. Hochstufung dann durch ein Hörersignal („hm“) (Manual 2.2 AA: HS) und anschließend eine Paraphrase in Form einer fachsprachlichen Übersetzung („eine Fazialisparese“), durch die der Beschwerde eine besondere medizinische Anerkennung (gleichsam als „terminologische Weihe“) verliehen wird (Manual 2.3 AA: PP), und schließlich
3. Hochstufung durch die relativ offene Detailexploration („wie war das denn?“) (Manual 4.1 DE: Qual), die die Patientin sofort bereitwillig aufgreift, um das nunmehr „ordentlich“ eingeführte Thema weiter auszuführen.

Die Ärztin hat also mit ihrer dreifachen Relevanzhochstufung eine *Lizenz* zum weiteren *Rapport* erteilt, in dem die Patientin vorläufig uneingeschränkt „ihr Leid klagen“ kann. Ihr vorausgegangener Relevanztest ist erfolgreich gewesen und ihr initiiertes Gesprächsthema nunmehr hinreichend *ratifiziert*, das anschließend von beiden Gesprächspartnern als Ausmaß der Lebensbeeinträchtigung durch die Gesichtslähmung (beim Trinken, Lachen) weiter expandiert wird.

Die vielfältigen Mittel der Relevanzhochstufung sollen in den nachfolgenden Gesprächs- und Erzählanalysen differenziert und hier nur an wenigen Gesprächssequenzen exemplarisch illustriert werden. Einfache wörtliche Wiederholungen und Paraphrasen sind die probaten Mittel der ärztlichen Gesprächsführung/des aktiven Zuhörens, die „Wunder wirken“ können, wenn die Patientenrede in Gang gesetzt und gehalten

werden soll.⁶ Wörtliche Wiederholungen oder Paraphrasen stellen spezifische „Spiegelungen“ (*reflections*) dar, mit denen das soeben Gesagte noch einmal in den Aufmerksamkeitsfokus gerückt wird, von dem es aus weiter perspektiviert werden kann. Dabei folgt die ärztliche Intervention zumeist auf dem Fuße, das heißt unmittelbar im Anschluss an das Gesagte, wie schon im vorausgegangenen Beispiel (P: „... Gesichtslähmung“ – A: „eine Gesichtslähmung?“). Auch im folgenden Beispiel (B 19.19) aus einer Gesprächseröffnungsphase wiederholt der Arzt (mit einer Frageintonation) lediglich den zentralen Ausdruck („leer“) aus dem ersten Themenangebot des Patienten, das dieser dann weiter expandiert.

B 19.19 „leer?“			Kommentar
01	A	kommen Se rein . bitte nehmen Se Platz	1.4 BA: Situierung
02	P	[Patient setzt sich]	
03	A	Herr W, wat jiddet?	2.1 AA: Eröffnungs-F: Anliegen
04	P	ja ... also, isch fühl misch irgendwie ... leer .	Beginn der Antwort
06		leer?	2.3 AA: Aktiv Zuhören: Wörtlich wiederholen
07	P	ja . op de Arbeit, also, isch weeiß et nit, irgendwie . nervös un un un un . dann eben och ... wie soll isch sajen ... gereitzt, Ma-jenkräämp ... Koppschmerzen . Schweißausbrüsche . also zur Zeit is ... isch weiß jet nit, wat mit mir los is ... entweder is dat ... entweder is dat op de Arbeit de Streß momentan, da iset immer so heiß, staubisch un so un un alles .. isch weeiß et net ...	Bestätigung („ja“) + Fortsetzung der Beschwerdeschilderung + und subjektive Theorieangebote

⁶ Aus der langen Tradition zu weiteren und engeren Begriffen und Konzepten des „aktiven Zuhörens“ sei über einen Zeitraum von mehreren Jahrzehnten exemplarisch verwiesen auf Dickson et al. 1991, Dahmer, Dahmer 1992, Koerfer et al. 1996, Hugman 2009, Pawelczyk 2011, Martin et al. 2017, die über ihre didaktisch-evaluativen Zielsetzungen hinaus einen vergleichenden Überblick mit weiterführender Literatur geben. Vgl. zu spezifisch empathischen Relevanzhochstufungen § 20.

19. Anliegen anhören

Eine ähnliche Wirkung wie die wörtliche Wiederholung hat die Paraphrase, in der das Gesagte zwar mit anderen Worten, aber ebenfalls „widergespiegelt“ wird. Im folgenden Beispiel (B 19.20) geschieht dies, indem der Arzt das Themenangebot der Patientin in leicht abgewandelter Form aufnimmt, indem er den Ausdruck „sich abkapseln“ durch „sich zurückziehen“ ersetzt.

B 19.20 „Sie wollen sich zurückziehen?“		Kommentar
01	A (...)	
02	P ja, ja! . dat ist das ganze ... Umfeld ... isch hab auch kein Lust, irgendwie hinzugehen oder jet ... isch bin meiste Zeit zu Haus, isch geh fast nörgens mehr hin . isch ... so risch-tisch abkapseln . dasch isch dann nix hörn un nix sehn un ...	Themenangebot „Sich abkapseln“
03	A Sie wollen sich zurückziehen, ja? ...	2.3 AA: Aktiv Zuhören: Paraphrase (<i>sich abkapseln</i> → <i>sich zurückziehen</i>)
04	P ja ja . und dann grübel isch un deng isch .. ja, was sollste machen (...)	Bestätigung (ja, ja) und Themenerweiterung („grübeln“)

Im Unterschied zur *wörtlichen Wiederholung* können mit *Paraphrasen* auch weitere Aspekte eingebracht werden, mit denen eine stärker interpretative Qualität verbunden ist, wie sie mit spezifisch *empathischen* Interventionen beansprucht werden (§ 20). Empathische Interventionen setzen zumeist schon eine fortgeschrittene Gesprächsentwicklung voraus, bei der Patienten ihre Krankengeschichte schon begonnen haben. Um diesen Prozess zu fördern, sind zuvor gezielt Formen des *aktiven Zuhörens* anzuwenden, die wiederholt und kombiniert zu nutzen sind. In den folgenden exemplarischen Gesprächsausschnitten wird die Patientin, die schon gleich zu Beginn der Sprechstunde den Wunsch nach Blutdruckmessen äußert und über „Dussel im Kopf“ klagt (B 19.21), immer wieder zur freien Weiterrede ermuntert, bis sich ein wesentliches Thema herauschält, mit dem das Kern-Anliegen des heutigen Arztbesuchs mit Bezug auf die langjährige Krankengeschichte zum Vorschein kommt. Mit Fokus auf die Arzt-Interventionen werden die längeren Patientenerzählungen hier in drei Teilen stark gekürzt wiedergeben.

B 19.21 „Dussel im Kopf“		Kommentar
01	A ja erzählen Sie erst einmal, dass ich nicht bisschen verstehen kann .	2.3 AA: AZ: Weitersprechen
02	P und dann hab ich dann wohl äh . mit dem Kopf jetzt, nä . isch nehm ja mehr dafür das Medikament, isch hab mir de/ das mitgebracht, da können Sie mal sehen . morgens und abends eine [sucht in der Tasche] .	Themenangebote (Kopf, Medikamente)
03	A ja .	2.2 AA: HS
04	P hier das - ansonsten hab ich ... pffff [stößt Luft aus] ...	Ausdruck von Hilflosigkeit
05	A und Sie sind jetzt ganz spontan gekommen? . was ist denn los - was ist denn gewesen?	2.3 AA: AZ: Offen weiterfragen
06	P i . isch konnte einfach nicht äh . also mir war's so komisch, isch meint isch würde jeden Moment also ... mir was, isch hab so viele Tabletten genommen, isch dachte, du bist doch net bekloppt . heute morgen, was ist denn los, nä? .	Wiederaufnahme der Arzt- Formulierung: „was ist denn los“

Ohne hier einer Überinterpretation von Phänomenen der „Konditionierung“ von Kommunikation zu erliegen, die vorausgehend erörtert wurden (§ 9.4), soll auf die wörtliche Wiederaufnahme aufmerksam gemacht werden, mit der die Patientin die vom Arzt an sie gestellte Frage (05A: „was ist denn los?“) als eine an sich selbst gestellte Frage zum Schluss ihrer Redebeitrags wiederholt (06 P: „ich dachte (...) was ist denn los?“). Derartige Übereinstimmungen im Sinne eines gemeinsamen Vokabulars sind oft (Vor-)Zeichen einer Verständigung auf ein gemeinsames Thema in der Sprechstunde, das im vorliegenden Fall durch weitere Erzählungen konkretisiert wird, die bedrohliche Ereignisse aus der familiären Lebenswelt der Patientin zum Inhalt haben.

B 19.22 „ich bin so fertig gewesen“		Kommentar
01	A (...)	
02	P (...) und ich war ja vor vierzehn Tagen . drei Wochen so weit, da hätte ich wirklich Sie anrufen, da ist bei uns was abgelaufen auf . eine Woche, das war nicht mehr zum Aushal-	Ankündigung eines „unerhörten“ Ereignisses

19. Anliegen anhören

		ten .	
03	A	was war denn da? .	2.3 AA: AZ: Offen weiterfragen
04	P	der Schwager wurde mit em Krankewachen morjens (...) sonntachs morjens fällt de Schwa . fällt der Schwager um . und da konnten wir kein Notarzt kriegen, mussten wir hier . in [Ortsname] anrufen, ja un die haben den eiskalt mit ins Krankenhaus, nä .	„Unerhörtes“ Ereignis Dramatische Erzählung [hier gekürzt]
05	A	und was is draus geworden? .	2.3 AA: AZ: Offen weiterfragen
06	P	tja, sie ham wieder nach Haus jeschickt, dann musst er wieder äh . dann musst er wieder äh . zu Dr. [Name] gehn, und dann hatte der (...) ich bin so fertich gewesen, dass isch misch nich überjeben hab, dat waret all . soo kotzelend war mir .	Weitererzählung [gekürzt] Evaluation der Er- zählung: „fertig“, „kotzelend“
07	A	war Ihnen elend dann, ja .	2.3 AA: Aktiv Zu- hören: Wörtlich wiederholen
08	P	und sachte dann noch zu der . äh . einer liegt von euch inne Ecke und sonntags morjens kommt die schreiend „Ma:ma komm!“, der [Vorname] is umjefallen . ich sach sistet, jetz ham wat all, isch han dat jesaach, am Frei- dach ... aber isch war so fertisch . isch konnt/ misch durfte keiner darauf anspre- schen, da liefet mi de Tränen scho mi wa die Nerven, isch hab jedaach, du jehs kaputt . ob dat jetz auch alles, wenn man n bisschen zur Ruhe kommt, dann rau:skommt, ich weiß es nich, aber (...) .	Weitererzählung [gekürzt] Direkte Rede Evaluation der Erzählung Subjektive Theorie

Hier erfahren die Erzählaktivitäten der Patientin eine mehrfache Relevanzhochstufung durch die ärztlichen Zuhöraktivitäten, die von der Gesprächspartnerin als Erzähleinladungen wahrgenommen werden können. Diese Funktionen von Höreraktivitäten als Erzähleinladungen sollen bei spezifischen Erzählanalysen noch im Detail herausgearbeitet werden (§ 19.7-8, 20.9, 24.7, 25.4). Im vorliegenden Fall wird die (Fremd-)Erzählung (*alter*) über die dramatische Geschichte des Schwagers von beiden Akteuren zu einem gemeinsamen Thema ausgebaut, zu

dem die Patientin weitere Erzählungen zum *frühen* bzw. *plötzlichen Tod* (*Herzinfarkt, Schlaganfall*) von Angehörigen (Eltern, Geschwistern) einbringt, die ihre eigenen Sorgen um sich selbst (*ego*) erklärlich machen. Diese Übertragung wird in einer vergleichenden Erlebensperspektive von beiden Gesprächspartnern (teils in einer *joint sentence production*) (02-03) herausgearbeitet, was hier nur in kurzen Auszügen wiedergegeben werden kann.

B 19.23 „dat iss ja all auf mich zujukommen“

- 01 A und Sie denken, Ihnen passiert dat auch ...
02 P jetzt denk ich immer ...
03 A jetzt sind Sie dran .
04 P irjendwie wenn irjendwie wat is . (...) [weitere Erzählung über Angehörigen] n Pflegefall, konnte nich mehr spreschen, nich mehr jehen, nichts, iss uns noch jefallen (...) drei Tage lang . wir wussten dat ja nit . hat der immer jesacht „au au hier“ ... ja und .
05 A dat is Ihnen alles durch den Kopf gegangen? .
06 P ja dat jeht . dat jeht mir dann an an an soo Tachen, also da denk isch immer dat darf nich wahr sein, also du biss doch nit blöd, du be/. also hab isch jesacht, so jetz jeh isch, isch habet so lang hinjeschoben, jetz jeh ich na EKjE und hier nach .
07 A dat is ja dann . wenn man all dat bedenken muss .
08 P ja .
09 A ja wat da gewesen is .
10 P ja .
11 A und wat einem selbst passiert .
12 P ja . dat iss ja all auf mich zujukommen, ich musst/ ich war immer der Blöde, der gehen musste, meine Mutter rief mich nachts, jede Zeit (...) [längere Erzählung] dann starb der Bruder mit 36 Jahren am Herzinfarkt, wie lang is dat jetzt her? ... ja . ze . zehn, fünfzehn Jahre ... und die Mutter n paar Jahre davor .
13 A da ham Sie auch einiges mitgemacht, ja .

Mit den längeren, hier gekürzten Erzählungen über die vielen lebensbedrohlichen Ereignisse in ihrer Familie kann die Patientin ihrem Arzt ihre eigenen Befürchtungen vor einem „unerhörten“ Ereignis (*plötzlicher Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall* usw.) anschaulich vermitteln. Dabei dienen die Erzählungen nicht nur der Verständigung gegenüber dem Gesprächspartner, sondern zugleich der Selbstverständigung (§ 9). Insbesondere das jüngste, aktuell nachwirkende Ereignis (Schwager in Kran-

kenhaus) lässt die Patientin zu einer *subjektiven Theorie* in Bezug auf ihre eigene Person kommen (B 19.22, 08P: „ich war so fertig (...) die Nerven, isch hab jedaach, du jehs kaputt . ob dat jetzt auch alles, wenn man n bisschen zur Ruhe kommt, dann rau:skommt“). Derartige subjektive Theorien von Patienten können oft nicht durch bloße Fragen des Arztes, sondern nur durch die Förderung von Erzählungen „hervorge-lockt“ (*elizitiert*) werden.

Der Arzt fördert die Patientenerzählungen zunächst mehrfach durch *aktives Zuhören* (B 19.21 und 19.22), bevor beide Partner den Sinn und Zweck der Erzählungen hinsichtlich der subjektiven Bedeutung für die Patientin weiterbearbeiten (B 19.23). Dabei nimmt der Arzt auf, was die Patientin bereits nahegelegt hat, nämlich den Perspektivenwechsel von den Protagonisten der Erzählungen zu der Erzählerin selbst (B 19.23: 01 A: „und Sie denken, Ihnen passiert dat auch“), was wiederum neue Erzählungen in derselben vergleichenden Erzählperspektive (von *alter* und *ego*) auslöst.

Die Gesamtheit der Erzählungen legt offen, dass die Patientin aufgrund der vielfältigen bedrohlichen Ereignisse in ihrer Verwandtschaft bei ihren Erzählungen auch immer Betroffene und Mitleidende ist, und zwar von ihrer Kindheit bis ins hohe Erwachsenenalter. Diese Art der Dauerbelastung wird schließlich vom Arzt mit einer *empathischen Anerkennung* gewürdigt (B 19.23, 13A: „da ham Sie auch einiges mitgemacht, ja“). Eine solche Weiterverarbeitung von Erzählungen ist keine Selbstverständlichkeit, wie an empirischen Analysen von Gesprächen aufgezeigt werden soll, bei denen das emotionale Potential von Erzählungen kaum ausgeschöpft wird (§ 19.7, 20.4). Zuvor sollen weitere Formen der Relevanzhochstufung erörtert werden, die zugleich der Verständnissicherung dienen.

19.5 Verständnis sichern

Die Verständnissicherung ist insofern eine besondere Form der Relevanzhochstufung, als der Sprecher einer Verständnisfrage seinem Gegenüber die volle Aufmerksamkeit schenkt, der eben nichts Wesentliches entgehen soll. Das Verstehen ist die allererste Voraussetzung für erfolgreiche Kommunikation. Nicht-Verstehen oder Missverstehen ist die erste Quelle für Störungen der Kommunikation, die sich derart verfestigen können, dass es zu seiner systematischen Dauerstörung des

Verstehens und der Verständigung (§ 7) kommt, die kaum mehr zu „heilen“ ist.

19.5.1 Logisches und psychologisches Verstehen

Das Verstehen selbst kann in einem weiten Spektrum differenziert werden. Eine erste Orientierung erlaubt die traditionelle Unterscheidung in *logisches* versus *psychologisches* Verstehen, das auch als *empathisches* oder *szenisches* Verstehen spezifiziert wird (§ 3, 9, 20). Hier soll der Fokus zunächst auf *logisches* Verstehen gelegt werden, bei dem Sprecher und Hörer zunächst sicherstellen müssen, dass sie sich auf eine „gemeinsame Welt“ beziehen, wenn etwa Patienten ihrem aufmerksamen Arzt von handelnden Personen an bestimmten Orten zu bestimmten Zeiten erzählen usw. Allerdings werden die typischen Fragen des logischen Verstehens (*wer, wann, wo, mit wem* usw.) alsbald durch weitere Fragentypen des *psychologischen* Verstehens zu ergänzen sein, wenn der primäre Hörer etwa auch nach den Intentionen, Motiven, Präferenzen usw. der Handelnden zu fragen beginnt, etwa mit *Warum-* und *Wozu-Fragen*.

Obwohl auch hier die Grenzen fließend sind, kann man zwischen einer „äußeren“ und einer „inneren“ Welt unterscheiden und allgemein davon ausgehen, dass das Verstehen der „äußeren“ Welt eine Voraussetzung für das Verstehen der „inneren“ Welt ist. Trotz der Problematik dieser Unterscheidungen, die schon bei der erkenntnistheoretischen Begründung einer *biopsychosozialen* Medizin erörtert wurden (§ 4), soll hier zunächst das *logische* Verstehen der „äußeren“ Welt und später (§ 20, 21) das *psychologische* Verstehen der „inneren“ Welt berücksichtigt werden.

Vorweg sei aber an einem Beispiel der Übergang vom logischen zum psychologischen Verstehen markiert, der häufig mit einem spezifischen Frage-Typ („was heißt ...?“) eingeleitet wird. Diese Art der Verständnissicherung richtet sich über die vordergründige Klärung von Wort- oder Satzbedeutungen hinaus auf *subjektive Einstellungen* (Befürchtungen, Wünsche, Vorstellungen, Erklärungen usw.) von Patienten (§ 20, 21), die gegebenenfalls zu komplexen *Bedeutungsaushandlungen* führen können. Im folgenden Beispiel (B 19.24) kann die ärztliche Verständnisfrage (03: „Was heißt das, psychisch“) offenbar ohne weitere Komplikationen relativ reibungslos in den weiteren Gesprächsverlauf integriert werden.

B 19.24 „Was heißt das, psychisch?“

- 01 A (...) und da ist jetzt alles in Ordnung, ja? . und Sie kriegen do:ch wieder Beschwerden .
- 02 P ja dann kann ich mir einfach nur denken, dass es einfach psychisch bedingt is .
- 03 A was heißt das, psychisch? .
- 04 P ja dass mich vielleicht, wenn ich viel Arbeit habe . und wenn ich mich selber unter Stress/ Stress . blödes Wort, mag ich sowieso nicht . unter Druck setze, dass ich dann vielleicht irgendwie ... dass sich der Körper dagegen wehrt .
- 05 A wehrt, ja .
- 06 P denk ich mal .
- 07 A das wär also so‘ ne andere Möglichkeit .
- 08 P hm .
- 09 A ja, das heißt also äh . auf der einen Seite würd Sie die Computertomographie äh . äh . beruhigen .
- 10 P ja, weil ich denke, dann kann ich wenigstens sagen „okay . organisch is wirklich alles okay" .
- 11 A hm . (...)

Hier hat die Verständnissicherung zunächst einen wie auch immer tragfähigen *Sättigungspunkt* erreicht, mit dem beide Gesprächspartner vorläufig zufrieden scheinen. Bevor wir uns komplexeren Beispielen der *Bedeutungsaushandlung* zuwenden (§ 20, 21), sollen einfache Formen der „akustischen“ und „inhaltlichen“ Verständnissicherung differenziert werden, die zumeist in einer Nebensequenz erfolgen können, ohne den Rede- und Gedankenfluss des Patienten wesentlich zu unterbrechen. Dennoch bestehen oft Maximenkonflikte zwischen den beiden alternativen Gesprächsfortsetzungen, dem Patienten weiter zuzuhören oder aber mit einer Verständnisfrage „dazwischen“ zu gehen, mit der das Risiko einer gravierenden „Unterbrechung“ und Rhythmusstörung eines laufenden Gesprächs eingegangen wird. Ein Gespräch laufen zu lassen, dem der eine Gesprächspartner nur mühsam oder mit Unverständnis folgen kann, kann allerdings nicht im Interesse beider Partner liegen. Hier konvergiert das Recht mit der Pflicht der Verständnissicherung, selbst wenn der aktuelle Sprecher diese nicht ohne Weiteres in seine Rede integrieren kann, so dass er an einer Fortsetzung „as if uninterupted“ (§ 19.3) gehindert wird. Hier kommt der aktuelle Hörer gegeb-

nenfalls in einen Maximenkonflikt angesichts der Alternative, weiter zuzuhören oder Fragen zum Verständnis zu stellen.

19.5.2 Maximenkonflikte zwischen Zuhören und Verständnisfragen

Bei der Verständnissicherung müssen die Zuhör- und Frage-Kompetenzen zusammenwirken. Dass Zuhören und Fragen eine Einheit bilden, wird unmittelbar an der Verständnisfrage deutlich. So wird der gute Zuhörer beizeiten eine Verständnisfrage stellen, wenn er dem primären Sprecher „inhaltlich“ nicht hinreichend „folgen“ kann, weswegen er dann zur Verständnissicherung etwa die bekannten *W-Fragen* stellt („Wer hat was mit wem, wann und wo, warum und wozu getan/unterlassen?“ usw.). Die Verständnisfrage wird nicht nur im Hörerinteresse, sondern ebenso im Interesse des Sprechers gestellt, für den ein Hörer ein kompetenter Hörer bleiben muss. Dieser ist zuallererst zu einer Nachfrage verpflichtet ist, wenn es „akustische“ Verstehensprobleme gibt, wie im folgenden Beispiel (B 19.25) gleich zu Beginn der Sprechstunde, in dem der Arzt sein Hörproblem mit einer Routineformel („bitte?“) beheben kann. Das Gespräch, das schon draußen vor der Tür begonnen hat, wird von der Patientin nach dem Platzangebot nahtlos fortgesetzt, bevor sie dann ihr Anliegen einer Blutdruckkontrolle nach der ärztlichen Rückmeldung („bitte?“) noch mal wörtlich wiederholt.

B 19.25 „Bitte?“

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | A | kommen Se, nehmen Se Platz . |
| 02 | P | ha ja, der hat immer was ... seit der krank is, is der immer äh .
aufhalten, aufhalten . können wa Blutdruck noma messen jetzt? |
| 03 | A | bitte? . |
| 04 | P | Blutdruck nochmal messen... |
| 05 | A | jaa . könn wa machen . |
| 06 | P | hm . (...) |

Um sich in seiner Rolle als Ansprechpartner immer wieder zu empfehlen, muss der Hörer aber auch inhaltlich voll auf der „Höhe des Gesprächs“ bleiben. Der kompetente Hörer muss ein mögliches Unverständnis rechtzeitig mitteilen, um sich und zugleich seinen Gesprächspartner vor folgenreichen Missverständnissen zu schützen. Wie schon vorausgehend (§ 3, 17) ausgeführt wurde, kann es dabei in der ärztli-

19. Anliegen anhören

chen Gesprächspraxis zu Maximenkonflikten kommen, so etwa zwischen den beiden Maximen

- *Unterbrechungen vermeiden* (=Manual 2.2 AA: UB-V)
- *Verständnis sichern* (=Manual 2.4 AA: VS)

Im Zweifel ist der Konflikt zwischen den Maximen zugunsten der Verständnissicherung zu entscheiden. Sollte der *rote Faden* etwa einer Erzählung abhandenkommen und dadurch der *Gesprächskontakt* mit dem Erzähler verloren gehen, ist der Hörer zur Verständnissicherung verpflichtet. Die Verständnissicherung durch den ärztlichen Hörer hat dann Vorrang vor den Erzählrecht des Patienten, der im Falle der Redefortsetzung Gefahr liefe, an einem „unverständigen“ Hörer vorbeizureden, was für beide Gesprächspartner unproduktiv wäre. In diesem Fall ist auch die ärztliche Unterbrechung des Gedanken- und Redeflusses des Patienten gerechtfertigt. Zumeist stellt sich der Maximen-Konflikt in einer schwachen Form, bei der die Verständnissicherung gleichsam als Exkurs (*side sequence*) in eine längere Patienten-Rede derart integriert werden kann, dass eine Rede-Fortsetzung „as if uninterrupted“ (oben § 19.3) möglich scheint. So führt auch die Patientin im folgenden Beispiel (B 19.26) ihre Erzählung fort, so als wäre sie nicht durch die ärztliche Verständnisfrage („Wer heißt ...?“) unterbrochen worden.

B 19.26 „Wer heißt ...“		Kommentar
01	A ja .	2.2 AA: HS
02	P (...) war hier bei [Ortsname] war dat äh . [Name] hieß der, hier in [Ortsname] . ja also-	Erzählung (Fortsetzung)
03	A wer heißt [Name]? .	2.4 AA: Verständnis sichern + 2.2 Unterbrechung
04	P äh . der Arzt, der das gemacht hat .	Antwort
05	A hm .	2.2 AA: HS
06	A jetzt soll ja [Fortsetzung der Erzählung] (...)	Erzählung (Forts.)

Ebenso kann die Patientin im folgenden Beispiel (B 19.27) gleich zwei ärztliche Verständnisfragen, die kurz hintereinander gestellt werden (03) (05), mühelos integrieren, wobei sie allerdings syntaktischen Korrekturen vornehmen muss, bevor sie ihre Erzählung mit einer Neukonstruktion insgesamt fortsetzen kann.

B 19.27 „Wer hat Sie rausgeworfen“		Kommentar
01	A hm .	2.2 AA: HS
02	P konnt ich nichts mehr machen, gar nix (...) und der hat mich rausgeworfen, da auf die Straße . und da ham die sich-	Erzählung (Fortsetzung))
03	A wer hat Sie rausgeworfen? .	2.4 AA: Verständnis sichern + 2.2 Unterbrechung
04	P [Name] der hat da oben zugemacht, da kam ich nicht mehr rein ... und musst ich dann-	Erzählung (Fortsetzung)
05	A zu Ihrer Wohnung oder in seine?	2.4 AA: Verständnis sichern + Unterbrechung
06	P nee . bei der Wohnung von [Name]	
07	A aha .	2.2 AA: HS
08	P und jetzt will [Fort. Erzählung] (...)	Erzählung (Forts.)

Im folgenden Beispiel (19.28) scheint der Gedanken- und Rederhythmus der Patientin durch die ärztliche Verständnissicherung zunächst gestört, aber auch hier kann die Patientin ihre eigene Antwort als Klärung ihrer eigenen Worte (02: „so geht das nicht weiter“) gut in ihre Weiterrede integrieren.

B 19.28 „Das hab ich jetzt nicht so verstanden“		Kommentar
01	A ja ... wie verstehen Sie sich beide, er war ja jetzt dabei, erzählten Sie so und eh .	4.3 DE: AV: Partnerschaft
02	P joa, normalerweise verstehen wir uns schon recht gut, nur in letzter Zeit war's n bisschen dumm, weil äh . er macht jetzt ne Fortbildung und hatte deshalb nicht allzu viel Zeit, aber das ham wa jetzt irgendwo in den Griff gekriegt, weil irgendwann hab ich ihm dann auch mal gesagt, so geht das nicht weiter, und dann passt das jetzt auch wieder ganz gut .	Qualität der Beziehung: (Zeit-) Probleme
03	A äh . was geht so nicht weiter? . das hab ich jetzt nicht so verstanden. .	2.4 AA: Verständnis sichern
04	P jaa . er hatte n bisschen wenig Zeit, und die	Themenexpansion

19. Anliegen anhören

Zeit, die: er dann mit mir verbracht hat, da (Zeit-)Probleme in
 war er dann auch immer so abwesend ... und der Beziehung
 äh . irgendwo konnte man's schon merken,
 dass er eigentlich viel lieber seine Ruhe ha-
 ben wollte ... [lacht] als jetzt noch großartig
 was mit mir zu unternehmen, ich mein, ich
 konnt's ja auch irgendwo verstehen, nur .
 andererseits war mir das natürlich auch gar
 nicht recht .

Das Nicht-Verstehen des Gesprächspartners, das der Arzt hier direkt verbalisiert (03: „was geht so nicht weiter?, das habe ich nicht so verstanden“), kann von der Patientin im Sinne einer Selbstverständigung genutzt und expandiert werden. Auch im folgenden Beispiel wird die Verständnissicherung von der Patientin mühelos integriert, die ihre Erzählung nach der Frage-Antwort-Rückmeldungs-Sequenz fortsetzt, so als wäre sie nicht unterbrochen worden („as if uninterrupted“) (§ 19.3). Wendet man die vorausgehend beschriebene Methode der Weglassprobe an (§ 17, 40), lassen sich die drei Redezüge zur Verständnissicherung (03), (04), (05) tilgen, ohne dass das das Verständnis der verbleibenden „Kern-Rede“ (02, 06) gestört wäre. Wäre der Mittelteil von vornherein ausgelassen worden, wäre er nicht vermisst worden, wenn die Patientin den Namen der Erkrankung ihrer Tochter vorerwähnt hätte.

B 19.29 „MS“	Kommentar
01 A (...)	
02 P (...) äh die Tochter is Studienrätin in Z, ja . auf'm Gymnasium . und det is bei ihr plötz- lich ausgebrochen im Mai .	Erzählung (Fortsetzung))
03 A was? .	2.4 AA: Verständ- nis sichern
04 P MS .	(Tabuwort?)
05 jaah	2.2 AA: HS (empathisch)
06 P jetzt hat sie beantragt äh . muss sie im Roll- stuhl fahren (...) und det hat mich ungeheu- erlich mitgenommen (...) und das is ausge- brochen bei ihr . da fing das so ein bisschen bei mir mit dem Schwindel an . da wurd ich nicht mit fertig . brauch ich Ihnen nicht alles	Fortsetzung der Erzählung „as if uninterrupted“

zu erzählen . nun ist es (doch) . das war im
Mai dieses Jahres . (...) [Forts. der Erzählung]

Die Auslassung der Krankheitsbezeichnung („MS“) macht allerdings die Intervention des Arztes notwendig, der sonst den Sinn und Zweck der Patienten-Erzählung nicht vollumfänglich verstehen könnte, die noch ausführlich im größeren Gesprächskontext analysiert werden soll (§ 19.7). An dieser Stelle sei lediglich die mögliche Interpretation ergänzt, dass die unklare Referenz (mit „det“) und Auslassung der Krankheitsbezeichnung („MS“) der Vermeidung eines „Tabuwortes“ nahekommt, mit der die Patientin sich und ihren Arzt vor dem „unerhörten“ Ereignis der Erzählung zu „schützen“ sucht.

In den vorangegangenen Beispielen wurden die verständnissichernden Interventionen sicher auf verschiedenen Verstehensebenen und zu unterschiedlichen Zwecken notwendig, um das gemeinsame Verstehen im weiteren Gesprächsverlauf sicher zu stellen. Bei allen Unterschieden ist den vorangegangene Beispielen aber gemeinsam, dass die Verständnissicherungen kaum zu Störungen im Gesprächsfluss führen und die Patienten ihrer Rede „as if uninterrupted“ fortfahren können.

Mitunter verkompliziert sich die Verständigungssituation jedoch derart, dass die Frage-Antwort-Sequenzen bei der Verständnissicherung nicht ohne weiteres als Exkurse in das laufende Gespräch integriert werden können, sondern sich zu einem eigenen Thema auswachsen. Aufgrund von Wissensdifferenzen, die auf beiden Seiten nicht hinreichend antizipiert werden können, entspinnen sich ganz Interaktionsschleifen von Klarstellungsversuchen, bei denen sich die Missverständnisse erst nach und nach aufklären und beseitigen lassen. Im Beispiel (B 19.30) offenbart sich allmählich ein Missverständnis hinsichtlich der Differenz von „EKG“ und „EEG“, die der Patientin augenscheinlich nicht so geläufig ist. Darüber hinaus wird Gegenstand der Klärung, welcher Arzt was angeordnet und was durchgeführt hat.

B 19.30 „EEG“ oder „EKG“			Kommentar
01	A	ist da denn schon mal eine Schädelaufnahme gemacht worden? .	4.3 DE: AV: Vorbehandlungen
02	P	nein	
03	A	auch nicht .	
04	P	auch nicht (4)	
05	A	der Dr. [Name X] hat Sie untersucht und nur	4.3 DE: AV:

19. Anliegen anhören

		ein EEG gemacht? .	Vorbehandlungen
06	P	ja, der Dr. [Name Y] hat die ...	
07	A	EEG angeordnet .	2.4 AA: Verständnis sichern
08	P	ja, ja .	
09	A	ne? .	
10	P	hm . Kurz-EKG hatten se gemacht, ne? .	
11	A	hm ... EKG, kein EEG? . der Dr. [Name Y] kann ja nur ein EKG gemacht haben .	2.4 AA: Verständnis sichern
12	P	ja .	
13	A	und kein EEG .	
14	P	ja . ah so .	
15	A	EEG, das ist ein Hirnstrombild, das kann nur der Dr. [Name X] gemacht haben .	5.3 VA: Informieren/Erklären
16	P	nö . der hat da ehm ... isch weiß nit, wie dat/am ganzen Körper hat der .	
17	A	hm .	2.2 AA: HS
18	P	da hat der mir da so Ka/Ka/und dann Strom-	
19	A	meinen Sie nich, Sie könnten in der letzten Zeit n bisschen mehr überlastet sein, oder? . was machen Sie außer ... dass Sie/früher waren Sie ja ... [Beruf usw.]	Themenwechsel Belastung, Beruf (=4.3 DE: AV)

Obwohl die Klärung („EKG“ versus „EEG“) natürlich sachlich relevant ist, scheint die Ärztin hier trotz der ungenügenden Verständnissicherung zu resignieren, indem sie offenbar mit neuen Themen (*Belastung, Beruf*) eine andere *Relevanzsetzung* vornimmt. Dieser radikale Themenwechsel ist hier insofern problematisch, als es bei der Verständnissicherung nicht nur um das eigene Verständnis (*ego*), sondern auch um das des Gesprächspartners (*alter*) geht, dessen (Laien-)Verständnis gerade bei einer fachsprachlichen Kommunikation zu prüfen und zu fördern ist (§ 27). Die Notwendigkeit einer weiteren Verständnissicherung gegenüber der Patientin manifestiert sich gerade in der Hilflosigkeit, mit der sie ihre Wissensunsicherheit durch Verzögerungen und in Bruchstücken zu erkennen gibt (18: „da hat der mit Ka/Ka/und dann Strom-“). Durch die ärztliche Unterbrechung mit Themenwechsel wird nicht nur die Resignation der Ärztin deutlich, sondern auch die Ignoranz gegenüber einer patientenseitigen Verständnissicherung, die nach dem *dialogischen Transparenzprinzip* (§ 7, 10, 22) geboten wäre. So gehört die Verständnissicherung gegenüber dem Patienten zur ärztlichen Informations- und

Aufklärungspflicht, auf die wir beim „Vorgehen abstimmen“ (§ 22) mit empirischen Beispielen zurückkommen werden.

19.5.3 Zusammenfassungen

Zusammenfassungen, die der gegenseitigen Verständnissicherung dienen, sind oft riskant. Gelegentlich kommt es zu umständlichen Konkretisierungen, Detaillierungen und Korrekturen, die zwar gerechtfertigt sein mögen, die aber den Sinn und Zweck einer Zusammenfassung gefährden können, weil der rote Faden abhanden zu kommen droht. Deswegen sollten gerade Zusammenfassungen inhaltlich gut überlegt und im Gespräch passend platziert werden, was dem Arzt im folgenden Gesprächsbeispiel (B 19.31) trotz der Fülle der zusammengefassten Informationen offenbar gut gelingt.

B 19.31 „Und ich hab das Gefühl, es hört nicht auf“

- 01 A da ist das Unfallgeschehen, die Querschnittslähmung, die Berufsunfähigkeit, die Weigerung der Eltern sie aufzunehmen, die Hochzeit, die Geldgier des Partners, und die Morddrohung . da reiht sich ja eine Traumatisierung an die andere .
- 02 P und ich habe das Gefühl, es hört nicht auf [Pause von ca. 8 Sekunden]

Die Passung von ärztlichen Interventionen kann im Allgemeinen an den Reaktionen von Patienten „abgelesen“ werden (§ 3, 17-20). Im vorliegenden Fall trifft der Arzt mit seiner Zusammenfassung der bisherigen Leidensgeschichte der Patientin ihre eigene Sichtweise offenbar passgenau: Sie übernimmt die Zusammenfassung des Arztes, indem sie seinen Satz nach Form und Inhalt fortsetzt und verstärkt, verbunden mit einem Wechsel der Zeitperspektive: Die vom Arzt für die *Vergangenheit* bereits thematisierte *iterative* Struktur der traumatischen Ereignisse (A: „da reiht sich ...“) wird von der Patientin in die *Zukunft* verlängert (P: „... es hört nicht auf“). Nach dieser bedrohlichen Perspektive (nicht nur für das Leben der Patientin, sondern auch für das weitere Gespräch) entsteht eine mittlere Gesprächspause (von ca. 8 Sekunden), die beide Gesprächspartner offenbar als Denkpause nutzen, bevor sie das Gespräch fortsetzen. Auf Zusammenfassungen am Ende des Gesprächs werden wir gesondert (§ 23.3) zurückkommen.

19.6 Interrogative Gesprächsführung

Am Beispiel eines Erstgesprächs soll die interrogative Trichtertechnik aufgezeigt werden, mit der Arzt und Patient in einem Zirkel von Fragen und Antworten kommen, dem sie nicht mehr entrinnen können. Im Sinne einer „Konditionierung“ (§ 9.4) werden die Weichen für diese Art eines extrem interrogative Gesprächsstils schon zu Gesprächsbeginn durch eine frühzeitige Unterbrechung gestellt, mit der auf biomedizinische Themen fokussiert wird. Insofern Erzählungen im Keim erstickt werden, bleiben mögliche biopsychosoziale Themen weitgehend unterbelichtet.

In einem unserer Kurse zur Gesprächsführung wurde das folgende Gespräch spontan so charakterisiert: „Das ist ja wie ein Verhör.“ Wir wollen unter bestimmten Aspekten für weitere Lehrzwecke herausarbeiten, wie dieser Gesprächseindruck überhaupt entstehen kann und wie aus der Kritik an einem derartigen „Verhörgespräch“ mögliche Gesprächsalternativen (des aktiven Zuhörens, einer biopsychosozialen Themenentwicklung usw.) im Einzelnen abgeleitet werden können. Wir gehen dem Gespräch zunächst schrittweise nach. Spezifische Beobachtungen werden in einer Kommentarspalte festgehalten, die nach Möglichkeit begrifflich und kategorial am Manual bzw. Evaluationsbogen zur Gesprächsführung orientiert ist (s. Anlage § 44.2). Zusammenfassende Analysen und gesprächsstatistische Informationen werden zum Schluss angeführt. Hier zunächst die Eröffnungssequenz (B 19.32) des Erstgesprächs mit einer ca. 25jährigen Patientin.

19.6.1 Vorzeitige Unterbrechung und Themenfokussierung

Für die Lehre kann die Aufmerksamkeit zunächst besonders auf die ärztlichen Frageaktivitäten, die Redeorganisation und das Blickverhalten gelenkt werden, wobei der Blickkontakt an besonders relevanten Gesprächsstellen mit „[+]“ und seine Unterbrechung mit „[-]“ notiert wird. Der Blick der Patientin, der „überlegend“ (nach links oben) gerichtet ist, wird mit „[BÜ]“ notiert. Arzt und Patient kommen gemeinsam ins Sprechzimmer und nehmen Platz. Da sich der Arzt und die Patientin schon draußen begrüßt haben, kann die Gesprächseröffnung gleich erfolgen, nachdem beide Platz genommen haben. Der Arzt eröffnet das eigentliche Gespräch zunächst mit der persönlichen, namentlichen Anrede („so Frau W.“), die bereits als Gesprächseinladung hinreichen könnte

(Typ 9) (Tab. 19.1), und spezifiziert diese Gesprächseinladung dann mit einem besonderen Eröffnungstyp, nämlich der Frage nach dem Konsultationsgrund („Was führt Sie zu mir?“) (Typ 1), womit er das Rederecht inhaltsspezifisch an die Patientin weitergibt.

Patientenprivileg: Offene Präsentationsform

Mit dieser Eröffnung wird der Patientin ein relativ weiter Antwortraum zur Verfügung gestellt, den sie entsprechend mit einer zunächst offen gehaltenen Präsentationsform zu nutzen beginnt, bevor sie dann leicht ins Stocken gerät („also ... allgemein jetzt ähm .“). Hier ist die Aufmerksamkeit auf das Blickverhalten der Patientin zu richten, die zunächst während der Rede des Arztes mit diesem typischerweise Blickkontakt hält, um dann den Blick nach der endgültigen Redeübernahme abzuwenden. Dabei wird die *allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden* (im Sinne Kleists) von der Patientin verbal und nonverbal erkennbar auf den Weg gebracht wird: Durch die charakteristischen Einleitungs- und Verzögerungsphänomen (*hesitation phenomena*) („also“, stille Pause: „...“, gefüllte Pause: „ähm“) und ihr Blickverhalten werden die mentalen Bemühungen der Patientin deutlich, für ihre initiale Problempräsentation „die richtigen Worte zu finden“. Sie löst nach der Eröffnungsfrage den Blickkontakt mit dem Arzt und wendet den Blick „überlegend“ (=ÜB) nach links oben, was nicht nur ein deutliches Zeichen für die Übernahme des Redebeitrags (*turn taking*), sondern auch für ihre weitere mentale Redebeitragsplanung ist – die sie ungehindert fortsetzen können sollte.

B 19.32 „Wo sind Ihre Hauptbeschwerden?“ (Teil 1)		Kommentar
01	A [beide setzen sich] so Frau A, was führt Sie her? . [+]	2.1 AA: Eröffnung: Anrede + Konsultationsgrund
02	P [-] also [+] [-], allgemein jetzt ähm ... [Blick überlegend nach links oben [=BÜ]	Beginn der Antwort mit Verzögerungen und BÜ

Kleists Dictum „Über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden“ (1878/1966) gilt nicht nur bei der medizinischen Entscheidungsfindung, bei der entsprechend „Bedenkzeit“ einzuräumen ist (§ 10.6), sondern auch oder gerade schon in der Eröffnungsphase, wenn Patienten dort in ihrer sozialen Rolle als erkrankte Personen ihr Anliegen

19. Anliegen anhören

gen, das ihnen noch nicht einmal selbst bis ins Detail klar sein muss, erstmals oder erneut gegenüber dem Arzt formulieren sollen. Dabei haben sie abzuwägen zwischen *Sagbarem* und *Unsagbarem*, *Wichtigem* und *Unwichtigem*, *Vordringlichem* und *Zweitrangigem* usw., das heißt sie müssen eine rationale Wahl nach dem Kriterium der *Relevanz* treffen (§ 7, 17), ohne selbst von der Rationalität der Wahl unbedingt überzeugt sein zu können. Dies hängt mit dem Laienstatus zusammen, von dem aus die Relevanz des Gesagten für den Experten abzuschätzen ist – eine *paradoxe* Anforderung, die zu lösen nicht nur kognitiv schwierig, sondern emotional belastend sein kann, eben weil für den Kranken so viel davon abhängt. Selbst bei Folgegesprächen, in denen eine gewisse Vertrautheit bereits gegeben sein mag, ist der Neustart eine immer wiederkehrende Hürde, die erneut genommen werden muss („Was sage ich heute meinem Arzt?“), so dass sich die Qual der Wahl jedes Mal aktuell stellt.

Erst recht ist in Erstgesprächen, in denen sich beide Interaktionspartner zunächst als Fremde begegnen, die Gesprächseröffnung eine besonders empfindliche Phase, in der Patienten die „richtigen Worte“ für ihr Patientenanliegen erst noch finden müssen („Wie sag ich’s diesem für mich neuen Arzt?“). Dies ist ein störanfälliger Suchprozess, bei dem Misserfolge besonders folgenreich, weil prägend für die weitere Beziehungsgestaltung sein können. Um dem entgegenzuwirken, ist dem Patienten gerade zu Beginn ein besonderes *Redeprivileg* einzuräumen, das er zunächst uneingeschränkt zu seiner freien Verfügung nutzen können sollte – nach Form, Umfang und Inhalt.

Frühe Unterbrechung und biomedizinische Fokussierung:

Im vorliegenden Fall (B 19.32) wird die Patientin von vornherein eines solches Redeprivilegs für eine initiale Problempräsentation beraubt, indem der Arzt ihr das Rederecht entzieht, kaum dass es erteilt ist. Mit seiner frühzeitigen Unterbrechung interveniert der Arzt in ihren offenkundigen Akt des Überlegens hinein („allgemein jetzt ähm ...“) mit einer zweifachen *Spezifikation*, mit der er seine zunächst relativ offen gehaltene Eröffnungsfrage (01) thematisch auf einen *biomedizinischen* Fokus („Hauptbeschwerden“) (03) verengt.

B 19.33 „Wo sind Ihre Hauptbeschwerden?“ (Teil 1+2)		Kommentar
01	A [beide setzen sich] so Frau A, was führt Sie her? . [+]	2.1 AA: Eröffnung: Konsultations- grund
02	P [-] also [+] [-], allgemein jetzt ähm ... [Blick überlegend nach links oben [=BÜ]	Beginn der Ant- wort mit BÜ
03	A wo sind [+] Ihre Hauptprobleme, was/ oder Hauptbeschwerden, weswegen Sie kommen? .	2.2 AA: Frühe Unterbrechung/ Trichtern
04	P öfters schon mal Herzschmerzen, also Stiche in der Herzgegend . [+]	Fokus: „Hauptbe- schwerden“
05	A seit wann haben [BÜ] Sie diese Stiche? ... [3] ... [BÜ] [kratzt sich an Schulter]	4.1 Details explo- rieren (Zeit, Be- ginn); Patientin: BÜ = überlegender Blick von P
06	P schon etwas [+] länger, also 2001 war es ganz schlimm, und da hab ich denn auch die Mandeln entfernt bekommen . [+]	zuletzt anhalten- der Blickkontakt von P auf A
07	A ja . [+]	Hörersignal
08	P das war beim Dr. Müller noch . [+]	Vorbehandlung

Dabei ist die Selbstkorrektur in der Intervention zu beachten, nach der der Arzt seine erste Formulierung („Hauptprobleme“) durch den Fokus „Hauptbeschwerden“ ersetzt, woraus auch aus der Verstehensperspektive der Patientin auf eine gewisse Themenpräferenzstruktur des Arztes geschlossen werden kann bzw. soll, die in einer doppelten *Relevanzsetzung* besteht:

- *Hauptsächlichkeiten* versus *Nebensächlichkeiten* und
- *Beschwerden* versus *Probleme*

Mit seiner derart frühen und spezifischen Intervention holt der Arzt nicht nur auf der visuellen Kommunikationsebene den überlegenden Blick (BÜ) der Patientin wieder zu sich zurück (03: „wo sind [+] Ihre ...“), sondern er unterbricht auf der kognitiven Ebene ihre spontan begonnene Überlegung (02: „allgemein jetzt ähm ...“), in dem er ihre Aufmerksamkeit inhaltlich auf seinen neuen Fragefokus lenkt. Wenn die Patientin nunmehr ganz im Sinne der Spezifikation des Arztes (03: „Hauptbe-

schwerden“) mit einer körperlichen Beschwerdeschilderung (04 P: „öfter schon mal Herzschmerzen“) antwortet, dann stellt sich bereits in diesem frühen Gesprächsstadium die Frage nach der verschenkten Chance für eine initiale *Problempäsentation* ganz „in den eigenen Worten“ der Patientin oder sogar für die Präsentation eines ganz anderen Problems, das möglicherweise (im Sinne von *hidden agenda*) (§ 18.7) für den Rest des Gesprächs verborgen bleiben könnte.

19.6.2 Anamneseerhebung als „Verhör“: Die Trichter-Technik

Betrachtet man den nachfolgenden Gesprächsverlauf unter dem Aspekt der weiteren Beteiligungschancen der Patientin, so fällt die extrem interrogative Interview-Technik des Arztes auf, mit der er den nunmehr erreichten Themenfokus wie in einem Trichter weiter verengt, so etwa mit seiner charakteristischen Zeitfrage nach dem Beginn der Beschwerden (05 A: „Seit wann haben Sie diese Stiche?“). Derartige Zeitfragen nach Beginn, Dauer sowie Verlauf einer Erkrankung sind typisch für die themenselektive Funktion der *Trichter-Technik* (Abb. 19.2), zumal wenn diese Fragen – wie so oft – verstärkt am Gesprächsanfang gestellt werden. Sie haben dann eine Weichenstellungsfunktion für den weiteren Gesprächsverlauf, die nur schwer wieder zu korrigieren ist, weil sich eine gegenseitige Erwartungshaltung bei der Verteilung der Interaktionsrollen des Fragens und Antwortens bald etabliert und stabilisiert hat. Diese wiederholte Anwendung des Frage-Antwort-Musters war vorausgehend schon als „verbale Konditionierung“ beschrieben worden (§ 9.4), der beide Gesprächspartner unterliegen, weil eben auch Patienten auf die nächste Frage warten und entsprechend keine patientenseitigen Eigeninitiativen mehr zustande kommen.

Im vorliegenden Gespräch scheint der einmal erreichte Stand der Erwartungserwartungen trotz bester Bemühungen des Arztes unumkehrbar. Der eingeschlagene interrogative Interviewstil findet seine Fortsetzung in einer *Batterie* von ärztlichen Informationsfragen mit geschlossenen Frageformen zur Detailexploration (B 19.35), die von der Patientin entsprechend „knapp und bündig“ beantwortet werden, so etwa Entscheidungsfragen (wie 17A: „und strahlt das irgendwohin aus, diese Schmerzen?“) mit typischen Ein-Wort-Antworten (wie 18P: „nein“). Bemerkenswert ist, dass selbst in Phasen augenscheinlich sachinformativer Befragung mit Kommunikationsvagheiten gerechnet werden muss, die den intendierten Informationserfolg in Frage stellen.

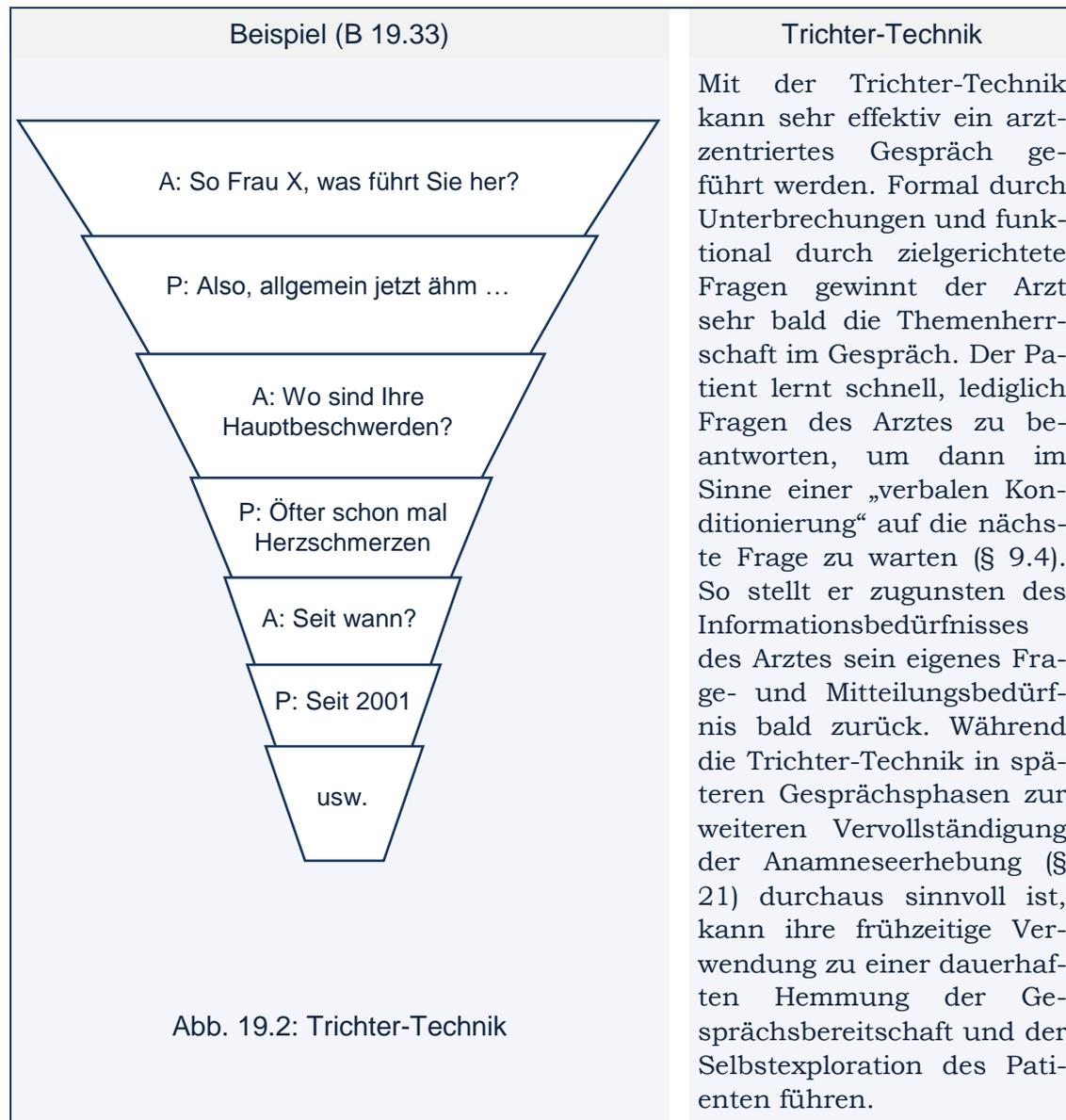


Abb. 19.2: Trichter-Technik

So bleibt am Ende offen, wie die Fragen und Antworten zur „Belastung“ bzw. „Ruhe“ (B 19.34: Sequenz 11-16) jeweils gemeint und verstanden wurden, nämlich als Äußerungen entweder zur *körperlichen* oder zur *psychischen* Belastung/Ruhe. Weil sich der Arzt gegenüber diesen Verstehensalternativen nicht vergewissert, kann er nicht einmal hier einen gesicherten Informationsgewinn verbuchen, so dass diese Gesprächssequenz auch unter dem Aspekt der *Detailexploration* (§ 21) als negativ zu bilanzieren ist.

19. Anliegen anhören

B 19.34 „Ist es danach besser geworden?“		Kommentar
09	A ist es danach besser geworden? .	4.1 DE: BD: Zeit, Verlauf
10	P ja da war's dann wieder besser, und dann ist es wieder also aufgetreten jetzt, vor kurzem .	Besserung; Rückfall
11	A in welchen Situationen tritt das auf? . tritt das auf bei Belastung oder- .	4.1 DE: BD: Kondition
12	P nein . [schüttelt Kopf].	
13	A nein .	
14	P in Ruhe mehr, in Ruhe . .	
15	A vorwiegend in Ruhe .	
16	P [nickt] hm [2 sec.] ...	
17	A und strahlt das irgendwohin aus diese Schmerzen? ...	4.1 DE: BD: Lokalisation
18	P nein [schüttelt Kopf] [3 sec.]	
19	A haben Sie ... Situationen, wo Sie meinen, dass es besonders stark auftritt? Wenn Sie Ärger haben? [6 sec.]	4.1 Details explo- rieren (DE): BD: Kondition
20	P das könnte sein, bei Aufregung vielleicht . ich weiß es jetzt nicht genau .	
21	A haben Sie viel Aufregung? ...	4.3 DE: Anamnese Vervollständigen
22	P [lacht freundlich] ja, Stress .	
23	A ja, wie, wie sieht der aus der Stress? .	4.3 DE: AV: (Qualität Stress)
24	P ja [6 sec.] ja viel Arbeit und dann- .	

Trotz seines weiteren Bemühens, das Gespräch über die biomedizinische Informationsgewinnung hinaus zu einem biopsychosozialen Anamnesegespräch zu entwickeln (Sequenz 19-25), fällt der Arzt dann überraschend in die Detailexploration zurück, kaum dass sich der Erfolg seiner Bemühungen einzustellen scheint. An dieser weiteren Problemstelle des Gesprächs lassen sich in der Gesprächslehre die alternativen Gesprächsfortsetzungen erörtern, die sich gegenüber realen Fortsetzungen des Arztes ergeben. Zunächst hätte der Arzt einmal zuwarten können, ob und wie die Patientin, die nach einer langen Bedenkzeit von immerhin 6 Sekunden nach der ersten kurzen Mitteilung (24 A: „ja, viel Arbeit“) in ihrer Rede innehält (24 A: „und dann-“), gegebenenfalls ei-

geninitiativ fortfahren würde. Mit einem einfachen Hörersignal (*hm, ja*) könnte der Arzt die Patientin bei der Weiterrede unterstützen. Möglicherweise würde die Patientin eine Themenerweiterung zum begonnenen Thema („viel Arbeit“) vornehmen oder (mit „und dann“) ein weiteres relevantes Thema initiieren, wodurch nunmehr das zuvor eingeführte Rahmenthema („Stress“) konkretisiert werden könnte. Auch könnte der Arzt das Thema „Stress“ oder „Arbeit“ selbst wiederaufnehmen und einen Zusammenhang herstellen, wenn die Patientin dies nicht schon selbst tun würde, was ebenfalls abzuwarten wäre usw.

19.6.3 Themenprogression und Partizipation

Allerdings werden diese Gesprächschancen durch die direkte Unterbrechung durch den Arzt verschenkt. Nach dem Beruf gefragt (B 19.35), gibt die Patientin eine 1-Wort-Antwort, die nicht mehr als eine Angabe der Berufsbezeichnung enthält („Arzthelferin“). Anstatt der begonnenen Selbstexploration der Patientin (etwa zu einem komplex zu entwickelnden Thema: „Stress im Beruf als Arzthelferin“) weiter nachzugehen, nimmt der Arzt einen radikalen Themenwechsel vor, indem er sich offenbar ohne ersichtlichen Grund auf die Informationsfrage nach Begleitzeichen zum Symptom verlegt (27 A: „Haben Sie Luftnot dabei?“) – eine für den außenstehenden Beobachter schwer nachzuvollziehende Gesprächswende.

B 19.35 „Was machen Sie denn beruflich?“		Kommentar
23	A ja, wie, wie sieht der aus der Stress? .	4.3 DE: AV: Stress (Qualität)
24	P ja [6 sec.] ja viel Arbeit und dann- .	
25	A hm . was ma:chen Sie denn beruflich? .	4.3 DE: AV: Beruf
26	P [lächelnd] Arzthelferin .	
27	A [lachend] ah ja [atmet hörbar ein] ... [2 sec.] ... ähm, haben Sie Luftnot dabei? .	4.1 DE: BD: Begleitzeichen
28	P nein . [schüttelt Kopf]	

In vielen Lehr- und Fortbildungsveranstaltungen wurde diese Gesprächssequenz spontan kritisiert, wobei das Urteil von „problema-

tisch“, über „unverständlich“ und „unglaublich“ bis „kurios“ reichte. Besonders in Fortbildungsgruppen, in denen der Fall eingebracht worden war, wurde der abrupte Themenwechsel als *Abwehrverhalten* des Arztes interpretiert, dessen Phantasie sich in einem Prozess der Gegenübertragung möglicherweise auf seine eigene Arzthelferin gerichtet haben könnte, mit der Unterstellung ähnlicher beruflicher Belastungen wie bei der Patientin – und vielleicht, so wurde vermutet, mit der Befürchtung, seine Arzthelferin könne deswegen bereits ebenfalls in ärztlicher Behandlung bei einem anderen Kollegen sein usw.

Jedenfalls erscheint die an dieser Stelle überraschende Frage nach einem Begleitzeichen (27 A: „Luftnot dabei?“) als eine Abkehr von einem *emotional* belastenden Thema und Hinwendung zu einem neutralen Thema, bei dem sich der Arzt mit der Rückkehr zur *biomedizinischen* Anamnese wieder auf einem für ihn gewohnten, „sicheren Terrain bewegen“ kann. Ein solcher sicherer Rückzugsraum spielt jedoch nicht nur bei eigenen Emotionen, sondern eben auch bei Emotionen von Patienten eine Rolle, die allerdings auf die eigene Emotionsregulation zurückwirken können (§ 3, 17, 20, 25, 34). Im vorliegenden Fall werden die beteiligten Emotionen bestenfalls in der nonverbalen Kommunikation manifest, wenn die gemeinsame Gesprächserfahrung, die u.a. in der überraschenden Erkenntnis einer gemeinsamen Praxiserfahrung in einem helfenden Beruf besteht, einfach „weggelacht“ (26-27) wird, bevor der Arzt das neue, augenscheinlich „unverfängliche“ Thema der „Luftnot anspricht.

Das Passungsproblem

Der Rückfall in eine biomedizinisch orientierte Anamnese an dieser Stelle des Gesprächs verweist auf das *Passungsproblem* ärztlicher Interventionen. Detailinformationen wie etwa zu den Begleitzeichen sind sicher aus differentialdiagnostischen Gründen unverzichtbar (§ 21, 22). Wenn diese Informationen nicht – was abgewartet werden sollte – vom Patienten eigenständig mitgeteilt werden, so müssen sie vom Arzt explizit erfragt werden, aber seine Fragen müssen passend zum aktuellen Gesprächsstand gestellt werden, der nach dem jeweils erreichten Entwicklungsstand der Informationen und Emotionen zu bilanzieren ist. Im vorliegenden Fall ist die ärztliche Intervention („Luftnot dabei?“) denkbar unpassend, weil sie die gerade elizitierten Informationen und Emotionen der Patientin zu einem sensiblen Thema (z.B. „Stress im Beruf

als Arzthelferin“) ignoriert. Damit werden die gerade erst mühsam entwickelten Gesprächschancen einer psychosozialen Anamnese ohne Not wieder verschenkt, und zwar zugunsten einer Detailinformation (28 P: „nein“ = Verneinung von Luftnot), die ohne Mühe auch später noch hätte gewonnen werden können. Vielmehr ist hier der zuvor von beiden Gesprächspartnern interaktiv entwickelten Relevanzstruktur zu einem emotionshaltigen Thema zu folgen, dessen wechselseitig akzeptierte Sättigung in der weiteren Interaktion jeweils auszuhandeln ist.

Interaktive Bindung von Emotionen

Gesprächschancen gerade dieses Typs, die sich durch emotionshaltige Themen auszeichnen, einfach ungenutzt zu lassen, kann sich deswegen als Kardinalfehler bei der Gesprächsführung erweisen, weil sie sich nicht ohne weiteres später wiederherstellen lassen. Die in einer entwickelten Thematik interaktiv gebundenen Emotionen lassen sich nicht beliebig abrufen, weswegen die mit ihnen eröffneten Gesprächschancen nach Möglichkeit in actu zu nutzen sind. Die *interaktive Bindung* von Emotionen ist ein *flüchtiges* Phänomen, dessen Bewusstseinsnähe nur durch weitere, im Anschluss passende Kommunikation *ad hoc* hergestellt und gehalten werden kann (§ 20). Die Schwierigkeit von Reparaturversuchen im Nachhinein wird bereits im Gesprächsfortgang deutlich, wenn der Arzt nach der biomedizinischen Detailexploration einen vergeblichen Neustart für psychosoziale Themen unternimmt.

B 19.36 „Haben Sie Angst dabei?“ - „Nein“		Kommentar
27	A [lachend] ah ja [atmet hörbar ein] ... [2 sec.] ... ähm, haben Sie Luftnot dabei? .	4.1 DE: BD: Begleitzeichen
28	P nein .	4.1 DE: BD: Begleitzeichen
29	A Schweißausbrüche? .	4.1 DE: BD: Begleitzeichen
30	P ja, Schwitzen, hm, also häufig . jeden Morgen ...	
31	A hm ...	2.2 HS
32	P ganz stark, und ... dann im Laufe des Tages nicht mehr, aber morgens ganz stark .	
33	A also bei den Stichen haben Sie nich‘ so Schweißausbrüche? .	4.1 DE: BD: Begleitzeichen

19. Anliegen anhören

34	P	nein, nein .	
35	A	haben Sie Angst dabei? .	4.1 DE: BD: Begleitzeichen + 3.4 EZ: Emotionen klären
36	P	nein . [schüttelt Kopf dabei]	
37	A	beunruhigen Sie diese Stiche? .	3.4 EZ: Emotionen klären
38	P	nein .	
39	A	eigentlich nicht .	
40	P	[schüttelt Kopf] hm-hm [lächelt freundlich] [2 sec.]	
41	A	[atmet hörbar ein] ja dann wollen wir mal gu:cken . da sind sicherlich schon mal Un- tersuchungen gemacht worden von Dr. Mül- ler? .	5.4 VA: Untersu- chung + 4.3 DE: AV: Vor- behandlung
42	P	ja, EKG, aber das war in Ordnung .	

Trotz augenscheinlich guter Ansätze werden die Anschlussstellen zu einem biopsychosozialen Anamnesegespräch im vorausgehenden Gespräch mehrfach verpasst. Die potentiellen Anschlussstellen werden in einer Darstellung zur *biopsychosozialen* Themenentwicklung sichtbar (Abb. 19.3), die allerdings jeweils endet, kaum dass sie beginnt. So bleiben biotische Themen („Herzschmerzen“, „Schwitzen“), psychische Themen („Aufregung“, „Stress“) und soziale Themen („viel Arbeit“, „beruflich“) fragmentiert, ohne dass ein Zusammenhang im Sinne einer *biopsychosozialen* Medizin (§ 4) hergestellt würde. Die wesentlichen Problemstellen des Gesprächs lassen sich auch für Lehrzwecke wie folgt zusammenfassend beschreiben:

- vorzeitige *Unterbrechung* am Gesprächsanfang, die eine freie Formulierung der Patientin in eigenen Worten unterbindet, kaum dass sie in ihrer Rede angesetzt hat
- bedeutsame *Selbstkorrektur* in der Neueröffnung durch den Arzt, der mit seiner Wortwahl („Hauptprobleme“, „Hauptbeschwerden“) das Antwortformat für die Patientin vorformuliert

		Eröffnung (offen)		
01 A	Was führt Sie zu mir?			
02 P	Also allgemein jetzt ähm ...			
	Biotisch	Psychisch	Sozial	
03 A	Hauptbeschwerden?			
04 P	Herzschmerzen [=H].			
05 A	Diese Stiche seit wann?			
06 P	Es war 2001 schlimm			
09 A	War es danach besser?			
10 A	Tritt das [=H] auf bei ...?			
11 A	Strahlt das aus?			
19 A		Tritt das auf bei Ärger?		
20 P		Bei Aufregung.		
21 A		Viel Aufregung?		
22 P		Ja, Stress.		
23 P		Wie sieht der Stress aus?		
24 P			Viel Arbeit.	
25 A			Welchen Beruf?	
26 P			Arzthelferin.	
27 P	Luftnot dabei [=H]?			
28 P	Nein.			
29 A	Schweißausbrüche?			
30 P	Ja, Schwitzen.			
33 A	Bei [H] keinen Schweiß?			
34 P	Nein.			
35 A		Haben Sie Angst dabei?		
35 P		Nein.		
37 A		Sind Sie beunruhigt?		
37 A		Nein.		
41 A	(Vor-)Untersuchungen?			
42 P	Ja, EKG.			

Abb. 19.3: Biopsychosoziale Themenentwicklung

19. Anliegen anhören

- vorschnelle Anwendung der *Trichter-Technik*, die im Frage-Antwortmuster die weitere Interaktion auf eben dieses Handlungsmuster konditioniert (§ 9.4)
- Häufung von *geschlossenen Fragen* sowie *Missverständnissen*, die im vagen Gebrauch bestimmter Ausdrücke („Belastung“, „Ruhe“) begründet waren, deren jeweiliger Fokus (*körperliche* vs. *psychische* Belastung/Ruhe) ungeklärt blieb
- *abrupter Themenwechsel* und die Rückkehr zu biomedizinischen Fragen an einer sensiblen Gesprächsstelle, an dem spätestens ein Wechsel zu einer biopsychosozialen Anamnese hätte vollzogen werden müssen, um in einer komplexen Themenentwicklung die bloß fragmentarisch angeschnittenen Themen (*Herzschmerzen, Aufregung, Stress, viel Arbeit, Angst* usw.) auf mögliche Zusammenhänge zu prüfen.

Diese und andere Problemstellen bekommen am Ende eine kumulative Wirkung, mit der beide Partner der Fixierung auf ein Frage-Antwort-Muster erliegen, der sie nicht mehr entrinnen können. Sie haben in ihrer kurzen gemeinsamen Interaktionsgeschichte eine für die interrogative Interviewführung typische Erwartungsstruktur ausgebildet, die vorausgehend als „verbale Konditionierung“ beschrieben worden war (§ 9.4). Hier sollen nochmal die Einsichten und Warnungen von Morgan und Engel wiederholt werden:

Box 19.6 Konditionierung durch Fragen

Stellt der Arzt beim Erheben der Anamnese frühzeitig eine Reihe direkter Fragen, kann er den Patienten dadurch veranlassen, nur noch schweigend auf die nächste Frage zu warten.

Morgan, Engel 1969/77: 42

So kommt es zur Ausbildung von Erwartungserwartungen, die eine Art *verbaler Konditionierungen* darstellen, die sich gegenseitig verstärken: ‚Ich als Arzt erwarte von dir als Patient, dass du von mir erwartest, dass ich dir die nächste Frage stelle‘ und komplementär: ‚Ich als Patient erwarte von dir als Arzt, dass du von mir erwartest, dass ich auf die Möglichkeit der Beantwortung deiner nächsten Frage warte‘ usw. Das Warten auf die nächste Frage ist unter dem Aspekt der *Partizipation* (§ 10) aber Ausdruck einer *Passivierung* des Patienten, die ihn letztlich ver-

stummen lässt: Einmal etabliert, wird mit dieser Interaktions- und Themenstruktur ein gewisser Fortsetzungszwang ausgeübt, wie er auch in diesem Gespräch manifest wird, in dem sich das interrogative Muster schließlich nur noch auf minimale Fragen und Antworten reduziert.

Dieses restriktive Handlungsmuster kommt schon in der Darstellung der formalen Dialogrollenstruktur (Abb. 19.4) zum Ausdruck, an der mit einem Blick erkennbar wird, dass die Patientin kaum am Stück länger reden kann.⁷

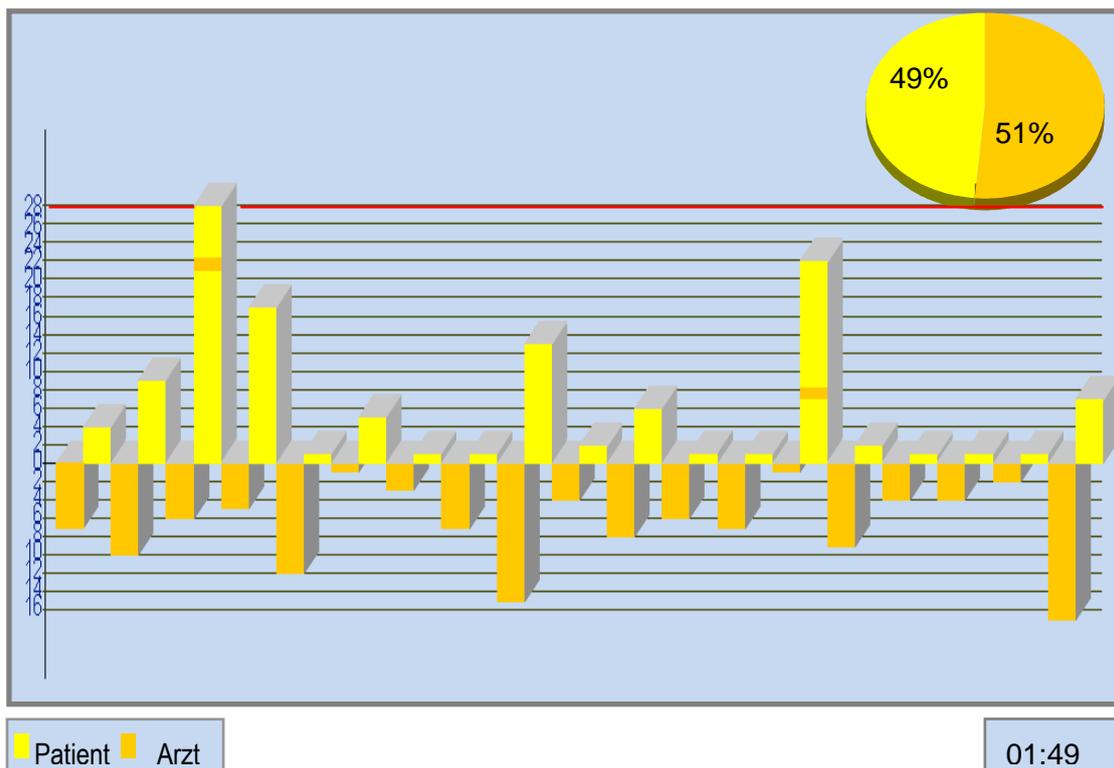


Abb. 19.4: Dialogrollenstruktur und Gesprächsanteile von P und A

Mit ihrer maximalen Beitragslänge von 28 Wörtern kann sie nicht einmal die extrem niedrige Schwelle von 30 Wörtern überschreiten, was eine Vorsetzung für minimale Erzählansätze wäre, wie dies in Vergleichsanalysen mit anderen Gesprächen noch deutlich wird. Die Partizipationschancen sinken vor allem im letzten Drittel des Gesprächs, das für beide Gesprächspartner immer unergiebig wird.

⁷ Die komparative Methode der Erstellung und Auswertung der Dialogrollenstruktur für spezifische (interrogative vs. narrative) Gespräche wird an anderen Stellen ausführlich beschrieben und angewendet (§ 17.3, 19.7, 19.8, 25.4, 40.2) (vgl. auch Koerfer et al. 2000, 2005, 2010, Koerfer, Köhle 2007, 2009, Köhle, Koerfer 2017).

19. Anliegen anhören

Am Ende verlegen sich beide Gesprächspartner auf *strategisches* Handeln, durch das Anschlussstellen für *kommunikatives* Handeln verstellt werden (§ 7.3, 7.5). Die interrogative Gesprächsführung des Arztes hat in eine Sackgasse geführt, aus der beide Partner keinen Ausweg mehr finden. Möglicherweise „verstummt“ die Patientin nicht vollends, weil sie sich aus Höflichkeit der Beantwortung der Arztfragen noch verpflichtet glaubt – jedenfalls tut die Patientin nur noch das „Allernötigste“ zur Aufrechterhaltung des Gesprächs, indem sie immer „einsilbiger“ auf die ärztlichen Fragen reagiert (27-42), die sie zuletzt nur noch mit einem Wort („nein“) beantwortet. Die Patientin wählt diese *minimalistische* Form der verneinenden Beantwortung, obwohl oder gerade weil sie zum Ende des Gesprächs nach ihren mit den Symptomen („Herzschmerzen“) möglicherweise verbundenen Emotionen (35-40: „Angst“, „Beunruhigung“) gefragt wird.

Das Gesprächsbeispiel belegt am Ende noch einmal deutlich, dass die drohende *Verstummung* von Patienten selbst durch weitere Fragebemühungen des Arztes nicht mehr aufzuhalten ist. Wenn der Arzt nach einer Reihe von biomedizinischen Detailfragen, die er teils sogar in verkürzten, elliptischen Ein-Wort-Fragen stellt (29 A: „Schweißausbrüche?“), zum Gesprächsende hin gleichsam noch einmal einen Reparaturversuch mit einem *Neustart* für *psychosoziale* Themen unternimmt, schlägt seine eigene interrogative Interviewform auf ihn zurück: Die von ihm in der Form von Entscheidungsfragen (35A: „Haben Sie Angst dabei?“- 37A: „Beunruhigen sie diese Stiche?“) ins Spiel gebrachten psychosozialen Themen werden von der Patientin nur noch mit *einsilbigen* Antworten bedacht (36 P: „nein“ – 38 P: „nein“), so dass dem Arzt nur noch die affirmative Rückmeldung bleibt (39 A: „eigentlich nicht“), die wiederum von der Patientin lediglich mit einem Hörersignal (40 P: „hmhm“) nochmals rückbestätigt wird.

So führt das restriktive Frage-Antwort-Muster schließlich in eine *Gesprächsflaute*, der der Arzt nur noch durch Flucht in die Untersuchung enttrinnen kann. Damit endet das Gespräch, kaum dass es begonnen hat, bereits nach zwei Minuten – was unter dem Aspekt der *Evaluation* eben nicht als „kurz und bündig“ beurteilt werden kann. Um es pointiert zu formulieren: Das Gespräch ist nicht schlecht, weil es kurz ist, sondern es ist kurz, weil es schlecht ist: Nach einem bis dahin wenig ergiebigen „Schlagabtausch“ von Fragen und Antworten wird deutlich, dass sich beide Partner am Ende „nichts mehr zu sagen“ haben.

Diese *Sprachlosigkeit* ist zugleich ein bleibendes Gesprächsresultat. Eine Fortsetzung dieser Art von Kommunikation wurde von der Patientin erst gar nicht gesucht. Zwar wurde nach körperlicher Untersuchung noch ein EKG gemacht, was aber keine krankhaften Befunde brachte, mit denen sich die Beschwerden hätten erklären lassen. Hier hatte die Patientin offenbar auch keine relevanten Ergebnisse erwartet, wie schon ihr Kommentar zur letzten Frage des Arztes belegt (41 A: „da sind sicherlich schon mal Untersuchungen gemacht worden von Dr. Müller? . – 42 P: ja, EKG, aber das war in Ordnung“). Sollte ihr „Konsultationsgrund“ dennoch fortbestehen, wird sie solange den Arzt wechseln müssen, bis sie an einen Doktor gerät, der ihr erst mal durch Zuhören die Gesprächschance einräumt zu erzählen, was sie „also allgemein jetzt ähm ...“ zum Arzt führt.

19.7 Erzählung „Bis es nicht mehr ging“

Im Gegensatz zum vorausgehenden Gespräch, in dem der Patientin wegen der *interrogativen* Gesprächsführung kaum „zu Wort kommen“ konnte, können die Patienten in den folgenden Gesprächen ihre Beschwerden, Probleme und Anliegen gegenüber ihrem Arzt ausführlich „zu Gehör bringen“, der sich jeweils insgesamt als guter Zuhörer erweist. Allerdings lassen sich die Ärzte in unterschiedlichem Maße auf einen narrativen Ansatz ein, was auf unterschiedliche Entwicklungsstufen ihrer kommunikativen Kompetenz schließen lässt, mit dem sie das narrative Potential der narrativen Patientenangebote zu bearbeiten verstehen (Charon 2001, 2006). Die nachfolgenden Gespräche unterscheiden sich in dem Ausmaß, indem die jeweilige Erzählung nicht nur gefördert, sondern der durch sie erzielte kommunikative, kognitive und emotive „Surplus“ in der weiteren Gesprächsarbeit auch produktiv genutzt werden kann. Für bestimmte Konzepte, Begriffe und Kategorien der Erzählanalyse sei auf die Ausführungen zur *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung (§ 9) rückverwiesen.⁸

⁸ Der komparative Ansatz der Gesprächsanalyse wird in diesem Lehrbuch nach Möglichkeit für die Forschung und Lehre durchgängig begründet und genutzt (§ 13.4, 17.3, 19, 40). Für Vorarbeiten zu den nachfolgenden narrativen Erzählanalysen sei exemplarisch verwiesen auf Koerfer et al. 2000, 2005, 2010, Koerfer, Köhle 2007, 2009, Köhle, Koerfer 2017.

19. Anliegen anhören

Auch im folgenden Gespräch werden die Patientenerzählungen, die der Arzt geschickt „hervorlockt“ (*elizitiert*), nicht vollumfänglich weiterbearbeitet, was sicherlich auch dem Zeitproblem bei einem Gespräch geschuldet ist, das immerhin 12,5 Minuten währt. Angesichts der Gesprächslänge müssen wir uns hier auch mit der Wiedergabe und Analyse ausgewählter Sequenzen beschränken.

19.7.1 Beschwerdenschilderung: „schlimmer Schwindel“

Das Gespräch mit der 65jährigen Patientin enthält eine Reihe von Erzählungen, die sich insgesamt zu einem komplexen Lebensnarrativ fügen, das mit seinen kritischen Lebensereignissen nach und nach eine konkrete Gestalt annimmt. Die Patientin leidet zunächst vor allem unter *Schwindel*, den sie zu Gesprächsbeginn auch als „Eintrittskarte“ (§ 18.7, 19.4) für die Sprechstunde präsentiert und dessen Ausmaß sie zugleich hinsichtlich ihrer lebensweltlichen Beeinträchtigungen im Detail illustriert.

B 19.37 „dermaßen schlimmer Schwindel“			Kommentar
01	A	so, Frau K., jetzt schildern Sie mir Ihre Symptome . äh . Ihre Beschwerden .	2.1 AA: Eröffnung: Beschwerden (Typ 5) (§ 19.2)
02	P	Schwindel, dermaßen schlimmer Schwindel, dass ich kaum noch gehen kann . Sie sehen ja . meine Haare . Friseur . Haare waschen . alles nix . ich kann mich nicht mehr bücken, nix (...)	Erste Patientenangebote: Schwindel und Beeinträchtigungen

Der Arzt fokussiert bei seiner Gesprächseröffnung auf „Symptome“ und (wohl im Sinne einer alltagssprachlichen Selbstkorrektur) auf „Beschwerden“, was er nicht nur erfragt, sondern als „Schilderung“ *direkt* einfordert. Obwohl mit diesem Eröffnungstyp (§ 19.2) eher ein *biomedizinischer* Themenfokus eröffnet wird, zu dem die Patientin sofort eine entsprechende „Eintrittskarte“ anbieten kann, verbindet sie dieses Patientenangebot zugleich mit einem dramatischen Beziehungsangebot, mit dem die ärztliche Hilfe besonders herausgefordert wird. Das Ausmaß der Lebensbeeinträchtigung wird für den Arzt sichtbar („Sie sehen ja“)

und deutlich hörbar („alles nix“) konkretisiert und auch im weiteren Gesprächsverlauf variantenreich belegt.

Über einen Selbstvergleich mit einer früheren Situation, in der die Patientin schon mal wegen eines Schwindels in Behandlung bei einem anderen Arzt war, wird die Steigerung der aktuellen Beschwerden perspektiviert, die die damaligen Beschwerden bei weitem übertreffen (B 19.38). Ist der Vergleich von „Hier und Jetzt“ mit „Dort und Damals“ ein gängiges Verfahren, dessen wir uns auch im Alltag bedienen (§ 7.2), so erhält es in der Sprechstunde oft eine besondere Funktion zur Relevanzdarstellung, von der auch die Patientin mehrfach Gebrauch macht.

B 19.38 „kein Vergleich mit dem, was ich jetzt hab“

- 03 A sind Sie bei einem HNO-Arzt gewesen? .
04 P ja .
05 A ja .
06 P und der Nervenarzt, der is in Urlaub, der Dr. X bis 10. Dezember . da hab ich aber Tabletten von . da war ich mal vor vier Jahren . war aber kein Vergleich mit hier dem, ja . was ich jetzt hab . aber nur mal so ein klein bisschen, weil mein Mann schwer herzkrank ist . da lag er im Krankenhaus . Schlaganfall . da bin ich zum Nervenarzt jejangen . da hat der mich wunderbar hinjekriecht .
(...)
-

Zunächst leitet die Patientin den gesamten *thematischen Faden* der Sprechstunde mit einer für sie *biographisch* bedeutsamen *komparativen Evaluation* ein, die darin besteht, dass eine Situation von damals, in der ihr bis heute schwer herzkrankter Mann einen Schlaganfall erlitten hatte, einem Vergleich mit ihrer heutigen Situation nicht standhält (P22: „war aber kein Vergleich mit dem, was ich jetzt hab“). Diese Vergleichsperspektive wird über die gesamte Sprechstunde in vielen sprachlichen Varianten, auf die wir kursorisch zurückkommen werden, wiederholt, wobei sowohl „Dort und Damals“ als auch das „Hier und Jetzt“ von der Patientin in weitere für sie subjektiv bedeutsame Zeitpunkte und Orte differenziert wird.

Dabei beziehen sich die Daten nicht auf die kalendarische Zeit (Datum: Tag, Monat Jahr), sondern auf die *gelebte Zeit* („lived time“) der Patientin, die ihre eigenen biographisch relevanten Bezeichnungen wählt (z.B. „Kommunionssonntag“)(s.u.). Die subjektiven Zeitangaben werden von der Patientin erst nach und nach und in einer nicht-

chronologischen Weise in der Kommunikation mit dem Arzt gemacht, der entsprechend „sortieren“ muss, während er aufmerksam zuhört. Im weiteren Gesprächsverlauf wird dann eine zeitliche Struktur erkennbar, in der sich die Biographie der Patientin als *leidgeprüfter Lebenslauf* ordnet, der sich durch schwere *Schicksalsschläge*, ihre *Meisterung* bei relativer Gesundheit und schließlich durch eigene Erkrankung und so erlebtes Versagen auszeichnet. Die kritischen Lebensereignissen („life events“), die die Biographie der Patientin wesentlich geprägt haben, werden nach und nach in der *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung (§ 9) zutage gefördert, in deren Verlauf weitere evaluative Vergleichsperspektiven zwischen der Vergangenheit und einer Gegenwart ausgearbeitet werden, in der die Patientin an die Grenzen ihrer Bewältigungsressourcen gelangt ist.

19.7.2 Der „plötzliche“ Krankheitsausbruch bei der Tochter

Im Anschluss an die ärztliche Detailexploration zum Schwindel (17 A: „und ist der Schwindel jetzt stärker geworden?“ = Manual 4.1 DE: Intensität, Kondition) wird die aktuelle Beeinträchtigung von der Patientin in einer subjektiven Form ausgedrückt (B 19.39), die sich an einem *lebensweltlichen* Maßstab orientiert, der von sozialen Funktionsnormen der Großmutterrolle bestimmt ist, die sie nicht länger erfüllen kann.

B 19.39 „ich jeh ungeheuerlich gegen mich an“

17 A und ist der Schwindel jetzt stärker geworden? .

18 P also es ist so schlimm, Herr Doktor, ich jeh ungeheuerlich gegen mich an . et is so schlimm . ich kann die Kinder von meiner Tochter nicht mehr nehmen . und det heißt schon wat .

Bei der Beantwortung der Arzt-Frage nach der Intensität des Schwindels wird der Grundkonflikt von der Patientin in ihren eigenen Worten auf einen kritischen Punkt gebracht: „also es ist so schlimm, Herr Doktor, ich geh ungeheuerlich gegen mich an“ – eine paradox anmutende Formulierung, die unter selbstpsychologischen Aspekten insofern aufschlussreich ist, als sie mehrere *Selbste* unterstellt (vgl. Schafer 1995). In ihrem „Kampf“ gegen sich selbst („ich ... gegen mich“) scheint die Patientin nunmehr zu unterliegen, worauf sie später in ihrer Schlusseva-

luation am Ende einer Selbst-Erzählung („todschlecht“) zurückkommt, die noch ausführlich zu besprechen sein wird.

Noch im engeren Kontext dieser Äußerung, mit der die enorme Kraftanstrengung dramatisch dargestellt wird („ich geh *ungeheuerlich* (sic) gegen mich an“), wird das drohende Versagen als Selbst-Evaluation von der Patientin sowohl hier wie auch später in stark selbstkritische Worte gefasst („ich kann die Kinder meiner Tochter nicht mehr nehmen . und det heißt schon wat“, 18). Die vollständige Paraphrase einer solchen Äußerung könnte lauten: ‚Das heißt schon was, wenn ich die Kinder meiner Tochter nicht mehr nehmen kann (was zu tun als Großmutter meine Pflicht ist und mir früher leicht fiel)‘ – womit einer Gegensatzrelation zwischen ihren Fähigkeiten früher und heute („nicht mehr“) aufgebaut ist, die im Aufwärtsvergleich ihr gegenwärtiges Versagen besonders drastisch erscheinen lässt. Das *Code-switching* in den Dialekt („det heißt schon wat“) mag einerseits ein Zeichen von *emotionaler* Beteiligung, andererseits ein Zeichen der *vertraulichen* Beziehung zum Arzt sein.

In den nachfolgenden, hier ausgelassenen Sequenzen, in denen lediglich soziale Daten wie das Alter der Enkelkinder und die Funktion der Patientin als „Babysitter“ durch (Rück-)Fragen des Arztes geklärt werden, werden gleichsam die notwendigen Rahmenbedingungen für die anschließende Erzählung entfaltet, aus der mit einer gewissen Nachträglichkeit erhellt, warum das Versagen als Großmutter angesichts der besonderen Dringlichkeit der Versorgung der Kinder so dramatisch ist. Die folgenden Erzählsequenzen über die „plötzliche“ Erkrankung der Tochter enthalten bereits die wesentlichen narrativen Elemente (§ 9), die für diese kommunikative Großform typisch sind, wobei das *unerhörte Ereignis* zunächst unbestimmt eingeführt wird, so dass der Arzt zur Verständnissicherung (B 19.40) entsprechend nachfragen muss.

B 19.40 „det is bei ihr plötzlich ausgebrochen“

- 22 P äh die Tochter is Lehrerin in F., ja . auf'm Gymnasium . und det is bei ihr plötzlich ausgebrochen im Mai .
- 23 A was ? .
- 24 P MS . .
- 25 A jaah .
- 26 P jetzt hat sie beantragt äh . muss sie im Rollstuhl fahren (...) und

19. Anliegen anhören

det hat mich ungeheuerlich mitgenommen (...) und das is ausgebrochen bei ihr . da fing das so ein bisschen bei mir mit dem Schwindel an . da wurd ich nicht mit fertig . brauch ich Ihnen nicht alles zu erzählen . nun ist es, Herr Doktor . das war im Mai dieses Jahres . ja . sie ist schon 15 Jahre voll im Dienst . gesund . nie etwas gehabt . und da hatte sie im Mai Kommunion von der Neunjährigen . und bis Freitag vor der Kommunion, da konnte sie vollkommen laufen . (...)

Das für Erzählungen charakteristische *unerhörte Ereignis*, das die Patientin explizit so „ungeheuerlich mitgenommen“ hat, dass sie damit „nicht fertig“ werden konnte, wird zunächst kommunikativ nur auf eine indirekte Weise mit einer Proform („det“) einführt, ohne den Namen für dieses Ereignis zu benutzen („det is bei ihr plötzlich ausgebrochen“). Hier werden entweder Erzähl-Routinen wirksam, bei denen das für den Erzähler inzwischen lebensweltlich Selbstverständliche als allgemein bekannt vorausgesetzt wird, oder es mögen magische Rituale von Kommunikation durchschlagen, bei denen die Vermeidung der Symbolisierung bedrohlicher Ereignisse der Abwehr ihrer Bedrohlichkeit selbst dient.

Diese Art *magischer* Kommunikation kann und sollte in einem rationalen Diskurstyp wie der Arzt-Patient-Kommunikation wenig Bestand haben. Hier muss sie allein deswegen „scheitern“, weil der Arzt aus Gründen einer verantwortlichen Zuhörerschaft gegenüber einer Patientenerzählung deren *logisches* Verstehen sichern muss (§ 19.5). Dies geschieht hier mit einer einfachen Verständnisfrage (23 A: „was?“), wodurch die Patientin das Ereignis „beim Namen zu nennen“ gezwungen ist, was sie mit der in diesem Kontext verständlichen Abkürzung (24 P: „MS“) macht, so dass mit der expliziten Äußerung des möglichen „Tabu-Wortes“ schließlich „der Bann gebrochen“ scheint.

Der Arzt jedenfalls reagiert auf dieses „unerhörte“ Ereignis mit einem empathischen, gedehnten Hörersignal („jaah“), das die Patientin offenbar zur Weitererzählung ermuntert. Obwohl oder gerade weil sie den Arzt von einem größeren Erzählumfang zu entlasten sucht (26 P: „brauch ich Ihnen nicht alles zu erzählen“), nutzt die Patientin das gewährte Erzählrecht zur Darstellung der *Odyssee* der Tochter, deren verschiedene Stationen durch das Gesundheitssystem bis zur endgültigen Diagnose („MS“) im Detail narrativ ausgestaltet werden. In den (hier ausgelassenen) Erzählsequenzen macht die Patientin ihren Arzt zum *privilegierten Zuhörer* (§ 9.5), der immer wieder persönlich adressiert

(„Herr Doktor“) und als *Zeuge* einer Leidensgeschichte angerufen wird, deren *Authentizität* („ich sage jetzt genau, wie es war, können Sie nachprüfen“) immer wieder beteuert wird.

Bereits mit dieser Erzählung über den Beginn und Verlauf der Erkrankung ihrer Tochter versetzt die Patientin den Arzt in ihre persönliche Leidensperspektive, die sie ihn gleichsam aus der Sicht einer vom Schicksal hart getroffenen Mutter nacherleben lässt. Formal handelt es sich um ein sog. *Fremd-Narrativ* (§ 9), weil die Protagonistin nicht unmittelbar die Erzählerin selbst, sondern ihre Tochter ist, aber die Patientin erzählt die Geschichte aus ihrer Erlebensperspektive, gleichsam stellvertretend für die Familienperspektive.

B 19.41 „es war furchtbar“	Kommentar
<p>34 P (...) und sonntags hatten wir Kommunion . bis dahin konnte sie vollkommen laufen, da schmiss sie nur die Beine so, ja, in der Kirche . alles hielt den Atem an, wir hatten ne Bank von dem Kommunionkind, jede Familie hatte ihre Bank . da ging's (unverständlich) und schmiss die Beine so, und wie sie zurückkam, wusste sie nicht mehr, wo ihr Platz war . hochintelligent . ging vollkommen/ nicht zu uns hin, an eine andere Reihe . und da habe ich sie geholt . ich sage: „Birgit, was/ Du sitzt doch hier" . wusste sie nit . das war der Kommunionssonntag . nahm sie die Kommunion überhaupt gar nicht richtig wahr, überhaupt . et war furchtbar . (...)</p>	<p>Orientierung Ort, Zeit, Thema Subjektive Zeit Dramatisierung “unerhörtes” Ereignis: Skandalon Anti-Klimax Direkte Rede Subjektive Zeit Evaluation</p>

Dem „unerhörten“ Ereignis der „plötzlichen“ Erkrankung der Tochter geht hier zunächst ein „normales“ Ereignis voraus, das in der subjektiven Zeitrechnung der Familie einen Namen hat, nämlich „Kommunionssonntag“ (34 P). In einer besonders kontrastiven Gegensatzrelation zu der Normalerwartung solcher Feste, die der identifikatorischen Stabilisierung von Familien dadurch dienen, dass mit der Kommunion von Kindern symbolisch der nächste Entwicklungsschritt geschafft wird, führt das „unerhörte“ Ereignis in diesem Fall zu einer destabilisierenden Orientierungslosigkeit, deren *Schrecken* sich durch das Ereignis

nicht nur im übertragenen, sondern im wörtlichen Sinn vollzieht, was abschließend als „furchtbar“ evaluiert wird.

19.7.3 Das „unerhörte“ nächtliche Ereignis

Schon durch die dialogisch-beschwörende Anrufung der Tochter (34 P: „ich sage: Birgit, du sitzt doch hier“) zu Beginn der Erzählung wird der Arzt als privilegierter Hörer in den Bann dieser dramatischen Geschichte gezogen, die die Vorgeschichte zum folgenden *Selbst-Narrativ* ist, dessen Schlüsselthema bereits als Vorankündigung mit einer verbalen Verdopplung (36 P: „da werd ich nicht mit fertig . da werd ich nicht mit fertig“) manifest wird, deren evaluativer Gehalt ein Ausgangspunkt weiterer narrativer (Selbst-)Explorationen wird.

Diese Thematik des Scheiterns von Bewältigungsversuchen wird vom Arzt mit einer Wiederaufnahme nun erneut ins Spiel gebracht, wenn er den zeitlichen Zusammenhang der MS-Erkrankung der Tochter mit der eigenen Schwindelsymptomatik der Patientin, den diese selbst schon hergestellt hatte (26 P), in den Aufmerksamkeitsfokus rückt, in dem die Patientin nun in einer weiteren Erzählung selbst als leidendes Subjekt direkt in Erscheinung tritt.

B 19.42 „todschlecht“ – „Bis es nicht mehr ging“		Kommentar
36	P (...) der Arzt hat alles für sie getan . aber is ein sehr, sehr schwerer Fall . sie muss in Rollstuhl, sie kann nix mehr machen ... und da werd ich nicht mit fertig . da werd ich nicht mit fertig .	Emotionales Patientenangebot Wiederaufnahme von „nicht damit fertig werden“, s.o. Beitrag 26
37	A dieser Schwindel, ging der . denn los, als Sie diese Diagnose [=Tochter hat MS] erfahren haben? .	4.1 Detail-Expl. (Zeit, Kondition) + Erzähleinladung
38	P ja, ich glaube, ja . da war mir mal nachts im Kopf was, äh . ich hab das meinem Mann nie gesagt, einmal nachts im Kopf war mir das ganz komisch im Kopf, todschlecht . ich wurde wach . denk ich: „ohje, ohje, was ist denn jetzt los?“. da is et mir mal richtig übel nachts im Bett geworden . da bin ich gegen	Rahmung, Thema Orientierung Hörerprivileg Komplikation „unerhörtes Ereignis“ Direkte Rede

angegangen, hab immer alles gemacht bei ihr zu Hause, bisschen halt den Haushalt ver- sorgt, bi:s/bis es nicht mehr ging, ne .	Evaluation Meistern <i>versus</i> Scheitern, Coda
--	---

Während die Patientin bisher vor allem aus der Familienperspektive erzählt hat, in der sie allerdings schon als leidende Mutter und versagende Großmutter beteiligt war, nutzt sie nun die Explorationsfrage des Arztes nach einem möglichen Zusammenhang mit ihrer Schwindelsymptomatik zu einem Selbst-Narrativ, in dem sie eine dramatische Geschichte über den Beginn ihrer eigenen Erkrankung erzählt. Trotz ihrer knappen Form enthält auch diese Erzählung wesentliche Funktions- und Strukturelemente (s. Kommentarspalte), wie sie zuvor anhand der *Normalform* von Erzählungen ausdifferenziert wurden (§ 9). Durch die Übernahme des fraglichen Zusammenhangs („ja, ich glaube, ja“), den der Arzt als Möglichkeit offeriert hatte, ist der interaktive und thematische *Rahmen* für die Erzählung hergestellt, mit dem sich die Patientin zugleich unter einen narrativen Zugzwang gesetzt hat. Den eingangs nur als Vermutung („ich glaube“) zugestandenem Zusammenhang gilt es im Sinne einer kommunikativ eingegangenen Selbstverpflichtung nunmehr weiter auszuführen, womit die Erzählung als kommunikative Großform zugleich eine *Beleg- und Erklärungsfunktion* übernimmt.

Nach temporaler und lokaler *Orientierung* des Hörers, die etwas versetzt nachgebessert wird („da war mir mal nachts ...“, „einmal nachts ...“, „nachts im Bett“), lässt die Patientin ihren Arzt gleichsam an einem „unerhörten“ Ereignis teilhaben, dessen subjektiv-lebensweltliche Relevanz mehrfach markiert wird. Zunächst wird der Arzt vorweg zum erwählten Adressaten eines besonders „heiklen“ Themas gemacht, bei dem die bisherige Verschwiegenheit gegenüber ihrem Ehemann in einer Parenthese eigens betont wird (38 P: „äh . ich hab das meinem Mann nie gesagt“). Damit wird der Arzt zum „Vertrauten“ mit der impliziten Botschaft, die für viele Patientenerzählungen generalisiert werden kann: Was man im Alltag noch so vertrauten Verwandten oder Freunden vorenthalten muss, kann man in der Sprechstunde seinem Arzt durchaus anvertrauen, was sicherlich durch die erwartbare professionelle Verschwiegenheit erleichtert wird.

Der auf diese Weise als „privilegierter“ Zuhörer angesprochene Arzt wird nun zum erstmaligen Zeugen des bisher „unerhörten“ Ereignisses, mit dem ihn die Patientin in sprachlich dramatischen Formen konfrontiert. Die Patientin lässt den Arzt gleichsam im Nachhinein ein „todesnahes“ Erleben („todschlecht“) in der Erzählzeit der Sprechzeit unmit-

telbar miterleben, so dass er insgesamt in ihre bedrohliche „innere Welt“ von damals und heute *versetzt* wird.

Diese *Versetzung* des Zuhörers in die eigene Erlebniswelt der Sprecherin geschieht durch erzählspezifische Stilmittel, mit denen die Relevanzhochstufung der Erzählung nicht nur inhaltlich („todschlecht“) gesteigert wird. Durch das rhetorische Mittel der *direkten Rede* werden ein nächtliches Ereignis und das dazugehörige Selbstgespräch besonders dramatisch („ohje, ohje“) in Szene gesetzt. So wird der Arzt *szenisch* in den Bann ihrer eigenen todesnahen Befürchtungen gezogen, wenn die Patientin ihren Zuhörer den explizit geäußerten Gedanken von „Dort und Damals“ im „Hier und Jetzt“ der Sprechstunde mitdenken lässt („ich wurde wach, denk ich: ohje, ohje, was ist denn jetzt los?“). Die damals in der *Betrachtzeit* an sich selbst gestellte Frage wird nunmehr in der aktuellen *Sprechzeit* (im historischen Präsens: „denk ich“) noch einmal reinszenierend wiederholt und an den Arzt mit einer appellativen Funktion (s.u.) weitergeleitet, durch die er nunmehr zu einer empathischen Stellungnahme herausgefordert ist.

Einmal in diese subjektive Patientenwelt versetzt, erfährt der Arzt in der Schlussevaluation der Erzählung vom heroischen Versuch der Bewältigung („da bin ich gegen angegangen“) sowie vom Scheitern der Patientin in ihrer Rolle als Mutter und Hausfrau, die zunächst ihrer kranken Tochter in deren Haushalt geholfen hatte („alles gemacht bei ihr Zuhause“), bis sie an den kritischen Wendepunkt gelangt war („den Haushalt versorgt, bis es nicht mehr ging“). Durch diese selbstkritische Evaluation kann der Arzt zuletzt einen tiefen Einblick in die *resignative* Erschöpfung (im Sinne von „giving up“) der Patientin nehmen, die dies zum Abschluss ihrer Erzählung in einer entsprechenden Geste auch nonverbal unterstreicht: Die Patientin lässt die Hände auseinander schwingen und dann kraftlos in den Schoß fallen, bevor sie sich schweigend zurücklehnt und ersichtlich eine Stellungnahme vom Arzt erwartet, der nunmehr ein dramatisches Bild vom aktuellen Lebensverlauf der Patientin vor Augen hat.

19.7.4 Medizinische versus lebensweltliche Stimme

Mit ihrer Erzählung („todschlecht“), die sich durch ein unerklärliches Erlebnis („ganz komisch im Kopf“ - „was ist dann jetzt los?“) auszeichnet, gibt die Patientin aus ihrer *lebensweltlichen* Perspektive zu erkennen, dass sie in ihrem anfangs formulierten Kampf gegen sich selbst (18

P: „ich geh ungeheuerlich gegen mich an“) nunmehr zu unterliegen scheint, wie sie dies in ihrer Schlussevaluation mit ihrer *Anti-Klimax* noch einmal nahelegt (38 P: „da bin ich gegen angegangen (...) bis es nicht mehr ging, ne“). Damit hat sie den Appell, wie er im Sinne von Brody (1994) mehr oder weniger direkt an ärztliche Helfer gerichtet werden kann („My story is broken, can you help me fix it“) (§ 9), an ihren Arzt auf sehr konkrete Weise adressiert.

Die Schlussevaluation am Ende der Erzählung wird von der Patientin mit einer sog. *tag-question* („ne“) ausgeleitet, mit der in der Bedeutung von „nicht wahr“ konventionell eine Stellungnahme vom Hörer markiert erheischt wird (Koerfer 1979), zu der dem Arzt nun das Wort („turn“) überlassen wird. Ihm allein obliegt es nunmehr, die kommunikative Gestalt der Erzählung als Hörer zu schließen, das heißt die kommunikative Herausforderung einer Stellungnahme zur erzählten Geschichte anzunehmen. Diese Herausforderung zur *Stellungnahme* ist eine grundsätzliche Eigenschaft kommunikativen Handelns (Habermas 1981, Koerfer 1994/2013), aber sie gilt gegenüber dem Patienten, der sich dem Arzt anvertraut, in besonderer Weise, und dies umso mehr im Anschluss an eine so dramatische Erzählung.

Desto mehr muss nun die reale Gesprächsfortsetzung des Arztes überraschen, der hier eine empathische Stellungnahme vermissen lässt. In Reaktion auf die von der Patientin zuletzt erzählte Geschichte samt Vorgeschichte wendet der Arzt hier als professioneller Zuhörer ein typisches Verfahren an, nämlich *patient's events* unmittelbar in *doctor's events* zu überführen (Labov, Fanshel 1977). Anstatt im Sinne von Mishler (1984) der *lebensweltlichen* Stimme der Patientin weiter Gehör zu verschaffen (§ 10.2), bringt der Arzt seine *medizinische* Stimme durch *strategisches* Handeln zur Geltung (§ 7.3), indem er einen radikalen Themenwechsel vornimmt, den er mit einem interaktivem Zugzwang für die Patientin beschließt: Nach einer kurzen Aufklärung und differenzialdiagnostischen Abklärung stellt der Arzt eine geschlossene Informationsfrage mit suggestiver Tendenz („ist das bei Ihnen nicht so?“), auf deren *biomedizinische* Thematik das weitere Patientenangebot erfolgreich getrickert wird.

B 19.43 „es gibt verschiedene Schwindelformen“		Kommentar
38	P (...) bis es nicht mehr ging, ne .	Erzählende
39	A jetzt gibt es ja verschiedene Schwindelformen . es gibt den Drehschwindel, es gibt einen	Medizinische Aufklärung

19. Anliegen anhören

		la:ge-abhängigen Schwindel, je nachdem wie man die Halswirbelsäule . äh .	„doctor’s events“
40	P	hm .	
41	A	wie man die. Halswirbelsäule bewegt bzw. in welcher Körperhaltung . man sich befindet . manche Leute bekommen den Schwindel, wenn sie sich nach vorne beugen, andere bekommen den Schwindel, wenn sie sich hinlegen . ist das bei Ihnen nicht so? .	Differenzialdiagnostische Abklärung Geschlossene Informationsfrage
42	P	wenn . beim /beim Liegen nicht . ich könnte nur liegen , ich könnte nur liegen und schlafen ...	Antwort + weitere Info

Die Problematik der *Relevanzrückstufung* der *lebensweltlichen* Stimme der Patientin, die sich durch ihre Erzählung Gehör zu verschaffen sucht, lässt sich methodisch durch die *Weglassprobe* aufzeigen, die hier wiederholt zur Anwendung kommt (§ 17, 19, 20, 25, 40). Tilgt man die Erzählung, dann würde die ärztliche Anschlussäußerung („jetzt gibt es ja verschiedene Schwindelformen ...“) auch zu einer beliebigen anderen vorausgegangenen oder nachfolgenden Gesprächsstelle passen, in der die Schwindel-Symptomatik eine bloße Erwähnung durch die Patientin finden würde. Jedenfalls erweist sich die Erzählung für die anschließende ärztliche Intervention als entbehrlich.

Um einem Missverständnis vorzubeugen: Die Aufklärung und differenzialdiagnostische Abklärung ist keineswegs überflüssig, aber an dieser Gesprächsstelle einer entwickelten biographisch-narrativen Anamneseerhebung mangelt es der ärztlichen Intervention an *Passgenauigkeit* (§ 3.2, 17.2-3). Gegenüber der vorangegangenen Erzählung ist die Intervention eine Fehlplatzierung. Die Erzählung wird zwar zuvor gut hervorgehoben (*elizitiert*), aber dann nicht mehr gemeinsam *weiterbearbeitet* und *evaluiert* (§ 9). Der dramatische, emotionale Gehalt der Patientenerzählung wird am Ende vom Arzt auf den bloßen propositionalen Gehalt: „Patientin hat Schwindel“ reduziert – oder anders: Die individuelle Krankengeschichte der Patientin wird vom Arzt nur bedingt für einen *biopsychosozialen* Ansatz (§ 4, 9) genutzt, sondern in eine *biomedizinisch* orientierte Krankheitssymptomatik überführt, womit der hier gerade erzielte Gewinn eines narrativen Ansatzes wieder verschenkt wird.

19.7.5 Partizipation und Lebensnarrativ

Unter dem Aspekt der Partizipation wird schon in der formalen Darstellung der Dialogrollenstruktur von Patientin und Arzt deutlich (Abb. 19.5), in welchem Umfang die Patientin überhaupt zu Wort kommt und wie sie den hohen Redeanteil (von 84%) für eine Reihe von längeren Redebeiträgen (> 160 Wörter) besonders in der Mitte des Gesprächs nutzen kann, nämlich als Erzählungen, die ihre früheren und aktuellen Sorgen und Nöte betreffen. Während im vorausgegangenen „Verhör“-Gespräch (§ 19.6) schon durch die Dialogrollenstruktur deutlich wurde, dass die Patientin bei einem Redeanteil von 49% und einem maximalen Redebeitrag von 28 Wörtern kaum erzählend zu Wort kommen kann, ist in diesem Gespräch die verbale Zurückhaltung des Arztes auffällig, der sich mit relativ kurzen Beiträgen auf einen Redeanteil von 16% zurücknimmt.

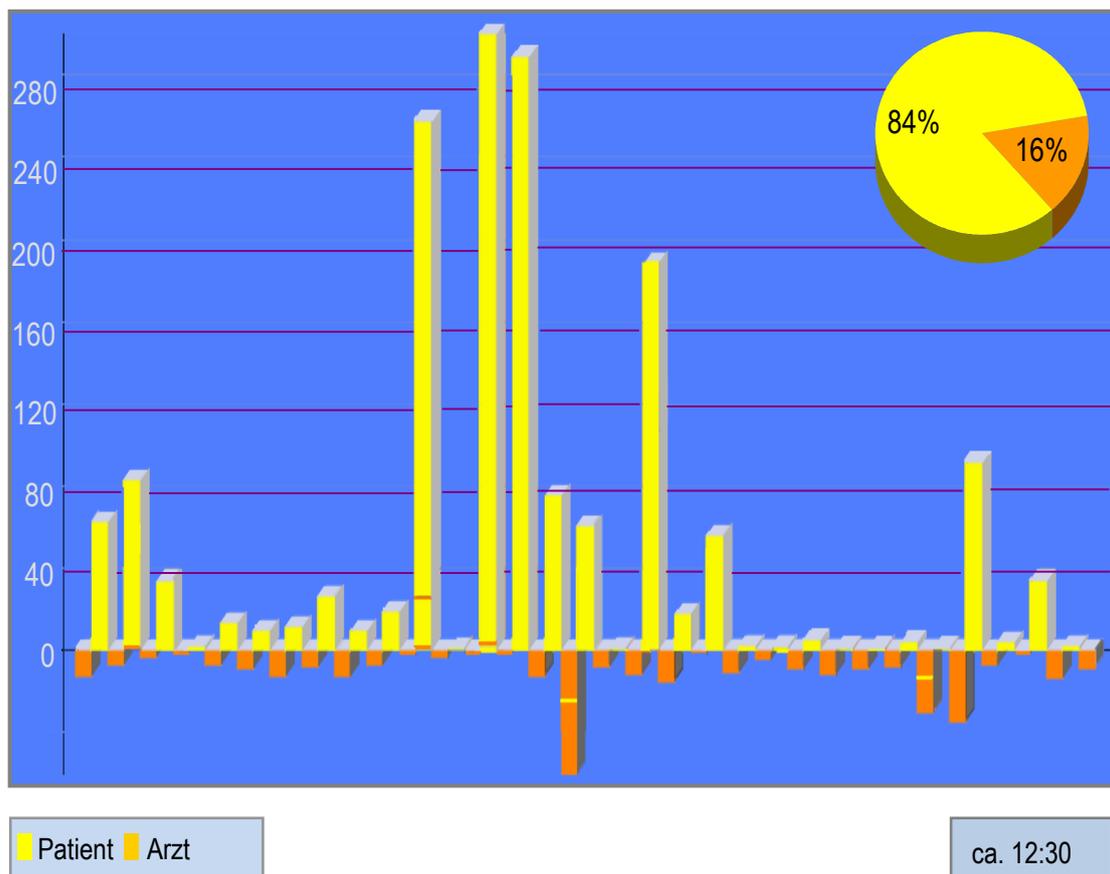


Abb. 19.5: Dialogrollenstruktur und Gesprächsanteile von Arzt und Patientin

19. Anliegen anhören

An dieser formal-dialogischen Zurückhaltung „gemessen“ kann sicherlich auch auf eine Zurückhaltung in der Ko-Konstruktion und Interpretation der narrativen Patientenangebote geschlossen werden, die dann „unterbelichtet“ erscheinen mögen. So reagiert der Arzt etwa im Anschluss an die letzte Erzählung („todschlecht“) mit einem mehr oder weniger radikalen Themenwechsel („verschiedene Schwindelformen“), anstatt eine Relevanzhochstufung des emotionalen und evaluativen Gehalts der Erzählung vorzunehmen, um diese mit der Patientin weiter zu bearbeiten usw.

Dennoch erweist sich der Arzt auch im weiteren Gesprächsverlauf als guter Zuhörer, der seine Patientin erzählen *lässt* (§ 9), so dass eine Reihe weiterer biopsychosozialer „Daten“ gesprächsweise zum Vorschein kommt. So erfährt der Arzt nicht nur von der langjährigen Rolle der Patientin als Ehefrau, die ihren Ehemann nach Schlaganfall betreut, sondern auch als Großmutter, die (nach ihrem O-Ton) ihr „mongoloides“ Enkelkind „großgezogen“ hat. Hier kommt durch geschicktes ärztliches Nachfragen erneut die *evaluative Vergleichsperspektive* ins Spiel, nach der die Patientin die Probleme in früheren Zeiten gut bewältigen konnte: „ich war sonst sehr . stabil (...) da bin ich mit fertig geworden . da war ich jünger“. Offenbar kann die Patientin auf diese Ressourcen gegenwärtig nicht mehr zurückgreifen, wie sie dies in ihrer jüngsten „Lebensgeschichte“ ausdrücklich „zur Sprache gebracht“ hat.

Kondensiert man die von der Patientin in einer einzigen Sprechstunde von ca. 12 Minuten erzählten Geschichten zu einem Lebensnarrativ, so lässt sich ein bestimmter *Evaluationstyp* erkennen, der *sozial-kulturellen* Mustern des Erzählens entspricht (§ 9). Danach können die Protagonisten von Erzählungen ganz verschieden als Helden, Abenteurer, Glückspilze, Opfer, Versager, Schuldige usw. dargestellt werden. Folgt man der allgemeinen Typologie von Gergen (1998) zur Evaluationsfunktion von Erzählungen, so lassen sich etwa progressive von *regressiven*, *tragische* von *komödienartigen* Erzählungen unterscheiden.

Wie vorausgehend schon ausgeführt (§ 9), können Erzählungen darüber hinaus anhand von kritischen Lebensereignissen auf der Zeitachse nach Ups (plus) und Downs (minus) ausdifferenziert werden, so dass sich die individuellen *Lebenskurven* von Patienten anhand ihrer konkreten Erzählungen als spezifische *Evaluationskurven* darstellen lassen (Gergen 1998, 2002, Koerfer et al. 2000, 2005, 2010, Köhle, Koerfer 2017). Im Falle der „Schwindel“-Patientin handelt es sich nach relativ *stabilen* Phasen um ein *regressives* Verlaufsmuster (Abb.19.6), das sich als Lebensnarrativ insgesamt in vier Phasen einteilen lässt. Diese Pha-

sen korrespondieren mit den vier wesentlichen Rollen, die Frau K. als Großmutter, Ehefrau, Mutter und schließlich Patientin wahrnimmt.

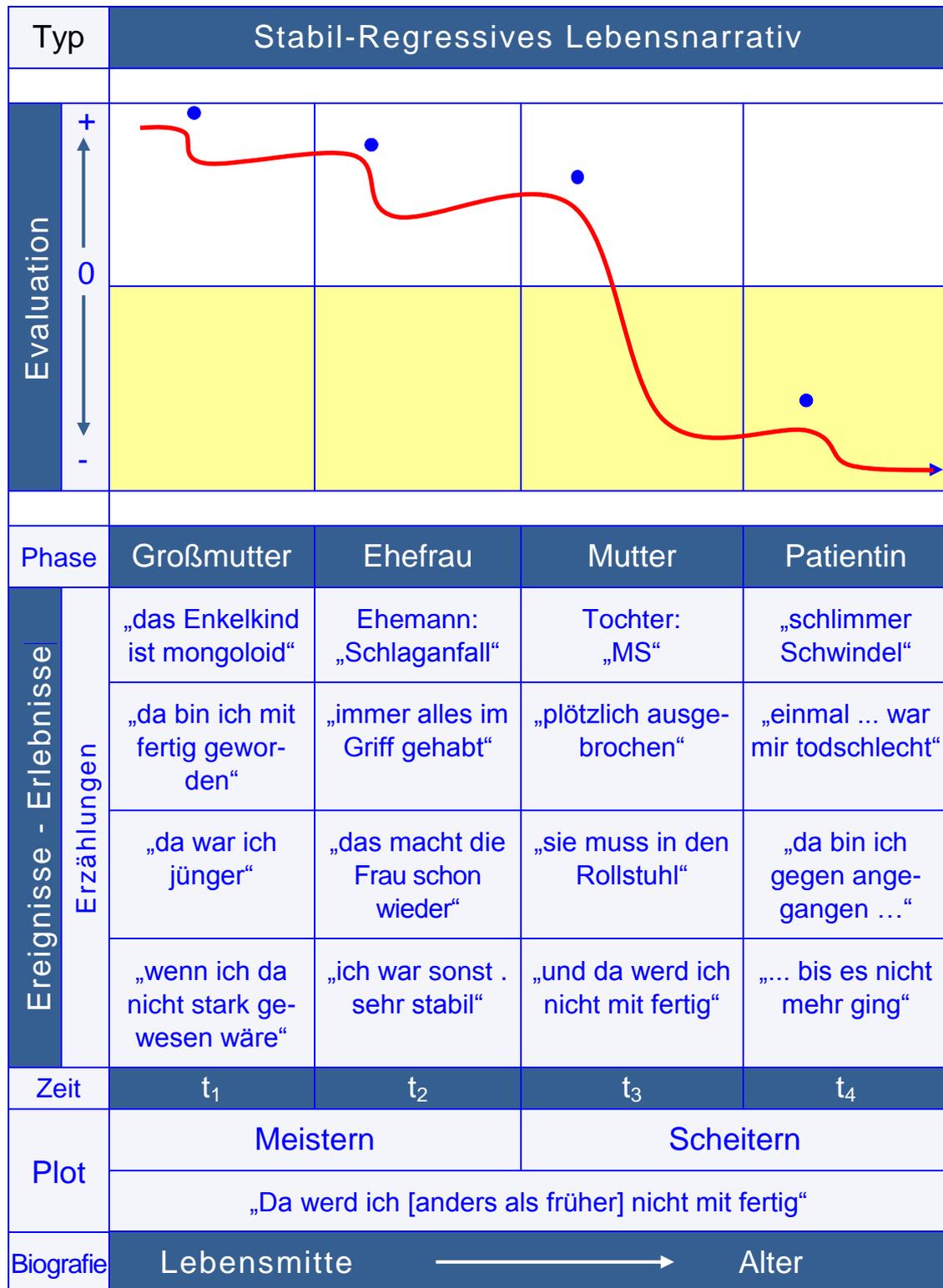


Abb. 19.6: Lebensnarrativ: „Bis es nicht mehr ging“

Nach Prozessen der *Meisterung* von kritischen Lebensereignissen (t_1)-(t_2) („mongoloides“ Enkelkind; „Schlaganfall“ des Ehemannes) zeichnet sich ein rapider Abwärtstrend ab, der sich über die schwere Erkrankung der Tochter (t_3) bis zur eigenen bedrohlichen Erkrankung (t_4) bei kurzfristigen Bewältigungsversuchen (t_{4a}) erstreckt. Mit dem endgültigen *Scheitern* (t_{4b}) („bis es nicht mehr ging, ne“) ist schließlich ein gravierender Konsultationsgrund gegeben, der nun in der *Sprechzeit* (t_5) der Sprechstunde zum komplexen Thema mit der *Betrachtzeit* (t_1)-(t_4) in verschiedenen Erzählsträngen entwickelt wird.

Gesprächsbilanz und Katamnese

Bei allen Mängeln der Gesprächsführung, die in der ungenügenden Weiterbearbeitung einzelner Erzählungen liegt, erweist sich der Arzt als guter Zuhörer, der seine Patientin genügend Erzählräume zur Verfügung stellt, die sie zur Darstellung ihrer Leiden, Nöte und Sorgen nutzen kann. In einer intensiven narrativen Selbst-Exploration kann die aktuelle *Identitätskrise* der Patientin, die in einem selbstkritischen Vergleich einen Wandel von einem stabilen zum regressiven Evaluationsmuster nachzeichnet, einer gemeinsamen Reflexion mit dem Arzt unterzogen werden. In der Schlussevaluation zum Gesprächsende, in dem der Arzt sich nach den Einstellungen auch des Ehemannes (P: „sitzt nur in der Ecke und weint“) und der Tochter selbst erkundigt (P: „sie ist sehr, sehr tapfer“), kommen beide Gesprächspartner darin überein, dass sich die Patientin zwar mit der Erkrankung der Tochter nicht „gut abfinden“, aber doch „arrangieren“ könne.

Trotz dieser schwierigen Perspektive hat die narrative Selbstausslegung der Patientin, die mit Hilfe des Arztes befördert wurde, seine Wirkung entfalten können. Offenbar hat das Gespräch mit dem Arzt über seine „Katharsisfunktion“ hinaus auch zur „Stabilisierung“ der Patientin selbst beigetragen. Die Katamnese legt nahe, dass die Patientin zu ihrer alten Stärke („eigentlich dürfte es nicht sein bei mir, ich war sonst . sehr stabil“) zurückfinden konnte. Jedenfalls gab Frau K. in einer Nachbefragung nach 7 Jahren an, seit dem Gespräch nie wieder unter Schwindel gelitten zu haben.

19.8 Erzählung „aus der Bahn geworfen“

Im folgenden Beispiel gelingt dem Arzt eine *biographisch-narrative* Anamneseerhebung, die sich über die Hervorlockung und Relevanzhochstufung von Patientenerzählungen bis zu ihrer gemeinsamen Weiterbearbeitung erstreckt (§ 9). Allerdings startet auch dieses Gespräch zunächst mit einem eher biomedizinischen Anliegen des Patienten, der wegen Magenbeschwerden „ambulant ne Endoskopie“ wünscht. Zum Verständnis dieses Anliegens, mit dem der Patient den Arzt zunächst eher in der Rolle eines reinen „Dienstleisters“ (§ 10.4) aufsucht, bedarf es einer Transformation zu einer kooperativen Beziehung, in der schließlich biopsychosoziale Themen besprochen werden, die insbesondere in einem Lebensnarrativ entwickelt werden, das den Patienten zum Beginn seiner langjährigen Leidensgeschichte zurückführt. Auch dieses Gespräch mit seiner Gesamtlänge von ca. 8 Minuten kann hier nur in Auszügen wiedergegeben werden, bei denen auf ausgewählte narrative Sequenzen fokussiert wird.

19.8.1 Beschwerdenschilderung und Anliegen

Nach der (hier ausgelassenen) Einleitungssequenz (Begrüßung usw.) nutzt der Patient die ärztliche Gesprächseröffnung (§ 19.2: Typ 2: „was liegt an?“) direkt für die Formulierung seines Anliegens („ambulant ne Endoskopie“), wobei er die Praxis in diesem Zusammenhang offenbar auf Empfehlung eines Arbeitskollegen aufsucht. Zur weiteren Begründung seines Anliegens beginnt der Patient dann mit der Darstellung seiner langjährigen Kranken- und Behandlungsgeschichte, für die er einen aufmerksamen Zuhörer findet, der sich allerdings zu Beginn zunächst auf kurze Hörerrückmeldungen (*hm, ja*) beschränkt.

B 19.44 „ambulant ne Endoskopie“ – „Magenschmerzen“

- 01 A ja, Herr B . was liegt an? .
02 P ja ich . bin . hier . gekommen, weil mein Kollege . [Name] . gesagt hat, dass sie äh . äh . so besondere Untersuchungsmethoden haben . unter anderem machen Sie ambulant ne Endoskopie und äh . stellen fest, dass . wie heißt das . Bakterien und so .

19. Anliegen anhören

- 03 A hm .
- 04 P en Zeug .
- 05 A hm .
- 06 P im Magen sind .
- 07 A hm . hm ...
- 08 P achtzig Prozent der Leute hätten das und so weiter .
- 09 A hm .
- 10 P und ich bin eigentlich schon immer in Behandlung gewesen wegen ... Magen .
- 11 A hm .
- 12 P aber nie so richtig mit dem Erfolg, dass ich sagen kann, et ist irgendwie weg . jetzt habe ich heute Morgen um vier Uhr . äh . wurde ich dann wach und hab denn Schmerzen ... und bisher habe ich die letzten zwanzig Jahre genommen [Medikamentenname-] . Beutel .
- 13 A hm . [nickt deutlich]
- 14 P dann genommen . wenn es dann, dann nach ner halben Stunde nich weg war, noch [Medikamenteneinnahme äh . Zäpfchen .
- 15 A ja .
- 16 P gegen die Schmerzen ... (3) ... und ... (3) ... ich denk . mal gucken, nit dass es doch was ist, was denn . mein bisheriger Arzt nich gefunden hat .
- 17 A hm . woran denken Sie denn, was-
- 18 P [ja ich weiß es nicht .
- 19 A [äh da übersehen worden sein könnte? .
- 20 P ich will Ihnen mal sagen .
- 21 A ja .
- 22 P ich hatte vor gut nem Jahr . wieder sowas, da tat's mir so furchtbar weh .
- 23 A hm .
- 24 P dann hat mich der Hausarzt (...) hat er gesagt, musste ins Krankenhaus gehen (...)

Die erste inhaltliche Intervention des Arztes, die schon früh auf die Exploration der *subjektiven Krankheitsvorstellungen* des Patienten abzielt (§ 21), wird von diesem zunächst mit der Bekundung seines Nicht-Wissens beantwortet, um dann über eine spezifische Phase seiner Krankengeschichte zu informieren, die bestenfalls zu einer provisorischen „Erklärung“ seiner anhaltenden „Leibschmerzen“ beitragen konnte: „ich hatte auch Gallensteine, ham se weggemacht, aber ich hab immer noch die Leibschmerzen (...) ich vermute, es hatte überhaupt nicht

mit der Galle zu tun“. Die so begonnene, inzwischen ca. 30jährige Kranken- und Behandlungsgeschichte wird im weiteren Gesprächsverlauf mit einzelnen Phasen und Stationen (Untersuchungen, Behandlungsmaßnahmen, OP, Medikamente usw.) bei zwischenzeitlichen Teilerfolgen fortgesetzt, ohne dass eine für den Patienten zufriedenstellende Besserung eingetreten wäre. Über die Frage der Besserung, die sich vor allem im Urlaub einstellt, kommt dann das Thema der beruflichen Situation ins Gespräch, bei dem der Patient zunächst sehr zurückhaltend antwortet, so dass der Arzt insistierend nachfragen muss, bevor es dann zu einem zentralen Lebensnarrativ kommt.

19.8.2 Schlüsselinterventionen und Gesprächswende

Während das Gespräch bisher auch in seinen narrativen Sequenzen spezifischen *biomedizinischen* Themenkomplexen verhaftet blieb, in denen es auf die verschiedenen Untersuchungs- und Behandlungsstadien (Medikamenten, Gallen-OP usw.) ankam, kommt es nun zu einer thematischen Wende, bei der es allerdings einer spezifischen Interventionsbatterie des Arztes bedarf, die der anschließenden Patientenerzählung vorausgeht. Wie auch in anderen Fällen aus unserem Gesprächskorpus gelingt die Transformation von einem rein *biomedizinischen* zu einem *biopsychosozialen* Modell (§ 4) oft nicht mit einer einzigen Schlüsselintervention, sondern nur im Kontext, in den einzelne oder mehrere Schlüsselinterventionen eingebettet sind, die ihre Wirkung zusammen mit anderen, vorbereitenden Interventionen in einem entwickelten Gespräch entfalten.

Insistierende Interventionen

Im vorliegenden Fall muss der Arzt dem *resistierenden*, weil zunächst recht *vagen* Antwortverhalten des Patienten, das mit Streeck (1995) als eine interaktive Form von *Widerstand* ausgelegt werden kann, mit einer *insistierenden* Interventionsbatterie von (Nach-)Fragen zur beruflichen Detailsploration begegnen, durch deren kumulative Wirkung er die dann nachfolgende Patientenerzählung erfolgreich „hervorlocken“ (*elizitieren*) kann (§ 9). Hier soll zunächst die „Voraussequenz“ als interaktive „Vorgeschichte“ der Erzählung wiedergegeben werden.

19. Anliegen anhören

B 19.45 „das macht keinen Spaß?“

- 01 A (hm) . was machen Sie denn beruflich? .
02 P ich bin Beamter bei der Stadt A .
03 A und was für'n Tätigkeitsbereich? .
04 P ich sitz im Büro rum .
05 A (ja) . das macht keinen Spaß? .
06 P tja . sagen wir mal so ... [lächelt] äh . ich bin eigentlich nicht der Typ des Beamten .
07 A hm . hm . sondern eher was/was (würden Sie sagen, was)
[leiser bis zum Verstummen] .

Durch die wiederholten Nachfragen des Arztes, mit der er die Vagheit der Antworten schrittweise zu überwinden sucht, wird der Patient ebenso schrittweise mehr oder weniger stark unter Zugzwang gesetzt, seine unspezifischen Informationen weiter zu spezifizieren. Der kumulative Effekt der ärztlichen Interventionen wird insbesondere durch die kommunikative Funktion der spezifischen, emotionsbezogenen Rückmeldung des Arztes („das macht keinen Spaß“?) gesteigert. Diese Intervention erweist sich im weiteren Gesprächsverlauf als *Schlüsselintervention*, mit der offenbar die *psychodynamisch* relevante *Erzählmotivation* des Patienten hinreichend freigesetzt werden kann, wie dies mit dem vom Patienten anschließend gewählten Typ von biographischer Erzählung deutlich wird (s.u.). Am Ende der vorausgehenden Sequenz jedenfalls ist dem Patienten im Sinne einer Erzähleinladung durch den Arzt eine besondere *Lizenz* für eine Erzählung erteilt, die er nach Form, Inhalt und Funktion weitgehend zu seiner freien Verfügung nutzen kann, wovon er dann ausgiebig (s.u.) Gebrauch macht.

Szenisches Verstehen und Rahmenwechsel

Der Arzt hat offenbar aus den Inhalten wie Formen der Antworten des Patienten auf dessen „Unlust“ bei der Berufsausübung schließen können. Die Art und Weise, wie der Patient seine berufliche Tätigkeit charakterisiert („ich sitz im Büro“) entspricht der Art und Weise, wie er dies gegenüber dem Arzt auch nonverbal zum Ausdruck bringt (Tonfall, Mimik, Körperhaltung). Dies ist Teil des *szenischen Verstehens* in der Sprechstunde (§ 9.2, 12, 20), in der sich das Alltagserleben von Patienten im Gespräch mit dem Arzt auch nonverbal offenbart. Der Arzt folgt

hier jedenfalls einer passenden Wahrnehmung und Intuition, wenn er diese spezifische Intervention nach Inhalt, Form und Funktion wählt („das macht keinen Spaß?“). Dass er mit dieser reflexiven und zugleich suggestiven Intervention ein für den Patienten relevantes Thema anspricht, zeigen dessen anschließende Reaktionen, was allgemein für die Passung von (Schlüssel-)Interventionen gilt; ihre Wirkung lässt sich im weiteren Gesprächsverlauf zumeist gut belegen, wie auch in diesem Fall.

Bevor wir darauf zurückkommen, ist der interaktive Erzählrahmen weiter zu beschreiben, in dem sich die Vorgeschichte der Erzählung als Prozess der Übergabe und Übernahme des spezifischen Rederechts darstellt. In Reaktion auf die Schlüsselintervention („das macht keinen Spaß?“) bietet der Patient zunächst eine *Selbstcharakterisierung* dessen an, was er „eigentlich“ nicht sei („ich bin eigentlich nicht der Typ des Beamten“), worauf der Arzt wiederum geschickt durch eine Nachfrage mit einer Gegensatzrelation reagiert, die außerordentlich ökonomisch ist („sondern ...?“). Offenbar zeigt die Intervention bereits nonverbal Wirkung, weil der Patient früh erkennbar die Bereitschaft zur Redeübernahme (*turn taking*) signalisiert, weswegen der Arzt sich entsprechend schon zurücknimmt. Beide Gesprächspartner konstituieren so den Erzählrahmen, bevor die Erzählung überhaupt beginnt. Dies wird deutlich, wenn Ton und Bild in ihrer Einheit und im Detail wahrgenommen werden.

Der Patient nimmt die Erzähleinladung bereits vor seiner Wortergreifung erkennbar an. Wie auch in diesem Fall, wird häufig in der nonverbalen Kommunikation ein *Rahmenwechsel* angezeigt, noch bevor dieser von den Gesprächsteilnehmern verbal ratifiziert wird (Goffman 1974, Scheflen 1976, Gumperz 1982). Im Einzelnen handelt es sich um vokale und visuelle Kommunikationsphänomene (Gestik, Mimik, Blickkontakt, Atmung, Körperhaltung usw.), die im Sinne der Regulation der Dialogrollen die formale *Gesprächsorganisation* zwischen Arzt und Patient betreffen (Duncan 1974, Argyle 1975) (§ 19.3). Arztseitig ist in dieser Gesprächssequenz zunächst die Zurücknahme der Lautstärke bis zur Unverständlichkeit und schließlich zum Verstummen auffällig: „sondern eher was/was (würden Sie sagen, was)“. Mit dieser Zurücknahme seiner Sprecherrolle signalisiert der Arzt, der offenbar die Bereitschaft des Patienten zur *Redeübernahme* antizipiert, seinerseits die Bereitschaft zur *Redeüberlassung* – ein Beispiel für eine gelungene kommunikative *Passung* im nonverbalen Modus der Gesprächsorganisation (§ 12, 17). Auch aus der externen Beobachterperspektive kann im Video die

patientenseitige Rederechtsübernahme als besonders bedeutungsvolle Einheit der Kommunikation wahrgenommen werden:

Der Patient atmet im Sinne des Luftholens für seinen nachfolgenden Redebeitrag hörbar und sichtbar ein, richtet den Oberkörper steil auf, lehnt sich zurück, drückt die gefalteten Hände nach außen, wendet den Kopf nach links und blickt „überlegend“ in eine „innere Ferne“, so als ob er von dort seine Geschichte abrufen könne. Insgesamt handelt es sich um deutliche Markierungen einer Positionsveränderung als *Kontextualisierungshinweise* auf einen Rahmenwechsel, den der Patient in Form der Patientenerzählung dann auch manifest vollzieht. Die Bedeutsamkeit dessen, was nun kommt, ist bereits vor dem ersten Wort hinreichend „angekündigt“ worden.

19.8.3 Der „Knacks“ nach „Prüfungsversagen“ als Skandalon

Wegen der Bedeutung auch des Blickkontakts während der (längeren) Rede und beim Sprecherwechsel haben wir in der folgenden Transkription der Patientenerzählung grob notiert, ob aus der Perspektive des Patienten Blickkontakt besteht oder eben nicht, soweit das aus der Rolle des externen Beobachters, der sich in den Sprecher und den ärztlichen Zuhörer und Zuschauer versetzt, zuverlässig möglich ist (mit „[+]“ bzw. „[-]“). Dabei soll vorweg auf das deutlich erkennbare Blickverhalten des Patienten aufmerksam gemacht werden, der sich zunächst mit abgewandtem Blick offensichtlich auf seine „innere“ Geschichte konzentriert, bevor er in der Mitte der Erzählung erstmalig wieder Blickkontakt mit dem Arzt aufnimmt. Wie schon in den vorausgegangenen Erzählanalysen, werden auch bei dieser Erzählung in der Kommentarspalte die wesentlichen Funktions- und Strukturelemente aufgeführt, wie sie zuvor anhand der *Normalform* von Erzählungen (§ 9) ausdifferenziert wurden.

B 19.46 „aus der Bahn geworfen“		Kommentar
01	A [lehnt sich bereits zurück, atmet hörbar ein, während A noch redet (s.o.), wendet den Blick erst mal länger ab] [-] ich hatte an‘ für sich was ganz anderes vor, das .. hat mal ... (4) irgendwo hat’s angefangen, ich hab darüber nachgedacht, sehn Se, man denkt ja über sowat nach, wie kommt sowat, wieso	Nonverbale + verbale Rahmung, Thema Orientierung (Anfang) Meta-Kommunikation

		(Sie mich so was fragen) . wahrscheinlich hab ich ... (3) ... irgendwo den ersten Knacks bekommen (4) ich wollte an' für sich Naturwissenschaften studieren, hatte/hab dat auch angefangen, hab aber dann im Vorexamen dann geschmissen [-] ..	Metapher (Leidensbeginn) Orientierung Komplikation, Skandalon
02	A	hm .	HS
03	P	das hat mich irgendwo etwas aus der ... Bahn geworfen ... [-]	Lebens-Metapher
04	A	hm .	HS
05	A	wollte an/wollte an' für sich Physik studieren, aber was ganz anderes ... und dann hab ich irgendwo [schüttelt den Kopf] in der Prüfung völlig versagt ... ich konnte also nichts mehr aus mir rausbringen [würgt und räuspert sich] ... wie dat denn [+] so ist [lächelt, Blickkontakt] ...	Subjektive Perspektive Skandalon Re-Inszenierung: Symptomwiederholung
06	P	hm .	HS
07	A	und dann hab ich mich nicht mehr getraut, noch mal anzufangen . und dann hab ich rumgehungen . wußte nicht, was ich machen sollte [+] .	Subjektive Perspektive Problem, Komplikation
08	P	hm .	HS
09	A	und hab dann kurz so mit links ne Verwaltungsgeschichte gemacht, hab mich zum Beamten ausbilden lassen, ohne mich da besonders bei [-] anzustrengen ...	Problem-„Lösung“ Pseudo-Sinn- Konzept
10	P	hm .	HS
11	A	und mach dat dann [+] jetzt mehr oder weniger so, weil's mir auch net Spaß macht, leider [anhaltender Blickkontakt] ...	Evaluation: Resignation, Coda Turn-Übergabe

Zunächst findet der Patient einen aufmerksamen Zuhörer, der sich während der Erzählung bei der Ausübung dieser Rolle auf minimale Hörrückmeldungen (5mal *hm*) beschränkt, um die Erzählung in Gang zu halten. Offenbar folgt der Arzt hier der schon herausgestellten *Super-Maxime*, im Zweifel den Patienten nicht zu unterbrechen, sondern ihm solange zuzuhören, bis dieser selbst erkennbar den Redewechsel signalisiert (§ 19.3). Dieser Zuhör-Maxime sollte insbesondere gefolgt werden, wenn der Patient beim Reden den Blick abwendet, was in der Regel ein

„(An-)Zeichen“ dafür ist, das der aktuelle Sprecher noch was „in petto haben“ wird.

Dies gilt im vorliegenden Fall für gut die erste Hälfte der Erzählung, deren Fortgang sich synchron durch eine anhaltende Unterbrechung des Blickkontaktes manifestiert, was wiederum auf eine spezifisch mentale Konzentration auf eine „innere“ Geschichte und den Erzählvorgang als *kommunikativen Prozess* in der Zeit verweist, die der Patient als beanspruchte *Erzählzeit* dem Arzt als Hörer „unübersehbar“ zu erkennen gibt. Auch nachdem der Patient im Anschluss an sein Räuspern eine kleine Zäsur macht, um sich in einer kurzen Pause im Sinne einer Kontaktfunktion durch Blickkontakt der ärztlichen Zuhörerschaft zu versichern, beschränkt sich der Arzt bloß auf eine kurze weitere Hörerrückmeldung (*hm*) und vermeidet so jede *Überstimulation* des Erzählvorgangs (§ 17.3). Ohne „Störung“ durch den Gesprächspartner kann der Patient über einen größeren Zeitraum (von 1.07 min = längster Redebeitrag des Gesprächs) (s.u.) seine Erzählung eigeninitiativ fortsetzen, bevor er zum Schluss seiner Erzählung, die er mit einer *tag-question* („ne“) ausleitet, den Arzt erwartungsvoll anschaut, der dann mit einer passenden Intervention (s.u.) reagiert.

Um die Passung der ärztlichen Intervention beurteilen zu können, ist die Erzählung selbst zu betrachten, auf die der Arzt am Ende zweifellos reagieren muss. Wenn man im verbalen Modus der Erzählung die vielen Fehlstarts, Neustarts, metakommunikativen Parenthesen, Redundanzen, Korrekturen und Reparaturen, die der Mündlichkeit dieser Kommunikationsform geschuldet sind, in der Rezeption bereinigt, dann treten die wesentlichen Funktions- und Strukturelemente von Erzählungen in ihrer *Normalform* hervor (§ 9), die wir (u.a. mit Labov, Waletzky 1973, Labov 2001) differenziert haben (s. Kommentarspalte). Insgesamt handelt es sich um eine *biographische* Erzählung, die im Wesentlichen eine *Erklärungsfunktion* im Modus der *Selbstausslegung* der persönlichen Erfahrung des Patienten in seiner weiteren Vergangenheit bis zur Gegenwart wahrnimmt. Möglicherweise wird diese dramatische Lebensgeschichte gegenüber dem Arzt als privilegiertem Zuhörer erstmals so erzählt, wie sie erzählt wird.

Das biographisch prägende *Skandalon*, mit dem der Erzähler sich selbst als *Versager* ausweist („in der Prüfung völlig versagt“), wird dem ärztlichen Zuhörer so drastisch zu Gehör gebracht, dass die Leidensperspektive des Patienten, die schon im Alter eines jungen Mannes ihren Anfang nahm, bis in die Gegenwart der aktuellen Erzählsituation der Sprechstunde nachwirkt. Während der Patient von seinem damali-

gen „Versagen“ erzählt, scheint seine Stimme in der aktuellen Sprechstunde *reinszenierend* zu versagen: „ich konnte also nichts mehr aus mir rausbringen [würgt, räuspert sich]“. Auch auf der verbalen Ebene imponiert die Erzählung durch die Lebendigkeit und Anschaulichkeit der Erzählsprache, die die sich durch den Gebrauch von einschlägigen *Metaphern* auszeichnet, mit der die subjektive Bedeutung des kritischen Lebensereignisses („Knacks“) für den Patienten erfasst werden soll.

19.8.4 Die Bedeutung „persönlicher“ Metaphern

Wie auch sonst in Erzählungen zeichnen sich auch Patientenerzählungen häufig durch den Gebrauch von spezifischen Metaphern aus, die für den Erzähler im Prozess des Erzählens die Funktion einer persönlichen Selbstverständigung übernehmen können. Die Relevanz von Metaphern für unser aller Alltagsleben kann nicht hoch genug eingeschätzt werden, wie uns dies Lakoff und Johnson (1980/98) (Box 19.7) in ihrer grundlegenden Arbeit („*Metaphors We Live By*“) theoretisch und empirisch vermittelt haben.

Box 19.7 Bedeutung der Metaphern für die Selbstverständigung

Genauso wie wir Metaphern ausfindig machen, um die Gemeinsamkeiten zu beleuchten und kohärent zu machen, die wir mit einem anderen Menschen teilen, so machen wir persönliche Metaphern ausfindig, um unsere Biographie, unsere Aktivitäten, unsere Träume, Hoffnungen und Ziele zu beleuchten und kohärent zu machen. In weiten Teilen ist der Versuch, das eigene Selbst zu verstehen, die Suche nach passenden persönlichen Metaphern, die unserem Leben einen Sinn verleihen. Um das eigene Selbst verstehen zu können, ist ein endloser Aushandlungsprozeß notwendig, in dem wir die Bedeutung finden, die unsere Erfahrungen für uns haben. In der psychotherapeutischen Behandlung besteht z.B. der Schritt des Verstehens des eigenen Selbst darin, daß der Klient sich bewußt macht, wie er unbewußt nach bestimmten Metaphern lebt und wie diese sein Leben bestimmen.

Lakoff, Johnson 1980/98: 266

Die Bedeutung der Metaphernanalyse für die Erforschung medizinischer und therapeutischer Kommunikation ist besonders von Buchholz (1996/2003, 2014) herausgearbeitet worden, der seinen spezifischen

19. Anliegen anhören

Ansatz der therapeutischen Metaphernarbeit auch in diesem Lehrbuch (§ 11) theoretisch und anhand von Beispielen konkret ausführt. Auch die Erzählanalyse ist wesentlich als Metaphernanalyse zu betreiben. Dabei ist einem möglichen Missverständnis vorzubeugen: Beim Gebrauch von Metaphern bleibt ihre allgemeine („objektive“) Bedeutung bestehen; sonst könnten wir uns weder in der Selbstausslegung, noch gegenüber anderen Gesprächspartnern (Angehörigen, Nachbarn, Ärzten usw.) verständlich machen. Aber der Gebrauch von Metaphern erfährt auch in der Sprechstunde eine besondere Ausprägung, auf die die *Kunst* des ärztlichen *Zuhörens* und *Verstehens* sensibel ausgerichtet sein sollte.

Dies lässt sich bereits an unserem Fallbeispiel aufzeigen, wenn man unter diesem Aspekt der Metaphern die Erzählung des Patienten beleuchtet, der (im Sinne von Lakoff und Johnson) seinem ganzen bisherigen Erwachsenenleben in wenigen für ihn *passenden persönlichen* Metaphern (wie „aus der Bahn geworfen“) *einen Sinn zu verleihen* sucht, was sich unter bestimmten Konzepten (GEFÄSS, KAMPF usw.) und einer jeweils *positiven* und *negativen* Polung („heil“ versus „verletzt“ usw.) (Tab. 19.3) ordnen lässt.

Konzept	Polung		Exemplar
	<i>Positiv</i>	<i>Negativ</i>	
GEFÄSS	Heil	Verletzt	„irgendwo den ersten Knacks bekommen“
KAMPF	Aufnehmen	Aufgeben	„(hin)geschmissen“ „nicht mehr getraut, nochmal anzufangen“
PFAD	Spurtreue	Entgleisung	„aus der Bahn geworfen“
KRAFT	Stärke	Schwäche	„mit links ne Verwaltungsgeschichte gemacht“ „ohne mich anzustrengen“

Tab. 19.3: Allgemeine Konzepte und persönliche Bedeutung von Metaphern

Die Wahl, Wiederholung und Variation von Metaphern ist eben nicht beliebig, sondern mit der persönlichen Erfahrung eng verknüpft, aus der sich ihre „subjektive“ Bedeutung speist. Der Patient begreift sich offenbar als „Gefäß“, wenn er über sich urteilt, einen „Knacks bekommen“ zu haben. Hört man genau hin, handelt es sich um den „ersten Knacks“, den er bekommen hat, was auf weitere, spätere Beschädigungen des „Gefäßes“ schließen lässt. Als Folgewirkung des „geschmissenen Vorexamens“ kommt hier dann die andere Metapher ins Spiel, mit dem der ganze Lebenslauf als „Entgleisung“ erfahren wird („aus der Bahn geworfen“). Wer derart von sich als Person redet, setzt Fantasien auch beim Hörer frei, wie denn das Leben des Patienten verlaufen wäre, wenn er nicht „aus der Bahn geworfen“ worden wäre, weil er sich etwa „getraut“ hätte, „noch mal anzufangen“ usw. Aus der faktischen Polung, die der Patient in seiner Erzählung vornimmt („verletzt“, „entgleisen“, „aufgeben“ usw.) lässt sich über die kontrafaktische Gegensatzrelation der heimliche *Selbstentwurf* des Patienten, der schließlich „was ganz anderes vor hatte“, bereits antizipieren, auf den wir im weiteren Gesprächsverlauf mit spezifischen Themenbeiträgen von Arzt und Patient zurückkommen werden.

19.8.5 Passung und Wirkung von Interventionen

In einer Zwischenbilanz soll die Aufmerksamkeit auf die *Passung* und nachhaltige *Wirkung* von ärztlichen Interventionen gelenkt werden, die sich im weiteren Gesprächsverlauf als *Schlüssel-Interventionen* erweisen können (§ 3, 17). Wie auch im vorliegenden Fall lässt sich die Wirkung der ärztlichen Intervention („das macht keinen Spaß“) zunächst schon am engeren Kontext erkennen, in dem die *Gestaltauslösung* und *Gestaltschließung* der Erzählung vermittelt werden.

Nach einer relativ langen Erzählung, die sich immerhin über eine Minute erstreckt, erfolgt die Gestaltschließung der Erzählung mit einer emotionalen *Evaluation* des Patienten („weil’s mir auch net Spaß macht, leider“), deren Thematik der Arzt zuvor mit seiner *Schlüsselintervention* vorausgehend gerade *eliziert* hatte („das macht keinen Spaß?“). So wird in der Interaktion zwischen Arzt und Patient ein Themenbogen mit einem Schlüsselsymbol („Spaß“) geschlagen (Abb. 19.7), der der Erzählung einen interaktiven Sinn verleiht, der von beiden Gesprächspartnern geteilt werden kann.

19. Anliegen anhören

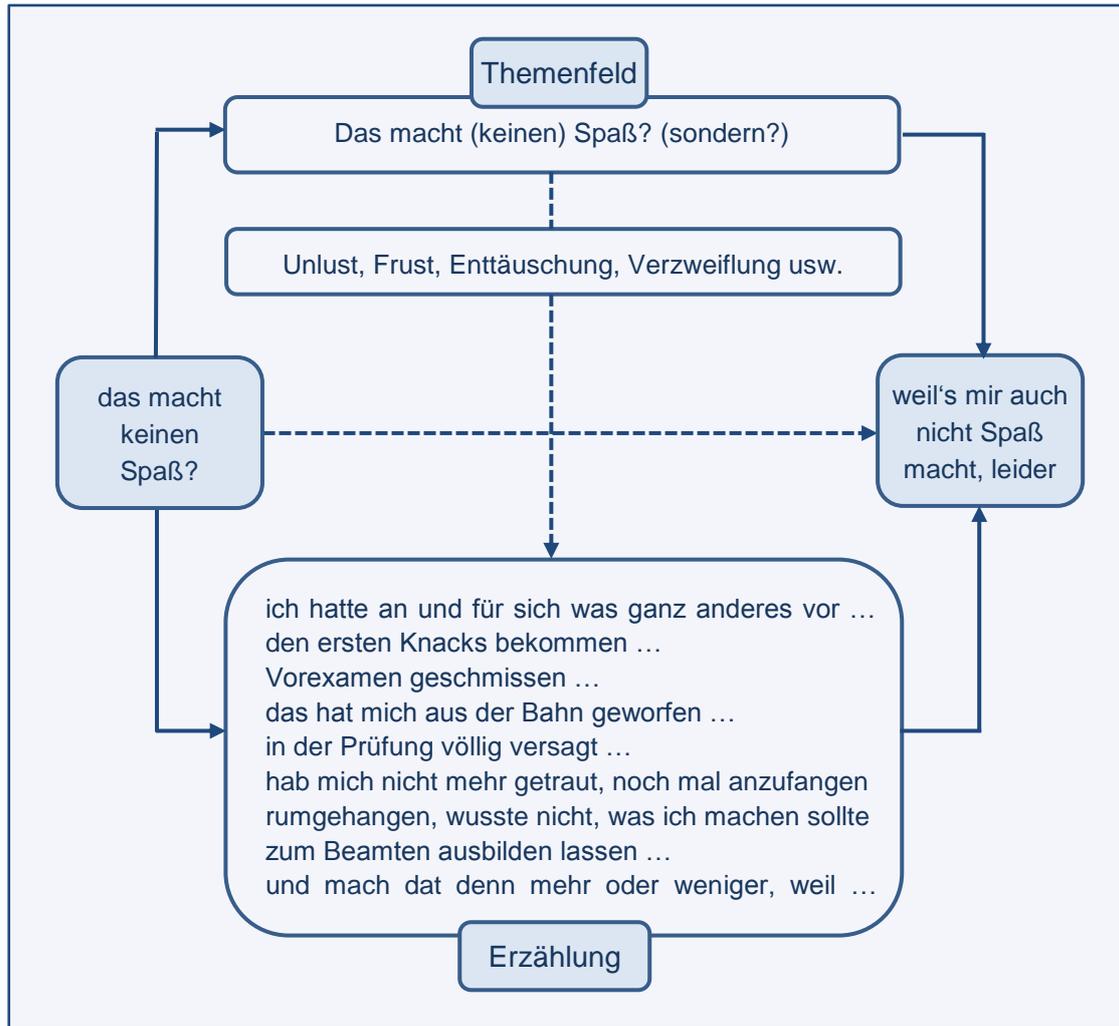


Abb. 19.7: Wirkung/Reichweite ärztlicher Interventionen

Der Themenbogen wird hier über das gesamte Themenfeld geschlagen, das mit einem solchen Schlüsselbegriff eröffnet wird, der in einer ärztlichen (verneinenden) Frageform eingeführt wird, so dass über die Gegensatzrelation ein ganzes *Bedeutungsspektrum* abgerufen werden kann (etwa: *kein Spaß* → *Unlust, Frust, Enttäuschung, Verzweiflung* usw.). Was immer die erste ärztliche Intervention („kein Spaß“?) in Kombination mit der zweiten Intervention („sondern ...“) beim Patienten unter einem psychodynamischen Aspekt im Einzelnen „auslösen“ mag, so reagiert er auf der Interaktionsebene schließlich mit einer dramatischen, stark emotionshaltigen *biographischen Erzählung* einer langjährigen *Leidensgeschichte*, die nach variantenreichen *Metaphern* des Versagens, Scheiterns, Leidens, Verzweifeln und Aufgebens (Tab. 19.3) in der *Schlussevaluation*, das heißt immerhin nach über 1 Minute Redezeit

durch eine Wiederaufnahme des fraglichen Begriffs („weil’s mir auch net *Spaß* (sic) macht“) gekennzeichnet ist.

Offenbar konnte der Patient die insistierenden Interventionen des Arztes als Erzähleinladung zu einem Thema nutzen, zu dem er seine langjährige Leidensgeschichte „am Stück zu Gehör bringen“ konnte, mit der er sich selbst und seinen Zuhörer mehr als 30 Jahre in die Vergangenheit zurückführt, um am Schluss seiner metaphernreichen Erzählung eine *direkte* Beantwortung der Arztfrage zu geben, deren Gültigkeit bis in die Gegenwart des aktuellen Berufslebens führt („mach dat dann *jetzt* (sic) mehr oder weniger so, weil ...“). Diese Problematik des Patienten, der gleichsam seit Jahrzehnten alltäglich ein „(Berufs-)Leben ohne Spaß“ zu *bewältigen* hat, wird dann zum Kern der weiteren Gesprächsarbeit zwischen Arzt und Patient.

Der evaluative Erzählabschluss des Patienten, der sein *Bedauern* über den Mangel an Spaß („leider“) verstärkt zum Ausdruck bringt („weil’s mir auch nicht Spaß macht, *leider*“), ist ein starker Beleg für die Wirksamkeit der sequentiellen Organisation über größere Diskurseinheiten in der Arzt-Patienten-Kommunikation hinweg, deren konditionelle Relevanzen der unmittelbaren Kontrolle der Interaktanten nicht immer voll zugänglich sein müssen (§ 9.4). So muss sich der Patient seiner *Wiederaufnahme* des vom Arzt zuvor eingeführten *Vokabulars* („Spaß“) nicht einmal bewusst sein. Der Arzt setzt bei seinem Gesprächspartner jedenfalls eine emotive Semantik (*Spaß* versus *kein Spaß* → *Unlust* usw.) in Kraft (Abb. 19.7), mit der die psychodynamisch relevante *Erzählmotivation* beim Patienten geweckt und die Erzählung mit einer entsprechenden *Legitimation* auch in dieser Länge detailliert ausgestaltet werden kann.

Die ärztliche Interventionen erfolgen hier im Vorfeld der Erzählung interaktiv vorausgehend und mental vorausschauend mit einer *Passgenauigkeit* (§ 3, 17), mit der der Arzt auf der Basis der Engelschen Triade (*observation, introspection, dialogue*) (§ 9.5) die Gefühlslage des Patienten treffsicher zu erreichen scheint. Diese Art der *Kunst der ärztlichen Gesprächsführung* (§ 17) wird nicht immer durchgängig erreicht, weil es entweder schon an der nötigen *Beobachtung* oder *Introspektion* des Arztes fehlt oder aber daran scheitert, dass er seine Einsichten im Dialog mit dem Patienten nicht angemessen umsetzen kann. Unter diesen Aspekten erweist sich auch die nachfolgende Intervention als passend, die der Arzt nun im Anschluss an die Patientenerzählung gibt.

Hat sich der Arzt schon im Vorfeld der Erzählung als guter Zuhörer erwiesen, so ist er auch im Nachfeld in der Lage, den emotionalen Ge-

19. Anliegen anhören

halt der Erzählung aufzunehmen und gemeinsam mit dem Patienten zu bearbeiten. Der Patient ist mit seinem expliziten Bedauern („leider“) ersichtlich ans Ende seiner Erzählung gelangt, an dem er auch den Arzt erwartungsvoll anschaut. Dieses Erzählende wird hier in der Transkription der Nachgeschichte nochmal aufgenommen, damit die unmittelbare Bezugnahme des Arztes nachvollzogen werden kann (B 19.47). Dabei wird die *Kunst* der ärztlichen Gesprächsführung erneut mit einer Intervention unter Beweis gestellt, die nach Form und Inhalt zugleich mehrere Funktionen erfüllt. Die Form der Intervention ist außerordentlich ökonomisch, indem der Arzt auf die letzte Äußerung des Patienten („weil‘ s keinen Spaß macht, leider“) unmittelbar mit einem konsekutiven Anschluss reagiert, der eine Art *joint sentence production* darstellt („ja, so dass Sie auch immer das Gefühl haben, sich unter Wert zu verkaufen, ne“). Durch die unmittelbare empathische Rückmeldung („Gefühl haben ...“) erfährt die Erzählung nicht nur eine Relevanzhochstufung, sondern wird dem Patienten eine Chance zur thematischen Weiterführung („... sich unter Wert zu verkaufen“) eröffnet, die er dann im Sinne einer Erzähleinladung zu einer weiteren Erzählung nutzen kann.

B 19.47 „eigentlich unter Wert verkaufen“ – „noch mal anfangen“

- 00 P [Ende der vorausgehenden Erzählung] (...) und mach dat dann jetzt mehr oder weniger so, weil’s mir auch net Spaß macht, leider ...
- 01 A ja, so dass Sie auch immer das Gefühl haben . sich eigentlich unter Wert zu verkaufen, ne? .
- 02 P das sowieso . ich würd am liebsten würd ich sagen ... ich würde /sagen wir mal so . ich kann’s mir finanziell leisten, sagen wir mal, nicht zu arbeiten, sagen wir so betrachtet .
- 03 A hm .
- 04 P ich würd‘ am liebsten au:fhören ... und würd vielleicht noch mal anfangen zu studieren, nur so aus Hobby, irgendwie ...
- 05 A hm .
- 06 P das wäre so vielleicht ne Idee von mir .
- 07 A hm.
- 08 P aber ob ich dat dann noch schaffe ... ich bin jetzt richtig och schon zu alt ... für zu studieren noch mal . nur so für mich so . ich mach so (...) [längere Fortsetzung] .

Die ärztliche Intervention nach Erzählung besticht nach Form, Inhalt und Funktion durch ihre *Passgenauigkeit* (§ 3, 17). Vom Arzt wird eine Stellungnahme abgegeben, zu der er den Patienten zugleich herausfordert. Die Herausforderung zur Stellungnahme wird durch die zustimmungserheischende Ausleitung der *tag-question* („ne“) und eine kurze Pause noch verstärkt, so dass nun wieder der Patient das Wort hat. Die *Passgenauigkeit* von ärztlichen Interventionen lässt sich im Allgemeinen direkt an der *Reaktion* der Patienten erkennen, wie auch in diesem Fall, in dem der Patient seinerseits mit einer stark markierten Affirmation reagiert („das sowieso“). Offenbar hat der Arzt hier gleichsam „stellvertretend“ für den Patienten, gegenüber dem er eine *Hebammenfunktion* bei der Verbalisierung wahrnimmt (§ 9), die *Schlussfolgerungen* gezogen, die dieser im Prinzip auch selbst hätte ziehen können (etwa in der Form: ‚so dass ich auch immer das Gefühl habe, mich unter Wert zu verkaufen‘). Obwohl diese Schlussfolgerung arztseitig bloß „nahegelegt“ wird, was eine wesentliche Funktion von Interventionen (eines bestimmten *interpretativen* Typs) sein kann (§ 20, 21), kann sich der Patient den Gehalt der ärztlichen Intervention faktisch ohne Einschränkung „zu Eigen machen“, wie die starke Zustimmung („das sowieso“) belegt.

Wie sehr der Arzt mit seiner Intervention inhaltlich die *Gefühlslage* seines Patienten *getroffen* hat, lässt sich nicht nur direkt an dieser starken Zustimmung „ablesen“, sondern auch an der weiteren Nutzung der Intervention als Erzähleinladung für eine *Wunscherzählung*, in der vom Patienten vorausgreifend eine alternative Lebensführung perspektiviert wird („am liebsten aufhören und ... noch mal anfangen ...“), die in weiteren Gesprächsverlauf wieder aufgenommen wird. Was hier noch im Konjunktiv als *Präferenz* und *Phantasie* formuliert wird („ich *würde* am liebsten aufhören“, „das *wäre* eine Idee von mir“), wird später als reale Perspektive in der weiteren Gesprächsarbeit zwischen Arzt und Patient vertieft (s.u.), in der beide Gesprächspartner für die zukünftige Lebensgestaltung des Patienten eine *Neu-Konstruktion* seiner Geschichte (*new story*) versuchen.

19.8.6 Partizipation und Lebensnarrativ

Wie aus den wenigen Gesprächsausschnitten bisher schon deutlich wurde, sind Arzt und Patient thematisch und interaktiv jeweils auf ihre spezifische Weise an der (*Re-*)*Konstruktion* der Patientengeschichte beteiligt. Analog zu den vorausgegangenen Gesprächsanalysen, bei denen

19. Anliegen anhören

es auf die Unterschiede zwischen *interrogativen* und *narrativen* Gesprächsstilen ankam (§ 19.6-7), soll das dort beschriebene und angewandte Verfahren zur Darstellung der *Dialogrollenstruktur* (Abb. 19.4-5) auch für dieses Gespräch genutzt werden (Abb. 19.8).⁹

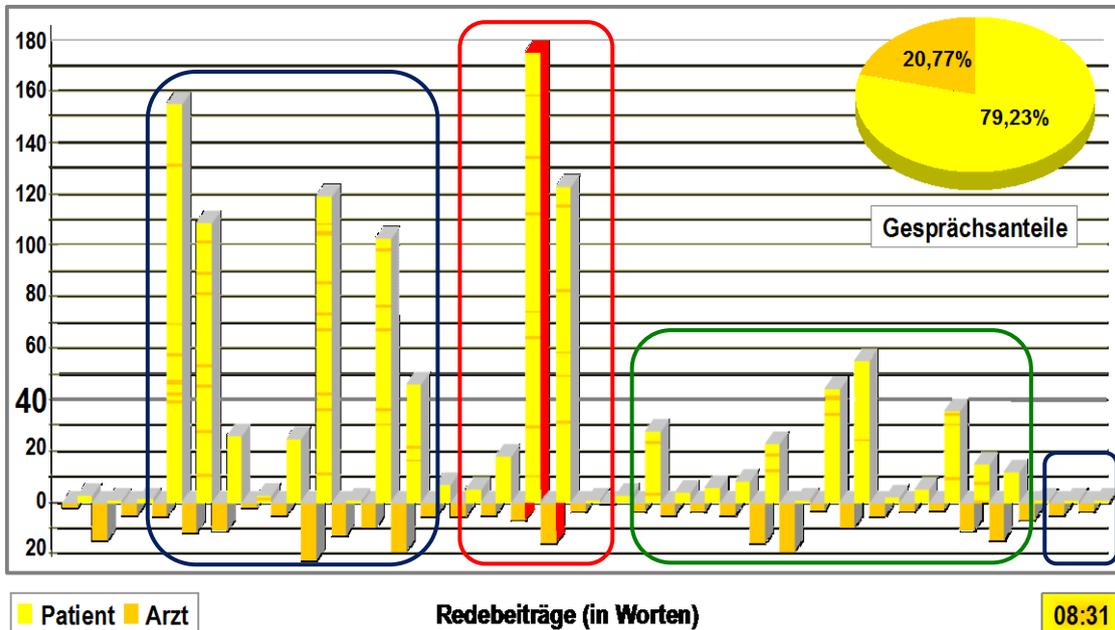


Abb. 19.8: Dialogrollen-Struktur von Arzt und Patient: Narrativer Interviewstil

Auch in diesem Gespräch hält sich der Arzt mit einem Redeanteil von 21% weitgehend zurück und überlässt dem Patienten über weite Strecken das Rederecht („am Stück“), das dieser zu einer Reihe von Erzählungen nutzt. Nach der (im obigen Transkript ausgelassenen) Begrüßungsszene und der anschließenden ärztlichen Frage nach seinem Anliegen („ja Herr B., was liegt an?“) hatte der Patient in längeren, teils narrativen Gesprächssequenzen seine komplexe Kranken- und Behandlungsgeschichte dargestellt, die sich wesentlich auf *biomedizinische* Themen beschränkte (blau umrandet), bevor es zur ausführlich be-

⁹ Zur Gewinnung und Auswertung der Dialogrollenstruktur sei nochmals auf die methodische Pointe bei dieser formalen Darstellung verwiesen (§ 17.3, bes. auch § 40.2), nach der bloße Rückmeldungen des Hörers in der Funktion von „auditor-back channel signals“ nicht als eigenständige Redebeiträge gezählt werden (Flader, Koerfer 1983). Diese Art von Hörerrückmeldungen (*hm, ja, okay* usw.) erlaubt nach Duncan (1974) eine „speaker-auditor interaction during speaking turns“, so dass der Sprecher in seiner Rede „as if uninterrupted“ fortfahren kann. Diese Art von Rückmeldungen sind hier als „Querstriche“ in den Säulen (Abb. 19.8) markiert.

schriebenen Gesprächswende mit einem *psychosozialen* Themenkomplex kommt (rot), der in eine *biopsychosoziale* Themenentwicklung des Gesprächs führt (grün). Zuletzt hatten wir auf den längsten Redebeitrag des Gesprächs fokussiert (> 160 Wörter) (=rot markierte Säule), in dem der Patient mit einer Redezeit von über einer Minute den Kern seiner Lebensgeschichte erzählt, deren starke (Selbst-) Evaluation zuletzt durch die Intervention des Arztes („unter Wert verkaufen“) (= 2. kurze rote Säule) gekonnt weitergeführt wurde.

Im Vergleich zur evaluativen Lebenskurve der „Schwindel“-Patientin (§ 19.7.5) nimmt die *biographische* Erzählung des „Magen“-Patienten (seit über 30 Jahren) einen anderen Verlauf mit einer anderen Evaluationsperspektive (Abb. 19.9).¹⁰ Die *regressive* Tendenz dominiert in der wesentlichen Zeit des Erwachsenenlebens, in der sich der Gesundheitszustand im subjektiven Erleben des Patienten nur in bestimmten kurzfristigen Phasen (im Urlaub, nach OP) gebessert hatte.

Nach einer *Klimax* zu Beginn des Studiums, dass eine vielversprechende Aussicht auf den gewünschten Beruf eines Physikers eröffnet, erfolgt der erwartungswidrige Absturz durch ein folgenschweres Prüfungsversagen (t_1), das den Patienten mit seinem Schicksal bis in die Gegenwart der Sprechstunde (t_5) auf selbstkritische Weise hadern lässt.

¹⁰ Zur Begründung und Anwendung der Methode, die individuellen *Lebenskurven* von Patienten anhand ihrer konkreten Erzählungen als spezifische *Evaluationskurven* darzustellen, sei auf vorausgehende und nachfolgende Kapitel (§ 9, 19.7, 19.8, 25.7, 44.5) und erneut auf die Literatur verwiesen (Gergen 1998, 2002, Koerfer et al. 2000, 2005, 2010, Köhle, Koerfer 2017).

19. Anliegen anhören

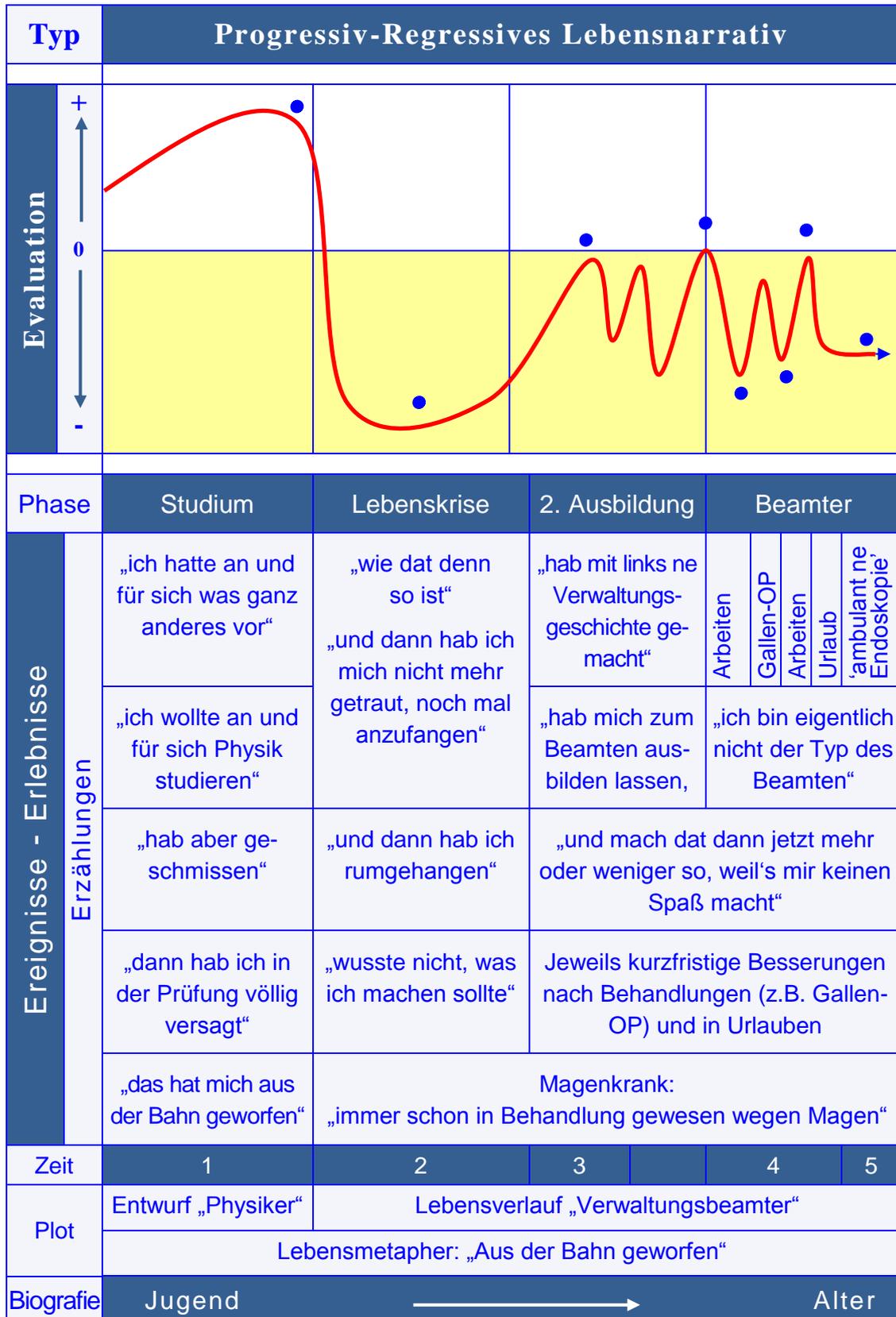


Abb. 19.9: Lebensnarrativ: „aus der Bahn geworfen“

Mit seiner Selbstevaluation, die einer Selbstanklage gleicht, lässt der Patient nach dem katastrophalen Tiefpunkt seiner existenziellen Identitätskrise (t₂) („hab ich mich nicht mehr getraut (...) rumgehungen, wusste nicht, was ich machen sollte“) und einer Kompromissbildung durch eine „Verwaltungsgeschichte“ (t₃) ein dauerhaftes Diskrepanzerleben erkennen, das bei einem ständigen Aufwärtsvergleich zwischen seiner Lebensrealität als Beamter (t₄) und seinem Lebensentwurf als Physiker (t₁) entsteht. Dieses Diskrepanzerleben manifestiert sich insbesondere in der Schlussevaluation seiner Erzählung, in der er sein Bedauern über den Mangel an Spaß bei der Arbeit („weil’s mir auch nicht Spaß macht, leider“) zum Ausdruck bringt.

Im Sinne eines Gesamtplots, der nach Ricoeur (1981: 167) Ereignisse zu einer *story* macht, kondensiert der Erzähler seine Leidensgeschichte mit einer lebensleitenden *Metapher*, nach der er sich seit dem Abbruch seines Studiums als „aus der Bahn geworfen“ erlebt. Dieses Erleben wird in der Erzählzeit der Sprechstunde gegenüber dem ärztlichen Zuhörer auf eine so dramatische Weise erzählt, dass der Appell an den Arzt als Helfer im Sinne von Brody (1994) überdeutlich wird („My story is broken, can you help me fix it“) (§ 9.2). Die „story“ des Patienten ist insofern „gebrochen“ und muss „repariert“ werden, als er die Karriere eines Naturwissenschaftlers durch Selbstverschulden für eine Laufbahn als Verwaltungsbeamter aufgeben musste, ohne diese bis in die Gegenwart anhaltende Diskrepanz zwischen seinem *Lebensentwurf* und seinem realen *Lebensverlauf* angemessen *bewältigen* zu können.

19.8.7 Evaluation und Neukonstruktion von Patientengeschichten

Das vorausgehende *Lebensnarrativ* des Patienten endete mit einer *Evaluation* („weil’s mir keinen Spaß macht, leider“), die vom Arzt eingeleitet („das macht keinen Spass?“) und weitergeführt worden war („so dass Sie das Gefühl haben, sich unter Wert zu verkaufen, ne“). Diese Thematik wurde vom Patienten als Erzähleinladung für eine *Wunscherzählung* angenommen, in der alternative Möglichkeiten seiner *präferierten* Lebensführung zumindest im Konjunktiv schon vorformuliert wurden („ich würd am liebsten aufhören und ...“). Mit diesen narrativen Gesprächsentwicklungen wurde eine mögliche *Neu-Konstruktion* der Patientengeschichte (*new story*) begonnen (Brody 1994, Matos et al. 2009), mit der die zukünftige Lebensgestaltung des Patienten perspektiviert wird.

19. Anliegen anhören

Während die alternative Lebensgestaltung in der Wunscherzählung schon wörtlich als „Idee“ manifest zu Tage tritt („Hobby“), kann diese Perspektive schon beim Lebensnarrativ ex negativo aus den Gegensatz-Relationen in der Metaphernanalyse der Erzählung antizipiert werden (§ 19.8.4). Der *emotionale* Gehalt beider (Typen von) Erzählungen war vorausgehend und nachfolgend jeweils vom Arzt in seinen Interventionen durch Perspektivenübernahme gleichsam *stellvertretend* für den Patienten „auf den Begriff gebracht“ worden („das macht keinen Spaß“ – „Gefühl, sich *eigentlich* (sic) unter Wert zu verkaufen“), was auf den produktiven Zirkel von *begrifflicher* und *narrativer* Gesprächsarbeit in der ärztlichen Sprechstunde verweist; und dies bereits in einem *Erstgespräch*, das hier erst wenige Minuten währt. Die Wende erfolgte schon an der Stelle, an der der Arzt dem Patienten aufmerksam zuhörte, als dieser sich als Person charakterisierte („ich bin *eigentlich* (sic) nicht der Typ des Beamten“) und der Arzt mit einer eleganten, weil sparsamen Frage nachhakte („sondern ...“). Auf dem Weg zu einer *Neukonstruktion* der Patientengeschichte ist das „Eigentliche“ immerhin schon nach wenigen Minuten das *Erzählenswerte* geworden (§ 9.2, 17.4, 19.4), das oft verborgen bleibt, weil es in der Sprechstunde nicht „erhört“ wird.

Das *Erzählenswerte* wäre nicht zu *Gehör gekommen*, wenn der Arzt sich frühzeitig auf die *biomedizinische* Anamneseerhebung beschränkt und die vom Patienten gewünschte *Untersuchung* alsbald vorbereitet hätte. Dass es anders gekommen ist, wurde vorausgehend ausführlich dargelegt und soll durch den weiteren Gesprächs- und Untersuchungsverlauf kurz resümiert werden.

Die bereits thematisierte Alternative einer anderen Lebensgestaltung des Patienten wird noch im weiteren Verlauf des Erstgesprächs wieder aufgenommen, in dem weitere (materielle) Bedingungen ihrer Realisierung ebenso geprüft werden wie die Dringlichkeit einer Veränderung. Nach einer kurzen Erweiterung der *psychosozialen* Anamnese (§ 20, 21), in der die Ehe, der Beruf der Ehefrau, Urlaube usw. thematisiert werden, lenkt der Arzt das Gespräch mit einer treffsicheren *Metaphorik* („auf den Magen schlagen“) erneut auf die Berufssituation, die er mit der Beschwerdenproblematik des Patienten direkt verbindet.

B 19.48 „auf den Magen schlagen“ - „net richtig gebraucht werden“

01 A hm . hm ... tja, aber die Arbeit scheint Ihnen ja tatsächlich auf den Magen zu schlagen, wa? .

02 P [amtet hörbar ein] ja . irgendwo dieses sss Gefühl [lächelt] net

- richtig gebraucht zu werden, finde ich .
- 03 A hm .
- 04 P das stört mich sowas .
- 05 A hm .
- 06 P nicht ausgelastet zu sein .
- 07 A hab'n auch nicht das Gefühl, dass die Arbeit, die sie leisten äh .
wertvoll ist für irgendeinen Zweck? .
- 08 P [schüttelt Kopf, lächelt] nein ich halte die Arbeit für unnötig .
[lacht] . ich halte (...) [längere Fortsetzung]

Mit der Metaphorik dieser weiteren Schlüsselintervention wird der biopsychosoziale Themenkomplex auf einen kurzen Nenner gebracht. Die Intervention entfaltet ihre Wirkung im Kontext der entwickelten Interaktionsgeschichte zwischen Arzt und Patient, in der die Metapher (*auf den Magen schlagen*) ihre spezifische Bedeutung erlangt (s.o.). Neben der „objektiven“ Bedeutung der Metapher wird im konkreten Kontext auch eine „subjektive“ Bedeutung für den Patienten gebunden, über die beide Partner inzwischen ein hinreichend geteiltes Wissen erworben haben, das die Metapher im „Hier und Jetzt“ der Sprechstunde so plausibel erscheinen lässt.

Über das allgemeine *Weltwissen* hinaus, das mit einer solchen Metapher abgerufen wird, speist sich das spezifische Verständnis der Metapher aus dem gemeinsamen Wissen der Gesprächspartner, dass es nicht irgendeine Arbeit ist, die dem Patienten „auf den Magen schlägt“, so etwa ein Arbeitsstress im Sinne einer *Überforderung*, sondern es ist die *Unterforderung* („nicht ausgelastet“), die dem Patienten zu schaffen macht: Eine Arbeit, die „keinen Spaß macht“ – so wissen wir alle – kann Unlust, Frust, Enttäuschungen usw. bis hin zur Beeinträchtigung des *Selbstwertgefühls* erzeugen, das hier arztseitig schon vorausgehend („Gefühl, sich unter Wert zu verkaufen“) und jetzt offenbar erneut stellvertretend für den Patienten mehr oder weniger deutlich „angesprochen“ wird, der entsprechend reagiert. Auch in dieser Gesprächssequenz erweist sich die *Passgenauigkeit* der ärztlichen Interventionen durch die direkte Rückmeldung des Patienten („ja, irgendwo das Gefühl, nicht gebraucht zu werden“), der sich mit seinem Leiden gegen Ende des Gesprächs offenbar voll *verstanden* und *angenommen* fühlt (§ 17.4, 20.5). Wie schon vorausgehend verlängert der Patient quasi die *Interpretationsangebote* des Arztes auch in dieser Gesprächssequenz, in der die eigene Arbeit eine starke Entwertung erfährt („unnötig“), die einer

19. Anliegen anhören

Selbstbewertung gleichkommt, was offenbar nur *lachend* auszuhalten ist.

In diesem Stadium der Gesprächsentwicklung, in dem bereits hinreichend geteiltes *Wissen* über die Kranken- und Leidensgeschichte des Patienten sowie seine aktuelle Lebenssituation gewonnen wurde, kann der Arzt sich der „materiellen“ Bedingungen versichern, die der Patient in seiner Wunscherzählung („ich würd am liebsten aufhören“) schon erwähnt hatte. Trotz ihrer bloß beiläufigen Erwähnung (oben B 19.49: „ich kann’s mir finanziell leisten, nicht zu arbeiten“) war dieser Hinweis (*cue*) des Patienten dem Arzt als gutem Zuhörer offenbar nicht entgangen, weswegen er jetzt ohne Umschweife darauf zurückgreifen kann, wenn er die Perspektive („nicht (mehr) zu arbeiten“) als Gegenstand einer „Überlegung“ anregt.

B 19.49 „überlegen Sie vielleicht mal“

- 01 A und finanziell könnten Sie sich’s eigentlich leisten, nicht zu arbeiten? .
- 02 P [nickt] .
- 03 A hm .
- 04 P joah, mit son’n bisschen Rückstellungen .
- 05 A hm .
- 06 P und so wenn man die Ansprüche reduziert .
- 07 A hm (4) überlegen Sie vielleicht mal .
- 08 P ja .
- 09 A ja . aber ich soll mal nach’m Magen gucken, ne? .

Nachdem die „materiellen“ Bedingungen für eine alternative Lebensperspektive geklärt erscheinen, schließt der Arzt eine *schwache* Aufforderung an, die trotz der Formulierung im Imperativ („überlegen Sie“) eher den Charakter einer *Empfehlung* zur Reflexion hat („überlegen Sie vielleicht mal“). Zwar bleibt das Thema des Aufhörens an dieser Gesprächsstelle implizit, aber im Kontext („könnten Sie sich’s eigentlich leisten, nicht zu arbeiten“) ist offenkundig, was genau einer weiteren Reflexion zu unterziehen ist. Damit ist zugleich eine Aufgabestellung für den Patienten bis zur nächsten Sprechstunde gegeben, die durch die Wiederaufnahme des Themas schon vorstrukturiert wäre.

Mit dieser Perspektive wird das Erstgespräch inhaltlich beendet und noch kurz über die anstehende Untersuchung gesprochen, die ja eingangs vom Patienten gewünscht („ambulant ne Endoskopie“) und zwi-

schenzeitlich im Gespräch erneuert und vereinbart worden war, wobei der Arzt allerdings weitere Fragen angekündigt hatte: „ja . okay . ja, können wir machen . nur n paar Frage hab ich noch“. Diese Fragen führten dann zu dem psychosozialen Thema der beruflichen Situation, woran sich durch weiteres Nachfragen die *biographische Erzählung* des Patienten und schließlich seine *Wunscherzählung* anschlossen.

In einem Folgegespräch nach der Untersuchung hat der Arzt dem Patienten zunächst mitgeteilt, dass sich keine krankhaften Befunde ergeben hätten, und dann nochmals die unbefriedigende Berufssituation zum Thema gemacht. Dabei wurde auch die Alternative des *Aufhörens* mit dem Patienten erneut besprochen, dessen Entscheidung in diese Richtung schon gereifter erschien. In einer katamnestischen Befragung berichtete der Patient später, dass er sich für eine Frühpensionierung entschieden habe und mit Freude seinen Hobbys nachgehe; seither seien keine „Magenbeschwerden“ mehr aufgetreten.

19.9 Weiterführende Hinweise

Wer stärker an den theoretischen Grundlagen einer *biographischen narrativen Anamneseerhebung* interessiert ist, sei auf das einschlägige Kapitel (§ 9) verwiesen. Dort war auch weiterführende Literatur zum Erzählen in der Arzt-Patient-Kommunikation angeführt worden. Bei allen Unterschieden im Detail handelte es sich bei den vorausgegangenen Erzählungen um „traditionelle“ Formen des Erzählens, die dadurch gekennzeichnet sind, dass die Patienten nach einer oder mehreren auslösenden Interventionen des Arztes schließlich mit ihrer Erzählung beginnen und diese relativ selbständig zu einem Abschluss führen. Die Erzählung wird erzählt, ohne dass der Arzt über eine *formale Kooperation* als Zuhörer hinaus an der Konstruktion der Erzählung weiter beteiligt wäre (Koerfer et. al. 2000, 2010, Koerfer, Köhle 2009). In diesen Fällen schließt sich erst nach dem Erzählende, das Patienten deutlich zu erkennen geben, eine ärztliche Intervention in der Funktion einer Redeübernahme an, mit der der Arzt eine Relevanzhochstufung oder -rückstufung vornimmt, so dass weitere Erzählungen auch gefördert oder aber gehemmt werden können, worin sich die ärztlichen Interventionen in den vorausgegangenen Gesprächen unterschieden. Gemeinsam war ihnen aber die relativ „autonomen“ Erzählungen, die trotz aller

unterstützenden Zuhöraktivitäten durch den Arzt dem Patienten als „Autor“ zugeschrieben werden kann.

Darüber hinaus gibt es in der ärztlichen Sprechstunde Formen *kooperativen Erzählens*, die sich durch eine gemeinsam geteilte Autorschaft auszeichnen, was zunächst den „traditionellen“ Formen des Erzählens im Alltag entgegenzustehen scheint (Koerfer et al. 2005, Koerfer, Köhle 2007, Köhle, Koerfer 2017).¹¹ In der Regel wird eine Erzählung als eine kommunikative Großform einem primären Sprecher als Autor zugeschrieben, auch wenn dieser auf mehr oder weniger aktive Hörerrückmeldungen eines aufmerksamen Hörers angewiesen ist, dessen Aufmerksamkeit dem Erzähler als Legitimation zum Weitererzählen dient. Zwar sind Erzählungen immer in eine laufende Interaktion eingebunden, in der sie ihre „dialogische“ Funktion wahrnehmen, aber sie selbst stellen eine Art „Monolog im Dialog“ dar. Von daher erscheint eine Auffassung von „Erzählen als Dialog“ zunächst als *Paradoxie*. Das Problem lässt sich jedoch lösen, wenn man das kommunikative Handeln von Arzt und Patient mit Brody (1994) als gemeinsame Konstruktionsleistung („joint construction of narrative“) versteht, an der die beiden Aktanten allerdings in unterschiedlicher Weise beteiligt sind, was in nachfolgenden Kapiteln (§ 20, 24, 25) an empirischen Beispielen aus der *Sprechstunde* und *Visite* herausgearbeitet werden soll.

¹¹ Zu vergleichenden Einzelanalysen von Erzählungen innerhalb und außerhalb von Institutionen sei exemplarisch auf die Sammelbände von Ehlich (1980) und Martinez (2017) verwiesen, spezifisch zur Erzählforschung im Gesundheitsbereich auf die Sammelbände von Hurwitz et al. (2004) und Greenhalgh, Hurwitz (2005). Natürlich können auch Witze oder Erzählungen (etwa vom gemeinsamen Urlaub) von zwei oder mehr Personen erzählt werden (Quasthoff 1980), wozu aber ein gemeinsames Wissen und Erleben des Erzählten als Voraussetzung gehört, die in der ärztlichen Sprechstunde gerade nicht erfüllt ist (§ 9) (Koerfer et al. 2000, 2005, 2010). Wenn wir nachfolgend grob zwischen eher „monologischen“ und eher „dialogischen“ Erzählformen unterscheiden, an deren Konstruktion beide Partner mehr oder weniger kooperativ beteiligt sind (Koerfer et al. 2005, Koerfer, Köhle 2007, Köhle, Koerfer 2017), sind fließende Übergänge mit Varianten und Mischformen nicht auszuschließen.

20 Emotionen zulassen

Armin Koerfer, Thomas Reimer, Christian Albus

20.1	Manual: Schritt 3: Emotionen zulassen	963
20.2	Defizite empathischer Kompetenz	966
20.2.1	Ärztliche Abwehr von Emotionen	
20.2.2	Ideal und Praxis der Empathie	
20.2.3	Rückgang von Empathie im Studium	
20.2.4	Herausforderungen empathischer Kompetenz	
20.3	Definitionen und Konzepte der Empathie	978
20.3.1	Empathie in Psychotherapie und Medizin	
20.3.2	Stufenmodell empathischer Kommunikation	
20.3.3	Barrieren und Grenzen der Empathie	
20.3.4	Empathie und Passung	
20.4	Relevanzaushandlungen von Emotionen	995
20.4.1	Themenchancen empathischer Kommunikation	
20.4.2	Empathie-in-Interaktion: Formulierungen	
20.4.3	Typologie empathischer (Non-)Responsivität	
20.4.4	Relevanzrückstufungen: Minimieren und Normalisieren	
20.4.5	Relevanzrückstufungen: Themenwechsel	
20.4.6	Relevanzhochstufungen und NURSE-Konzept	
20.5	Empathisch antworten	1025
20.5.1	Anerkennen von Belastungen und Bewältigungen	
20.5.2	Anbieten von Hilfe und Trost	
20.6	Emotionale Öffnung fördern	1036
20.6.1	Ansprechen	
20.6.2	Benennen	
20.6.3	Klären	
20.6.4	Interpretieren	
20.7	Der empathische Gesprächsbeginn	1051
20.7.1	Formulierung des Anliegens als Dienstleistung	
20.7.2	Wechsel des Beziehungsmodells: „Angst und Sorge“	
20.7.3	Aushandlung individueller Bedeutungen	

20. Emotionen zulassen

20.8	Die empathische Gesprächsentwicklung	1058
20.8.1	Empathische Anerkennung von Belastungen	
20.8.2	Spontaner Affekt: Weinen	
20.8.3	Maximenkonflikt und Stundenthema: „Kein leichtes Leben“	
20.9	Empathie beim kooperativen Erzählen	1067
20.9.1	Freuds Grundregelmitteilung in der Gesprächspraxis	
20.9.2	Biographisch-narrative Anamnese: „Unerwünscht“	
20.9.3	Reichweite von Interventionen	
20.9.4	Empathische Rückmeldung als (non)verbale Resonanz	
20.9.5	Interpretationen auf Basis thematischer Schlüsselsymbole	
20.10	Weiterführende Hinweise	1085

Clinical empathy is universally lauded. This interpersonal skill is an acknowledged essential component of professional competence. Patients desire it. Physicians who are empathic are more satisfied and have less burnout. Sincere empathy is recognized as a major constituent in the practice styles of excellent ‘healing’ clinicians. However, despite all these attributes, empathy in medicine may be hard to find.

Schattner 2012: 287

Abstract: Die Emotionen von Patienten werden selten eigeninitiativ offenbart, sondern müssen in einer empathischen Kommunikation vom Arzt oft mühsam „hervorgeholt“ werden. Wenn in einem weiteren, nunmehr dritten Schritt des Manuals die Patientenemotionen in den Gesprächsfokus gerückt werden (§ 20.1), soll damit keineswegs eine Reihenfolge oder gar Rangfolge nahegelegt werden. Vielmehr sind nach dem Motto: „Emotionen haben Vorrang!“ die emotionalen Themen dort aufzunehmen und weiter zu behandeln, wo sie von den Patienten im Gespräch verbal oder nonverbal „angeboten“ werden, auch wenn ihre Hinweise (*cues*) nur indirekt gegeben werden.

In einer Bestandsaufnahme sind die Defizite empathischer Kompetenz herauszuarbeiten (§ 20.2), wie sie trotz eines idealen Selbstverständnisses der medizinischen Profession sowohl für die ärztliche Gesprächspraxis als auch schon im Medizinstudium zu beklagen sind. Hier sind im laufenden Studium besondere didaktische Maßnahmen

gegen einen Rückgang der Empathie gerade bei Studierenden höherer Semester zu treffen, die sich in ihrer Ausbildung beizeiten auf die Herausforderungen an ihre empathische Kompetenz als (angehende) Ärztinnen und Ärzte einzustellen haben.

Bevor die verbalen Interventionen für eine empathische Kommunikation am Manual differenziert und an Ankerbeispielen erläutert werden können, sollen Definitionen und Konzepte der Empathie vorgestellt und erörtert werden, wie sie sich zunächst in der Psychotherapie und dann in der Medizin entwickelt haben (§ 20.3). Dabei soll das dreigliedrige Empathie-Konzept, das zwischen *kognitiven*, *affektiven* und *interaktiven* Aspekten unterscheidet, an einem *Stufenmodell* der empathischen Kommunikation ausdifferenziert werden, bei dem sowohl Paarsequenzen (benachbarter Äußerungen) als auch längerfristige Gesprächsentwicklungen berücksichtigt werden können. Schließlich sind die Barrieren und Grenzen der empathischen Kommunikation zu berücksichtigen, denen mit einer spezifischen *Passungskompetenz* Rechnung zu tragen ist, mit der ein „Spannungsbogen“ zwischen Arzt und Patient zwar „hergestellt“, aber nicht „überspannt“ werden darf.

Je nach ärztlicher Passungskompetenz können *Chancen zur empathischen Kommunikation* verkannt oder wahrgenommen, aber auch wieder verschenkt werden (§ 20.4). So wie sich das Relevanzproblem schon vorausgehend in der ärztlichen Sprechstunde allgemein stellte (§ 7, 17), sollen die alternativen Formen der Relevanzhochstufung und -Rückstufung von Emotionen in einer *Typologie* der empathischen (Non-) Responsivität zusammenfassend dargestellt werden, die die empirischen Gesprächsanalysen anleiten soll (§ 20.4.3). Wie im Detail an Ankerbeispielen zu differenzieren ist, können die spezifisch emotionalen Themenangebote des Patienten in der Relevanzaushandlung eine Rückstufung erfahren, weil etwa der Arzt die Emotionen zu *minimieren* oder zu *normalisieren* oder einfach zu *ignorieren* sucht, indem er mit einem Themenwechsel reagiert (§ 20.4.4-5). Im Falle von Relevanzhochstufungen, deren Typen wir kurz mit dem bekannten, international verbreiteten NURSE-Schema abgleichen (§ 20.4.6), kommen die spezifisch *empathischen* Interventionen zum Zuge, die unserem Manual folgend zunächst als *Anerkennung* von Belastungen und Bewältigen sowie *Anbieten* von Hilfe und Trost (§ 20.5) und dann als *Benennen*, *Ansprechen*, *Klären* und *Interpretieren* von Emotionen (§ 20.6) differenziert werden und jeweils anhand von Ankerbeispielen erläutert werden.

Als empirische Ankerbeispiele werden sowohl (kürzere, benachbarte) Paarsequenzen zwischen Patient und Arzt als auch längere Ge-

sprächspassagen berücksichtigt, bei denen komplexe Formen einer *Empathie-in-Interaktion* wirksam werden, die sich schon gleich zu Gesprächsbeginn (§ 20.7) oder im einem weiteren Gesprächsverlauf entwickeln kann (§ 20.8). An einem abschließenden Gesprächsbeispiel (§ 20.9) sollen verschiedene Aspekte der *empathischen* Kommunikation beim *kooperativen* Erzählen betrachtet werden, bei dem es vor allem auf die Förderung eines *assoziativen* Erzählflusses ankommt. Dabei ist die passende interaktive Umsetzung der *Assoziationsregel* (im Sinne der Freudschen *Grundregelmitteilung*) (§ 9.3) eine allererste Voraussetzung für ein *helfendes* Gespräch, in dem die emotiv-narrative (Selbst-) Exploration des Patienten gelingen kann.

20.1 Manual: Schritt 3: Emotionen zulassen

Nachdem die erste persönliche Beziehung zum Patienten hergestellt wurde (§ 18) und die wesentlichen Anliegen und Beschwerden hinreichend bekannt sind (§ 19), sollten die damit verbundenen Emotionen stärker in den Gesprächsfokus gerückt werden, wenn dies nicht schon vorausgehend geschehen ist. So sind Emotionen zumeist schon mit den Patientenerzählungen verknüpft, in der die persönlichen Erlebensperspektiven der Patienten mit ihren Befürchtungen, Hoffnungen, Wünschen usw. mehr oder weniger manifest zum Ausdruck gebracht wurden.

Während die einen Patienten zwar eigeninitiativ dazu in der Lage sind, ihre Emotionen ins Gespräch einzubringen, bedarf es bei anderen Patienten gewisser „Extra“-Einladungen des Arztes, der seine Patienten zu einer emotionalen Selbstexploration ermuntern muss, und dies gegebenenfalls wiederholt, bevor sie sich emotional öffnen können. Im 3. Schritt unseres Manuals sollen die typischen Interventionen differenziert und an exemplarischen Ankerbeispielen verdeutlicht werden, in denen die Emotionen der Patienten nicht nur passiv „zugelassen“, sondern durch die entsprechende ärztliche Gesprächsführung aktiv „herausgelockt“ (*elizitiert*) werden.

Gerade bei den Emotionen ist eine *flexible Anwendung* des Manuals gefragt, wie dies vorausgehend schon allgemein für die *Kunst der ärztlichen Gesprächsführung* begründet worden war (§ 17). Wenn die emotionale Öffnung des Patienten ein Schwerpunkt im 3. Schritt des Manuals ist, soll damit keineswegs eine Reihenfolge festgelegt werden. Vielmehr

gilt die Supermaxime: „Emotionen haben Vorrang!“ Da Emotionen ein „flüchtiges“ Phänomen sind, müssen sie dort „abgerufen“ und „weiterbearbeitet“ werden, wo sie im Gespräch entstehen, das heißt auch für den Arzt „sichtbar“ oder „hörbar“ werden. So kommt es vor, dass Patienten gleich zu Gesprächsbeginn ihren „Gefühlen freien Lauf lassen“, was eben aus ärztlicher Sicht nicht „auszubremsen“, sondern mindestens genauso ernsthaft zu „erhören“ ist wie körperliche Beschwerden-schilderungen. Die Grenzen zwischen „Schmerzen haben“ und „Schmerzen erleiden“ sind beim kommunikativen „Klagen über Schmerzen“ ohnehin fließend, zumal wenn die Schmerzen zur Beeinträchtigung beim täglichen Leben führen (Familie, Haushalt, Beruf, Hobby, Schlafen usw.). Entsprechend können ärztliche Fragen nach den Beeinträchtigungen im täglichen Leben, worauf wir noch gesondert in Schritt 4 des Manuals eingehen (§ 21), bei den Patienten erneut oder auch erstmals Versprachlichungen ihrer entsprechenden Gefühle auslösen.

Wie schon in den vorausgegangenen Manual-Schritten gilt auch beim dritten Schritt, dass wir uns im Evaluationsteil auf beobachtbares Gesprächsverhalten (3.3-3.4) beschränken, für das im idealen Fall ein Teil-Ergebnis von 8 Punkten von insgesamt 50 Punkten des Evaluationsbogens (KEK) (s. Anhang § 44.2) erreicht werden kann. Wie wir an Beispielen aber noch sehen werden, geschieht im Gespräch immer auch mehr als schließlich „zur Sprache kommt“. Studierende und Ärzte wissen aus eigener Gesprächserfahrung, dass in Gesprächen unterhalb der sprachlichen „Oberfläche“ noch „unterschwellig“ Emotionen mitwirken können, die teils von einem oder beiden Teilnehmern auch so wahrgenommen werden können, wie etwa „unterdrückter Ärger“. Aus ärztlicher Sicht sind es die Patienten, die „nerven“, „frustrieren“, „verärgern“ oder aber „anregen“, „erfreuen“ oder einfach „sympathisch“ sind. Als Beispiel sei an die Fallanalyse nach von Uexküll und Wesiack (2011) erinnert (§ 4), in der eine Patientin dem Arzt zunächst „unsympathisch“ erschien, bevor sich im Fortgang des Gesprächs ein Wandel in der ärztlichen Einstellung zur Patientin vollzog.

Natürlich finden nicht nur in der Psychotherapie, sondern in der ärztlichen Sprechstunde (und anderswo) fortlaufend Prozesse der *Übertragung* und *Gegenübertragung* statt, die nicht unmittelbar zur Sprache gebracht werden sollten und schon gar nicht unkontrolliert ausagiert werden dürfen. Allerdings können die wahrgenommenen Emotionen (von ego und alter) als Teil des Geschehens dem erfahrenen Arzt durchaus als Indikatoren zur *Beziehungsdiagnose* dienen (§ 3). Für die Selbstaufmerksamkeit haben wir deswegen die entsprechenden Emp-

20. Emotionen zulassen

fehlungen im Manual unter den Punkten 3.1, 3.2, 3.5 mitgeführt, die etwa auch in Prüfungen zur Gesprächsführung (OSCE) (§ 13, 41) zum Thema gemacht werden.

<small> Angewandte Linguistik Forensik Psychol. Klin. Psychoso- zialtherapie Psychosomatik Psy- chiatrische Psycho- logie </small>	<h3>3 Emotionen zulassen</h3>	5 2010
	Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)	<ol style="list-style-type: none"> 1 Emotionen beachten <ul style="list-style-type: none"> • Verbal (z.B. Metaphern) • Nonverbal (z.B. Gestik, Mimik) 2 In die Situation von P einfühlen <ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Bedeutungen erkennen • Hinweise auf „Heikles“ registrieren 3 Empathisch antworten <ul style="list-style-type: none"> • Belastung/Bewältigung anerkennen „Da haben Sie viel mitgemacht“ „Das haben Sie gut hingekriegt“ • Angemessen Hilfe und Trost anbieten „Ich kann Sie beruhigen, weil ...“ 4 Emotionale Öffnung fördern <ul style="list-style-type: none"> • Ansprechen „Nehm ich richtig wahr, ...“ • Benennen „Das macht Sie dann traurig“ • Klären „Wie fühlen Sie sich dann?“ • Interpretieren „Ihre Angst kommt von ...“ 5 Eigene Emotionen (Indikator) nutzen <ul style="list-style-type: none"> • Interesse, Besorgnis, Ängste etc. • Abneigung, Enttäuschung, Ärger etc.
1 1998	<h2>EVALUATION</h2>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 08

Abb. 20.1: Auszug (aus: Manual bzw. KEK): Schritt/Funktion 3: „Emotionen zulassen“

So können zwischen Prüfern, Studierenden und Simulationspatienten (SP) die Atmosphäre und Stimmung im Gespräch im Nachhinein und im Wechsel von Selbst- und Fremdbeobachtungen besprochen werden und dann Freude, Irritationen, Frustrationen und unterdrückte Wut zur Sprache kommen – letztere etwa, weil das stark fordernde Gesprächsverhalten, das zum Rollenbild des SP gehörte, wohl von diesem auch so authentisch gespielt worden war, dass die Empathie des rollenspielenden Arztes auch erheblich „strapaziert“ wurde.

Hier kommt in einer Prüfungssituation zum Tragen, was allgemein für die spätere Berufspraxis gilt, nämlich dass die ärztliche Empathie

gegenüber „schwierigen“ Patienten (§ 34) besonders herausgefordert wird. Wie wir an Beispielen noch im Detail sehen werden, können Patienten ihren Ärzten bei der empathischen Kommunikation mehr oder weniger entgegenkommen.

20.2 Defizite empathischer Kompetenz

Während die Emotionen von Patienten in einer Psychotherapie die ausgezeichneten „Konsultationsgründe“ sind, die eigens zu Tage gefördert werden sollen, werden sie in der ärztlichen Sprechstunde oft als „Störfaktoren“ angesehen, die eigens vermieden oder unterdrückt werden müssen, wenn sie denn doch entgegen allen Widerständen „zur Sprache kommen“ sollten. Diese „emotionswidrige“ Gesprächshaltung setzt sich nicht erst unter dem Alltagsstress der späteren ärztlichen Berufspraxis durch, sondern wird schon von den Studierenden eingenommen, bei denen ein Rückgang an Empathie noch während des Studiums festzustellen ist.

Wie in einer langen Forschungstradition vielfältig belegt wurde, sind die Defizite bei der ärztlichen Empathie schon in der medizinischen Ausbildung angelegt und setzen sich in der Berufspraxis fort, so dass sich dort wiederum kaum akademische und ärztliche Lehrer als Vorbilder finden lassen (Putnam et al. 1988, Butow et al. 2002, Hojat et al. 2004, 2009, Neumann et al. 2011, Seitz et al. 2017). Offenbar ist die Fixierung auf *biomedizinische* Themen in der Ausbildung und Berufspraxis gleichermaßen so dominant, dass die empathische Kommunikation dann eher ein randständiges Phänomen bleibt, das bestenfalls bei besonders dramatischen Krankheitsbelastungen (wie etwa in der Onkologie, Palliativmedizin) (§ 16, 38) berücksichtigt wird. Wir beginnen mit der Darstellung der Defizite in der ärztlichen Berufspraxis, von der aus sich auch der Rückgang der Empathie schon im Medizin-Studium erklären lässt.

20.2.1 Ärztliche Abwehr von Emotionen

Im ärztlichen Praxisalltag wird oft nach dem Motto gehandelt: „Krankheiten ja, Emotionen nein!“ Nach dem traditionellen biomedizinischen Verständnis bleibt die Anamneseerhebung oft auf weitere psychosoziale

„Daten“ als bloße „Fakten“ wie Familienstand, Ausbildung, Beruf usw. beschränkt. Der mit dem Paradigmenwechsel zur *biopsychosozialen* Medizin (§ 4) verbundene Einstellungswechsel bei der Gesprächsführung fällt vielen Ärztinnen und Ärzten noch schwer, weil sie aufgrund der traditionellen Ausbildung auf „rein“ biomedizinisch relevante Patientenangebote fokussiert bleiben mögen.

Der empathische Umgang mit weitergehenden Patientenangeboten, die sich auf Emotionen der Patienten beziehen, wird häufig als Belastung empfunden, wie dies schon von Zinn (1993) früh formuliert wurde: „empathy might seem like a burden for the busy clinician“ (1993: 307). Die Emotionen der Patienten, ihre mit der Erkrankung verbundenen Sorgen, Ängste, Trauer, Hoffnungen und Befürchtungen, werden ebenso wenig dem originären Zuständigkeitsbereich ärztlichen Handelns zugerechnet wie die lebensweltlich relevanten Themen (Familie, Beruf), sofern die damit verbundenen Emotionen (Depression, Aggression) die Beziehung zum Arzt selbst belasten können. Weil Emotionen eher per „Überweisung“ an einen Spezialisten für Psychotherapie „delegiert“ werden, können sie offenbar in der eigenen Gesprächspraxis aus scheinbar „guten Gründen“ abgewehrt werden.

Solche Erfahrungen konnten wir regelmäßig auch in der Fortbildung zur *psychosomatischen Grundversorgung* (§ 15) machen, in der es gerade zu Beginn der Gruppen-Teilnahme von den Gruppenmitgliedern bei den Fallbesprechungen immer wieder zu spontanen Stellungnahmen kam, die auf eine prinzipielle Abwehrhaltung gegenüber einer „Emotionalisierung“ der ärztlichen Sprechstunde schließen lassen. Ohne Anspruch auf eine Systematik sollen hier in Auswahl und exemplarisch folgende prototypische Stellungnahmen angeführt werden (Box 20.1), die so oder so ähnlich in zahlreichen Varianten zur Rechtfertigung eines reduktionistischen Zugangs zum Patienten und Umgangs mit seinen Emotionen spontan in den Fallbesprechungen vorgebracht wurden.

Box 20.1 „Emotionale Themen rausfiltern“

1. Zuerst die Fakten sammeln, dann das Emotionale ansprechen.
2. Lieber auf der sachlichen Ebene bleiben, da hat man sicheres Terrain.
3. Man hat Angst, bei der Patientin nachzufassen. Das würde die nicht aushalten und ich schon gar nicht.
4. Sonst begibt man sich bei der Patientin auf Glatteis.
5. Man muss die emotionalen Themen rausfiltern.

6. Lieber mit beiden Beinen in der Materie stehen, alles andere macht doch oft selbst Angst.

Koerfer et al. 2004: 244

Diese spontanen, selbstexplorativen Stellungnahmen der Gruppenmitglieder zur eigenen ärztlichen Gesprächspraxis illustrieren zunächst das Spektrum der typischen Einstellungen und ihrer Begründungen zur Abwehr von Emotionen, die bei den betroffenen Ärzten selbst „Angst“ (3, 6) oder zumindest „Unsicherheit“ (2, 4) auslösen. Entsprechend sollen Emotionen, wenn sie den eigenen Präferenzen nach schon nicht *vermieden* (2, 6) werden können, so doch möglichst wieder *aussortiert* (5) oder in einer Relevanzhierarchie *nachrangig* (1) behandelt werden. Die wenigen ausgewählten Beispiele machen angesichts der von den Ärztinnen und Ärzten befürchteten *Risiken* (2, 3, 4, 6) bereits die Schwierigkeiten deutlich, in der Aus- und Fortbildungspraxis eine empathische Gesprächshaltung zu fördern, mit der Emotionen nicht nur im Sinne einer Duldung *passiv* hingenommen, sondern beim Patienten *aktiv* hervorgerufen (*eliziert*) und in der weiteren Gesprächsarbeit zu *diagnostischen* und *therapeutischen* Zwecken produktiv genutzt werden.

Eine solche weiterführende Zielsetzung bedarf aber einer Einstellungsänderung von Ärztinnen und Ärzten, die ihre Abwehr von Emotionen offenbar immer noch mit einer negativen „Kosten-Nutzen-Bilanz“ zu begründen suchen, nach der sich die Einlassung auf Patientengefühle weiterhin als ein unkalkulierbares Risiko darstellt. Die bloße Orientierung am Ideal eines „guten“ Arztes, der vor allem über eine empathische Kompetenz verfügt, reicht offenbar nicht aus, um die vorherrschenden Einstellungen, die bestenfalls zu handlungsleitenden Kompromissbildungen wie in der ärztlichen Stellungnahme (1) führen, in der beruflichen Praxis zu überwinden.

20.2.2 Ideal und Praxis der Empathie

Nach dem idealen Selbstverständnis der ärztlichen Profession wird der *empathischen Kompetenz*, die nach Begriff und Konzept noch ausführlich beschrieben werden soll (§ 20.3), zumeist eine herausragende Funktion für das ärztliche Handeln insgesamt zugeschrieben, auch oder gerade im Verhältnis zu anderen ärztlichen Kompetenzen. Dies lässt sich durch inhaltsanalytische Untersuchungen belegen, denen Inter-

views mit akademischen Professionsvertretern verschiedener Fächer der Medizin zu der Frage „Wann ist ein Arzt ein guter Arzt“ zugrunde lagen (§ 6). Nach der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviews rangiert die *empathische Kompetenz* zugleich mit der *Fachkompetenz* auf dem ersten Platz, weit vor anderen Kompetenzen bzw. Eigenschaften des *guten Arztes* (*Handlungskompetenz, Reflexivität, Kooperativität, Lernbereitschaft* usw.) (Herzig et al. 2006). Danach ist die empathische Kompetenz zweifellos als *Schlüsselkompetenz* (§ 6) beim ärztlichen Handeln anzusehen.

Ebenso wie bei den akademischen Professionsvertretern ergeben sich sowohl bei Patienten als auch bei Studierenden und Ärzten zunächst relativ einheitliche Präferenz-Profile, die in Richtung auf ein Ideal empathischer Kommunikation verweisen, dessen Umsetzung in der Praxis aber zu wünschen übrig lässt. Zwar wird der empathischen Kompetenz allgemein eine Vorrangstellung eingeräumt, zugleich werden aber auch die Barrieren in der Ausbildungs- und Gesprächspraxis deutlich, in der es sogar zu einem Rückgang von Empathie kommen kann (Hojat et al. 2004, 2009, Pedersen 2010, Neumann et al. 2010, 2011, Derksen et al. 2015, 2016, Seitz et al. 2017). Wie viele Interventions- und Evaluationsstudien belegen, bleibt die Vermittlung von Empathie als Teil der kommunikativen Kompetenz weiterhin eine große Herausforderung.

Bereits in einer frühen Interventionsstudie berichten Putnam et al. (1988) zunächst überzeugend von spezifischen Erfolgen in der Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten der von ihnen fortgebildeten Assistenzärzte (*residents*). Die Autoren beschreiben dann aber deren Schwierigkeiten im kommunikativen Umgang mit *Emotionen* (Box 20.2), an dem sich letztlich die Grenzen einer patientenzentrierten Medizin erweisen, weil die Patienten bei der Offenlegung ihrer psychosozialen Probleme mit dem Widerstand ihrer Ärzte rechnen müssen.

Box 20.2 „Handhabung“ von emotionsgeladenen Themen

Most of the time, the residents expressed great discomfort at allowing patients to talk about their illness in their own words because they were afraid patients would bring up emotionally charged issues which they could not handle (..) it became clear that the real reason residents were reluctant to let patients reveal their psychosocial problems was that they felt that they should “do something” to solve them.

Putnam et al. 1988: 44f

Wie Putnam et al. (1988) weiter ausführen, gehen die Assistenzärzte von der falschen Vorstellung aus, die Patienten selbst würden von ihnen eine praktische Lösung der Probleme erwarten. Dagegen erwarten die Patienten zunächst nicht mehr als einen aufmerksamen Zuhörer, bei dem sie allerdings ihren Emotionen freien Lauf lassen können, ohne hierbei Rücksicht auf die Belastbarkeit ihres ärztlichen Gesprächspartners nehmen zu müssen. Vielmehr sollten die Ärzte die Emotionen ihrer Patienten nicht nur „widerstandslos“ aushalten können, sondern ihre Offenlegung aktiv fördern

Das Problem der „Handhabung“ von *emotionsgeladenen* Themen haben allerdings nicht nur Berufsanfänger (Novizen), wie hier die Assistenzärzte (residents) in der Inneren Medizin, sondern das Problem erstreckt sich quer durch alle allgemein- und fachärztlichen Bereiche bis hin zu spezialisierten Versorgungseinrichtungen, in denen Experten über langjährige, einschlägige Berufserfahrung verfügen, wie etwa in onkologischen oder palliativmedizinischen Bereichen. Gerade in diesen sensiblen Handlungsfeldern wird eine spezifische Kompetenz im Umgang mit den Emotionen von besonders hilfsbedürftigen Patienten verlangt (Buckman, Kason 1994, Kappauf 2001, Butow et al. 2002, Köhle et al. 2010, Philip, Kissane 2011, Köhle 2017, Obliers, Köhle 2017) (§ 16, 38). Trotz dieser besonderen Anforderungen an einen empathischen Arzt konstatieren Butow et al. (2002) (Box 20.3) in ihrem Resümee zum Stand der Forschung sowie eigenen empirischen Studien zur onkologischen Versorgung ebenfalls eine erhebliche Diskrepanz in den kommunikativen Fähigkeiten von Ärzten gegenüber unterschiedlichen Bedürfnissen von Patienten, sowohl *informative* als auch *emotionale* Unterstützung zu bekommen.

Box 20.3 Informative versus emotionale Unterstützung

In conclusion, this research supported earlier findings suggesting that oncologists may be effective in acknowledging and meeting the informational needs of their patients but are not recognising and/or dealing with emotional needs. If doctors do not recognise and acknowledge patients' cues for emotional support, patients will be discouraged from seeking that support during the consultation.

Butow et al. 2002: 56f.

Dieses empirische Ungleichgewicht in der kommunikativen Kompetenz gegenüber emotionalen Bedürfnissen im Unterschied zu den Informationsbedürfnissen von Patienten manifestiert sich also nicht nur in beobachtbaren Formen ärztlichen Gesprächsverhaltens, bei dem die entsprechenden Patientenhinweise (*cues*) übersehen oder übergangen werden, sondern schlägt sich dann in einem restriktiven kommunikativen Angebotsverhalten ihrer Patienten nieder, die von ihren Ärzten entmutigt ihren Bedarf an emotionaler Unterstützung zurücknehmen.

Als Ergebnis der wechselseitigen „Konditionierung“ (§ 9), bei der die Patienten noch im laufenden Gespräch lernen, dass Emotionen nicht „angesagt“ sind, ist eine Institutionalisierung einer *emotionsarmen* Kommunikation zu erwarten. Offenbar erweist sich der *ideale* Patient aus ärztlicher Sicht als „emotionsloser“ Patient, der im obigen Sinne von Zinn (1993) den „vielbeschäftigten“ Arzt vor weitergehenden Zumutungen und Belastungen verschont. So scheint der kompetente Umgang mit Emotionen der Patienten die schwerste Hürde in der Aus- und Fortbildung zur ärztlichen Gesprächsführung zu sein, die in der Gesprächspraxis oft nicht überwunden wird – auch wenn das ideale Selbstverständnis der ärztlichen Profession eine andere Sprache spricht.

Die Diskrepanzen zwischen Ideal und Praxis werden von den handelnden Ärzten auch so erlebt. So zitieren Neumann et al. (2010) einen Internisten, der das Dilemma aus seiner Sicht auf einen einfachen Nenner bringt: „Zeitmangel und Stress sind die schlimmsten Empathiekiller“ (2010: 334). Trotz aller Vorrangstellung im idealen Selbstverständnis der Handelnden ist die Empathie offenbar zugleich das erste „Opfer“, wenn unter Praxisdruck die „eigentlichen“ Prioritäten gesetzt werden müssen. Eine ähnliche Relevanzsetzung nehmen offenbar die Studierenden der Medizin vor, wenn bei ihnen noch während ihres Studiums ein Rückgang der Empathie festgestellt werden muss, der sich offenbar im Vorgriff auf ihre spätere Berufspraxis vollzieht.

20.2.3 Rückgang von Empathie im Studium

Während die Barrieren einer empathischen Kommunikation in der Berufspraxis noch mit dem Handlungs- und Zeitdruck erklärt werden können, unter dem sich Ärzte im Zweifel für eine Reduktion auf eine biomedizinisch orientierte Gesprächsführung entscheiden, mag der Rückgang der Empathie bereits im Studium zunächst überraschend erschei-

nen, zumal die Studierenden ihr Studium im Allgemeinen mit großem *Enthusiasmus* und *Idealismus* beginnen.

Dennoch kommt es im Laufe des Studiums bald zu einem Einstellungswandel, bei dem der *Rückgang der Empathie* auch in einem Zusammenhang mit der *Zunahme von Zynismus* gesehen wird (Hojat et al. 2004, 2009, Neumann et al. 2011, Seitz et al. 2017). Für diese bedauerliche Rückentwicklung werden viele Gründe angeführt. Neben den allgemeinen Gründen, die schon für die spätere Berufspraxis angegeben wurden (Stress, Zeitdruck), führen Seitz et al. (2017) (Box 20.4) vor allem den Mangel an Vorbildern in der Ausbildungspraxis an, in der die Lehrpersonen zwar Empathie lehren mögen, diese aber selbst kaum praktizieren.

Box 20.4 Rückgang von Empathie qua Mangel an Vorbildern

Interessant ist, dass die Studierenden angegeben haben, dass Lehrende die stärksten Befürworter von empathischem Verhalten gegenüber den Patienten sind, dieses selber jedoch aus Sicht der Studierenden eher selten zeigen. Nach der Meinung von Studierenden befürworteten Ärzte empathisches Verhalten am seltensten und zeigen dies auch wenig. Zudem orientieren sich die meisten Studierenden nicht an Ärzten, wenn es um empathisches Verhalten geht, sondern an psychosozialen Berufsgruppen. Dies stellt nach Meinung der Autoren ein gravierendes Problem dar, da Ärzte und Lehrende eine Vorbildrolle für die Studierenden einnehmen beziehungsweise einnehmen sollten (...) Zur Verbesserung des Trainings empathischer Gesprächsführung bei Studierenden könnte eine Integration von psychosozialen Berufsgruppen wie Psychotherapeuten erfolgen. Die fehlende Integration dieser und die negative beziehungsweise fehlende Vorbildrolle durch Ärzte und Lehrende ist eine mögliche Ursache dafür, dass es im Laufe des Studiums zu einem Rückgang der Intention, Empathie zu zeigen, kommt.

Seitz et al. 2017: 29

Aus der Sicht der Studierenden wird hier im Laufe ihres Studiums das bekannte Dilemma erlebt, dass Theorie und Praxis weit auseinanderklaffen können. Offenbar orientieren sich die Studierenden an der wahrgenommenen Gesprächspraxis ihrer Lehrer, an die sie sich noch während des Studiums anpassen. So nehmen sie mit ihrem Rückgang von Empathie eine Gesprächshaltung vorweg, die die vorausgehend angeführten Assistenzärzte (Box 20.2) oder die gestandenen Praktiker aus

unseren Kölner Fortbildungsgruppen (Box 20.1) schon längst im Berufsalltag zur gängigen Gesprächspraxis erhoben haben – so dass diese Praktiker eben dort schon ihre Vorbildfunktion verloren hätten, falls die Studierenden bei ihnen etwa einen Teil ihrer praktischen Ausbildung absolvierten.

Es sei dahingestellt, inwieweit die fehlende Vorbildfunktion der akademischen und ärztlichen Lehrer durch die von Seitz et al. (2017) vorgeschlagene Integration von psychosozialen Berufsgruppen wie Psychotherapeuten in der Praxis bedarfsdeckend kompensiert werden könnte. Im *Kölner Curriculum Kommunikation* (§ 14) sind die sog. *Psych-Fächer* ohnehin schon schwerpunktmäßig beteiligt und von daher weitgehend ausgelastet, gerade auch deswegen, weil die erfahrenen Kliniker, die zumeist über eine psychotherapeutische Ausbildung verfügen, schon fortlaufend in der Lehre eingesetzt werden. Bei einem Rückgriff auf auswärtige „Ressourcen“ wären sicher organisatorische und finanzielle Hürden zu nehmen.

Hier könnte eher der praktische Vorschlag diskutiert werden, dass die Studierenden gleichsam als Hospitanten verstärkt an der Versorgungspraxis von Psychotherapeuten teilnehmen: „Dies könnte zum einem zu einer höheren Sicherheit und Steigerung des Kompetenzgefühls und zum anderen zu einer Entlastung des Studierenden und besserem Verständnis der eigenen Gefühle und somit besseren Verarbeitungskompetenz führen“ (Seitz et al. 2017: 30). Zur Steigerung des Kompetenzgefühls und zur Verbesserung der entlastenden Selbstwahrnehmung wäre auch die Teilnahme an (Junior-)Balint-Gruppen sinnvoll, in denen die eigenen Stärken und Schwächen mit denen der anderen Gruppen-Mitglieder in der Selbst- und Fremdbeobachtung kritisch verglichen werden könnten. In unserer Kölner Klinik (für Psychosomatik) ist die *Balint-Gruppen-* und *Kleingruppen-Arbeit*, die etwa auch von Højat et al. (2009) als Maßnahme gegen die drohende „erosion of empathy in medical school“ vorgeschlagen wird, schon integraler Bestandteil in der Aus- und Fortbildung.

Über die mangelhafte Vorbildfunktion hinaus werden auch Stress, Störungen durch Dritte, Zeitdruck usw. als Faktoren für den Rückgang an Empathie im Studium benannt (Neumann et al. 2011, Seitz et al. 2017). Hier wird allerdings während des Studiums ebenso wenig direkt Abhilfe zu schaffen sein wie in der späteren Berufspraxis, in der der Stress und Zeitdruck eher noch zunehmen werden. Dennoch könnten in der gegenwärtigen Aus- und Fortbildungspraxis erste oder weitere Lernsituationen als „Freiräume“ für ein empathisches *Probearbeiten* oh-

ne Sanktionen geschaffen werden, so etwa in der Kommunikation mit *Simulationspatienten* (SP) (§ 13, 41). Die SP können qua Training zwar weitgehend authentisch reagieren, sie sind aber dennoch gegenüber „Missgeschicken“ und „Fehlschlägen“ der empathischen Kommunikation weniger „empfindlich“ als reale Patienten, die an einer „verunglückten“ Kommunikation auch immer „Schaden nehmen“ könnten. Insofern können Patienten-Fälle so gestaltet und mit SP trainiert werden, dass an die empathische Kompetenz besondere Herausforderungen gestellt werden können, ohne dass die Studierenden diese auch unbedingt „meistern“ müssten, wobei das mehr oder weniger gelungene Probehandeln in anschließenden reflexiven Fallbesprechungen gemeinsam mit den erfahrenen Klinikern zu evaluieren ist.

20.2.4 Herausforderungen empathischer Kompetenz

Insgesamt werden Simulationspatienten im *Kölner Curriculum Kommunikation* (§ 14) nicht nur bei Prüfungen, sondern auch in der Lehre vielfältig eingesetzt, in der gerade die genannten Freiräume für ein *Probehandeln* ohne Sanktionen geschaffen werden sollen. So werden etwa im Vorbereitungskurs für das *Praktische Jahr* auch Übungen zur Gesprächsführung angeboten, bei denen die Studierenden mit Patienten (SP) konfrontiert werden, die unter einer *psychischen Komorbidität* (Angststörung, Depression usw.) leiden. Dabei treten immer wieder Probleme des kommunikativen Umgangs mit den Emotionen von Patienten auf, was auch in den regelmäßigen Fallbesprechungen wiederholt zum Thema gemacht wird. Charakteristisch sind etwa die folgenden Stellungnahmen (Box 20.5), die von Studierenden gemacht wurden, die Gespräche etwa mit einer Patientin (SP) mit *Diabetes* (als Grunderkrankung) und einer *depressiven Komorbidität* zu führen hatten.

Box 20.5 Stellungnahmen zum Umgang mit Depressionen

1. Ich habe oft ein „Genervtsein“/Abneigung bei den Kommilitonen gegenüber der depressiven Patientin gemeint zu bemerken.
2. Als angehender Arzt möchte man seine Patienten immer möglichst schnell wieder gesund machen, ja am besten sofort etwas tun. Bei der Depression gibt es eine solche Behandlungsoption leider nicht. Auch für sie entwickelte Medikamente brauchen einige Wochen, bis ein Wirkungseffekt eintritt, ebenso Gesprächs- und anderweiti-

ge Psychotherapien.

3. Das finde ich als Arzt äußerst unbefriedigend. Es sind für mich sehr „anstrengende“ Patienten, die aber trotzdem ernst genommen werden müssen. Ich persönlich würde aber immer jemanden von der Psychosomatik dazu bitten, da ich selbst der falsche Ansprechpartner bin.

Neumann, Obliers, Albus 2012: 66

Diese Stellungnahmen von Studierenden im 10. Semester laufen in der Tendenz auf ähnliche Probleme und Vorbehalte hinaus, wie sie schon bei den Assistenzärzten (*residents*) der Interventionsstudie von Putnam et al. (1988) (Box 20.2) zum Ausdruck kamen. Aus allen drei Stellungnahmen der Studierenden geht hervor, wie „anstrengend“ bis „nervend“ der Umgang mit depressiven Patienten erlebt wird, die bei den angehenden Ärzten in gewisser Weise *Hilflosigkeit* oder zumindest wie in Stellungnahme (3) „Unzufriedenheit“ auslösen. In Stellungnahme (2) wird das Bedürfnis nach sofortigem Handeln direkt ausgesprochen („am besten sofort etwas tun“), was schon das Kernproblem der vorerwähnten Assistenzärzte war (Box 20.2: „they felt that they ‚should do something‘“). Weil sich die Studierenden dem von ihnen selbst auferlegten Anspruch nicht gewachsen fühlen, verfolgen sie die schon beschriebene Tendenz praktizierender Ärzte, Patienten mit „schwierigen“ Emotionen (Buckman, Kason 1992, Philip, Kissane 2011) an die Spezialisten zu „delegieren“, weil man wie in Stellungnahme (3) „der falsche Ansprechpartner“ für ihre Probleme zu sein glaubt.

So werden Patienten mit „schwierigen“ Emotionen häufig zugleich als „schwierige“ Patienten (§ 34) eingestuft, deren Behandlung aus Gründen der Überforderung „abgelehnt“ werden sollte. Auch hier ist bei den Studierenden eine Parallele zur beschriebenen Tendenz der *Abnahme von Empathie* bei gleichzeitiger *Zunahme von Zynismus* festzustellen. In einer eigenen Studie, aus der die obigen Stellungnahmen der Studierenden stammen, wurde ebenso eine Tendenz zur *sozialen Distanz* gegenüber psychisch kranken Patienten ermittelt (Box 20.6), die am Ende des Studiums (10. Sem.) stärker ausgeprägt war als in der Vergleichsgruppe zu Studienbeginn.

Box 20.6 Einstellungswandel gegenüber psychischen Erkrankungen

Während sich die Einstellungen der Studierenden als unabhängig von den Persönlichkeitsmerkmalen erweisen, treten signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf, die darauf verweisen, dass die Distanz gegenüber psychisch kranken Patienten in der ärztlichen Rolle und die Unsicherheit im Hinblick auf die Ursachen psychischer Störungen am Ende des Studiums stärker ausgeprägt sind als am Anfang. Diese Befunde unterstreichen die Notwendigkeit, Medizinstudierende besser auf den Umgang mit psychisch kranken Patienten vorzubereiten.

Neumann, Obliers, Albus 2012: 66

Um diese Probleme im Umgang mit psychischen Erkrankungen überhaupt erst im Patientenkontakt sinnlich erfahrbar und bewusst machen zu können, waren die Patientenfälle mit SP, denen reale Krankengeschichten zugrunde lagen, entsprechend „emotionshaltig“ konstruiert und die SP danach trainiert worden, dass die *psychische Komorbidität* („Angst“, „Depression“) zum Krankheits- und Rollenbild gehörten.

In diesen Lehr-/Lerneinheiten wurden *kognitive, affektive* und *kommunikative* Lernziele verfolgt, bei denen auch ein Zusammenhang zwischen einer *Grunderkrankung* (z.B. Diabetes) und einer *psychischen Komorbidität* (Depression) hergestellt wird. Dabei kann man im Unterricht auch an das nicht nur unter Studierenden verbreitete Bedürfnis nach baldigen „kurativen“ Erfolgen anknüpfen, wie es in der obigen Stellungnahme (2) artikuliert wurde: „Als angehender Arzt möchte man seine Patienten immer möglichst schnell wieder gesund machen“ (Box 20.5). Dieses Problem besteht nun nicht nur für die Behandlung von Depressionen, sondern eben auch schon bei der Diabetes-Erkrankung als Grunderkrankung, bei der der spätere Hausarzt oder Internist ständig mit Fragen danach konfrontiert ist, warum sich genau dieser oder jene Diabetes-Patient trotz aller Aufklärungsgespräche nicht zufriedenstellend „einstellen“ lässt.

Zwar sollten Studierende im 10. Semester, die immer noch unterschiedslos den schnellen „kurativen“ Erfolg suchen (Box 20.5), rudimentäre Vorkenntnisse über einen möglichen Zusammenhang zwischen einem „schlecht eingestellten“ Diabetes-Patienten und seiner Depression haben, aber dieses vielleicht abstrakt vorhandene *Wissen* im Patienten-Gespräch (SP) mit der sinnlichen *Erfahrung* verbinden können, dass Patienten, die stark unter depressiven Symptomen leiden, es oft an der nötigen „Selbstfürsorglichkeit in Sachen Diabetes“ fehlen lassen usw.

Ein solches *empathisches Verständnis* des Arztes gegenüber dem *depressiven* Diabetes-Patienten könnte zugleich das Verständnis für die zu beklagende *Non-Adhärenz* fördern, was bei einer *gemeinsamen Entscheidungsfindung* (§10) zu einem modifizierten Behandlungskonzept für die Grunderkrankung (Diabetes) führen könnte usw.

So sollte im Laufe einer solchen Unterrichtseinheit hinreichend nachhaltig vermittelt werden, dass eine *psychische Komorbidität* zunächst einmal im Anamnesegespräch durch entsprechende Exploration, die eine besondere *empathische Kompetenz* gegenüber dem *depressiven* oder *angstgestörten* Patienten verlangt, überhaupt erkannt werden muss, bevor gegebenenfalls eine Mitbehandlung der Komorbidität begonnen wird, wenn dies etwa im Rahmen der *psychosomatischen Grundversorgung* (§ 15) möglich und sinnvoll ist. In besonders schweren Fällen, die aber als solche erst erkannt werden müssen, kann dann aber auch eine Weiterbehandlung durch den „Spezialisten“ (*Psychotherapeuten*) eingeleitet werden. Wie immer die Entscheidung gemeinsam mit dem Patienten getroffen wird, kann die Behandlung der *Grunderkrankung* Diabetes gegebenenfalls nur erfolgreich sein, wenn die Depression als *Komorbidität* mitbehandelt wird.

Als allgemeines Lernziel sollte am Ende einer solchen Lerneinheit stehen, dass empathische Kompetenz mehr bedeutet, als bloß passiv eine Toleranz gegenüber den Emotionen von Patienten aufzubringen. Vielmehr sollten die Patienten-Emotionen als Herausforderungen der empathischen Kompetenz aktiv an- und aufgenommen und schließlich gemeinsam weiterbearbeitet werden, so dass sie im diagnostisch-therapeutischen Zirkel zum Vorteil beider Gesprächspartner in einer *Win-win-Situation* produktiv genutzt werden können (§ 10). Dabei erlaubt das *Probehandeln* mit SP (§ 13, 41) auch „Fehlschläge“ empathischer Kommunikation, deren Simulation als Vorwegnahme der Risiken den späteren Umgang mit Emotionen in der realen Gesprächspraxis besser einzuschätzen hilft.

Wenn auch die Orientierung an mehr oder weniger perfekten *Vorbildern* allgemein als Königsweg gilt, sollten auch die spezifischen Möglichkeiten des Lernens am *negativen Modell* genutzt werden (Koerfer et al. 1996, 1999, 2008) (§ 13). So kann eben auch *aus Fehlern gelernt* werden, wenn diese als solche erkannt und im Vergleich mit den besseren Alternativen reflektiert werden können. Wie in den folgenden *komparativen* Gesprächsanalysen noch deutlich wird (§ 20.4ff), muss in der ärztlichen Gesprächspraxis mit vielen „Fehlschlägen“ der empathischen Kommunikation gerechnet werden, mit denen die Unterschiede zu den

sog. *Best-Practice-Beispielen* (§ 13) kontrastiv herausgearbeitet werden können.

Um eine kritische Evaluationsperspektive für die späteren empirischen Gesprächsanalysen zu gewinnen, sollen zuvor Definitionen, Konzepte und Modelle zur empathischen Kommunikation erörtert werden, wie sie zunächst in der Psychotherapie und dann in der Medizin entwickelt wurden. Dabei werden auch Barrieren und Grenzen der Empathie zu berücksichtigen sein, die über organisatorische Probleme (Handlungs-, Zeit- Kostendruck usw.) hinaus die therapeutische Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung selbst betreffen.

20.3 Definitionen und Konzepte der Empathie

Der Begriff der *Empathie* ist vor über hundert Jahren entstanden und geht auf eine Übersetzung des Wortes *Einfühlung* in den englischsprachlichen Raum zurück. Von dort aus hat der Begriff nicht nur eine Rückübersetzung als „Empathie“ ins Deutsche erfahren, sondern eine allgemeine, kultur- und sprachübergreifende Verbreitung in der Alltags- und Wissenschaftssprache gefunden (Black 2004, Breithaupt 2017). Auf diese lange Tradition wird immer wieder verwiesen, wenn bei einem Grundverständnis von Empathie verschiedene Gebrauchsweisen in unterschiedlichen (philosophisch-hermeneutischen, ethischen, soziologischen oder medizinisch-therapeutischen) Disziplinen beschrieben werden (Miller 1989, Coulehan et al. 2001, Mercer, Reynolds 2002, Black 2004, Pedersen 2008, 2009, Neumann et al. 2009, 2010, Derksen et al. 2013, Mayer 2013, Breithaupt 2017). Danach kann zwar weiterhin an einem Grundverständnis von Empathie festgehalten werden, das als „einführendes Verstehen“ (*empathic understanding*) beschrieben wird, aber darüber hinaus werden bestimmte *kognitive*, *affektive* und *interaktive* Komponenten der Empathie differenziert, auf deren Funktion je nach Kontext mit unterschiedlichem Gewicht fokussiert wird.

Empathie ist ein *ubiquitäres* Phänomen, das in alltäglichen und vielen institutionellen Kontexten eine herausragende Rolle spielen kann (Fiehler 1990, 2005, Peräkylä, Sorjonen (eds.) 2012, Breyer (Hg.) 2013, Pfänder, Gülich 2013). Was im Alltag oder in anderen Institutionen gilt, trifft in besonderem Maße für die Arzt-Patient-Kommunikation zu: Wegen der oft existenziellen Bedeutung für die Patienten ist dort ein besonders empathisches Verständnis von Therapeuten und Ärzten ange-

zeigt. Entsprechend sind bestimmte allgemeine Konzepte zur Empathie, wie sie etwa im Rahmen einer *Theory of Mind* (ToM) kritisch diskutiert werden (Dullstein 2013, Breithaupt 2017), für die empirische Analyse von empathischer Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu spezifizieren, wie dies etwa mit Begriffen wie „mind reading“, „shared mind“, „meeting of minds“ oder „sharing emotions“ umschrieben wird (Branch, Malik 1993, Stivers, Heritage 2001/2013, Epstein, Street 2011). Was in der Arzt-Patient-Kommunikation schließlich in eine gemeinsame Entscheidungsfindung („shared decision making“) zwischen den Gesprächspartnern münden soll, verlangt vorausgehend ein geteiltes Wissen („shared knowledge“) über lebensweltliche Probleme (Familie, Beruf) und persönlichen Einstellungen und Emotionen (Hoffnungen, Wünsche, Ängste usw.) von Patienten, deren individuelle Präferenzen bei der Entscheidungsfindung (§ 10, 22, 26) berücksichtigt werden müssen.

Allein unter diesem Aspekt der Partizipation der Patienten stellt das empathische Verstehen des Fremdpsychischen eine wesentliche Funktion ärztlichen Handelns dar, bei dem sich die professionellen Helfer mit einer hohen *Passgenauigkeit* (§ 3, 17, 20.2.4) auf die Individualität der Patienten und ihre mehr oder weniger manifesten Emotionen immer wieder aufs Neue einzustellen haben.

20.3.1 Empathie in Psychotherapie und Medizin

Die professionelle Kunst, „Gedanken und Gefühle lesen“ und bei ihrer „Versprachlichung helfen“ zu können, hat eine lange Tradition, in der vielfältige theoretische und empirische Untersuchungen zu Formen und Funktionen empathischer Kommunikation entstanden sind. Die Rolle der Empathie ist zunächst in der Psychotherapie erkannt worden, bevor sie dann ebenso in der medizinischen Kommunikation Thema wurde (Rogers 1942/1985, Miller 1989, Squier 1990, Zinn 1993, Finke 1994, Wellendorf 1999, Coulehan et al. 2001, Black 2004, Pedersen 2009, Lellorain et al. 2012, Neumann et al. 2009, 2012, Derksen et al. 2013, 2015, Sulzer et al. 2016). Die therapeutische Funktion der Empathie ist schon von Carl Rogers als eine von drei wesentlichen Bedingungen für die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung herausgestellt worden (Box 20.7). Neben der *Kongruenz* des Therapeuten („Übereinstimmung mit sich selbst“) und der *Akzeptanz*, die eine bedingungslose *Wertschätzung* und *positive Zuwendung* gegenüber dem Patienten ver-

langt, wird die *Empathie* („Einführendes Verstehen“) als „zweite wesentliche Bedingung“ für eine „wachstumsfördernde Beziehung“ ausgewiesen.

Box 20.7 Empathie (Einführendes Verstehen)

Die zweite wesentliche Bedingung der therapeutischen Beziehung besteht nach meiner Ansicht darin, daß der Therapeut ein präzises einführendes Verstehen für die persönliche Welt des Klienten entwickelt und daher fähig ist, von den Fragmenten des so Verstandenen einiges Wesentliche mitzuteilen. Die innere Welt des Klienten mit ihren ganz persönlichen Bedeutungen so zu verspüren, als wäre sie die eigene (doch ohne die Qualität des ‚als ob‘ zu verlieren), das ist Empathie und das scheint mir das Wesentliche für eine wachstumsfördernde Beziehung zu sein (...)

Wenn die Welt des Klienten dem Therapeuten klar geworden ist und er sich darin frei bewegen kann, dann ist es ihm möglich, dem Klienten von dem, was diesem erst vage bewußt ist, sein Verständnis zu vermitteln und er kann auch Bedeutungsgehalte im Erleben des Patienten ansprechen, deren sich dieser kaum bewußt ist. Diese höchst sensible Einfühlung ist wichtig, um es einem Menschen zu ermöglichen, daß er sich selbst nahekommmt, daß er lernt, sich wandelt und entwickelt.

Rogers 1962/1990: 216

Bei dieser Konzeption von Rogers kommt bereits ein Empathiebegriff zum Tragen, der sowohl *kognitive* („verstehen“) als auch *affektive* („einfühlen“, „erspüren“) und schließlich *aktionale* („mitteilen“) Aspekte umfasst. Da bei den kognitiven und affektiven Aspekten der Empathie grundsätzlich eine *Als-ob-Haltung* zu wahren ist, nach der sich der Therapeut in die „innere Welt des Klienten“ quasi nur im Konjunktiv („so als wäre sie die eigene“) versetzen kann, muss er einen entsprechend moderaten Mitteilungsmodus wählen, zumal wenn er „Bedeutungsgehalte im Erleben des Patienten ansprechen“ will, „deren sich dieser kaum bewußt ist“. Diese Mitteilungsform ist von Rogers mit der *non-direktiven* Methode der Gesprächsführung beschrieben worden, in Abgrenzung von einer *direktiven* Gesprächsführung, die sich etwa durch mehr Redeanteile und spezifische Fragen auszeichnet, mit denen der Gesprächsverlauf stärker gelenkt wird.

Es ist ein historisches Verdienst von Rogers (1942/1985), den Unterschied in der Gesprächsführung schon frühzeitig auf der empirischen Basis von Tonbandaufzeichnungen untersucht zu haben (Koerfer

et al. 1996, 2010) (§ 19.3, 40). Aus der heutigen Sicht zeichnet sich die *non-direkte* Gesprächsmethode vor allem durch Formen des *aktiven Zuhörens* (§ 19) und *empathischer Rückmeldungen* aus, die nachfolgend im Detail an empirischen Beispielen differenziert werden sollen. Dabei werden allerdings auch Formen der Relevanzrückstufung von Patientenemotionen zu berücksichtigen sein, die schon auf eine mangelnde Empathiekompetenz von Ärzten auf dem Niveau des bloßen Zuhörens schließen lassen, bei dem schon die kognitiven und affektiven Voraussetzungen für eine angemessene empathische Interaktion mit dem Patienten fehlen.

Der Dreiklang von *kognitiven*, *affektiven* und *interaktiven* Aspekten der Empathie hat sich nicht nur in der Psychotherapie, sondern inzwischen auch in der Medizin etabliert (Coulehan et al. 2001, Mercer, Reynolds 2002, Mercer et al. 2004, Derksen et al. 2013, Neumann et al. 2009, 2010, 2012, Sulzer et al. 2016). In ihren Empfehlungen zur empathischen Kommunikation gehen Coulehan et al. (2001) ebenfalls von einem dreigliedrigen Konzept von Empathie aus (Box 20.8), das darüber hinaus bereits die möglichen Patienten-Reaktionen auf eine empathische Intervention des Arztes thematisiert.

Box 20.8 Kognitiver, emotionaler und aktionaler Fokus von Empathie

The concept of empathy has three important implications.

First, empathy has a cognitive focus. The clinician “enters into” the perspective and experience of the other person by using verbal and nonverbal cues, but she neither loses her own perspective nor collapses clinical distance.

Second, empathy also has an affective or emotional focus. The clinician’s ability to put herself in the patient’s place – or walk a mile in his moccasins – requires the experience of surrogate or “resonant” feelings (...).

Finally, the definition requires that clinical empathy have an action component. One cannot know without feedback. The practitioner communicates understanding by checking back with the patient, using, for example, statements such as “Let me see if I have this right” or “I want to be sure I understand what you mean.”

This gives the patient opportunities to correct or modulate the physician’s formulation. At the same time it expresses the physician’s desire to listen deeply, thereby reinforcing a bond or connection between clinician and patient.

Coulehan et al. 2001: 221

Im direkten Anschluss an das dreigliedrige Empathiekonzept werden hier zuletzt mögliche Gesprächsfortsetzungen thematisiert, in denen sich die therapeutische Beziehung weiterentwickeln kann. Diese Weiterentwicklung beruht aber schon auf einer möglichen Reaktion des Patienten, der auf den empathischen Response des Arztes auch mit einer Modifikation oder gar Negation reagieren könnte, worauf sich der Arzt wiederum in einer Nachjustierung erneut kognitiv, affektiv und interaktiv einstellen müsste. Auf diese Weise ergeben sich *repetitive Handlungsmuster*, bei denen das Handeln des einen Partners auch als Reaktion auf das Handeln des anderen Partners zu untersuchen ist. Während sich die Dreiteilung der Empathie in kognitive, affektive und aktionale (bzw. behaviorale) Komponenten auch in der Medizin verbreitet hat, bleiben die theoretischen Konzepte und empirischen Analysen zur empathischen Kommunikation oft auf die Aktivitäten in Paarsequenzen beschränkt. Dabei wird zumeist auf einzelne empathische Arztäußerungen als Reaktion auf eine Patientenäußerung fokussiert, ohne die interaktive Vor- und Nachgeschichte hinreichend zu berücksichtigen, die mit einem erweiterten Begriff von verbaler und nonverbaler Konditionierung von Äußerungsfolgen zu untersuchen ist (§ 9, 19). Für die empirischen Gesprächsanalysen soll nachfolgend ein Stufenmodell empathischer Kommunikation vorgestellt werden, mit dem auch (längeren) *Interaktionsgeschichten* zwischen Arzt und Patient Rechnung getragen werden kann.

20.3.2 Stufenmodell empathischer Kommunikation

Die langfristigen interaktiven Prozesse des verbalen und nonverbalen Austauschs zwischen Arzt und Patient bleiben in Theorie und Praxis zumeist unterbelichtet. Auch hier hat die Psychotherapieforschung mit Rekurs auf die Konversationsanalyse (§ 2) wichtige Impulse für die Analyse einer *Emotion/Empathie-in-Interaktion* gesetzt, die sich oft über eine größere Gesprächsentwicklung erstreckt (Leudar et al. 2008, Heritage, Lindström 2012, Voutilainen 2012, Peräkylä 2012, Lindemann 2012, 2015, Weiste, Peräkylä 2014, Buchholz, Kächele 2016, Buchholz et al. 2016, Buchholz 2014, 2017). So beschreiben etwa Buchholz et al. (2016) spezifische *Reparaturaktivitäten* des Therapeuten, die sich über mehrere Gesprächszüge erstrecken können, nachdem die Kooperation zwischen den Beteiligten und dadurch die therapeutische Beziehung

zunächst gefährdet schien. Ebenso wird von Peräkylä (2012) eine längere Interaktionsgeschichte zwischen Therapeut und Patient analysiert (§ 21.3.4), die mit einer therapeutischen Intervention im Sinne der klassischen „Deutung“ beginnt, die zunächst „abrupt“, d.h. unvermittelt platziert scheint, bevor beide Gesprächspartner nach und nach weitere Bedeutungsmöglichkeiten aushandeln, die sie sogar in Folgegesprächen wieder aufnehmen und weiter ausdifferenzieren.

Um den größeren Fokus der Analyse von *Empathie-in-Interaktion* zu markieren, scheint uns ein Rekurs auf ein bereits früh entwickeltes Stufen-Modell von Miller (1989) zur *therapeutisch-empathischen Kommunikation* geeignet, das hier in seinen Grundzügen übernommen und erweitert werden soll. Dabei soll sein *Five-Stage-Model* zunächst in den Worten von Miller wiedergegeben werden (Box. 20.9) und in einem modifizierten Schaubild (Abb. 20.2) dargestellt werden, das mindestens um die Reaktion des Patienten zu erweitern ist, worauf der Therapeut/Arzt wiederum seinerseits reagieren kann usw.

Box 20.9 Therapeutic empathic communication process model (TEC)

The five-stage model proceeds as follows:

1. The patient sends both verbal and nonverbal cues regarding his or her own inner experience.
2. The therapist receives the cues that have been sent by the patient.
3. The therapist processes the communication that includes:
 - (a) becoming immersed in the patient's experience;
 - (b) processing cognitions on multiple tracks as participant observer, transference figure, external observer, and therapeutic ally;
 - (c) integrating this information with previous knowledge of the patient, the therapist's experience, and knowledge of the patient's defences, resistances, and potential.
4. The therapist sends a response to the patient that is partially accurate and is conveyed both verbally and nonverbally.
5. The patient receives the empathic message from the therapist and accepts the resulting feeling state.

In this model, *empathy alone* can be understood as the experiencing another's inner state and as such is complete at the end of the third stage. *Empathic responsiveness* is complete at the end of the fourth stage. However, *empathic communication* is only completed at the end of the fifth stage.

Miller 1989: 532

Das 5-Stadien-Modell von Miller ist einerseits sehr komplex, da es nicht nur das bisher schon erworbene Wissen und die gemeinsamen Erfahrungen beider Akteure, sondern auch mögliche *Abwehrprozesse* in der Kommunikation zwischen ihnen berücksichtigt, die zumindest zeitweilig eine eher *tangentiale* Gesprächsführung verlangen, bevor ein Wechsel zu eher *konfrontativen* Interventionen möglich wird (§ 3, 17, 32). Genau deswegen ist das Modell andererseits unvollständig, weil es eben die möglichen Missverständnisse, Korrekturen, Modifikationen oder gar Widerstände von Patienten auf der Interaktionsebene nicht hinreichend berücksichtigt, die der Therapeut bzw. Arzt wiederum verstehend nachvollzogen haben muss, bevor er mit einer weiteren empathischen Intervention reagiert, die ihrerseits eine neue Patientenreaktion zur Folge hat usw.

Auf diese Weise können dialogische Handlungsmuster mit Ketten von Äußerungspaaren ausgelöst werden, bei denen Zug um Zug, gegebenenfalls auch mit längeren narrativen Sequenzen, veränderte oder ganz andere, neue Bedeutungen ausgehandelt werden können. Diese Bedeutungsaushandlungen können nur in einer suprasegmentalen Gesprächsanalyse erfasst werden, in denen etwa narrative Gesprächsentwicklungen mit spezifischen Emotionsgehalten zu rekonstruieren sind (Koerfer et al. 2000, 2004, 2010) (§ 9, 19, 25). Um diese Entwicklungen auch in einem Modell empathischer Kommunikation erfassen zu können, haben wir weitere Stadien (6-9) ergänzt, die zunächst formal als Platzhalter dienen, die je nach Einzelfall inhaltlich unterschiedlich zu füllen sind (Abb. 20.2). So kann der Patient den empathischen Response seines professionellen Gesprächspartners „im Idealfall“ zwar *akzeptieren*, wie offenbar Miller unterstellt (Box 20.9: Stadium 5), aber auch *modifizieren* oder sogar ganz *negieren* (7), was wiederum verschiedene professionelle Reaktionen (9ff.) zur Folge haben wird usw.

Auch in diesem erweiterten Modell werden die interaktiven von den intrapsychischen (kognitiv-affektiven) Prozessen der Gesprächspartner unterschieden. Mit den durchgezogenen Pfeilen werden (abweichend von Miller) lediglich die (beobachtbaren) interaktiven Prozesse markiert, während mit den gestrichelten Pfeilen auf die intrapsychischen Prozesse der Gesprächspartner verwiesen wird. In der erweiterten Fassung berücksichtigt das Modell spezifische Handlungsmuster mit einer Folge von mindestens drei Redebeiträgen (P1→D4→P7). Entsprechend sollen in den nachfolgenden empirischen Gesprächsanalysen zur empathischen Kommunikation nach Möglichkeit mehrgliedrige Interaktionsfol-

20. Emotionen zulassen

gen herangezogen werden, die ihren Ausgangspunkt bei einem (potentiellen) *emotionalen* Hinweis (cue) des Patienten nehmen (1), den der Arzt mit einem empathischen Response aufnimmt (4), auf den wiederum der Patient seinerseits mit unterschiedlichen Formen (vom Schweigen bis zur Zurückweisung) (7) reagieren kann usw.

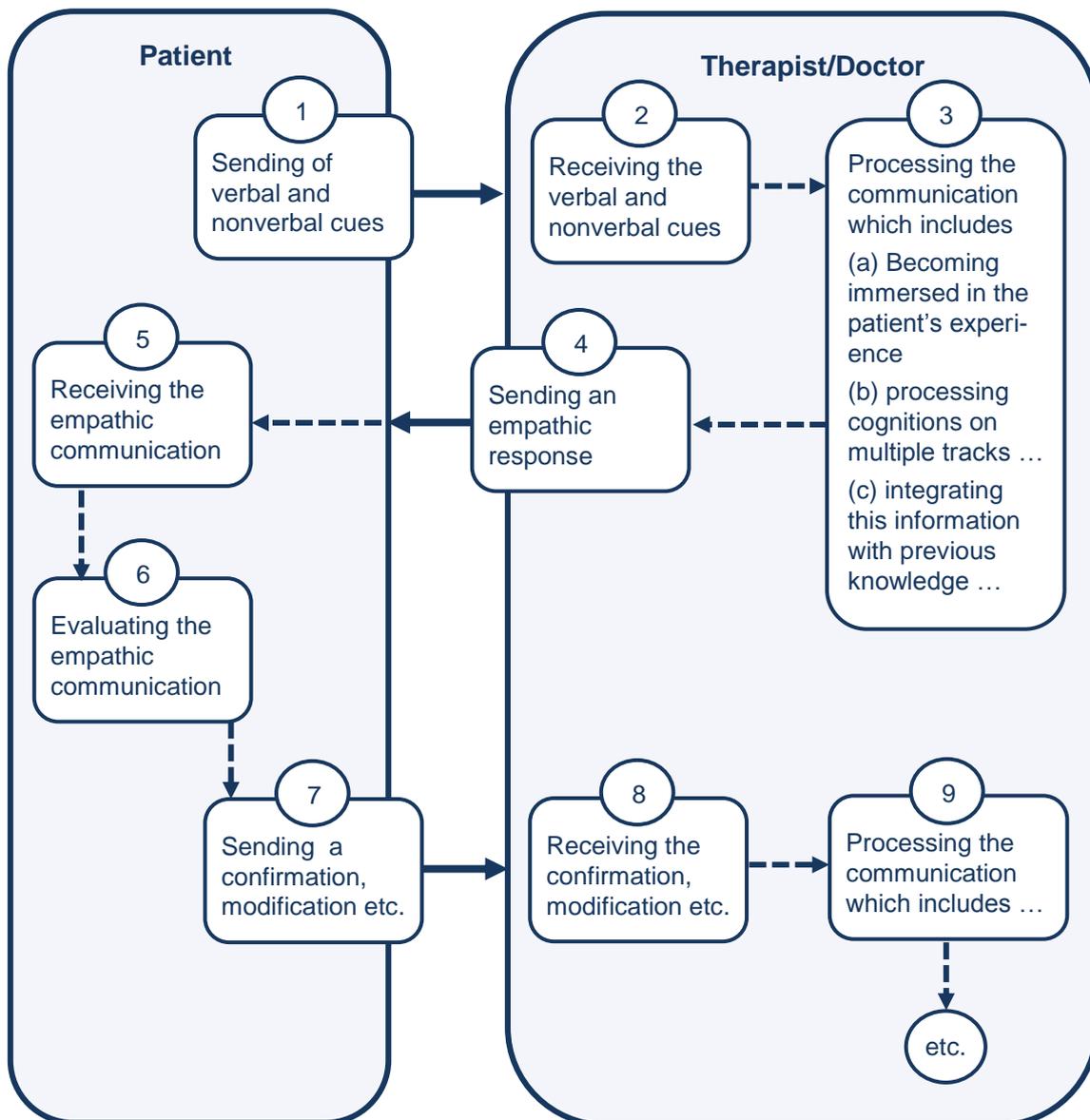


Abb. 20.2: Therapeutic empathic communication (TEC) process model
(modifiziert, gekürzt und erweitert nach Miller 1989)

In exemplarischen Fällen werden wir darüber hinaus längere Gesprächspassagen heranziehen, um Entwicklungsprozesse der empathischen Kommunikation zu rekonstruieren, bei denen die Bedeutungs-

aushandlungen zwischen den Akteuren auch für diese selbst erkennbar zu einem Bedeutungswandel führen. Der wiederholte Durchlauf durch die Positionen des Handlungsmusters im Modell führt im Idealfall zu einer Kooperation (höherer Ordnung), bei der die Akteure den gemeinsam erreichten Fortschritt selbst wahrnehmen und ratifizieren, um gegebenenfalls in weiteren Sprechstunden darauf aufzubauen.

Mit den Modifikationen und Erweiterungen um weitere Stadien (6-9) soll das Grundmodell von Miller nicht infrage gestellt werden, sondern für Anwendungen in empirische Gesprächsanalysen weiter ausdifferenziert werden. Dabei muss auch nach Miller in allen (schon von ihm unterschieden) Stadien mit Konflikten bei der Kooperation zwischen den Gesprächspartnern gerechnet werden, die sich über größere Gesprächspassagen fortentwickeln und stabilisieren können, so dass die therapeutische Beziehung selbst belastet wird. Hier werden beide Gesprächspartner zu Überwindung von Barrieren der Empathie herausgefordert, um möglichst spät an die Grenzen der Empathie zu stoßen, die beim Verstehen des Fremdpsychischen prinzipiell bestehen bleiben.

20.3.3 Barrieren und Grenzen der Empathie

Der intendierte therapeutische Erfolg kann aus verschiedenen Gründen ausbleiben. Wie Miller mit Bezug auf eine Reihe von Klassikern der Psychotherapieforschung (z.B. Greenson, Kernberg, Kohut, Rogers) ausführlich begründet, können Probleme und Störungen in allen Stadien des Modells auftreten, von der *empathy alone* (1-3) über die *emphatic responsiveness* (4) bis zum (vorläufigen) Ende (5) der *empathic communication*. Dabei kann ein „Zusammenbruch“ (Box 20.10) der empathischen Kommunikation sowohl dem Therapeuten als auch dem Patienten sowie auch ihrer Beziehung zugeschrieben werden.

Box 20.10 „Zusammenbrüche“ in der empathischen Kommunikation

A breakdown in the TEC [Therapeutic empathic communication] process may occur in any of the five stages. Therapy then becomes a joint effort of the therapist and the patient to discover where the communication broke down. Again the breakdown can be in the therapist, the patient or their relationship. The most source of difficulty in the TEC process is the interference from the patient's psychopathology.

Miller 1989: 537

Obwohl der Patient also durchaus seinen wesentlichen („psychopathologischen“) Anteil an möglichen „Zusammenbrüchen“ der empathischen Kommunikation haben kann, müssen beide Partner gemeinsame Anstrengungen („joint effort“) zu ihrer Überwindung unternehmen. In Anlehnung an Miller soll hier ein erster Überblick über mögliche Probleme und Störungen der empathischen Kommunikation gegeben werden, der bereits Verweise auf exemplarische Gesprächsanalysen (auch in anderen Kapiteln des Lehrbuchs) enthält. Dabei lassen sich spezifische Barrieren der Empathie von Grenzen und Graden der Empathie unterscheiden.

Barrieren der Empathie

Erste Probleme ergeben sich schon, wenn Patienten sich einer verbalen Öffnung für eine emotionale Selbstexploration verschließen, indem sie etwa bestimmte Erzähleinladungen (§ 9, 19) nicht annehmen wollen. So können schon im Anfangsstadium die erwarteten *emotionalen* Hinweise (*cues*) von Patienten ausbleiben – aus welchen Gründen auch immer: „Blocking empathic communication may also be a way that some patients avoid feeling the vulnerability of dependency“ (1989: 533). Zudem ist mit Patienten zu rechnen, deren Fähigkeit zur expressiven Selbstexploration ohnehin eingeschränkt ist: “Because of the limitations of language and communication skills, patients will, at best, only be able to express an approximation of their inner experiences” (534). Diese Art von „Sprachlosigkeit“ von Patienten ist etwa auch unter dem Konstrukt der *Alexithymie* (gr. *ohne Worte für Gefühle*) untersucht worden (Subic-Wrana 2017), das unter kritischem Vorbehalt auch bei *somatoformen* Störungen von Patienten (§ 32) genutzt werden kann.

Allerdings sind die *Hemmungen* bei der *Verbalisierung von Emotionen* oft von „banaler“ Natur, so etwa bei jungen Patienten, die ihre „Schüchternheit“ im ungewohnten Umgang mit dem Arzt erst überwinden müssen. Hier muss der professionelle Helfer die Patienten erst mühsam „in ein Gespräch ziehen“, bevor sie ihre Vorbehalte überwinden (Koerfer et al. 2010). In dieser Hinsicht kann sich etwa der Umgang mit einer jugendlichen Schülerin als schwieriger erweisen als mit einem Kind im Vorschulalter, das sich als „unbefangener“ erweist und mit spezifisch *emotionalen* Themen gleich zu Gesprächsbeginn „ins Haus fällt“. Im direkten Vergleich der beiden Gespräche aus einer Hausarztpraxis mit demselben Hausarzt sollen die Unterschiede im Detail (§ 25) herausgearbeitet werden.

Hier wäre auch unter dem Aspekt der „Sozialisierung“ in einen „un-
gewohnten“ Gesprächstyp (Koerfer, Neumann 1982) der Frage nachzu-
gehen, inwieweit jungen Patienten im Kindesalter die anfängliche Be-
reitschaft zur emotionalen Selbstexploration mit weiteren Arztbesuchen
in ihrem Leben allmählich „wegtrainiert“ wird. Weil sie lernen, dass
Emotionen in der ärztlichen Sprechstunde nicht „angesagt“ sind, verlie-
ren sie möglicherweise ihre „kindliche Unbefangenheit“ im kommunika-
tiven Umgang mit ihren Gefühlen („Traurigkeit“, „Angst“ usw.) im
Krankheitsfall. Sie beschränken sich im Gespräch mit dem Arzt auf
vermeintlich relevante Themen, die durch die inzwischen gewohnten
ärztlichen Fragen („wo tut‘ s weh?“ usw.) immer wieder „konditioniert“
wurden.

Weiterhin können nach Miller natürlich trotz aufmerksamen Zuhö-
rens und bester Intentionen beim empathischen Verstehen spezifische
Barrieren aufgrund *kultureller* und *sozialer* Differenzen zwischen dem
professionellen Helfer und seinem Patienten bestehen bleiben. Neben
den *sprachlich-sozialen* Unterschieden, bei denen je nach Bildungsgrad
auch Verständigungsprobleme im Verhältnis von Alltags- und Fach-
kommunikation zu überwinden sind (§ 10, 27), ergeben sich besondere
Probleme etwa bei der *interkulturellen Kommunikation* (§ 28), zumal
wenn dritte Personen als Vermittler hinzugezogen werden.

Hier besteht das Risiko, dass sowohl Laien (Angehörige, Nachbarn,
Krankenhauspersonal) als auch professionelle Dolmetscher der Tendenz
unterliegen, der Ökonomie wegen bei der „flüchtigen“ Übersetzung eine
Selektion nach scheinbar medizinisch relevanten Themen vorzunehmen
und danach mehr oder weniger „bewusst“ emotionshaltige Themen eher
zu „unterschlagen“, die der „eigentliche“ Patient bereits durchaus offen
und deutlich „zur Sprache gebracht“ haben kann. Hier würden dem
professionellen Helfer wichtige emotionshaltige Informationen entgehen,
weil sich die Kommunikation gleichsam hinter seinem Rücken abspielt
und der Verlust noch nicht einmal bemerkt würde. Hier ist es sinnvoll,
entsprechende Instruktionen bereits im Vorfeld an die Beteiligten zu
richten und zwischendurch zu erneuern, damit die Relevanz einer em-
pathischen Kommunikation deutlich markiert bleibt.

Grenzen und Grade der Empathie

Bei allen spezifischen Barrieren für eine empathische Kommunikation
muss mit prinzipiellen „Grenzen der Empathie“ (Breyer 2013) gerechnet

werden, die nicht nur im Alltag, sondern trotz einer professionell-empathischen Kompetenz auch in psychotherapeutisch-medizinisch Kontexten erreicht werden. So resümiert Wellendorf für die (psychoanalytische) Psychotherapie: „In der Diskussion über die Voraussetzungen und Probleme empathischen Verstehens ist immer wieder auf seine *immanenten* Grenzen hingewiesen worden“ (1999: 15). Selbst in der Psychotherapie bleibt auch nach Wellendorf das „Rätsel des Anderen“ (Laplanche) „jenseits der Empathie“ bestehen, weil eben auch das „Unbewusste“ des Patienten sich der Empathie immer wieder entzieht.

Bei allen prinzipiellen Schranken sieht Wellendorf spezifische Probleme empathischen Verstehens in der Person des Therapeuten bzw. Patienten begründet, aber auch in unterschiedlichen Lebenserfahrungen, die eben auch (inter-)kulturell bedingt sein können. Besondere Probleme ergeben sich bei traumatischen Erfahrungen von Patienten: „Diese Patienten sind Situationen ausgesetzt, die den Zusammenbruch jeder Empathie bedeuten“ (1999: 16). Hierzu sind nicht nur Entführungsoffer oder Opfer des Holocaust zu zählen (ibid.), sondern auch andere Patientengruppen mit posttraumatischen Störungen (nach Folter, Missbrauch, häuslicher und krimineller Gewalt, Unfall usw.) (Filipp, Aymanns 2010, Maercker, Gurriss 2017). Bevor diese Patienten in einer spezifischen Psychotherapie (weiter)behandelt werden können, werden sie zumeist in der Hausarztpraxis vorstellig, wo sie vom Hausarzt etwa in der *psychosomatischen Grundversorgung* (mit)versorgt werden (§ 15, 25). Hier ist schon für die Anamnese und Diagnostik beim Hausarzt eine besondere *empathische* Gesprächskompetenz gefragt, auf die wir noch gesondert beim Umgang mit „heiklen Themen“ (§ 21.6) zurückkommen werden

Insgesamt müssen schon diesseits der Grenzen von Empathie bestimmte *Grade* des empathischen Verstehens und Antwortens unterschieden und akzeptiert werden, die schon nach Miller (1989) von sehr individuellen oder situativen Faktoren abhängen können: „Most therapists know that the degree of accuracy in understanding patients' communications varies considerably from person to person, day to day, issue to issue, and moment to moment“ (536). Insgesamt kann deswegen immer nur eine Annäherung an die optimale empathische Intervention erreicht werden: „While complete accuracy in understanding both the current and historical state of mind is impossible, the therapist strives towards this goal in the formulation of the empathic response“ (ibid.). Wie dieser empathische Response jeweils vom Patienten rezipiert wird, hängt wiederum stark von den (Problemen und Störungen)

gen der) Patienten ab, die etwa mit einem „yes, but“-statement reagieren oder schnell das Thema wechseln könnten „in order to avoid the experience of having felt understood“ (536). Dennoch ist es aber auch nach Miller immer der Patient, der das letzte Wort hat: „Only the patient can evaluate the fifth stage“ (543). Obwohl hier für den Patienten ein freier Reaktionsspielraum eingeräumt werden sollte, wird von Miller eine Zustimmung des Patienten zum empathischen Response des Arztes unterstellt (Box 20.9: Stadium 5), womit bestenfalls ein *idealtypischer* Fall gemeint sein kann.

Da aber neben der *affirmativen* auch *adversative*, *negierende* oder bloß *modifizierende* Patientenreaktionen („ja, aber vielleicht ...“) möglich sind, haben wir das Modell um weitere Positionen des Handlungsmuster erweitert (Abb. 20.2.: 6-9), in denen der Patient nach der Rezeption (5) abwägen und entscheiden muss, wie er schließlich auf den vorausgegangenen empathischen Response (4) reagieren will.

Wie immer die Evaluation ausfällt (6), werden mit der jeweiligen (affirmativen, adversativen usw.) Rückmeldung des Patienten (7) die Weichen für die weitere Gesprächsentwicklung gestellt, in denen zunächst wiederum der professionelle Helfer (8-9) und dann wechselweise beide Gesprächspartner zu weiteren Kooperationen auf weiteren Stufen der empathischen Kommunikation (höherer Ordnung) *ad infinitum* herausgefordert werden. Im gelingenden Fall führen ihre Beiträge Zug um Zug bei der Bedingungs-aushandlung zu Konvergenzen, was zwischenzeitliche Divergenzen bis zur Belastungsgrenze der therapeutischen Beziehung nicht prinzipiell ausschließen muss.

So kann in einer Zwischenbilanz resümiert werden: Zur empathischen Kompetenz sind nicht nur unmittelbar „zielführende“ Interventionen zu rechnen, denen Patienten ohne „Wenn und Aber“ beipflichten können, sondern auch tentative Interventionen im Sinne eines empathischen *Probehandelns*, bei dem der Arzt/Therapeut ebenso *kompetent* mit graduellen „Fehlschlägen“ umgehen kann, die der Patient durch seine Reaktion als solche qualifiziert. Die empathischen Interventionen mögen nach bisherigem Stand der Gesprächsgeschichte „gerechtfertigt“ erscheinen, aber der Patient behält mit seiner Evaluation das letzte Wort (s.o.). Der so ausgewiesene „Fehlschlag“ ist zunächst intrapsychisch (kognitiv und affektiv) zu verarbeiten, bevor dann interaktiv neue (modifizierende, korrigierende) Interventionen gegenüber dem Patienten erneut „zur Probe gestellt“ werden. Dieses Prüfverfahren wird solange in Gang gehalten, bis ein vorläufiger Konsens erreicht wird, der eine Basis

für weitere Aushandlungsprozesse mit neuen Themen- und Aufgabenstellungen bzw. Therapiezielen darstellt.

20.3.4 Empathie und Passung

Wenn auch die Grenzen der Empathie beim fremdpsychischen Verstehen nicht prinzipiell zu überwinden sind, so können doch die Chancen einer empathischen Kommunikation verbessert werden. In diesem Sinne muss nicht alles erst erprobt werden, sondern können gravierende Fehlschläge präventiv vermieden werden. Die Thematisierung von Emotionen des Gesprächspartners ist oft eine „heikle“ Angelegenheit, nicht nur im Alltag, sondern auch in der ärztlichen Sprechstunde. Auch dort darf der Spannungsbogen eines brisanten Themas, durch den immer auch eine Beziehung zwischen den Gesprächspartnern herausgefordert wird, nicht „überspannt“ werden.

Der kommunikative Zugang zu den Gefühlen des Patienten muss oft über verschlungene Wege gefunden werden, die sich mitunter als Umwege oder sogar Irrwege erweisen können. Das empathische Verstehen des Fremdpsychischen ist schon im Alltag eine Kunst, die in der ärztlichen Sprechstunde eine besondere, nämlich professionelle Ausprägung erfahren hat. Dabei muss die Sprache nicht neu erfunden werden. Die kommunikativen Mittel, deren sich der Arzt bedient, entstammen der Alltagskommunikation, erfahren aber in der ärztlichen Sprechstunde eine Spezialisierung. Was wir uns im Alltag verbitten würden, wird dem Arzt in der Regel erlaubt, der uns wegen seiner professionellen Rolle mit dem tradierten ärztlichen Fragen, Nachfragen und Hinterfragen gleichsam „abhören“ darf.

Im Vergleich zum Alltag zeichnet sich die Kommunikation in der Sprechstunde durch größere *Intimität* aus (§ 9), die mit mehr *persönlichen Zumutungen* gegenüber dem Patienten verbunden ist. Damit ihm der Arzt helfen kann, muss der Patient mehr oder weniger die Bereitschaft aufbringen, „sein Innerstes nach außen zu kehren“. Dies gelingt selten auf Antrieb, sondern bedarf besonderer *empathischer* Interventionen, die zunächst auf die Anerkennung des Patienten als Person zielen, der auf die Unterstützung und Hilfe des Arztes vertrauen können muss. Um zu vermeiden, dass bei der weiteren Emotionsarbeit „der Bogen überspannt“ wird, indem etwa Widerstand „gebrochen“ werden soll, müssen die Zumutungen im Gespräch „beizeiten“ und „wohl-dosiert“ platziert oder aber zurückgenommen oder bloß ausgesetzt werden.

Um das rechte Maß für die Belastbarkeit der aktuellen therapeutischen Beziehung auch zwischen Arzt und Patient zu finden, bedarf es einer spezifischen *Passungskompetenz*, die vorausgehend schon mit von Uexküll und Wesiack (1991) als *selbstreflexive Meta-Kompetenz* eines kritischen *Meta-Arztes* beschrieben wurde (§ 3.3). Dieser Meta-Arzt sollte mehr oder weniger in der Lage sein, sich selbst und den Patienten bei der Kommunikation selbstkritisch zu beobachten. Die kritische Selbstbeobachtung des Meta-Arztes mag ein *ideales* Konstrukt sein, weil es nur annäherungsweise möglich ist, sein eigenes Handeln und das des anderen noch während der Interaktion zu beobachten und zu reflektieren. Diese hohe Kunst der reflexiven Selbstbeobachtung kann aber beim kommunikativen Handeln durchaus erlernt und in langer Berufserfahrung bis hin zur *Meisterschaft* (§ 1, 40) optimiert werden.

In dieser professionellen Perspektive können gravierende Fehlschläge bei der empathischen Kommunikation überhaupt nur als „Fehlschläge“ erkannt werden, die nach und nach beim kommunikativen Handeln auch vermieden werden können. Um es in Extremen zu veranschaulichen: Wo ein „Novize“ mit invasiven („bohrenden“) Nachfragetechniken gleichsam „Öl ins Feuer schüttet“ und den gesteigerten Widerstand des Patienten, wenn er ihn überhaupt bemerkt, argumentativ zu „überwinden“ versucht, befindet sich der „Meister“ aufgrund seiner Passungskompetenz längst auf dem Rückzug, indem er das „heikle“ Thema vorerst nicht weiter vertieft, sondern einen Wechsel vom eher *konfrontativen* zur *tangentialen* Gesprächsführung vollzieht (§ 3, 17, 32). Ein „brenzliges“ Thema zunächst „auf Eis zu legen“, schließt aber seine spätere Wiederaufnahme nicht aus, worauf schon Morgan und Engel verwiesen haben.

So werden von Morgan und Engel (1977) spezifische Kommunikationsmuster beschrieben, in denen sich etwa Konflikte zwischen Arzt und Patient manifestieren, die sich in die eine oder andere, mehr oder weniger (un)produktive Richtung entwickeln können. Dies betrifft auch den kommunikativen Umgang mit offenen oder verdeckten Emotionen von Patienten bzw. ihren Abwehrformen, die der intendierten „Aufklärungsarbeit“ im Gespräch kurzfristig entgegenstehen mögen. Dabei lehrt die klinische Erfahrung, dass patientenseitige Abwehrformen keinesfalls „durchbrochen“ werden sollten, sondern gerade zum Beginn einer noch instabilen Arzt-Patient-Beziehung bis zu einem gewissen Grad zu tolerieren sind, so dass auch „brenzlige“ Themen erst nach und nach in der späteren Gesprächsarbeit wieder aufzunehmen sind (Box 20.11), wobei insgesamt eben auch „Umwege“ zu gehen sind.

Box 20.11 Umgang mit Emotionen und Abwehr

Manche Patienten verharmlosen oder verleugnen ihre Symptome. Sie versuchen dadurch, ihre Angst zu bewältigen und sind sich nicht bewusst, wie sehr sie ihre Beschwerden verfälschen. Andere Patienten verheimlichen bewusst Tatsachen, deren sie sich schämen oder die sie fürchten. Der Arzt erkennt solche Patienten daran, daß ihre Schilderung und ihr Zustand nicht übereinstimmen. So kann ein Patient im Spital lächelnd darauf bestehen, daß es ihm gut gehe, oder daß er überhaupt keine Beschwerden habe (...) Der Patient, der bewusst Angaben verschweigt, verrät dem Arzt durch wiederholtes Erröten, Zögern und Gesten oder durch ein unangebrachtes Lachen, daß er ein brenzliges Thema berührt. Da der Arzt die Abwehr des Patienten nicht durchbrechen will, was den Patienten verängstigen würde, läßt er das heikle Thema vorerst fallen und versucht später auf einem Umweg darauf zurückzukommen.

Morgan, Engel 1977: 68f

Insgesamt läßt sich der Arzt also von seinen Wahrnehmungen der verbalen und nonverbalen Kommunikation mit dem Patienten leiten, der offenbar die Ausmaße und Grenzen des *Zumutbaren* selbst mehr oder weniger „anzeigt“ bzw. durch sein Verhalten (*Erröten, Zögern, Gestik* usw.) „verrät“; sich jedenfalls aber so verhält, dass der Arzt die nötigen Schlussfolgerungen ziehen können sollte. Aus der letzten Empfehlung von Morgan und Engel für die weitere Interaktion läßt sich etwa eine *Submaxime* für den Umgang mit Emotionen nach dem Motto ableiten: „*Aufgeschoben* ist nicht *Aufgehoben*“. Der Umgang mit Emotionen bzw. Abwehrformen verlangt eine klinisch-kommunikative Doppelkompetenz (§ 3, 17), auf deren Basis der Arzt zunächst zu einer Wahrnehmung dessen kommen muss, was gegenüber diesem individuellen Patienten im „Hier und Jetzt“ der Gesprächssituation die Grenzen des individuell „Zumutbaren“ sind, für das es dann mit einer entsprechenden *Pas-sungskompetenz* die „richtigen“ Worte zu finden gilt.

Wie etwa noch beim Umgang mit Patienten mit somatoformen Störungen deutlich wird, erweist sich eine *tangentiale* Gesprächsführung immer dann als geeignet, wenn Emotionen nicht offen an- und ausgesprochen und schon gar im Detail geklärt oder nicht interpretierend hinterfragt werden können, sondern eher mit vielfältigen Formen der Abwehr zu rechnen ist (§ 3, 17, 32). Der Sinn und Zweck einer eher behutsamen Gesprächsführung, die im obigen Sinne von Morgan und En-

gel (Box 20.11) manches „heikle Thema vorerst fallen“ lässt und „auf einem Umweg“ darauf „zurückkommt“, besteht eben darin, mit *Fingerspitzengefühl* zu erproben, was bei einem bestimmten erreichten Entwicklungsstand des Gesprächs und der Beziehung „gerade eben noch geht“ und was „tunlichst zu unterlassen“ ist, weil es „über das Ziel hinausschießen“ würde. Analog zum *instrumentellen* Handeln (z.B. Medikation) war hier schon auf das *Dosierungsproblem* auch beim *kommunikativen* Handeln verwiesen worden. Bei der Verbalisierung und Interpretation von Emotionen „über Gebühren“ zu insistieren, kann eben auch *Zu-viel-des-Guten* bedeuten, so wünschenswert eine Klärung von Patientenemotionen im „Hier und Jetzt“ auch immer sein mag.

Mit der dazu nötigen *Passungskompetenz* bewegt sich ärztliches Handeln auf der Gradwanderung zwischen *Über- und Unterstimulation* (§ 17). Mit einer *übergriffigen* Haltung („auf-Teufel-komm-raus“) zu intervenieren, kann ebenso unproduktiv sein wie die übertriebene Scheu vor dem Risiko, der Patient könne regredieren und etwa zu weinen beginnen. Dies bloß zu provozieren wäre unethisch, aber es unter allen Umständen zu verhindern, hieße den Patienten vor lauter Schonung zu unterfordern. Auf den Umgang mit weinenden Patienten werden wir ebenfalls noch mit Morgan und Engel (1977) sowie einem empirischen Beispiel zurückkommen (§ 20.8), bei dem es um eine längere *Empathie-in-Interaktion* geht.

Unter Rekurs auf das vorausgehend erweiterte Stufenmodell der empathischen Kommunikation (nach Miller 1989) sollen in empirischen Gesprächsanalysen über die *lokalen* Zug-um-Zug-Sequenzen (von benachbarten Äußerungspaaren) hinaus exemplarisch auch *globale* Gesprächsentwicklungen berücksichtigt werden, bei denen etwa ein Themenwechsel vollzogen wird, weil entweder schon eine Themensättigung erreicht wurde oder offenbar unter psychodynamischen Aspekten der Gesprächsentwicklung „indiziert“ ist, dass etwa eine weinende Patientin von dem starken Affekt vorrübergehend zu entlasten ist (§ 20.8), damit die therapeutische Beziehung selbst nicht an ihre Belastungsgrenzen zu geraten droht.

Insgesamt ist die Wahrnehmung, Bewertung, Förderung und Bearbeitung von Emotionen zur *empathischen* Kompetenz des Arztes zu rechnen, von der er im Gespräch auf vielfältige Weise aktiv Gebrauch zu machen hat. Wie schon vorausgehend sollen auch in den nachfolgenden Gesprächsanalysen exemplarische Fälle nach den Kategorien des Manuals differenziert werden, die als Ankerbeispiele für die Forschung und Lehre dienen können. Über die positiven Beispiele hinaus sollen zuvor

auch die Quellen für die „Fehlschläge“ empathischer Kommunikation offengelegt werden, die auf eine mangelnde empathische Kompetenz verweisen. Dabei kann eben auch aus „Fehlschlägen“ gelernt werden, die die sog. *Best-practice-Beispiele* im direkten Vergleich umso plausibler erscheinen lassen.

20.4 Relevanzaushandlungen von Emotionen

Der vorausgehend (§ 20.2) beschriebene Mangel an Empathie lässt sich auch in empirischen Gesprächsanalysen aufzeigen. In der ärztlichen Gesprächspraxis werden die emotionalen Patientenhinweise (*cues*) oft vernachlässigt bis ignoriert, weil die (Reaktionen auf) Emotionen nicht zum Kernbereich der medizinischen Versorgung gerechnet werden. Dies wird besonders deutlich in Fällen, in denen der Arzt einem emotionalen Themenangebot des Patienten mit einem radikalen Wechsel zu einem biomedizinischen Thema begegnet, das einer Relevanzrückstufung der Patienteninitiative gleichkommt. Dagegen wird ein Arzt, der sich an einer biopsychosozialen Medizin orientiert, gegenüber einem emotionalen Patientenangebot eine Relevanz-Hochstufung vornehmen, bis sich der Patient hinreichend angenommen und verstanden fühlt. In einem dialogischen Rückmeldemodell hatten wir die Prozesse der Relevanzaushandlung zwischen Arzt und Patient allgemein dargestellt (§ 17.4), die nun im Umgang mit Emotionen zu spezifizieren sind. Dabei soll zunächst das Problem der Themenentwicklung von Gesprächen in der Metaphorik des „Fensters“ beschrieben werden, das neben vielen anderen Fenstern gleichzeitig geöffnet, geschlossen oder im Hintergrund gehalten werden kann, bevor es erneut in den Vordergrund gerückt wird usw.

20.4.1 Themenchancen empathischer Kommunikation

Wir hatten schon zu Beginn (§ 20.1) darauf aufmerksam gemacht, dass Emotionen sehr „flüchtige“ Phänomene sind, die am besten sofort dort eine ärztliche Relevanzhochstufung erfahren sollten, wo sie im Gespräch auftauchen, nach dem Motto: „Emotionen haben Vorrang!“. Werden sie durch andere Themen „verdrängt“, sind sie wieder schnell von der Oberfläche des Gesprächs verschwunden, so dass sie nur

schwer wieder „aus der Versenkung zurückzuholen“ sind. Deswegen sollte der empathische Arzt unmittelbar auf die Emotionen der Patienten reagieren, die ohnehin Probleme mit ihrer Offenlegung haben. So muss der Arzt häufig sehr „hellhörig“ sein, um die „diskreten“ Patientenhinweise (*cues*) überhaupt wahrzunehmen. Dass dies auch Ärzten nicht immer gelingt, die von ihrem spezifischen Handlungsfeld her die nötige Sensibilität aufbringen sollten, beschreiben Pollak et al. (2007) (Box 20.12) selbst für Onkologen, die an einen professionellen Umgang mit Emotionen gewöhnt sein müssten und dennoch „empathische Gelegenheiten“ häufig verpassen.

Box 20.12 Patientenhinweise (*cues*) und ärztliche (Non-)Responsivität

Patients may not want to burden oncologists with their concerns and instead may provide indirect cues or clues about their concerns. For example, rather than ask about prognosis, patients may simply say, “I’m not sure what there is to look forward to.” These indirect cues are often missed by oncologists (...) Such cues or clues often create empathic opportunities, or moments that beg empathic responses from clinicians. Empathic responses directly address patients’ emotions, validate their feelings, and invite further disclosure. Such responses are considered empathic continuers. Unfortunately, clinicians often do not respond to cues with expressions of empathy. They may avoid the emotion or may change the topic with empathic terminators that can negatively affect the patient-physician relationship.

Pollak et al. 2007: 5748

Je nach ärztlicher (Non-)Responsivität können Gespräche also ganz unterschiedliche Themenentwicklungen nehmen, mit entsprechenden Auswirkungen für die Beziehungsgestaltung. Wie wir an Beispielen noch im Detail sehen werden, verpassen Ärzte nicht nur *indirekte*, sondern auch *direkte* Patientenhinweise (*cues*), die sie offensichtlich nicht in der Rezeption nur überhört, sondern durchaus gehört, aber dennoch ignoriert haben können, wenn sie etwa einen „Themenwechsel“ (*change of topic*) vollziehen.

Wir übernehmen für unsere empirischen Gesprächsanalysen die Terminologie, die sich inzwischen in der Forschung zur empathischen Kommunikation etabliert hat, nämlich den Begriff „Hinweis“ (des Patienten), der in den Varianten *cue* oder *clue* benutzt wird, ebenso wie den Begriff der „empathischen Chance“ oder „Gelegenheit“ (*empathic oppor-*

tunity), der vielfältig angewandt wird, um das „Potential“ für eine empathische Kommunikation zu erfassen (Branch, Malik 1993, Suchman et al. 1997, Levinson et al. 2000, Coulehan et al. 2001, Bylund, Makoul 2002, Salmon et al. 2004, Pollak et al. 2007, Hsu et al. 2012). In einer frühen Arbeit haben Branch und Malik (1993) bereits den Begriff „windows of opportunity“ eingeführt, mit dem erfasst werden soll, dass etwa vom Arzt mit offenen Fragen wie „What else?“ für die Patienten spezifische „Gelegenheiten“ im Gespräch eröffnet werden, das Wort zu ganz anderen Themen ergreifen zu können als denen, die bisher den Gesprächsverlauf bestimmt haben.

An einem Beispiel aus der Hausarztpraxis werden wir sehen, dass mit einer ärztlichen Frage ähnlichen Typs („Wie sieht’s sonst aus“) in einem Gespräch, bei dem der Patient zunächst ausschließlich über „Herzbeschwerden“ klagt, eine Wende zu einem ganz anderen Gespräch herbeigeführt wird, in dem der Patient seine „Hoffnungslosigkeit“ in Bezug auf die Erkrankung seiner Frau zur Sprache bringt. Diese emotionshaltige Thematik wird dann in einem gemeinsamen Folgegespräch mit dem Ehepaar wiederaufgenommen und weitergeführt (§ 25). Nimmt hier ein Gespräch eine ganz neue Gesprächsqualität an, können auch kleinere Episoden, die Branch und Malik (1993: 1668) als „mini-windows“ bezeichnen, zu einer Gesprächsbereicherung mit neuen Themen und Anliegen führen („to explore patient’s psychological and social concerns“), ohne die „Zeiteffizienz“ zu gefährden.

Vielmehr ist über die Thematik von Branch und Malik (1993) hinaus davon auszugehen, dass solche „Minifenster“ sich schon aufgrund langfristiger Wirkungen „auszahlen“ können. Ist ein emotionshaltiges Thema qua Verbalisierung erstmal etabliert, kann es „fortwirken“, auch wenn es von der Oberfläche des Gesprächs zeitweilig „verschwunden“ scheint. Das zeitweilige „Verschwinden“ von Themenfenstern kann in Analogie zu unserem kreativen Umgang mit Computern verglichen werden, bei dem wir auf dem Bildschirm auch viele Fenster offen halten, zwischenzeitlich schließen oder in den Hintergrund rücken können, um sie dann wieder in den Vordergrund zu holen usw.

Hier sind wir im Gespräch auch *kreativer* als im Umgang mit dem Computer, bei dem wir auch immer mit einer Überlastung des „Arbeitsspeichers“ rechnen müssen. Wenn auch nicht in jeder, aber doch in vielerlei Hinsicht ist das menschliche „Gedächtnis“ dem des Computers überlegen. Ohne das Risiko eines „Absturzes“, der einen „Neustart“ verlangen würde, können Arzt und Patient nach vielen schon abgeschlossenen „Sitzungen“ gemeinsam viele Themen reaktivieren und neu ver-

knüpfen, die zwischenzeitlich in den „Hintergrund“ getreten waren. Hier können sich die beiden Gesprächspartner allein qua „Stichwort“-Kommunikation verständigen, wenn es etwa Wochen später um die Aktualisierung der Anamnese geht („Was macht die Umschulung, Kündigung, Scheidung, Essstörung der Tochter, Versetzung des Sohnes?“ usw.). Die kreative Wiederaufnahme, Verknüpfung und Weiterentwicklung von Themen in Sprechstundenverläufen können wir hier natürlich wegen des Umfangs nicht nachzeichnen, sondern bestenfalls in Ausschnitten illustrieren, die eine *Empathie-in-Interaktion* (§ 20.4.2) über längere Gesprächsverläufe verdeutlichen. Für eine exemplarische Verlaufsanalyse soll das vorausgehend (§ 19.8) schon ausführlich analysierte Gespräch dienen, das sich immerhin über acht Minuten erstreckt, die hier nochmal in ihrer Interaktions- und Themenentwicklung rekapituliert werden sollen.

20.4.2 Empathie-in-Interaktion: Formulierungen

Zunächst sei an das Gespräch mit dem Patienten mit chronischen Magenbeschwerden erinnert, das unter einer Erzählperspektive schon ausführlich analysiert worden war (§ 19.8). Der Patient hatte notgedrungen nach Prüfungsversagen im Studium eine „alternative“ Berufswahl als Beamter getroffen, woran er bis in die Gegenwart hinein zu leiden hatte (§ 19.8). In Ergänzung unserer Darstellung der *Dialogrollenstruktur* des Gesprächs (Abb. 19.7) soll hier in groben Zügen die *biopsychosoziale* Themenstruktur wiedergegeben werden (Abb. 20.3), die sich über die gesamte Länge des Gesprächs (ca. 8 Minuten) erstreckt. Der gesamte Gesprächsverlauf war vorausgehend ausführlich dokumentiert und beschrieben worden und soll hier unter dem spezifischen Aspekt rekapituliert werden, dass Gesprächspartner zwischen den von ihnen selbst geschaffenen *Kaskaden von Themenfenstern* mühelos hin und her „switchen“ können, ohne den roten Faden zu verlieren, den sie selbst spinnen.

In der groben Darstellung der *biopsychosozialen* Themenprogression (Abb. 20.3) werden die wesentlichen Interaktionen zwischen Themenfenstern durch die Bögen repräsentiert, durch die zugleich *Bündelungen* langfristig wirksamer Interventionen des Arztes markiert werden, die ihre *globale* Wirkung als *Schlüsselinterventionen* nach allen Seiten des Gesprächs entfalten (Koerfer et al. 2010.). Dabei sind wirksame Interventionen sowohl rückwärts als auch vorwärts gerichtet, indem sie „al-

20. Emotionen zulassen

te“ Themen so aufnehmen, dass „neue“ (Aspekte von) Themen generiert werden, die zugleich weitere *Chancen* für eine empathische Kommunikation (*empathic opportunity*) eröffnen können. So nimmt die zentrale Intervention des Arztes (B 20.2: „tja, aber die Arbeit scheint Ihnen ja tatsächlich auf den Magen zu schlagen“) eine konstitutive Funktion für das Gespräch ein, indem der Arzt resümierend eine Verbindung zwischen den Magenbeschwerden (1) und der Arbeit (2) auf eine einfache metaphorische Weise herstellt, die den Kern der emotionalen Problematik des Patienten offenbar zielgenau trifft, wie an seinen Reaktionen zu erkennen ist, mit denen eine neue thematische Gesprächsrichtung (4) eingeschlagen wird, nachdem das Themenfenster (3) vorerst geschlossen wurde.

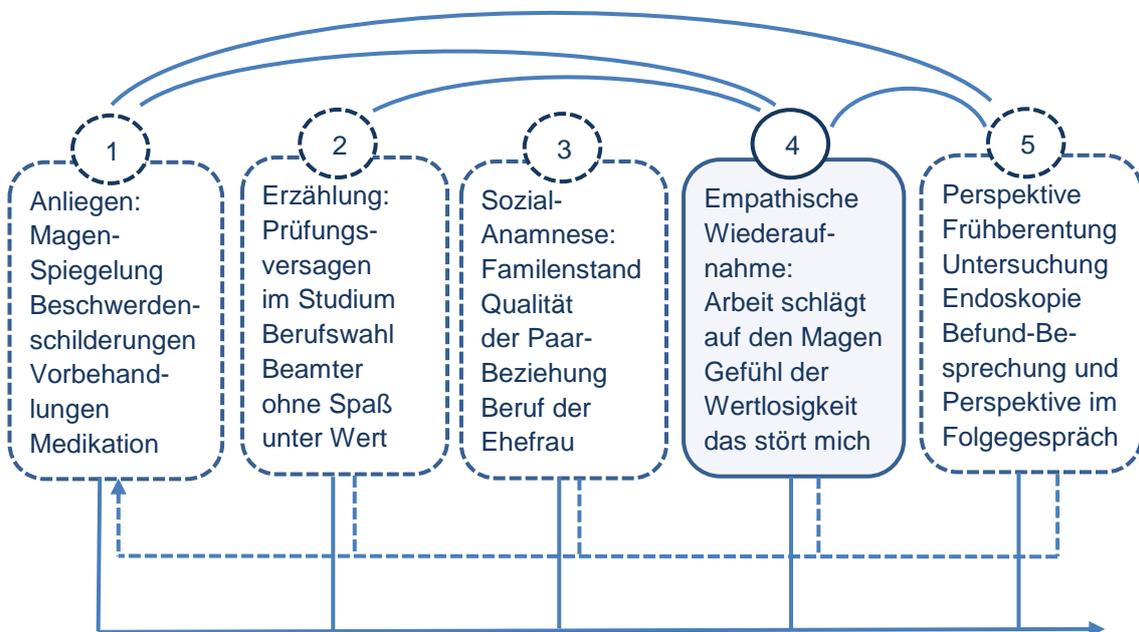


Abb. 20.3: Kaskaden von Themenfenstern in einer entwickelten Interaktionsgeschichte

Diese Gesprächsentwicklung bis zu einem neuen Zeit- und Themenfenster soll zunächst unter dem allgemeinen Aspekt der *Kooperation* zwischen Arzt und Patient bei ihren *Bedeutungsaushandlungen* betrachtet werden, bevor wir auf die sprachlich-kommunikativen Details zurückkommen. Das nunmehr aktuell geöffnete Fenster (4), das unten nochmals als erweitertes Transkript (B 20.2) dokumentiert wird, steht in einer entwickelten *Interaktionsgeschichte* (Abb. 20.3), in der die Gesprächspartner auch auf einer *lokalen* Ebene von Redezug zu Redezug in ihren *Zwischen-Bilanzen* sowohl *retrospektiv* (gestrichelte Pfeillinie) als auch *prospektiv* (durchgezogene Pfeillinie) laufend überdenken und

kommunizieren, was etwa unter stillschweigend mitlaufenden oder explizit formulierten Fragestellungen zum Ausdruck kommt, wie: „Was haben wir bisher überlegt, besprochen, getan usw.?“ und: „Was sollen/müssen wir noch überlegen, besprechen, tun usw.?“ Derartige *Formulierungen* (Box 20.13) sind ein integraler Bestandteil jeder Kommunikation, in der sich die Gesprächspartner über ihr Handeln gegenseitig orientieren müssen.

Box 20.13 Formulierungen der Teilnehmer

Wir bezeichnen die Verfahrensweisen der Konversationsteilnehmer, wenn sie mit vielen Worten sagen, was sie tun, als *Formulierungen*.

Garfinkel, Sacks 1976: 147

Auch wenn Teilnehmer bei ihren *Formulierungen* in der Gesprächspraxis an ihre Grenzen stoßen können, weil man bekanntlich nicht alles zugleich formulieren kann, was relevant ist, ist das Repertoire ihrer Formulierungen sehr vielfältig und umfangreich. So formulieren sie nicht nur, was sie tun, sondern auch, „worüber sie sprechen, oder wer spricht, oder wer wir sind, oder wo wir sind“ (ibid.) (vgl. § 8.4). Gerade in institutioneller Kommunikation ist mit besonderen Formulierungen zu rechnen, die den verschiedenen institutionellen Handlungswecken geschuldet sind (Koerfer 1994/2013: 150ff). Bei ihrer Orientierung an diesen Handlungszwecken müssen sich die Teilnehmer über den aktuell erreichten Stand und die Perspektive ihres Handelns laufend durch entsprechende Formulierungen verständigen.¹

Dies gilt in der ärztlichen Kommunikation in besonderer Weise, da hier die Zwecke und Mittel gemeinsamen Handelns unter existenziellen Belangen (der Gesundheit, Besserung usw. des Patienten) ausgehandelt werden müssen. Um diesen „Endpunkt“ des Handelns zu erreichen, sind eine Reihe von Zwischenschritten nötig (§ 8), die der Arzt aus professioneller Perspektive routinemäßig vollzieht und die der (erwachsene) Patient qua „Sozialisation“ im Umgang mit Ärzten auch erwartet. Nur so

¹ Auf die besonderen Typen von „therapeutischen“ Interventionen, die vom aktiven Zuhören über (Re-)Formulierungen bis zu Deutung reichen, wie sie etwas in der Psychotherapieforschung beschrieben werden, soll hier nur exemplarisch verwiesen (Antaki 2008, Vehviläinen et al. 2008, Bercelli et al 2008, Pawelczyk 2011, Peräkylä 2008, 2012, Scarvaglieri 2013) und nachfolgend (§ 21) eingegangen werden; vgl. bes. § 8.4, 20.4, 21.6.

lässt sich die Bereitschaft von Patienten erklären, in der Sprechstunde Fragen und Nachfragen zu *intimen Themen* zuzulassen (§ 9, 21), die im Alltag verpönt wären und dort als „ungehörig“ zurückgewiesen würden.

Allerdings können solche Fragen auch in der Sprechstunde nicht unvermittelt, sondern nur in einem entwickelten Gesprächskontext gestellt werden, in dem ein Grundvertrauen zum Arzt schon hinreichend gewachsen ist. Im vorliegenden Fall (Abb. 20.3) hatte der Patient zunächst im Themenfenster (1) das Anliegen einer Magenspiegelung formuliert, dem der Arzt nach einer späteren Wiederholung zunächst förmlich zugestimmt hatte („ja, okay, ja können wir machen“), worauf zum Gesprächsende mit der Vorbereitung der Endoskopie wieder Bezug genommen wird (5). Allerdings hatte der Arzt zugleich sein Frageinteresse an weiteren Themen deutlich markiert formuliert („nur’n paar Fragen hab ich noch“), was dann bei der Frage nach dem Beruf zu der dramatischen, emotionshaltigen *Erzählung* (§ 19.8) mit Prüfungsversagen und der Wahl eines Berufes geführt hatte, der „net Spaß macht“ (2). Genau diese Thematik hatte der Arzt zuvor mit einer empathischen Intervention schon fragend vorformuliert („das macht keinen Spaß?“), was vom Patienten dann zum Abschluss seiner Erzählung durch Wiederaufnahme (nach 1 Minute!) (§ 19.8) bestätigt worden war, wie dies in der Kurzfassung von Themenfenster (2) (B 20.1) nochmal dokumentiert werden soll.

B 20.1 Themenfenster (2): „das macht keinen Spaß?“

- 01 A (hm) . was machen Sie denn beruflich? .
 02 P ich bin Beamter bei der Stadt A .
 03 A und was für’n Tätigkeitsbereich? .
 04 P ich sitz im Büro rum .
 05 A (ja) . das macht keinen Spaß? .
 06 P tja . sagen wir mal so ... [lächelt] äh . ich bin eigentlich nicht der Typ des Beamten .
 07 A hm . hm . sondern eher was/was (würden Sie sagen, was)
 [leiser bis zum Verstummen] .
 08 P [Kurzfassung der langen 1-minütigen Erzählung aus § 19.8]
 ich hatte an‘ für sich was ganz anderes vor (...) irgendwo den ersten Knacks bekommen (4) ich wollte an‘ für sich Naturwissenschaften studieren, hatte/hab dat auch angefangen, hab aber dann im Vorexamen dann geschmissen [-] (...) und hab dann kurz so mit links ne Verwaltungsgeschichte gemacht, hab mich zum Beamten ausbilden lassen, ohne mich da besonders bei [-]

- anzustrengen ... und mach dat dann [+] jetzt mehr oder weniger so, weil's mir auch net Spaß macht, leider
- 09 A ja, so dass Sie auch immer das Gefühl haben . sich eigentlich unter Wert zu verkaufen, ne?.
- 10 P das sowieso . ich würd am liebsten würde ich sagen ... ich würde /sagen wir mal so . ich kann's mir finanziell leisten, sagen wir mal, nicht zu arbeiten, sagen wir so betrachtet . (A: hm) . ich würd' am liebsten au:fhören ... und würd vielleicht noch mal anfangen zu studieren, nur so aus Hobby, irgendwie .

In diesen Gesprächssequenzen werden die *empathischen Themenchancen* vom Arzt unmittelbar wahrgenommen und als Offerten für den Patienten zur narrativen (Selbst-)Exploration von Emotionen weitergegeben. Der Patient gibt vorausgehend mit seinen unbestimmten Antwortverhalten zunächst nur *indirekte* Hinweise („ich bin Beamter“, „ich sitz im Büro rum“), mit denen er aber durchaus seine Einstellungen zu seinem Beruf schon verbal „durchblicken“ lässt, zumal er nonverbal in der Sprechstunde beim Reden über seinen Beruf hörbar „resignativ“ redet und sichtbar ähnlich „missmutig“ und „lustlos“ dasitzt wie offenbar im Büro. Es sei darin erinnert, dass der Patient sich erst mit dem Beginn seiner Erzählung streckte und ganz aufrichtete, bis zu dem Punkt, in dem ihm beim Erzählen über sein mündliches Prüfungsversagen selbst die Stimme zu versagen drohte. Wie die vorausgehenden wie nachfolgenden Interventionen des Arztes verdeutlichen, kann der Arzt seine Wahrnehmungen im verbalen und nonverbalen Kommunikationsmodus (§ 12, 18) offensichtlich in sein gesamtes „szenisches Verstehen“ (§ 9.2) integrieren und sein Verständnis auch so gut für den Patienten „auf den Begriff bringen“ (*kein Spaß, sich unter Wert verkaufen*), dass dieser jeweils hinlänglich zur weiteren emotionalen Selbstexploration stimuliert wird.

Da wir diese Gesprächsentwicklung vorausgehend schon ausführlich herausgearbeitet haben, soll an dieser Stelle nur die mögliche alternative Entwicklung hypothetisch (durch Weglassprobe) unterstellt werden, um die weichenstellende Funktion der ärztlichen Interventionen im Vergleich mit alternativen Interventionen zu kontrastieren. Es wäre auch (in einer internistischen bzw. gastroenterologischen Praxis) als „normale“ Gesprächsentwicklung anzusehen, wenn der Arzt nach Kenntnisnahme des Berufs des Patienten (02P: „ich bin Beamter in der Stadt A“) zur Vervollständigung der Sozialanamnese gleich zu den Themen in Fenster (3) übergegangen wäre und nach der Partnerschaft und

dem Beruf der Ehefrau gefragt hätte. Hier ist aber mit Morgan und Engel (1977) vorwegzunehmen (§ 21.5), dass die bloße Sammlung von Fakten und Ereignissen wenig zielführend ist, wenn nicht das persönliche Erleben des Patienten und seine individuellen Bedeutungen, die er mit den Fakten und Ereignissen verbindet, nicht miterhoben werden.

Nachdem die Thematik des persönlichen Berufserleben des Patienten mit dramatischen narrativen und emotionalen Selbstexplorationen eine gewisse Sättigung erreicht hat (§ 19.8), führt auch der Arzt zunächst die psychosoziale Anamneseerhebung fort (3) (Familienstand, Qualität der Paar-Beziehung, Beruf der Ehefrau usw.), bevor er dann doch auf das „eigentliche“ Thema aus (2) zurückkommt, das er umstandslos mit einem Resümee reaktiviert (4), in dem die *biopsychosoziale* Problematik des Patienten auf einen kurzen *metaphorischen* Nenner gebracht wird (B 20.2), mit dem der Arzt in seiner *Schlüsselintervention* (03A: „Arbeit schlägt auf den Magen“) gleichsam das „Stundenthema“ formuliert.

B 20.2 Themenfenster (4): „Arbeit scheint auf den Magen zu schlagen“

- | | | |
|----|---|---|
| 01 | A | aber nicht im selben- . |
| 02 | P | nee, die [Ehefrau] arbeitet bei ner anderen Behörde . |
| 03 | A | hm . hm ... tja, aber die Arbeit scheint Ihnen ja tatsächlich auf den Magen zu schlagen, wa? . |
| 04 | P | [amtet hörbar ein] ja . irgendwo dieses sss Gefühl [lächelt] net richtig gebraucht zu werden, finde ich . |
| 05 | A | hm . |
| 06 | P | das stört mich sowas . |
| 07 | A | hm . |
| 08 | P | nicht ausgelastet zu sein . |
| 09 | A | hab'n auch nicht das Gefühl, dass die Arbeit, die Sie leisten äh . wertvoll ist für irgendeinen Zweck? . |
| 10 | P | [schüttelt Kopf, lächelt] nein ich halte die Arbeit für unnötig . [lacht] . ich halte (...) [längere Fortsetzung] |

Offensichtlich berührt der Arzt die Gefühlslage des Patienten erneut mit einer hohen *Passgenauigkeit* (§ 3, 17, 19) seiner Interventionen, die ersichtlich verstanden und akzeptiert und als Teil des roten Fadens vom Patienten aktiv weiter gesponnen werden können. Der Arzt konnte zuvor vom Thema der beruflichen Situation der Ehefrau umstandslos zurückschalten auf die eigene Berufs-Problematik des Patienten, der wie-

derum mit einer leichten Verzögerung (04P), in der man zu Beginn die Wirkung der ärztlichen Schlüsselintervention im Sinne „szenischen Verstehens“ (§ 9.2) auch nonverbal wahrnehmen kann, voll auf seine individuelle Gefühlslage umschalten kann (P04). Diese Verbalisierung des Patienten wird dann erneut vom Arzt aufgenommen und weitergeführt (09A), so dass der Patient eine weitere „Gelegenheit“ (*empathic opportunity*) zur Vertiefung der Versprachlichung seiner Gefühle erhält (10P) usw. Um es in dem bekannten Bild von den zwei Personen auszudrücken, die sich nach möglichen „Unstimmigkeiten“ schließlich im „Einklang“ befinden: Arzt und Patient funken inzwischen auf derselben Wellenlänge, auf der sie eine Feinabstimmung (*attunement*) bei ihren Bedeutungsaushandlungen zu erreichen suchen.

Die Gesprächsentwicklung macht insgesamt deutlich, wie die Gesprächspartner bei ihren *kooperativen Bedeutungsaushandlungen* zwischen verschiedenen Themenfenstern flexibel hin und her „switchen“ können, wenn bestimmte emotionale Themensymbole erst einmal eingeführt sind. Diese können dann jederzeit aus dem Symbolfeld mit den dazugehörigen Emotionen immer wieder abgerufen und in ihren individuellen Bedeutungen (§ 21.5) weiter ausgearbeitet werden.

Das bereits gemeinsam in Themenfenster (2) erarbeitete *Emotionsvokabular* („kein Spaß“, „sich unter Wert verkaufen“), dient dann als *Grundstock* für weitere thematische Ausdifferenzierungen (4) (03A: „Arbeit schlägt auf den Magen“, 04P: „Gefühl, nicht gebraucht zu werden“, 09A: „nicht das Gefühl, dass Ihre Arbeit wertvoll ist?“). Diese wechselseitigen Ausdifferenzierungen der individuellen Bedeutung der Arbeit für den Patienten verweisen angesichts der Entbehrlichkeit (10P: „unnötig“) schließlich schon auf das *Erleben* des Patienten als *Person*, die nach eigener Selbsteinschätzung unter der so erlebten *Unterforderung* (08P: „nicht ausgelastet“) leidet, auch wenn dieses *Leiden* noch vage formuliert wird (06P: „das stört mich sowas“). Auf diese Weise entwickeln Arzt und Patient in ihren kooperativen Bedeutungsaushandlungen gemeinsam Möglichkeiten für eine „Dialogschraube ohne Ende“ (§ 7.2), die einmal in Gang gesetzt auch in Gang gehalten werden kann, selbst wenn sie zwischenzeitlich durch andere Themenfenster wie (3) unterbrochen sein sollte. So werden Emotionen im Gespräch dauerhaft *verbal gebunden*, die dann auch nicht mehr „flüchtig“ sind, nachdem sie durch Verbalisierung für beide Gesprächspartner erkennbar manifest wurden, so dass sie *bewusstseinsnah* und jederzeit *thematierbar* bleiben.

Dagegen können Emotionen wieder „verloren“ gehen, wenn sie nicht unmittelbar aufgenommen und für beide Gesprächspartner als solche erkennbar verbalisiert wurden. Wie wir an den nachfolgenden Beispielen zur Empathie-in-Interaktion sehen werden, kann eine vorzeitige Relevanzrückstufung das emotionale Patientenangebot quasi „ungeschehen“ machen. Werden Patienten mit ihren oft zaghafte emotionalen Hinweisen (*cues*) frustriert, bringen sie selten die Energie für einen weiteren Versuch auf. Als Reaktion auf den Arzt bleiben mögliche Fenster für emotionale Patientenangebote dann ungeöffnet oder sie werden vom Patienten extra verriegelt – gegebenenfalls sogar mit dem Ergebnis, dass der Arzt, sofern er den Zusammenhang von Ursache und Wirkung erkennt, später in einer Fortbildung darüber klagt, wie „verschlossen“ sein Patient sei.

Inwieweit sich Patienten „öffnen“ können, ist immer auch eine Folge der (Art der) ärztlichen Gesprächsführung. Nach den weiteren typologischen Unterscheidungen zur Relevanzaushandlung von Emotionen werden dann empirische Belege in Form von *positiven* wie *negativen Ankerbeispielen* zur Gesprächsführung gegeben, in der eine empathische Kommunikation gefördert oder aber erschwert bis verhindert wird. Die Unterschiede werden sowohl an kürzeren (zumeist benachbarten) (Paar-)Sequenzen von Arzt-Patient-Äußerungen als auch an längeren Entwicklungen einer *Empathie-in Interaktion* aufgezeigt, die sich schon auf den Gesprächsbeginn (§ 20.7), aber auch den weiteren Gesprächsverlauf in der Mitte (§ 20.8) und am Ende von Gesprächen (§ 20.9) beziehen können.

20.4.3 Typologie empathischer (Non-)Responsivität

Insgesamt ergeben sich „empathische Chancen“ für eine emotionale Öffnung des Patienten nicht von selbst, sondern sie müssen von den Handelnden im laufenden Gespräch „kreiert“ werden, d.h. als solche initiiert, rezipiert, akzeptiert und interaktiv weitergeführt werden. Dabei liegt auf der Hand, dass die mögliche Themenentwicklung weitgehend vom Arzt abhängt, der in seiner professionellen Rolle wesentlich über die Weichenstellung an den sensiblen Gesprächsstellen entscheidet, an denen die emotionalen Patientenangebote eine Relevanzhochstufung oder aber Rückstufung erfahren.

Vorausgehend waren die Prozesse der Relevanzaushandlung in einem *dialogischen Rückmeldemodell* allgemein dargestellt worden (§

17.4), was jetzt für den kommunikativen Umgang mit Emotionen zu spezifizieren ist. In einer zurück- und vorausgreifenden Zusammenfassung sollen die wesentlichen Typen der empathischen (Non-) Responsivität gegenüber emotionalen Patientenangeboten vorweg unterschieden und die alternativen Entwicklungen in einem Flussdiagramm (Abb. 20.4) dargestellt werden, was dann anschließend mit den entsprechenden Ankerbeispielen in der empirischen Gesprächsanalyse empathischer Kommunikation veranschaulicht werden soll.

1. *Relevanzhochstufung* von Emotionen

Im *Idealfall* reagiert der Arzt auf ein *emotionales* Patientenangebot mit einer passenden *Relevanzhochstufung*, bis sich der Patient hinreichend *verstanden* und *angenommen* sieht. Bei der Relevanzhochstufung kann sich der Arzt unterschiedlicher Formen etwa des *aktiven Zuhörens* (§ 19) oder *empathischen Antwortens* bedienen. Hier reicht das Spektrum der *hochstufenden* Interventionen von einfachen Hörersignalen („ja“, „achso“, „ach!“, „ohje!“ usw.) bis hin zu verbalen Interventionen, mit denen der Arzt supportiv die Belastungen und Bewältigungsleistungen seiner Patienten *anerkennt* („Prima!“, „gut“, „Donnerwetter!“) und seine ärztliche *Hilfe anbietet*, d.h. auch zu *trösten* oder zu *beruhigen* sucht, sofern dies situationsangemessen ist. Um den Patienten zur weiteren emotionalen Selbstexploration hinreichend zu *stimulieren* (§ 17.3), bedient sich der Arzt vor allem verbaler Interventionen, mit denen er die (non)verbalen Patientenhinweise (cues) *anspricht*, *benennt*, *klärt* und *interpretiert*. In Idealfall besteht das dominante Muster empathischer Kommunikation aus Kaskaden von Relevanzhochstufungen, die zu einer Weiterentwicklung und Vertiefung von emotionshaltigen Themen und dadurch zu einer neuen Gesprächs- und Beziehungsqualität (§ 3, 17, 25) führen können.

2. *Relevanzrückstufung* von Emotionen

Im *Konfliktfall* verkennt oder ignoriert der Arzt die emotionalen Patientenangebote, aus welchen Gründen dies auch immer geschieht (Unaufmerksamkeit, Desinteresse, Zeitnot usw.). Das „Unüberhörbare“ wird kontrafaktisch „überhört“, so als wäre es erst gar nicht gesagt worden oder als wäre das Gesagte nicht als so relevant gemeint gewesen, dass der Arzt darauf eingehen müsste.

20. Emotionen zulassen

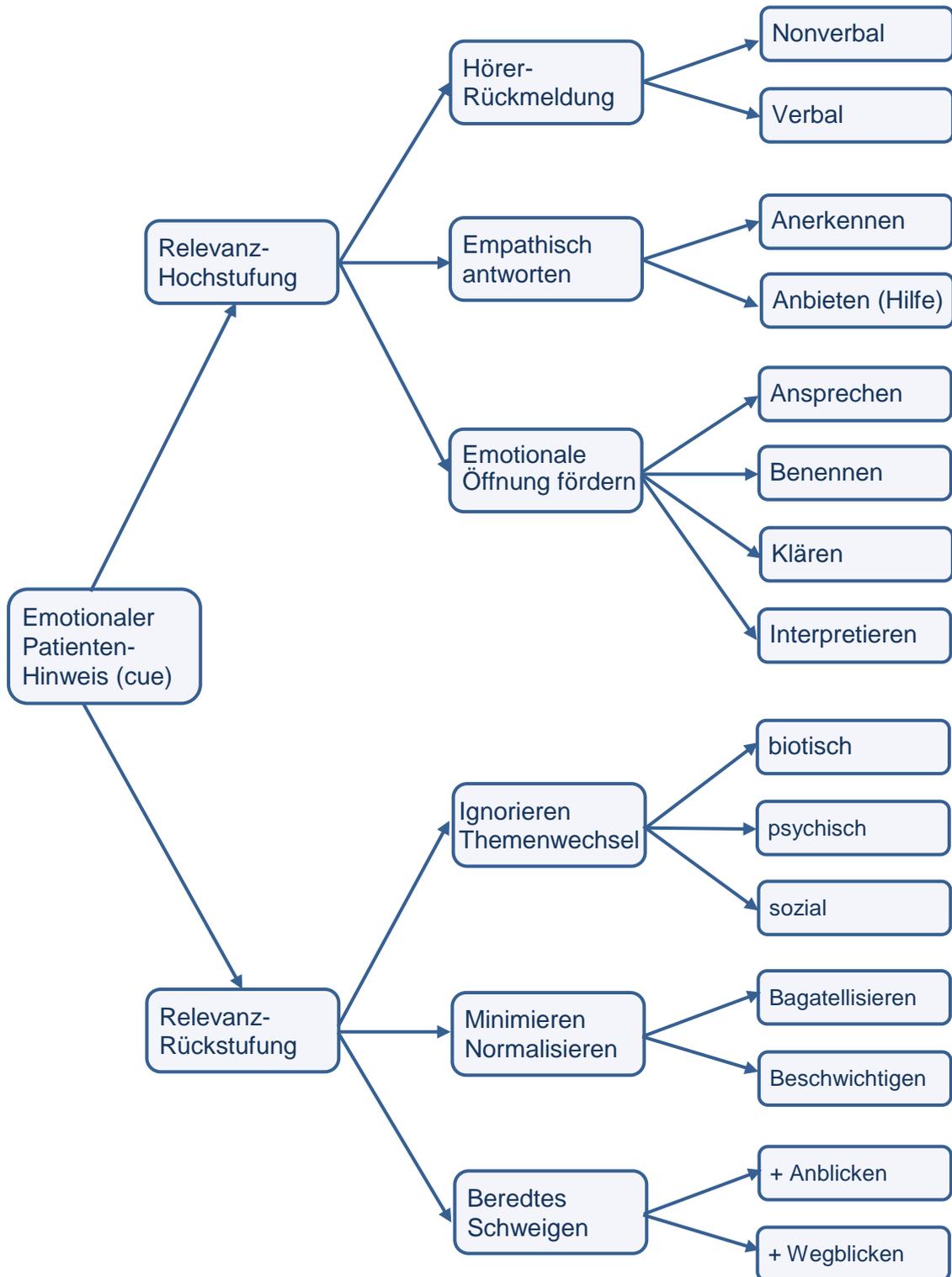


Abb. 20.4: Typologie empathischer (Non-)Responsivität

So kann der Arzt das „Unüberhörbare“ elegant übergehen, indem er etwa schweigend das Ende des emotionalen Patientenangebots abwartet oder mit „gut“ oder „okay“ einen *Kommunikationsstopper* („truncator“) setzt und dann einen radikalen *Themenwechsel* (zumeist zu einem biomedizinischen Thema) vornimmt, mit dem im Sinne eines *Relevanzwechsels* eine endgültige Rückstufung des zuvor gemachten emotionalen Patientenangebots erreicht werden soll. Dies führt im weiteren Gesprächsverlauf beim Patienten dann häufig zu einer *Resignation*, die ihn schließlich „verstummen“ lässt. Im wiederholten Fall dürfte die Bereitschaft zur emotionalen Öffnung vollends versiegen. Von diesen Formen des *Ignorierens* von emotionalen Patientenangeboten lassen sich Formen der *Minimalisierung* bzw. *Normalisierung* unterscheiden, mit denen eine scheinbar moderate Rückstufung der Relevanz vorgenommen wird, bei der der Arzt die Legitimation von Emotionen seinen Patienten abspricht, indem er zu bagatellisieren oder zu beschwichtigen sucht.

Es sei im Einzelfall dahingestellt, welchen Arten der Relevanzrückstufung von Patienten in welchem Maße als *Zynismus* erlebt werden. *Kein* Wort der Rückmeldung zu bekommen kann ebenso wie das *falsche* Wort kränken, wenn sich Patienten mit ihren Emotionen schon vertrauensvoll an den ärztlichen Helfer gewandt haben. In der Regel lässt sich aber frei nach Watzlawick et al. (1969) (§ 7.4) die *Maxime* formulieren, dass die *Verwerfung* von Selbstdarstellungen des anderen als weniger „verletzend“ erlebt wird als das dauerhafte *Ignorieren* (nach dem Motto: „Irgend-eine Rückmeldung ist besser als gar keine“). Andererseits kommt es im Einzelfall auf die Art und das Ausmaß der Verwerfung an, gegenüber der das stillschweigende Ignorieren mitunter mehr Schonung zulässt, weil hier ein größerer Interpretationsspielraum für (Selbst-)Täuschungen bleibt. Bevor aber nicht nur in der Theorie, sondern auch in der Gesprächspraxis weiter über das Ausmaß der möglichen Kränkung von Gesprächspartnern spekuliert wird, sollten nach Möglichkeit alle Arten von *Verletzungen* des Patienten präventiv durch eine empathische Kommunikation vermieden werden.

3. *Relevanzhochstufungen von Emotionen nach Rückstufung*

Im komplexen *Problemfall* erneuert der Patient, dessen Initiative zunächst vom Arzt zurückgestuft wurde, sein ausgeschlagenes

20. Emotionen zulassen

emotionales Angebot unter Umständen mehrfach, bis es trotz vorausgegangener Rückstufungen durch den Arzt schließlich doch Gehör findet. Auf diese Weise entsteht gegebenenfalls eine Reihe von zirkulären Interaktionsschleifen, in denen es auf Umwegen und mit einer Mischung aus Rückstufung und Hochstufung am Ende doch zu einem empathischen Verständnis des Patienten kommen kann. Allerdings muss hier im Vergleich zum *Idealfall* mit erheblichem kommunikativem Mehraufwand auf beiden Seiten gerechnet werden, der durch Verzögerungen und aufwändige Reparaturversuche bei Missverständnissen entstehen kann.

Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass aufwändige Korrekturen bei der emotionalen Gesprächsarbeit ebenso zu „Verletzungen“ von Gefühlen beitragen können, wie sie vorausgehend schon beim *Verwerfen* und *Ignorieren* von emotionalen Patientenangeboten möglich waren. Das dauerhafte Ringen des Patienten um Verständnis und Anerkennung kann ebenso „kostenträchtig“ sein, wie die rechtzeitige Resignation bei der erstbesten Relevanzrückstufung durch den Arzt. In jedem Fall sollte auch der Arzt eine (psycho-)ökonomische Bilanz ziehen, nach der seine Abwehr von Patienten-Emotionen (§ 20.2.1) durchaus negative Folgen für die Beziehungsentwicklung und damit auch für ihn selbst haben kann, wenn sich Emotionen später unkontrolliert „Bahn brechen“ sollten, was sich etwa als Widerstand gegen das „Behandlungsregime“ offenbaren und in einer *Non-Adhärenz* (§ 10, 26) des Patienten niederschlagen könnte. Unter dem Aspekt der Partizipation hatten wir nicht nur auf die Möglichkeit, sondern Notwendigkeit verwiesen, eine tragfähige Beziehung zu beider Vorteil nur in einer *Win-win-Situation* zu entwickeln.

Wie schon vorausgehend ausgeführt (§ 17.4), ist der *Idealfall*, bei dem der Arzt mit einer großen Passgenauigkeit von verbalen Interventionen, das heißt mit maximaler Effizienz durch entsprechende Relevanzhochstufung die emotionalen Patientenangeboten auf direktem Weg ein empathisches Verständnis des Patienten erreicht, im klinischen Alltag zwar nicht die Regel, aber empirische Fälle empathischer Kommunikation sollten letztlich an einem solchen *normativen* Rückmeldemodell der Relevanzaushandlung bemessen werden. Unter dieser kritischen Evaluationsperspektive sollen die nachfolgenden Gesprächsanalysen zunächst mit negativen Beispielen einer Relevanzrückstufung von Emoti-

onen beginnen, bevor wir mit den positiven Beispielen der Relevanzhochstufung fortfahren, die auch den Schritten in unserem Manual folgen.

Dabei sei nochmals betont, dass die in der Darstellung notwendig lineare Schrittfolge im Manual in der Gesprächspraxis flexibel in Gesprächsschritten umgesetzt werden muss, die immer an den aktuellen Entwicklungsstand des Gesprächs mit seinem individuellen Gesprächsverlauf anzupassen sind (§ 17). Wenn nachfolgend negative wie positive Ankerbeispiele kontrastiert werden, geschieht dies in der didaktischen Absicht, dass auch aus Fehlern gelernt werden kann, mit denen die *Best-practice-Beispiele* als solche auch vergleichend nachvollzogen werden können. Für einen solchen Vergleich sollen nachfolgend auch didaktische Hinweise für die Vermittlung in der Lehre gegeben werden.

20.4.4 Relevanzrückstufungen: Minimieren und Normalisieren

Bei vielen Beispielen für eine Relevanzrückstufung ist auch im weiteren Kontext nicht zu entscheiden, ob ein Arzt die emotionalen Patientenangebote nicht wahrgenommen oder ob er sie willentlich überhört und übergangen hat. Die Verhältnisse zwischen *Sagen*, *Meinen* und *Verstehen* können hochkomplex sein. Mitunter erleben wir auch im Alltag, dass wir missverstanden werden, obwohl wir meinen, uns hinreichend klar ausgedrückt zu haben. Fühlen wir uns unverstanden, reagieren wir mit Rückfragen oder im Wiederholungsfall mit Vorwürfen wie „Bist du taub?“ oder „Du hörst nur mit halben Ohr zu!“ oder gar mit „Du willst mich nicht verstehen!“, was schon auf gravierende Störungen bei der Kooperation zwischen Gesprächspartnern verweisen kann.

Gerade im letzten Fall unterstellen wir dem Gesprächspartner, dass er im Sinne von Habermas (1981) eine *strategische* Kommunikation verfolgt (§ 7.3), bei der er nicht verständigungsorientiert kooperiert, sondern mehr oder weniger erfolgsorientiert eine Strategie des „Sich-Dumm-Stellens“ einschlägt (Kallmeyer 1978, Koerfer 1994/2013). Leider ist strategische Kommunikation kein Sonderfall in extremen Situationen, sondern auch in der ärztlichen Kommunikation gang und gäbe, wie dies etwa auch in empirischen Gesprächsanalysen zur ärztlichen Visite (§ 24) herausgearbeitet wurde, in der die *faktische Asymmetrie* (§ 7, 10) der Kommunikation zwischen Arzt und Patient allen Regeln der *Kunst* der ärztlichen Gesprächsführung (§ 17) widerspricht.

20. Emotionen zulassen

Auch in der ärztlichen Sprechstunde können *strategische* Formen der Kommunikation vorherrschen, wenn etwa Patienten nicht hinreichend zu Wort kommen oder ihr Wort „unerhört“ bleibt – aus welchen Gründen auch immer. Mag Unaufmerksamkeit noch entschuldbar sein, ist Ignoranz gegenüber dem Wort des Patienten ein Mangel an Kooperation, der sich gegenüber dem *emotionalen* Wort als Mangel an *Empathie* erweist, wie er vorausgehend (§ 20.2) für die Ausbildungspraxis und ärztliche Berufspraxis schon beschrieben wurde.

Wenn auch im Einzelfall nicht nachweisbar sein mag, was die Gründe für den Mangel an empathischer Kommunikation sind, so kann aber als Ergebnis festgehalten werden, was Salmon et al. (2004) besonders für die psychosozialen Hinweise (*cues*) von Patienten mit „unexplained symptoms“ schon im Titel ihrer empirischen Analysen auf einen allgemeinen Nenner gebracht haben: „Voiced but unheard agendas“ (2004). Dabei kann Gesagtes auf verschiedene Weise „unerhört“ bleiben. Über das strikte *Ignorieren* von emotionalen Patientenhinweisen hinaus, das gleich differenziert wird, lassen sich verschiedene Varianten der *Teil-Responsivität* unterscheiden, die oft nicht minder „zynisch“ erscheinen.

Dazu gehören Formen der *Minimierung* oder *Normalisierung*, mit denen gegenüber den Patienten die Legitimation ihrer Emotionen mehr oder weniger in Frage gestellt wird (Salmon et al 2004, Hsu et al. 2012). Weil es drastisch und kurz genug ist, sei hier ein (englischsprachiges) Beispiel (B 20.3) aus dem Gesprächskorpus von Salmon et al. (2004) angeführt.

B 20.3 Minimieren bzw. Normalisieren

- 01 P Oh dear. Have I got to have any more, any more? After me wife died I had both my knees, done. My second knee was done in February '97, in February '98 I had that appendix and December '99 I had this flu. I shouldn't have had it after I had the injection should I?
- 02 Dr It's bad luck, isn't it?

Salmon et al. 2004: 175

Es sei dahingestellt, ob diese Art von „Zynismus“ durch strikte Ignoranz noch überboten werden kann, wenn Ärzte ihre Patienten zwar reden lassen, vielleicht auch hinreichend zuhören, aber das *Gesagte* und *Ge-meinte* und auch das entsprechend *Verstandene* in der weiteren Interaktion so „übergehen“, als sei es eben nicht gesagt worden oder so nicht

gemeint gewesen usw. Im vorausgehenden Fall werden die emotionalen Hinweise zwar nicht vollständig übergangen, aber eben mit den „falschen“ Worten beantwortet. Die Relevanzrückstufung besteht in einer Herabwürdigung des emotionalen Erlebens des Patienten, der ja im Sinne kritischer Lebensereignisse „einiges durchgemacht“ hat.

Anstatt diese Belastungen angemessen zu würdigen (§ 20.5), flüchtet sich der Arzt in eine Alltagssentenz („bad luck“), mit der schon im Alltagsleben die Emotionen unserer Gesprächspartner „stillgelegt“ werden können, wenn wir es an Empathie fehlen lassen (wollen). In die gleiche Richtung gehen bestimmte Arten von *Bagatellisierungen* und *Beschwichtigungen* („halb so schlimm“, „das kriegen wir schon wieder hin“), die ebenfalls der Alltagskommunikation entlehnt sind. Wie wir an Beispielen noch sehen werden, ist auch die ärztliche Sprechstunde voller Alltagskommunikation, wie etwa bei Lob und Tadel, aber sie sollte doch frei von Umgangsformen sein, die bestenfalls zur „Affektabfuhr“ des Sprechers dienen, die sich dieser zulasten des Hörers leistet.

Ein „offenes“ Wort muss kein „verletzendes“ Wort sein, zu dem das bloße „Schweigen“ auch nicht immer eine passende Alternative ist. Auch mehr oder weniger „beredtes“ Schweigen kann vom Hörer als „Todschweigen“ erlebt werden. Im Fall des *Ignorierens* durch Schweigen wird der emotionale Hinweis (*cue*) des Patienten nicht mit einem *falschen*, sondern mit gar *keinem* Wort gewürdigt. Die nötige Relevanz wird dem Patienten dann derart abgesprochen, dass er offenbar kein weiteres Wort mehr verdient hat, jedenfalls nicht mehr zum Thema des Betroffenen. Das emotionale Thema kann dann wegen seiner „Belanglosigkeit“ auch „stillschweigend“ ignoriert werden, was dann häufig in einem radikalen Themenwechsel auch mehr oder weniger „offensichtlich“ zum Ausdruck kommt. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sollen die folgenden Beispiele das Spektrum des *Ignorierens* von emotionalen Patientenangeboten durch Themenwechsel veranschaulichen.

20.4.5 Relevanzrückstufungen: Themenwechsel

Eine sehr häufige Form der Relevanzrückstufung stellt der mehr oder weniger radikale Themenwechsel dar. Dabei kann der Arzt innerhalb des biopsychosozialen Themenspektrums hin und her wechseln, auch ohne Zusammenhänge herzustellen oder weitere Aspekte zum angeschnittenen Thema zu berücksichtigen. So kann er von einem Thema („Was machen Sie beruflich?“) nach einer Kurzantwort des Patienten

20. Emotionen zulassen

(„Ich bin Spediteur“) zum nächsten Thema springen („Sind Sie verheiratet?“), um dann mit der weiteren Frage („Haben Sie Kinder?“) das nächste Thema „aufrufen“, ohne jeweils anderweitige Aspekte anzuschließen. Sollten sich dennoch „unliebsame“ Themen „Bahn brechen“, werden sie häufig durch einen Wechsel zu einem biotischen Thema wieder „stillgelegt“. So hatte der Arzt schon im „Verhörgespräch“ (§ 19.6), kaum dass er vom Beruf seiner Patientin erfahren hatte („Arzthelferin“), das Thema mit einer unmittelbaren Frage nach den Begleitzeichen bei ihren Herzbeschwerden („Haben Sie Luftnot dabei?“) gewechselt. Dies war ein extremes Beispiel aus dem umfänglichen Spektrum der (Typen von) Relevanzrückstufungen, die hier nur in Auswahl exemplarisch illustriert werden können.

Wir beginnen mit einem klaren Fall von *Ignorieren* durch ärztlichen *Themenwechsel*, bei dem die Patientin ein spezifisch psychosoziales Thema („Ärger in der Familie“) schon einmal explizit eingeführt hatte, das sie jetzt zu erneuern sucht, weil der Arzt ihr offenbar dazu eine gute Chance eröffnet.

B 20.4	„noch anderen Ärger in der Familie“	Kommentar
01	A (...) also Sie sagen selbst, dass da Stress hintersteckt ... oder gibt's noch andere Sachen, die Ihnen Probleme machen? . ich mein da anderes Schwieriges .	Eröffnung einer psychosozialen Themenchance (PS)
02	P na gut ich hatte noch anderen/anderen Ärger in der Familie innerhalb .	Psychosoziales Patientenangebot
03	A hm .	
04	P der eigentlich auch noch/was heißt andauert, der also erst vor kurzem da war, wo auch ziemlich viel durcheinander geraten ist ... aber ... das ist auch das Einzigste dann .	Psychosoziales Patientenangebot
05	A hm . ja Frau S . ich denke, dann werd ich Sie jetzt mal untersuchen .	Rückstufung ↓ durch Themenwechsel PS→B
06	P hm .	Hörersignal

Wie auch aus der vom Arzt geteilten bisherigen Gesprächsgeschichte schon bekannt ist, fiel der „andere Ärger innerhalb der Familie“ zeitlich mit einer Fehlgeburt und den schon zu Gesprächsbeginn geschilderten „Angstzuständen“ und herzbezogenen Beschwerden der Patientin zu-

sammen (§ 21.5). Die Patientin hatte den „Ärger in der Familie“ vorausgehend schon erwähnt, ohne damit unmittelbar zum Zuge zu kommen, weil zunächst das Thema der Fehlgeburt eine Relevanzhochstufung erfahren hatte, und versucht es jetzt noch einmal an einer Gesprächsstelle, an der der Arzt eine Gelegenheit dazu eröffnet (01A: „Stress (...) Probleme (...) anderes Schwieriges?“). Die Patientin nimmt diese thematisch weitgefaste Gesprächsofferte wahr und platziert ihr Themenangebot erneut explizit und unüberhörbar (02P: „anderen Ärger in der Familie (...) wo auch viel durcheinander geraten ist“), so dass der Arzt hier entsprechend unter Zugzwang für eine Reaktion auf das aktuelle Patientenangebot gesetzt ist.

Anstatt diesem Patientenangebot weiter nachzugehen, präferiert der Arzt hier jedoch eine ganz andere Gesprächsfortsetzung, indem er sich eines Routine-Verfahrens der Relevanzrückstufung bedient, nämlich (im Sinne von Labov, Fanshel 1977) von *patient's events* („Ärger in der Familie“) unmittelbar zu *doctor's events* zu wechseln: Er schneidet nicht nur das von der Patientin erneut initiierte Thema ab, indem er einen Kommunikationsstopper setzt (*truncator*) („hm . ja Frau S, ich denke ...“), sondern beendet damit zugleich das Gespräch, indem er vom kommunikativen zum instrumentellen Handeln wechselt („dann werd ich Sie jetzt mal untersuchen“). Diesen radikalen Wechsel kann die Patientin nur noch resignativ mit einem leisen Hörsignal (*hm*) „quittieren“, ohne überhaupt Gelegenheit für Zustimmung oder Widerspruch zu bekommen, um sich etwa mit ihrem Thema nochmals zu behaupten, das nun in dieser Sprechstunde erst mal endgültig „stillgelegt“ ist. Da aber gerade psychosoziale Themen dieses Typs nicht beliebig abrufbar sind, sondern als einmal interaktiv entwickelte Gesprächschancen auch „an Ort und Stelle“ wahrgenommen werden sollten, geht der Arzt hier ein hohes Risiko ein, mit der Relevanzrückstufung durch seinen radikalen *Themenwechsel* eine möglicherweise für das Verständnis der Krankengeschichte wichtige Information zur Vervollständigung der biopsychosozialen Anamnese ungenutzt zu lassen.

Derartige „Problemfälle“ können in der Lehre genutzt werden, ohne sie vorher als solche zu kennzeichnen (§ 13.4). Je nach erreichtem Lernstand werden die Defizite in der Gesprächsführung des Arztes von den Kursteilnehmern oft selbständig erarbeitet und etwa so resümiert, dass der Arzt sich hier „in die Untersuchung flüchtet, statt dem Ärger weiter nachzugehen“. Mit einer solchen kritischen Bewertung des Fallbeispiels ist zunächst ein Zwischenstand des Lernens erreicht, der weiter ausgebaut werden kann. In der Lerngruppe können dann weiterfüh-

20. Emotionen zulassen

rende Reflexionen zu passenden verbalen oder nonverbalen Anschlussinterventionen des Arztes durch praktische Übungen angeregt werden.

Wie schon ausführlich beschrieben (13.4), sollen die Gruppenmitglieder sich in die Rolle des Arztes versetzen und „an seiner Stelle“ intervenieren sollen („it’s your turn“), um die Patientin - trotz ihrer eigenen Relevanzrückstufung („aber das ist auch das Einzigste dann“) - zu einer Erzählung über ihren „Ärger in der Familie“ zu bewegen. Hier können sich die Vorschläge der Gruppenmitglieder von Formen des *aktiven Zuhörens* (§ 19) (wie wörtliche Wiederholung: „Ärger in der Familie?“) bis hin zu expliziten Erzähleinladungen erstrecken (wie: „Was ist denn alles durcheinander geraten? Erzählen Sie mal!“). So können in Lerngruppen diskussionsfreudige Lernprozesse mit „Wettbewerben“ der Gruppenmitglieder um die bestmögliche Intervention („best choice“) an einer kritischen Stelle im Gespräch eingeleitet werden - ein Verfahren, das wir auch in der multimedialen Lehre (§ 13.5) zu nutzen suchen.

In einem weiteren Beispiel, das sich wegen der Kürze ebenfalls gut für Lehrzwecke nutzen lässt, übergeht der Arzt bei der Vervollständigung der Sozialanamnese den mehr oder weniger direkten emotionalen Hinweis des Patienten, den der Patient zum Thema „Kinderlosigkeit“ gibt.

B 20.5	„leider keine Kinder“	Kommentar
01	A sind Sie verheiratet? .	Sozialanamnese
02	P ja .	
03	A Kinder? .	
04	P leider keine Kinder .	Psychosoziales Patientenangebot
05	A hm . Ehe gut? .	
06	P bin jetzt schon 20 Jahre verheiratet (...)	Rückstufung ↓ durch Themenwechsel PS1→PS2 Hörersignal

Hier wird vom Patienten ein emotionales Themenangebot gemacht und zugleich die damit eröffnete Gesprächschance zur weiteren Klärung der individuellen Bedeutung vom Arzt verschenkt. Der Arzt „überhört“ oder ignoriert offenbar den kurzen Ausdruck des *Bedauerns* („leider“) und nivelliert das Themenpotential mit einer suggestiven, elliptischen Fragetechnik („Ehe gut?“) auf das normative Erwartungsformat einer „guten Ehe“. Mit Inhalt und Form dieses Typs suggestiven Fragens, auf den wir

noch gesondert zurückkommen (§ 21.2), ist das Thema der „Kinderlosigkeit“ aus dem Gespräch sang- und klanglos „verschwunden“. Der Arzt nimmt einen Wechsel von einem psychosozialen Thema (1) zu einem anderen psychosozialen Thema (2) vor (Qualität der Paarbeziehung), ohne fragend oder nachfragend einen Zusammenhang zwischen diesen Themen herzustellen.

Um jedoch die subjektive Bedeutung der Kinderlosigkeit für den Patienten und die Paarbeziehung zu erfahren, hätte der Arzt eine Relevanzhochstufung vornehmen müssen, die er durch die einfache Technik des *aktiven Zuhörens* (§ 19) hätte erreichen können, etwa durch bloße Wortwiederholung mit Frageintonation („leider?“), oder auch in expliziter Form durch „Sie sagen leider?“ oder „Sie scheinen das zu bedauern“ usw. Je nach Antwort würden sich Anschlussfragen anbieten, mit denen „biologische“ Ursachen oder „psychosoziale“ Gründe der Kinderlosigkeit zum Thema gemacht werden können, die ja mal gewollt gewesen sein kann, aber heute im Rückblick bedauert werden könnte, was auch zur Belastung der Paarbeziehung geworden sein mag, die dann nicht uneingeschränkt einfach als durchgehend „gut“ beurteilt worden wäre usw.

Im folgenden Beispiel (B 20.6), das wir schon vorausgehend (§ 19.4) unter dem allgemeinen Aspekt der Relevanzrückstufung angeführt hatten, geht es um das aktuelle Erleben des Patienten (O2P: „ja das ist vorhin passiert“), das ihn ja auch zum sofortigen Arzt-Besuch motiviert hatte, wodurch allein schon die Relevanz des Patientenanliegens „unter Beweis gestellt“ wird.

B 20.6	„etwas ernster, ne?“	Kommentar
01	A und Sternchen gesehen, haben Sie gesagt? .	2.3 AA: Wörtliche Wiederaufnahme „Sternchen ...“
02	P ja das ist vorhin passiert, ich bin ... (...) bin den Berg raufgefahren ... richtig schön kalt, gepustet, und dann in die warme Bude rein, dann auf einmal ... Sterne-	
03	A Schwindel? .	4.1 DE: BD: Begleitzeichen
04	P ja .	
05	A hm .	2.2 HS

20. Emotionen zulassen

06	P	da hab ich mir gedacht, dat is äh . doch etwas ernster, ne?	(reconfirmation) Besorgnis („ernster sein“)
07	A	sind Sie sonst in Behandlung?	Themenwechsel 4.3 DE: AV: Vorbehandlung
08	P	ja .	
09	A	weshalb?	4.3 DE: AV: Vorbehandlung

Nach diesem aktuellen Erleben, das etwas „passiert“ sei, drückt der Patient nun seine Besorgnis aus, indem er seine vorausgegangenen Gedanken (06P: „da hab ich gedacht“) in der Sprechstunde wiederholt („dat is doch etwas ernster“). Mit dieser Art der Selbstzitierung wird offensichtlich die Erwartung einer Stellungnahme des Arztes verknüpft, wie dies auch mit der angehängten kurzen Bestätigungsfrage („ne?“) (*tag question*) verstärkt wird, die hier in Kurzform die „zustimmungserheischende“ Funktion der Langform („nicht wahr?“) übernimmt.

Der Arzt reagiert aber so ignorant auf den Patienten, als hätte ihn dieser nicht mit seiner Besorgnis als spezifischen Ansprechpartner adressiert. Er verliert nicht nur kein „Wort“, sondern nicht einmal ein Hörersignal (*ja, hm*), um sein Verständnis anzuzeigen. Vielmehr nimmt er ohne Umschweife einen radikalen Themenwechsel vor, indem er den Patienten nach einer „sonstigen“ (Vor-)Behandlung fragt. Der Affekt des Patienten wird hier mit einer Frage zu einem Thema „stillgelegt“, das ohne Informationsverlust auch später hätte geklärt werden können. Dagegen sollten die Gelegenheiten zur weiteren Klärung der *Besorgnis* des Patienten an „Ort und Stelle“ wahrgenommen werden, auch um gegebenenfalls etwas über seine „subjektiven Krankheitstheorien“ (§ 21.5) zu erfahren.

Auch im nächsten Beispiel (B 20.7) appelliert der Patient an das Verständnis des Arztes, dem gegenüber er den Wunsch äußert, sein altes Leben weiterführen zu können, was nach Aufenthalt im Krankenhaus (u.a. wegen Herzbeschwerden) gefährdet scheint.

B 20.7		„mich bedrückt das“	Kommentar
01	A	hm .	
02	P	ich möchte, dass das wieder weg geht, dass ich wieder so bin wie früher, nicht? .	Psychosoziales Patientenangebot

03	A	ja, ja, ja .	
04	P	weil mich bedrückt das, nicht? . das können Sie vielleicht verstehen? .	Emotionsausdruck + Appell
05	A	hm . ähm . wie/wann war das ... etwa, der Krankenhausaufenthalt mein ich	4.3 DE: AV: Vorbehandlungen
06	P	der Aufenthalt is vor drei/vor vier Wochen gewesen .	
07	A	vier Wochen . hm . und haben Sie keine Medikamente gekriegt, oder so .	4.3 DE: AV: Medikation

Auch hier versucht der Patient vergeblich, den Arzt zu einer Stellungnahme zu seinen Emotionen zu bewegen, die explizit ausgedrückt werden („ich möchte, dass ...“; „mich bedrückt das“). In beiden Fällen wird die Erwartung wieder „zustimmungserheischend“ durch eine Bestätigungsfrage (*tag question*) („nicht?“) verstärkt, bevor der Patient einen expliziten Appell an das Verständnis des Arztes richtet („das können Sie vielleicht verstehen?“). Gegenüber diesem mehrfach stark markierten Appell an sein Verständnis reagiert der Arzt äußerst sparsam bis „dürftig“ mit bloßen Hörsignalen (*ja, hm*), bevor er dann unvermittelt einen *biomedizinischen* Themenwechsel vollzieht, der über den Krankenhausaufenthalt zur Medikation führt. Weil diese Fragen auch später hätten geklärt werden können, wäre die weitere Förderung der emotionalen Selbstexploration des Patienten die bessere Alternative gewesen, nicht nur, um das ärztliche Verständnis der Situation des Patienten deutlicher zu markieren, sondern auch um mehr über seine subjektiven Befürchtungen zu erfahren, die nach Art und Umfang der befürchteten Lebensbeeinträchtigungen im Detail (§ 21) zu explorieren wären.

Im vorerst abschließenden Beispiel (B 20.8) wird die Relevanzrückstufung des direkten Hilfe-Ersuchens der Patientin, die eine spezifische Behandlungsoption genau von diesem Arzt („bei Ihnen“) wahrge-
nommen sehen möchte, durch ärztliche Informationsfragen zu Details „unterlaufen“, deren Klärung sich vorerst als dominant erweist.

B 20.8		„ich wollte das lieber hier machen lassen“	Kommentar
01	A	hm .	
02	P	und die Ärzte haben gemeint . dat das also gut verlaufen wäre . und die hatten da gesagt . man müsste vielleicht noch ne Chemothe-	Schilderung des Behandlungsverlaufs und mögli-

20. Emotionen zulassen

		rapie machen, dass das besser wär. und deswegen bin ich [packt ihre Börse in Tasche] /ich wollte das lieber hier machen lassen . wenn ich ne Chemotherapie brauch . weil ich ja vorher auch hier war . bei Ihnen .	cher Optionen Hilfe-Ersuchen direkt an den Arzt + Begründung
03	A	Sie waren in Hamburg in der Abteilung von Professor Schulze? .	Relevanzrückstu- fung durch 4.3 DE: AV: Details
04	P	nee . das war der Professor Dr. Müller ...	Korrektur
05	A	Müller . ja . ein Leberspezialist .	Rückbestätigung
06	P	ja .	
07	A	und das war jetzt im Februar . am Anfang des Jahres .	4.3 DE: AV: Details klären
08	P	ja, und da war ich zwei Tage und die haben das weggemacht . und die haben auch noch mal ein CT gemacht (...)	Schilderung des Behandlungsver- laufs (Forts.)

Das Hilfe-Ersuchen der Patientin richtet sich hier direkt an den behandelnden Arzt, der wegen ihrer offenbar guten Erfahrungen bei der Vorbehandlung zugleich der Arzt ihres Vertrauens geworden zu sein scheint, wenn sie die Weiterbehandlung durch ihn explizit präferiert („ich wollte das lieber hier machen lassen (...) bei Ihnen“). Anstatt auf dieses direkte Hilfe-Ersuchen ebenso direkt empathisch als Helfer zu antworten (§ 20.5), sucht der Arzt bestimmte weitere Informationen zu gewinnen, durch deren Klärung das aktuelle Hilfe-Ersuchen der Patientin thematisch „verdrängt“ wird.

Wie auch an diesem Beispiel deutlich wird, stellen psychosoziale Themenangebote der Patienten zugleich auch spezifische Beziehungsangebote dar, weswegen die Alternativen einer Relevanzrückstufung bzw. -hochstufung unter beiden Aspekten in der *selbstreflexiven* Beobachtung des Stundenverlaufs ebenso fortlaufend zu bedenken sind. Erleben wir schon im Alltag radikale Themenwechsel durch unseren Gesprächspartner – zumal im Wiederholungsfall – oft als „Brüskierung“, kann sich die wiederholte Ignoranz von psychosozialen Themen in der Sprechstunde zu einer „Kränkung“ des Patienten auswachsen, durch die die Beziehung selbst gefährdet wird. Demgegenüber können die Relevanzhochstufungen gerade von emotionalen Patientenangeboten zur Entwicklung und Stabilisierung der Arzt-Patient-Beziehung beitragen,

in der *Intimität* und *Vertrauen* (§ 7, 9, 10) in der laufenden Interaktion gemeinsam wachsen können.

20.4.6 Relevanzhochstufungen und NURSE-Konzept

Wie schon vorausgehend betont, gilt für die Kommunikation im Alltag wie in der ärztlichen Sprechstunde gleichermaßen, dass in Gesprächen nicht alles zugleich eine Relevanzhochstufung erfahren kann. Vielmehr muss eine *passende* Wahl getroffen werden, bei der etwa auch die Abwahl von hinreichend gesättigten Themen sinnvoll ist. Bevor Themen wieder eine Relevanzrückstufung erfahren, müssen ihnen zuvor entsprechende Entwicklungschancen eingeräumt werden, zumindest wenn sie einem der Gesprächspartner schon erkennbar „am Herzen liegen“ sollten. In diesem Sinne sollte auch das Motto: „Emotionen haben Vorrang“ als Plädoyer für eine patientenzentrierte Gesprächsführung verstanden werden, in der dem Patienten ein Privileg ganz eigener Themenwahl eingeräumt wird, ohne dafür besonders „kämpfen“ zu müssen.

Wie jedoch an den vorausgehenden Beispielen deutlich wurde, werden psychosoziale oder gar stark emotionsgeladene Themen (wie „Angst“, „Wut“ usw.) von den Ärzten oft schon „im Keim“ erstickt, noch bevor sie zur Entfaltung kommen können. *Emotionen* wie *Erzählungen* teilen oft das gleiche Schicksal in der ärztlichen Sprechstunde, in der sie beide „unwillkommen“ sind, was sich insbesondere in einem *interrogativen* Gesprächsstil manifestiert (§ 19.6). Dagegen erweist sich ein *narrativer* Gesprächsstil auch eher gegenüber den Emotionen von Patienten als förderlich, weil mit den Erzähleinladungen ja ausdrücklich ein freies Rede- und zugleich Themenrecht zur Selbstexploration eingeräumt wird (§ 19.7-9, 20.7-9). Nachfolgend sollen vor allem Ankerbeispiele von kürzeren Gesprächssequenzen zusammengestellt werden, in denen psychosoziale Themen von Patienten eine Relevanzhochstufung erfahren.

Bevor wir zu den „positiven“ Beispielen einer Relevanzhochstufung von psychosozialen Themen kommen, sollen in einem historischen Exkurs zur Terminologie die (Namen der) Kategorien im ärztlichen Umgang mit Patientenemotionen differenziert werden, wie sie sich in der Forschung zur empathischen Kommunikation mehr oder weniger unter dem *Akronym* NURS(E) etabliert haben: *Naming*, *Understanding*, *Respecting*, *Supporting* und (oft ergänzend) *Exploring* (Tab. 20.1). Dieses

inzwischen international verbreitete Konzept wird häufig neueren Arbeiten etwa von Back et al. (2005) oder (2007) zugeschrieben.

Das NURS(E)-Schema geht jedoch in seiner Grundkonzeption zumindest auf die frühe Arbeit von Smith und Hoppe (1991) zurück und hat von da aus auch Weiterverwendungen erfahren, so etwa in den (Neu-)Auflagen des Lehrbuchs zum „Patientenzentrierten Interview“ von Smith (Smith 2002 bzw. (Neuaufgabe) Fortin et al. 2012: „Smith’s patient-centered interviewing“). Das NURSE-Schema ist oft mit fiktiven, seltener mit realen Beispielen illustriert worden, wie sie gleich noch nach unserem Kölner Gesprächsmanual zusammengestellt werden. Da diese Beispiele bei Interesse teils auch für das NURS(E)-Schema verwendet werden können, sollen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede kurz vorgestellt und erläutert werden.

Ohne Anspruch auf Repräsentativität soll hier als Orientierung die Übersicht von Pollak et al. (2007) zum NURSE-Schema wiedergegeben werden, die auch (englischsprachige) Beispiele enthält (Tab. 20.1). Es sei dahingestellt, inwieweit die Beispiele letztlich fiktiv konstruiert oder empirischen Gesprächen entlehnt und der besseren „Lesbarkeit“ wegen nachträglich „sterilisiert“ wurden, d.h. von spezifischen Eigenschaften mündlicher Kommunikation befreit wurden.

Verwiesen sei zunächst auf die nicht unproblematische Unterscheidung von *direkten* und *indirekten* empathischen Gelegenheiten (*empathic opportunity*) (§ 20.4.1) bzw. *expliziten* und *impliziten* Verbalisierungen von Emotionen durch die Patienten, die sich so als strikte Dichotomien sicher nicht immer in der Gesprächspraxis anwenden lassen. Hier muss man sogar die Zahlenverhältnisse kritisch hinterfragen, wenn Pollak et al. als Ergebnis erhalten: „Of the 292 empathic opportunities, 68% were direct and 33% were indirect“ (2007: 5750). Trotz der relativ guten Interreliabilität ($\kappa = 0.71$) wäre es interessant, nicht nur das Ergebnis, sondern im Detail zu erfahren, wie die Kodierer trainiert wurden und was aus welchen Gründen in welchem Kontext wie kodiert worden ist, vor allem wie die strittigen Fälle des Kodierens (§ 40) entschieden wurden.

Auf die Problematik der Unterscheidungen von *direkter* und *indirekter* bzw. *expliziter* und *impliziter* Kommunikation war vorausgehend schon mehrfach aufmerksam gemacht worden, so etwa im Rahmen von Sprechhandlungs- und Kommunikationstheorien (§ 7). Zwar macht es gerade in mündlicher Kommunikation oft Sinn, das Selbstverständliche zu betonen, so etwa bei: „Ich hab Angst/Schiss vor den Risiken der OP, ihren Folgen, der Betäubung, vor dem Tod usw.“ Aber die *explizite Ver-*

balisierung einer (kognitiven, präferenziellen, emotiven usw.) Einstellung ist oft entbehrlich, weil auch anders offengelegt werden kann, was wir glauben, erwarten, hoffen, wünschen, befürchten usw.

	Definition	Examples
Empathic Opportunity		
Direct	Explicit verbal expression of emotion	"I have been really depressed lately."
Indirect	Implicit verbal expression of emotion	"Does this mean I am going to die?"
Continuers (NURSE)		
Name	State patient emotion	"I wonder if you're feeling sad about the test result." "I can see this is making you angry."
Understand	Empathizing with and legitimizing patient emotion	"I can imagine how scary this must be for you." "Many of my patients feel discouraged when they aren't seeing the response they want, so it makes sense that you feel this way."
Respect	Praise patient for strength	"You've done a great job at keeping everything in perspective" "I applaud you for your courage in all of this."
Support	Show support	"I will be with you until the end." "No matter what happens, I will always be your doctor."
Explore	Ask patient to elaborate on emotion	"Tell me more about what is upsetting you." "What do you mean when you say this is not going to happen to me?"

Tab. 20.1: Codes for Empathic Opportunities and for NURSE (mod. nach Pollak et al. 2007) (cf. Smith, Hoppe 1992, Smith 2002, Back et al. 2005, 2007, Fortin et al. 2012).

So ist es auch schon im Alltag hinreichend klar, was wir *meinen* (und wollen), wenn wir *sagen*: „Können Sie mir das Salz reichen?“ Eine solche Äußerung wird kaum als Erkundung der Fähigkeiten des Adressaten missverstanden werden, der auch mehr tun wird, als bloß „ja“ zu sagen. In der Regel bekommen wir das Salz gereicht, ohne dass wir auch viele weitere wortreiche Ergänzungen machen müssten, wie „Ich hätte es auch gern“ usw.

Ähnlich unmissverständlich würde auch das von Pollak et al. 2007 gegebene Äußerungsbeispiel rezipiert werden können, das von ihnen als *indirekt* bzw. *implizit* klassifiziert wird: „Does this mean I am going to die?“ (Tab. 20.1). Sollte der Patient bei diesem Thema ähnlich explizit werden (müssen) wie in dem expliziten Kontrastbeispiel („I have been really depressed lately“), müsste er sich merkwürdig „gestelzt“ ausdrücken, etwa so: „Heißt das, ich muss die *Befürchtung* (oder *Angst*) haben, bald zu sterben?“. Eine solche explizite Form widerspricht aber allen Regeln der Kooperation (§ 7.3), denen wir nach Grice (1975) auch in unserer Alltagskommunikation folgen, bei der wir unter anderem eben auch ökonomisch vorgehen und Redundanzen vermeiden, sofern wir sie nicht in Ausnahmefällen als gerade bedeutungsvoll nutzen wollen.

Die Problematik strikter Dichotomien bleibt gegenüber der Gesprächspraxis oft bestehen. Wie an den vorausgehenden empirischen Beispielen schon deutlich wurde, kann oft nur von *mehr oder weniger expliziten* Patientenangeboten gesprochen werden. Obwohl auch der Terminus *cue* (oder *clue*) problematisch ist, scheint es sinnvoll, weiterhin von mehr oder weniger deutlichen *Hinweisen* von Patienten zu sprechen, die allerdings im aktuellen Fall vom Arzt (wie vom externen Beobachtern) spezifische Interpretationen verlangen, die hinreichend kontextsensitiv sind.

Danach ist nicht nur die Bedeutung von Sätzen (wie „Does this mean I am going to die?“) der Gegenstand der Interpretation, sondern die Bedeutung von Äußerungen im Kontext (Wunderlich 1976, Koerfer 1994/2013). In diesem Kontext wird auch immer unser alltägliches *Sprach-* und *Weltwissen* gebunden, zu dem etwa auch die allgemeine Kenntnis unserer Einstellungen zu Tod und Krankheit gehört. Das empathische Verstehen des Fremdpsychischen verkompliziert sich allerdings auch in der ärztlichen Sprechstunde dadurch, dass sich Ärzte hier nicht grundsätzlich auf „Normalbedeutungen“ verlassen können, sondern mit ihren Patienten deren *individuelle* Bedeutungen von Ereignissen als Erlebnissen erarbeiten müssen, worauf wir bei der *Detailexploration* (§ 21.5) gesondert zurückkommen werden.

Damit kommen wir auf eine weitere Problematik (nicht nur) des NURSE-Schemas, die mit der spezifischen Fokussierung auf die Emotionen zusammenhängt. Hier stellen sich allgemeine Probleme der Trennschärfe, weil etwa bestimmte Prozeduren wie das „Bezeichnen“ (*naming*) oder „Verstehen“ (*understanding*) oder „Explorieren“ (*exploring*) natürlich auch relativ unabhängig von Emotionen vollzogen werden können. Insgesamt lassen sich bestimmte Verdopplungen nicht vermeiden, so etwa wenn Formen des *aktiven Zuhörens* (Hörerrückmeldung, Wiederholung, Paraphrase) auch auf den Umgang mit Emotionen bezogen werden, aber eben darauf nicht beschränkt werden können.

Auch die spätere Ergänzung des NURS-Schemas um die Kategorie „Exploring“ verweist auf Probleme der Trennschärfe, zumal wenn dazu bestimmte Standardinterventionen angeführt werden (wie „Tell me more about ...“), die schon für Varianten der narrativen (Selbst-)Exploration einschlägig sind, mit denen Erzählungen des Patienten gefördert werden sollen. Das *Explorieren* liegt auf einer anderen Analyseebene, auf der die Verhältnisse von Ober- und Unterkategorien erst noch genauer zu bestimmen wären.

Was für die Forschung sicherlich weiterhin ein Problem bleibt, kann unter dem Aspekt einer sinnvollen didaktischen Reduktion toleriert werden. In der ersten Auflage des *Kölner Gesprächsmanuals* (1998), das bis zur aktuellen Version (Köhle et al. 2010) nur marginal verändert wurde, haben wir bereits eine ähnliche Typologie zu empathischen Interventionen entworfen, wie sie mit dem anfänglichen NURS(E)-Schema von Smith und Hoppe (1991) schon rudimentär angelegt war, das dann später vielfach übernommen und für Zwecke der Forschung und Didaktik genutzt wurde (Smith 2002, Back et al. 2005, 2007, Pollak et al. 2007, Fortin et al. 2012, NKLM 2015, Langewitz 2017, Walczak et al. 2018). Allerdings haben etwa Smith (2002) und Fortin et al. (2012) an ihrer originalen NURS-Version (ohne „E“) festgehalten, ohne dies jedoch weiter zu begründen.

Während mit dem NURS(E)-Schema ausschließlich positive Reaktionen auf emotionale Patientenhinweise erfasst werden, hatten wir vorausgehend in einer Typologie zur (*Non-*)*Responsivität* (Abb. 20.4) die Relevanz-Hochstufungen von Relevanz-Rückstufungen unterschieden, für die zuerst empirische Beispiele aus der Gesprächspraxis gegeben wurden.

Für die *Relevanz-Hochstufungen* folgen wir jetzt im dritten Schritt des Kölner Gesprächsmanuals (§ 20.1) einer Zweiteilung in (3.3) „Empathisch antworten“ und (3.4) „Emotionale Öffnung fördern“, die so auch

in unserer Typologie (Abb. 20.4) übernommen wurde und um die Hörerückmeldungen ergänzt wurde, sofern sich diese den nachfolgenden Ankerbeispielen entsprechend als spezifisch *empathisch* erweisen (z.B. „Prima!“, „Donnerwetter!“). Unter Teilschritt (3.3) („Empathisch antworten“) des Manuals werden nun die weiteren Subtypen „Belastungen und Bewältigungen anerkennen“ sowie „Hilfe und Trost angemessen anbieten“ unterschieden, die in etwa den Typen *Respecting* und *Supporting* aus dem NURS(E)-Schema entsprechen.

Weiterhin werden unter dem Teilschritt (3.4) („Emotionale Öffnung fördern“) des Manuals die Subtypen *Ansprechen*, *Benennen*, *Klären* und *Interpretieren* differenziert, deren (Dis-)Kongruenzen mit dem NURSE-Schema sich anhand empirischer Ankerbeispiele herausstellen werden.

Wer angesichts der internationalen Verbreitung lieber mit dem NURSE-Schema arbeitet,² kann in der nachfolgenden Sammlung von Ankerbeispielen zum *Kölner Gesprächsmanual* bzw. *Evaluationsbogens* (KEK) (s. auch Anhang § 44.2) dennoch praxisorientierte Anregungen für seine Forschungs- und Lehr-Zwecke mit anderen bzw. verwandten Analysekatégorien bekommen.

20.5 Empathisch antworten

Mit einer *empathischen Antwort* (= Manual 3.3) (§ 20.1) reagiert der Arzt auf die Belastung und Hilfsbedürftigkeit des Patienten. Er gibt seine Verständnis- und Hilfsbereitschaft zu erkennen und stellt sich mit seiner professionellen Kompetenz dem Patienten unterstützend zur Verfügung. Sofern dies im Einzelnen jeweils *angemessen* ist, wird er die Belastungen und Bewältigungsversuche des Patienten anerkennen (§ 20.5.1) und dem Patienten Hilfe und Trost anbieten (§ 20.5.2). Wenn dies berechtigt ist, gehört es ebenso zum Beziehungsangebot des Helfens und Tröstens, angemessen Zuversicht auszudrücken und dem Patienten Hoffnung auf eine Lösung seines Problems zu machen. Eine vorerst befriedigende Problemlösung ist nicht notwendig identisch mit

² Um einem möglicherweise überzogenen Eindruck hinsichtlich der internationalen Verbreitung des NURSE-Schemas zu begegnen, sei darauf aufmerksam gemacht, dass viele (Lehr-)Bücher zur Arzt-Patient-Kommunikation beim Thema „Empathie und Emotionen“ auch ganz ohne das Schema auskommen (z.B. Platt, Gordon 2004, Roter, Hall 2006, Hugman 2009, Parrott, Crook 2011, Cole, Bird 2014, Brown et al. 2016).

„Heilung“, da sich ärztliches Handeln ja neben der kurativen Funktion auch auf andere (präventive, palliative usw.) Funktionen erstreckt.

20.5.1 Anerkennen von Belastungen und Bewältigungen

Wenn Ärzte sie dazu ermuntern, erzählen Patienten in ihrer Lebensgeschichte auch von ihren Belastungen, denen sie singulär oder iterativ ausgesetzt waren oder aktuell noch sind. Diese Belastungen können durch *kritische Lebensereignisse* ausgelöst werden (Filipp, Aymanns 2010, Maercker, Gurriss 2017), zu denen nicht nur extreme Erfahrungen (Gewalt, Unfall, Missbrauch usw.), sondern auch relativ häufige Erfahrungen gehören, die in unserer Gesellschaft durchaus verbreitet sind (Arbeitslosigkeit, Schulden, Scheidung usw.). Ebenso können die Erkrankungen selbst zu Lebensbeeinträchtigungen (z.B. bei Diabetes mellitus) führen, die den Patienten besondere Bewältigungsleistungen abverlangen (§ 22, 29). In all diesen Fällen bedarf es einer besonderen *empathischen Anerkennung* durch den Arzt, wenn sich die Patienten in ihrem Leiden hinreichend verstanden und in ihren Bewältigungsversuchen entsprechend unterstützt fühlen sollen.

Im ersten Beispiel (B 20.9) setzt die Patientin ihre biographische Erzählung, die sie schon begonnen hatte, nach einer weiteren Erzähleinladung des Arztes mit dem wesentlichen Inhalt fort, dass sie schon als Mädchen und junge Frau ständig in der Familie die Rolle einer „Ersatzmutter“ hat einnehmen müssen, die auch für die Problem- und Pflegefälle in der Familie sorgen musste. In den folgenden, gekürzten Ausschnitten geht es nicht nur um die Belastungen der Patientin, sondern auch um ihre *subjektiven Vorstellungen* (§ 21.5), dass sie dasselbe bedrohliche Schicksal wie ihre Verwandten ereilen könnte.

B 20.9	„da ham Sie auch einiges mitgemacht, ja“	Kommentar
01	A (...)	und wat einem selbst passiert .
02	P ja - dat iss ja all auf mich zujukommen, ich musst . ich war immer der Blöde, der gehen musste, meine Mutter rief mich nachts, jede Zeit, ob die Kinder frisch jeborn waren, ob se alt un jroß warn, ich musste immer kommen, der wollte keinen aus der Nachbarschaft zum helfen, nä (...) aber un dann die Mutter,	Gekürzte Erzählung über Helferrolle als Tochter Frühe Pflege- und

20. Emotionen zulassen

		dann starb der Bruder mit 42 Jahren am Herzinfarkt, wie lang iss dat jetz her? ... ja ze ... zehn, fünfzehn Jahre ... und die Mutter n paar Jahre davor ...	Sterbefälle in der Familie
03	A	da ham Sie auch einiges mitgemacht, ja .	3.3 EA: Belastungen anerkennen
04	P	ja . kam der morjens um früh und sacht, komm, ich kriech de Mutter nich wach, ich sach, du hass doch'n Knall, ich war doch jestern abend noch da, ja wir haben den Arzt noch jehabt . äh ... die ging ja nie zum Arzt, die hatte in den beiden Armen über 200 und der Oberdruck muss wohl auch ... über, ganz über ... da gewesen sein ... die hatte dann immer die Schmerzen . die hier oben ...	Fortsetzung der Erzählung Tod der Mutter
05	A	hm ... wenn Sie irjendwat so im Körper spüren, dann denken Sie, jetz geht et mir wie den anderen auch? .	4.2 DE: SV: Subjektive Vorstellungen
06	P	jetz jeht et mir wie den andern auch, dat is dat . und das is das, wat mich dann mit den Nerven janz kaputt macht .	Wörtliche Wiederaufnahme und Expansion
07	A	Dat macht dann so, macht die Nerven kaputt .	2.3 AZ: Wörtliche Wiederholung
08	P	ja, dat dat dat . da iss ma do ersma- .	
09	A	da ka . dat iss auch schwer auszuhalten..	3.3 EA: Belastungen anerkennen
10	P	dat iss dann en nä ... und dat hab isch jetz .. pfhh .. mit dem .. Schwindel und alles (...)	Fortführung Symptomatik

Arzt und Patientin kooperieren in dieser Erzählung auf eine Weise, in der nicht nur retrospektiv belastende Ereignisse und Erlebnisse der Patientin, sondern auch ihre aktuellen Bedeutungen für die Patientin im „Hier und Heute“ zur Sprache kommen, die sich in ihren subjektiven Vorstellungen ähnlich gefährdet sieht wie ihre Verwandten im „Dort und Damals“. Die schon vorausgehend begonnene Erzählung wird hier gefördert und in Gang gehalten durch laufende Relevanzhochstufungen, zu denen neben dem *aktiven Zuhören* („Wörtliche Wiederholung“) (A07) (§ 19) hier besonders die *Anerkennungen der Belastungen* beitragen (A03, A09). Dass der Arzt mit seiner Exploration der subjektiven Vorstellungen richtig liegt (A05), zeigt sich an der Reaktion der Patientin, die ihrerseits vom Mittel der wörtlichen Wiederholung im Sinne einer

Bestätigung Gebrauch macht (P06). In diesem Wechselspiel der vergangenen und gegenwärtigen Perspektiven werden die aktuellen Belastungen dann von der Patientin noch selbst mit ihren aktuellen Symptomen (10P: „Schwindel“) in Verbindung gebracht, so dass beide Gesprächspartner wieder im „Hier und Jetzt“ der Sprechstunde angelangt sind.

Im folgenden Beispiel (B 20.10) geht es zunächst um aktuelle Belastungen der Patientin, die u.a. in einem Besuch der auswärtigen Verwandtschaft besteht, bevor dann auch Dauerbelastungen in der Ehe zur Sprache kommen.

B 20.10 „Das können Sie nicht mehr aushalten“		Kommentar
01	A hm ...	
02	P jede Aufregung ... jetzt hat die Schwester hat es Enkelsche von Amerika da, und jetzt spricht ma kein Englisch und der versteht einen net . und der iss so wild und ... und dann de Schwager dann ... dat ganze Physische drumherum ... isch hatt des vorher nie gehabt ...	Subjektive Erklärung der (Gründe für die) aktuellen Aufregungen Aktualität
03	A das können Sie nicht mehr aushalten ...	3.3 EA: Belastungen anerkennen
04	P nee . isch ... un jetzt von mei Mann muss ich sage kriegt ma ouch net viel Unnerstützung, ne, seit Rente ... ich hätt mer's Renten(dasein) besser vorgestellt ... wie so . des ... (3) ...	Dauerbelastung seit Rentenbeginn des Partners
05	A müssen Sie alles alleine machen, Sie kriegen keine Unterstützung, oder? .	3.3 EA: Belastungen anerkennen
06	P ach ... Gott, der tut schon, aber alles, alles mit „Muss“ dann und vorher war des anders wie er hart gearbeitet hat . isch hab sacht (...)	Dauerbelastung seit Rentenbeginn des Partners

In diesem Fall geht es um die empathische Anerkennung sowohl der aktuellen Belastungen (A03), die auch aus der Sicht der Patientin vorübergehend sein werden, als auch von Dauerbelastungen (A05), die als typische Belastungen durch soziale Lebensveränderungen wie die eigene Berentung oder die des Partners entstehen und anhalten können. Hier kann die Lebensentwicklung gegen die Erwartung gerichtet sein, worauf wir mit diesem Beispiel gleich noch bei der *Benennung* von Emo-

20. Emotionen zulassen

tionen zurückkommen. Ebenso sollen später (§ 20.8) typischerweise belastende Ereignisse wie die Ehe-Scheidung und die daraus resultierenden Rollenbelastungen als Alleinerziehende thematisiert werden, die über die bloße Kenntnisnahme durch den Arzt hinaus eine *empathische Anerkennung* der Lebensleistung der Betroffenen herausfordern.

Von diesen Typen von Belastungen durch Lebensereignisse sind die spezifischen Belastungen durch Erkrankungen selbst zu unterscheiden, die ebenso wie ihre Bewältigungsversuche zu honorieren sind. Dies soll an zwei Beispielen mit Diabetes-Patienten aufgezeigt werden, die eben tagtäglich um ihre persönlichen „Werte“ zu „kämpfen“ haben. Wie an den beiden Beispielen (B 20.11 und B 20.12) deutlich wird, sind sich die Ärzte als professionell Handelnde nicht zu „schade“, ihre Anerkennung der Anstrengungen ihrer Patienten in einer für alle verständlichen Alltagssprache entsprechend verstärkend auszudrücken.

B 20.11 „gut! . ja, hamse gut rausgefunden“		Kommentar
01	A wie war denn der Zucker jetzt gewesen? .	4.3 DE: AV
02	P mein Zucker iss heute morjen 170 .	Info
03	A das iss ja guut ...	3.3 EA: Bewältigung anerkennen
04	P ja, un jestern auch - äh, muss ich Ihnen sagen, Herr Dokter . ich habe ja 3 mal jespritzt am Taach und wenn ich morjens aufstand, da war immer mein Zucker auf 250, 260 ... und jetzt hab ich das, ehe ich ins Bett jehe und ich jehe ziemlich spät ins Bett, so jejen halb zwölf, da hab ich nochmal 20 Einheiten . so übern Daumen jepeilt . 20 Einheiten jespritzt und siehe da, morjens hatte ich immer wieder unter 200 .	Weitere Infos zum individuellen Behandlungsverfahren des Patienten
05	A gut! . ja, hamse gut rausgefunden ...	3.3 EA: Bewältigung anerkennen
06	P ja . und ich glaube das . ich mach das weiter so ... da hab ich morjens 170, 160, 170 . und das iss ja juut ja . für mich jedenfalls..	Bestätigung und Perspektivierung

B 20.12 „Donnerwetter, Donnerwetter“		Kommentar
01	A (...) aber da tasten Sie sich denn so ran .	4.3 DE: AV
02	P ja das hab ich auch soweit gemacht . der letzte HbA ₁ -Wert war . das ist vielleicht ganz gut .	Infos
03	A ja .	
04	P zu wissen . weil der vorher immer noch recht hoch war . bei Dr. Z und auch bei meinem Hausarzt . das sah so aus . dass ich irgendwann mal mit 12,1 oder so was .	Mitteilung aktueller Wert
05	A hm .	
06	P im Januar angefangen hab . und bin also jetzt am 26.4. bei 5,8 ...	Vergleichswerte
07	A Donnerwetter . Donnerwetter . das ist dann ein sehr sehr guter Wert . wann wurde bei Ihnen die Diagnose gestellt .	3.3 EZ: EA: Anerkennen + 4.1 DE: BD (Zeit)
08	P äh . [greift nach Tasche] 7.10. vorigen Jahres (...)	

Beide Ärzte zollen ihren Respekt vor den Bewältigungsleistungen ihrer Diabetes-Patienten in einer direkten empathischen Rückmeldung, die sie beide in der für ihre Patienten verständlichen Alltagssprache formulieren. Im ersten Beispiel (B 20.11) sieht sich der Patient darin bestätigt, so fortzufahren, wie er es aus der Sicht des Arztes „gut rausgefunden“ hat (A05). Im zweiten Beispiel (B 20.12) würde die kurze Interjektion („Donnerwetter“) als Hörerrückmeldung schon ausreichen, sie wird dann aber nochmals verbal verstärkt („sehr, sehr guter Wert“) (A05), bevor der Arzt dann eine weitere Frage zur Detailexploration anschließt.

Es handelt sich hier um einen kurzen Informationsaustausch in einem Gespräch, dessen Verlauf uns noch unter dem besonderen Aspekt der partizipativen *Entscheidungsfindung* (§ 10) interessieren soll, unter dem das aktuelle Behandlungskonzept einer Bewährungsprüfung unterzogen wird, die den rein *biomedizinischen* Aspekt des „gut eingestellten Diabetikers“ übersteigt. Unabhängig von seinen aktuell „guten“ Werten präferiert der Patient dennoch ein anderes Behandlungskonzept („Umstellung auf Pumpe“), mit dem er sich besser auf seine Lebens- und Berufsbedingungen einstellen kann. An diesem Beispiel wird dann im Detail deutlich, wie die beiden Gesprächspartner die Vorteile und Nachteile der alternativen Behandlungsverfahren („Spritzen“ versus

„Pumpe“) abwägen, um das Maß der Beeinträchtigung durch eine chronische Erkrankung mindern bzw. die Lebensqualität des Patienten verbessern zu können (§ 22.5, 29.2). Um solche weiterführenden Ziele zu erreichen, bedarf es einer entwickelten Beziehung zwischen Arzt und Patient, die bereits im Erstgespräch als hinreichend *hilfreich* erlebt werden kann.

20.5.2 Anbieten von Hilfe und Trost

Bei der Entwicklung einer *hilfreichen Beziehung* (§ 1, 3, 8) unterscheidet sich das (haus-)ärztliche Handeln nicht wesentlich vom psychotherapeutischen Handeln, sondern möglicherweise nur in dem Ausmaß, in dem psychosoziale Probleme zum Gegenstand der Exploration und Therapie gemacht werden. Im Prinzip bedienen sich auch primär versorgende Ärzte spezifisch supportiver Interventionen zur Förderung einer hilfreichen Beziehung, wie die folgenden Beispiele deutlich machen. Allerdings stellen sich hier zu Gesprächsbeginn oft Probleme besonderer Art, wenn Patienten die angebotene ärztliche Hilfe nicht oder nicht sofort annehmen können.

Hilfe und Trost anzubieten ist oft schwierig, weil diese unterstützenden Angebote auch von Patienten als unangemessen erlebt und entsprechend zurückgewiesen werden können. Wir hatten schon vorausgehend (§ 20.3) auf die Barrieren und Grenzen der Empathie verwiesen, die schon da beginnen können, wo Patienten grundsätzlich Schwierigkeiten haben, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Manche Patienten sind im *Anfangsstadium des Hilfesuchens* (§ 18.2) auch unsicher, ob ihre Beschwerden und Anliegen den Arztbesuch überhaupt rechtfertigen können.

Im folgenden Beispiel (B 20.13) ist die Patientin von einem „schlechten Gewissen“ geplagt, wie sie selbst sagt. Offenbar zieht sie wegen aktueller Beschwerdeverbesserung ihre Berechtigung zur Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfestellung prinzipiell in Zweifel, wovon sie die Ärztin durch wiederholte *Ermutigung* zur Inanspruchnahme auch bei Besserung der Beschwerden abzubringen sucht. Es handelt sich um das in der Arztpraxis sicher häufiger auftretende Problem, dass die Patientin einen Termin gemacht hatte, als es ihr „schlecht“ ging, und diesen nun wahrnimmt, obwohl es ihr inzwischen „besser“ geht.

B 20.13 „das is schon richtig so“		Kommentar
01	A (...) ganz anderer Eindruck .	4.3 DE: AV
02	P und heut hat ich'n schlechtes Gewissen, weil ich mir gedacht hab, eigentlich fühl ich mich heut schon viel besser als gestern .	Patientenhinweis „schlechtes Gewissen“
03	A ja, nee, aber das is schon richtig so .	3.3 EA: Anbieten von Hilfe 1
04	P aber dann hab ich gedacht, ach wer weiß, wozu's gut sein soll, du hast den Termin jetzt, wo's dir gestern nicht gut ging und dann gehste einfach-	Patientenhinweis (Unsicherheit)
05	A auch mal hin .	3.3 EA: Anbieten von Hilfe 2
06	P ja	Bestätigung

In der Wahrnehmung des Sprechstundentermins wird die Patientin nun zweimal von der Ärztin bestärkt: Beim ersten Mal wird die Inanspruchnahme der helfenden Beziehung schon so bestätigt (03A: „das is schon richtig so“), dass die Patientin im Selbstzitat ihre Zweifel an der Berechtigung des Arzt-Besuchs schon zu überwinden scheint. Beim zweiten Mal eilt die Ärztin dem Gedanken der Patientin mit der besonderen Konstruktion einer sog. „joint sentence production“ voraus, durch die ein hohes Maß an empathischer Perspektivenübernahme bezeugt wird.

Indem die Ärztin in die laufende Satzkonstruktion der Patientin einfällt und diese stellvertretend für sie vervollständigt (04P: „und dann gehste einfach ...“ – 05A: „... auch mal hin“), gibt sie in kollaborativer Kommunikationsform ihr *vorauseilendes Verständnis* dessen zu erkennen, was die Patientin zu sagen im Begriff ist. Die metakommunikative Funktion derartiger Satzvervollständigungen durch Sprecherwechsel lässt sich etwa so paraphrasieren: „Du brauchst dich nicht weiter zu bemühen, ich habe dich längst verstanden“. So geben wir uns im Alltag wie auch in der Sprechstunde ein „Wir-verstehen-uns-Gefühl“, auf dessen Basis wir auch „Strittiges“ besser klären können. Zu beachten ist weiterhin, dass kollaborative Kommunikationsformen dieser Art („Satzvervollständiger“) keineswegs als „Unterbrechungen“ (*interruptions*) zu werten sind (§ 19.3). Wenn man dem aktuellen Sprecher auch formal „ins Wort fällt“, so dienen Satzvervollständiger der dialogischen Verflüssigung der Kommunikation im Sinne eines abkürzenden Verfahrens,

das zumeist von beiden Gesprächspartnern akzeptiert wird, und zwar als ein besonderes Zeichen für gegenseitiges Verstehen.

Das gemeinsam erreichte Niveau an geteiltem Verständnis wird häufig durch eine Rückbestätigung des vervollständigten Sprechers affirmiert, wie auch hier durch die Patientin („ja“), die ihrerseits nachträglich anzeigt, von der Ärztin vorausseilend gut verstanden worden zu sein. Sollte aus welcher Perspektive auch immer die Wahrnehmung des Sprechstundentermins jemals etwas „Strittiges“ gewesen sein, so kann die Kommunikation an diesem Punkt ohne Zweifel im Einverständnis fortgesetzt werden.

Was vorausseilend als verstanden markiert wird, erweist sich im Sinne eines abkürzenden Verfahrens (gerade wegen der Unterbrechung) als Betonung des Selbst-Verständlichen. Die Patientin kann in der Gewissheit weiterkommunizieren, sich angemessen verhalten zu haben und hierin von ihrer Gesprächspartnerin als Helferin in der aktuellen Konsultation bestärkt worden zu sein. Mit diesem affirmativen Arzt-Angebot ist ein aktuelles Unsicherheitsgefühl der Patientin bei der Beziehungsaufnahme ausgeräumt, und die Beziehung kann mit einem neuen Sicherheitsgefühl fortgesetzt werden, das wohl auch bei einer zukünftigen Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe zum Tragen kommen wird.

Wie vorausgehend schon an Beispielen zur Typologie der Gesprächseröffnung ausgeführt wurde, bieten sich Ärzte ihren Patienten häufig schon zu Gesprächsbeginn als *Helfer* an (§ 19.2). Kommen während des Gesprächs Zweifel auf, die weniger die Bereitschaft als vielmehr die Fähigkeit oder Möglichkeit zur Hilfe betreffen, muss die helfende Beziehung gegebenenfalls erneut „unter Beweis gestellt“ werden, sofern dies nach medizinischen Evidenzen gerechtfertigt ist. Entsprechend dieser Einschränkung sind etwa Unterscheidungen zwischen zulässigen und unzulässigen *Beruhigungen* von Patienten zu treffen, die ihrerseits bereit sein müssen, dem Arzt ihres Vertrauens hinreichend Glauben zu schenken, wenn er sagt: „Ich kann Sie beruhigen, weil ...“. Allerdings muss der Arzt dem weiteren Begründungsbedarf von Patienten vorbehaltlos folgen, ohne diese Art von Informationsbedürfnis als Misstrauen auszulegen, was es im Einzelfall ja auch sein kann.

Problematisch wird die Beziehung, wenn sich Patienten selbst als „hoffnungsloser“ Fall wännen, dem „nicht zu helfen“ ist, oder wenn sie „befürchten, das „Opfer“ einer „Fehlbehandlung“ zu sein, weil etwa wichtige diagnostische oder therapeutische Maßnahmen „versäumt“ wurden. Im folgenden, hier stark gekürzten Beispiel (B 20.14) muss der Arzt einen solchen „Verdacht“ der Patientin, den sie gegenüber einer

Vorbehandlung durch Dritte hegt, erst ausräumen, um dann durch die Betonung der Relevanz, „die richtige Hilfe zu geben“, das Vertrauen in die ärztliche Kunst erneut zu stärken.

B 20.14 „da kann ich Sie n bisschen beruhigen“

- 01 A ja .
- 02 P und die haben damals nur einen Ultraschall gemacht . wer weiß . vielleicht hätte man da schon festgestellt . dass da ein kleiner Tumor ist .
- 03 A hm .
- 04 P und der konnte ja wachsen in den zwei Jahren, ne .
- 05 A hm . hm . ja aber das is/da kann ich Sie n bisschen beruhigen . Frau Müller . dass jetzt nicht so der Eindruck entsteht . da wär jetzt was versäumt worden . (...) das ist so ein Stück von dem Unkalkulierbaren auch dieser Krankheit . das wird natürlich auch nicht besser, wenn man ständig untersucht wird .
- 06 P ja, ja .
- 07 A es ist so . das passiert oder es passiert nicht . und wenn's dann da ist . und es fällt auf . dann kann man's auch nicht mehr ungeschehen machen . ja .
- 08 P ja .
- 09 A so dass es unsere Erfahrung ist . dass es sehr wichtig ist . die richtige Hilfe zu geben . aber dass es tatsächlich nicht so ne große Rolle spielt . ob man das eher oder ein paar Wochen später feststellt .
- 10 P hm .
- 11 A das macht für das, was zu tun ist . macht das keinen Unterschied .
- 12 P hm .
- 13 A also es ist ein bisschen anders als sonst wo es immer heißt . Früherkennung ist wichtig .
- 14 P weiß ich schon . vielleicht . manchmal geb ich mir selbst n bisschen die Schuld . damals wie ich (...) [neues Thema: Tabletten nicht genommen = Non-Adhärenz]

Obwohl die Patientin keine einschlägigen Ausdrücke (wie: *Beunruhigung*, *Besorgnis*, *Versäumnis* usw.) verwendet, sind ihre „Befürchtungen“ dennoch „unüberhörbar“, wenn sie ihre Laien-Hypothesen in ihren Worten durchspielt („nur ... gemacht“, „wer weiß, vielleicht hätte ...“ usw.). Ihre „Worte“ werden auch vom Arzt als „Befürchtungen“ durch-

aus „erhört“, der sein *empathisches Verständnis* ihrer Äußerungen komplementär gegenüber der Patientin *expressis verbis* kundtut: Bevor er zu einer längeren (hier gekürzten) Aufklärung ansetzt, werden die vom ihm so verstandenen „Befürchtungen“ der Patientin reformuliert (A05). Er versucht sie zu „beruhigen“, indem er dem „Eindruck“ entgegentritt, „da wäre jetzt was versäumt worden“ – womit er den Inhalt dessen, was die Patientin schon nahegelegt hat, auf den Begriff („Versäumnis“) bringt.

Dabei versucht der Arzt die Beruhigung in abgeschwächter Form durch „Verkleinerung“ (*Diminution i.w.S.*) („ein bisschen“) zu vermitteln, die in diesen Kontexten als häufiges Stilmittel benutzt wird: „da kann ich Sie ein bisschen beruhigen“ (A05). Offenbar werden mit diesem Stilmittel vom Arzt zugleich Restzweifel zugestanden, deren Berechtigung eben nicht „gänzlich“ abgesprochen, sondern gerade *emotional* anerkannt werden soll, auch wenn sie aus sachlichen Gründen nicht *rational* erscheinen mögen. Versuche der „Beruhigung“ stehen immer auch unter dem Vorbehalt des Scheiterns, dem Ärzte auch sprachlich Rechnung tragen. Gerade mit der Betonung der Relevanz, „die richtige Hilfe zu geben“ (A09), werden ebenso prinzipielle Möglichkeiten einer Fehlbehandlung eingeräumt, auch wenn sie im vorliegenden Fall ausgeschlossen wird.

Es sei dahingestellt, inwieweit die Patientin nachhaltig beruhigt werden konnte, was sich vorerst so abzeichnet (P14) und sich auch im weiteren Gesprächsverlauf nicht anders offenbart, in dem die nächsten hilfreichen Schritte in der aktuellen Behandlung besprochen werden. Um diese weiteren Schritte gehen zu können, war offenbar ein Zwischenschritt nötig geworden, in dem ein Klärungsbedarf der Patientin in Bezug auf die Vorbehandlung durch Dritte bestand. Angesichts der „Befürchtung“ der Patientin dann zunächst durch ärztliche Aufklärungsarbeit einen Beitrag zur „Beruhigung“ zu leisten, war eine Voraussetzung für die Weiterentwicklung der eigenen Beziehung zur Patientin, die mit hinreichendem Vertrauen in die ärztliche Kunst des Helfens fortgesetzt werden konnte.

Von den sachlich gerechtfertigten Beruhigungen sind allerdings „Pseudo-Beruhigungen“ zu unterscheiden, die „ihrer selbst wegen“ unternommen werden, damit der *perlokutive Effekt* (§ 7.3) eintritt, dass ein Patient letztlich „beruhigt“ ist. Wenn schon im Alltag „Lügen kurze Beine haben“, so erst recht beim ärztlichen Handeln. Die sprichwörtliche „Wahrheit am Krankenbett“ verlangt eine Kommunikation, die nicht *verdeckt-strategisch*, sondern *verständigungsorientiert* sein sollte (§ 7).

Eine offene Aufklärung bedeutet allerdings nicht, Patienten „rücksichtslos“ über Fakten zu informieren, sondern bei der Vermittlung „schlechter“ Nachrichten (*breaking bad news*) möglichst „behutsam“ vorzugehen (§ 10, 16, 38). Dabei sollten Patientenemotionen nicht „stillgelegt“, sondern „offengelegt“ werden.

20.6 Emotionale Öffnung fördern

Um die emotionale Öffnung von Patienten zu fördern, bieten sich auf verschiedenen Ebenen bestimmte Typen von verbalen Interventionen an, die nachfolgend als *Ansprechen*, *Bennen*, *Klären* und *Interpretieren* von Emotionen beschrieben werden und anhand von Ankerbeispielen veranschaulicht werden sollen. Dabei sind auch die Risiken im Umgang mit Emotionen zu berücksichtigen, die einzugehen aber zumeist die bessere Alternative im Vergleich zum *Ignorieren* ist, das vorausgehend (§ 20.4) unter Formen der Relevanzrückstufung von Emotionen beschrieben wurde. Bei den Formen der Relevanzhochstufung folgen wir der linearen Darstellung im Gesprächsmanual (§ 20.1), möchten aber nochmals betonen, dass damit keine Reihen- oder gar Rangfolgen nahegelegt werden sollen. Emotionen sind im Gespräch so aufzunehmen und angemessen zu „behandeln“, wie sie von den Patienten durch noch so diskrete „Hinweise“ (*cues*) mehr oder weniger deutlich „angeboten“ werden.

20.6.1 Ansprechen

Schon in den vorausgehenden Beispielen war deutlich geworden, dass Ärzte nicht immer davon ausgehen können, dass ihre Patienten „ihr Herz auf der Zunge tragen“. Vielmehr sind die Emotionen oft mühsam „hervorzulocken“ (*elizitieren*). Beim Prozess der Offenlegung von Emotionen können sich Ärzte in ihrer Wahrnehmung nicht allein auf die „Oberfläche“ des Gesprächs beziehen, sondern müssen „zwischen den Zeilen“ lesen bzw. hören, um zu einem Gesamteindruck kommen zu können.

Dabei müssen auch nonverbale Phänomene bei der Wahrnehmung und Interpretation von Kommunikation berücksichtigt werden, die etwa durch eine „aggressive“ oder „depressive“ Gestik, Mimik, Körperhaltung, Tonart usw. bestimmt sein kann (§ 12, 18). Zur ganzheitlichen Wahr-

20. Emotionen zulassen

nehmung der Kommunikation gehört auch das sog. „szenische Verstehen“ (§ 9.2), für das wir beim Erzählen schon Beispiele angeführt hatten (§ 19). So hatte ein Patient in seiner Erzählung über sein Prüfungsver-sagen („ich konnte also nichts mehr aus mir rausbringen“) beim Erzäh-len ähnliche Artikulationsprobleme in der Sprechstunde, in der ihm die Stimme erneut so zu versagen drohte wie damals in der Prüfungssitua-tion.

Die ganzheitliche Wahrnehmung von Kommunikation beschränkt sich aber nicht auf einzelne Äußerungssequenzen und besondere verba-le und nonverbale Phänomene, sondern erstreckt sich auch über länge-re Gesprächspassagen, in denen Eindrücke mehr oder weniger gesam-melt und aufaddiert werden können. Obwohl es keinen lokalen „Patien-tenhinweis“ zu geben scheint, formulieren Ärzte dennoch ihren persön-lichen „Eindruck“, den sie offenbar übersummativ gewonnen haben. Hier bestehen Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Vergleich mit der Alltagskommunikation. Zwar lassen wir uns auch im Alltag von über-summativ gewonnen Eindrücken leiten, hüten uns aber in der Regel davor, mehr oder weniger fremde Gesprächspartner direkt darauf „an-zusprechen“. Wahrgenommene Emotionen auch *anzusprechen* ist offen-bar ein ärztliches Privileg, von dem in der Sprechstunde aus guten Gründen Gebrauch gemacht wird.

Im folgenden Beispiel (B 20.15) markiert der Arzt den Wechsel zum „Ansprechen“ der wahrgenommenen Emotion zunächst mit einer Zäsur („jetzt mal was ganz anderes“), bevor er gegenüber dem Patienten den „sehr besorgten Eindruck“, den dieser offensichtlich „macht“, auch zur Sprache bringt.

B 20.15 „Sie machen‘n sehr besorgten Eindruck“		Kommentar
01	A (...) auch schon länger, ne?	
02	P ja dat mir ... einem dann die Luft wegbleibt (...) hab ich Nachtschicht gehabt und ... ja aufgestanden und .	Beschwerden- schilderungen
03	A hm .	
04	P nen Kaffee aufgeschüttet ...	
05	A hm .	
06	P han ich dat Gefühl jehabt . mir is wie als ob mir einer die Luft wegnimmt .	
07	A hm . äh . jetzt mal was ganz anderes ... Sie	3.4 EÖF:

08	P	machen n sehr ... besorgten Eindruck . ne? .. seit Sie gelesen haben, [dass das etwas- [naja, mach ich ... ich weiß net wat et is ...	Ansprechen („be- sorgter Eindruck“) Bestätigung der Besorgnis
09	A	weil richtig . da woll'n wir ja mal gucken, was es ist .	3.3 EA: Hilfe an- bieten

Nach der Zäsur formuliert der Arzt seinen Eindruck und gibt damit einer bis dahin latent gebliebenen Patientenemotion seinen manifesten verbalen Ausdruck („besorgt“). Was bisher unausgesprochen war, wird nunmehr ausgesprochen und zum Thema gemacht. Der Patient bestätigt den Eindruck („mach ich“) und begründet ihn mit seinem *Nicht-Wissen* („ich weiß net, was et is“), was vom Arzt wiederum direkt aufgenommen wird. In seiner Reaktion nimmt der Arzt eine typisch *supportive* Funktion ärztlichen Handelns wahr, nämlich die Beseitigung von „Nicht-Wissen“, das den Patienten „besorgt“ sein lässt. Der Arzt stellt hier eine gemeinsame Klärung in Aussicht (09A: „da wollen wir mal gucken, was es ist“), die der Patient im Anschluss sogleich aufnimmt und im weiteren Gesprächsverlauf ausdehnt auf die Klärung seiner weiteren Besorgnis einer Ansteckungsgefahr gegenüber seiner Partnerin („dat sie nicht den gleichen Mist kriegt“). Die Mitteilung dieser weiteren Besorgnis kann überhaupt erst dadurch nahtlos angeschlossen werden, dass die zuvor vom Arzt wahrgenommene Besorgnis von ihm bereits zum Thema gemacht wurde.

Exkurs zum Gebrauch von WIR

Bei diesem Beispiel ist zugleich ein kurzer Exkurs zum Gebrauch von „WIR“ angebracht, der sich für die weiteren Gesprächsanalysen generalisieren lässt. Der Arzt hatte sein Angebot zur Hilfe formuliert und dabei von „wir“ gesprochen (09A: „da wollen wir mal gucken, was es ist“). Bei entsprechenden Arztangeboten ist zu beachten, dass der häufige *Wir*-Gebrauch in den sprachlichen Realisierungsvarianten supportiver Interventionen eben nicht der verpönte *pluralis majestatis* ist, was gelegentlich auch in der Forschung zu Unrecht unterstellt wird, sondern ein echtes „wir“ bedeutet, mit dem im Sinne einer befristeten Solidar- oder Zweckgemeinschaft auf gemeinsame Problemlösungen verwiesen wird. Diese Gemeinsamkeit wird oft sprachlich eigens mit „wir“ markiert im

Sinne von „wir (beide) werden (gemeinsam) sehen/ herausfinden, ob ...“. Daneben gibt es auch das impersonale „man“, bei dem das Agens eher als *anonym* unterstellt wird. In diesen Fällen ist aber oft vom Arzt ein „Du und Ich“ gemeint.

In der Visite mag zusätzlich weiteres Personal in den Handlungsraum einbezogen werden (§ 24), so dass sich hier ein spezifisches (Teil-)Mengenproblem im Sinne von „er/sie + ich + du“ stellt, das von Patienten als Rezipienten jeweils entsprechend aufgelöst oder auch in seiner Mehrdeutigkeit so belassen werden kann. Gegenüber „man“ hat „wir“ jedoch die weitere Funktion, dass nicht nur die *Helfer*-Perspektive des Arztes persönlich eingenommen, sondern mit der sprachlich markierten Gemeinsamkeit des Handelns („da wollen wir mal gucken, was es ist“) zugleich die notwendige Mitarbeit des Patienten an der weiteren Klärung angesprochen wird. Mit der Häufung des *Wir*-Gebrauchs, der auch als Beziehungsindikator untersucht werden kann, wird gerade die gemeinsame Gesprächsarbeit betont (Koerfer et al. 2010), worauf wir auch in nachfolgenden Analysen, so etwa bei der Hausarztkommunikation (§ 25), wiederholt zurückkommen werden.

Korrekturen bei „Fehlschlägen“

Bei der Mitteilung von Eindrücken zum Kommunikationsverhalten des Patienten wechselt der Arzt kurzfristig von der *Wir-Perspektive* der allgemeinen *Teilnehmerrolle* in die spezifische *Beobachterrolle*, ohne allerdings das gemeinsame Handlungsfeld zu verlassen. Entsprechend werden die gewonnenen Eindrücke wie schon im vorausgehenden Beispiel oft nach einer deutlich markierten Zäsur mitgeteilt, was schon auf die Besonderheit des Ansprechens von Emotionen verweist. Dessen Chancen und Risiken für eine empathische Kommunikation können wohlüberlegt abgewogen oder spontan entschieden werden, ohne dass die „Folgen“ für den weiteren Gesprächsverlauf immer absehbar wären. Emotionen des Patienten anzusprechen, kann mitunter zu „Fehlschlägen“ führen, was hier an einem kurzen Beispiel (B 20.16) illustriert sei, bei dem es im Gespräch zunächst um die Detailexploration zum akuten „Husten“ der Patientin geht, bevor der Arzt innehält und seine Wahrnehmung gegenüber der Patientin kundtut.

B 20.16 „Sie machen irgendwie’n besorgten Eindruck“		Kommentar	
01	A	wie sieht er aus? .	4.1 DE: BD: Qual.
02	P	oh . was heißt, wie sieht er aus? . eh ... der Husten? .	
03	A	ja .	
04	P	wenn ich das ausspucke? pfhh ... so’n bisschen grünlich ...	
05	A	grünlich, ja .. ähm .. Sie machen irgendwie’n besorgten Eindruck .	3.1 EÖF: Ansprechen
06	P	i:ch? nee, ich bin nur abgespannt, ich hab zwei ans .. anstrengende Tage hinter mir .	
07	A	was war denn? .	
08	P	[lacht] ich hatte Geburtstach ...	
09	A	herzlichen Glückwunsch! .	
10	P	... jaa ... [lacht] ... nää un da hab isch, nä isch bin nisch besorcht, gar nicht! ...	

Nach ihrer eigenen Aussage ist die Patientin „abgespannt“, was der Arzt offenbar anders (nämlich als „besorgt“) wahrgenommen hat. Die Korrektur durch die Patientin folgt hier auf dem Fuße und kann gut in die Beziehung integriert werden. Diese sehr seltenen Fälle von „Irrtum“ sollten aber keineswegs als Grund oder Vorwand dienen, das Risiko eines Fehlschlags bei der Zuschreibung von Emotionen überhaupt zu vermeiden. Wie in fast allen von uns beobachteten Fällen lagen die Ärzte bei der Mitteilung ihrer Eindrücke „goldrichtig“, wie der weitere Verlauf der Kommunikation jeweils zeigte. Das „Ansprechen“ von Emotionen, die bisher „unausgesprochen“ blieben, wird von den Patienten oft dankbar aufgenommen, weil sie dadurch nicht nur das empathische Verständnis des Arztes erkennen, sondern selbst eine emotionale Entlastung erleben können.

20.6.2 Benennen

Bevor die Unterschiede markiert werden, sind die Gemeinsamkeiten beim *Ansprechen* und *Benennen* von Emotionen zu betonen. In beiden Fällen übernimmt der Arzt die explizite Themeninitiative für einen emotionalen Gehalt, der bisher noch nicht explizit thematisiert war. Was

bisher „unausgesprochen“ war, wird jetzt ausgesprochen. Die ärztliche Intervention erfolgt aufgrund von spezifischen *Inferenzen* („Schlüssen“), die der Arzt qua Alltags- und Professionswissen auf der Basis von verbalen und nonverbalen Hinweisen (*cues*) des Patienten ziehen kann.

Bei der Unterscheidung von *Ansprechen* und *Benennen* kommt die Problematik ins Spiel, die vorausgehend (§ 20.4) schon mit der graduellen Abstufung charakterisiert worden ist, dass Patientenhinweise sich in bestimmten *Dimensionen* mehr oder weniger in die eine oder andere Richtung bewegen (*implizit-explizit, indirekt-direkt, latent-manifest*). Ohne die Abgrenzungsproblematik zu verkennen, soll hier beim *Ansprechen* vorausgesetzt werden, dass die fragliche Emotion für den Patienten aktuell weniger „bewusstseinsnah“ war, bevor sie vom Arzt „angesprochen“ wurde. Dagegen wurden beim „Benennen“ die fraglichen Emotionen vom Patienten gleichsam schon „vorformuliert“, wenn sie vom Arzt schließlich „auf den Begriff gebracht“ werden. Die wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Typen liegen also in der interaktiven Vorgeschichte, in der die Versprachlichung mehr oder weniger „angebaut“ wird. Wie bei den vorausgegangenen Beispielen für das *Ansprechen* schon auffiel, geht oft eine Interaktionszäsur voraus, weil der Themenwechsel offensichtlich ist, der wesentlich auf einer nonverbalen Wahrnehmung beruht. Dagegen stellt das *Benennen* ein Zwischenergebnis in einem kontinuierlichen Prozess der „fortschreitenden Versprachlichung“ von Emotionen dar, zu der die Patienten eine wesentliche Vorarbeit leisten.

Bei allen Unterschieden zwischen *Ansprechen* und *Benennen* von Emotionen bleibt ihnen die begriffliche Bewusstwerdung gemeinsam, die durch die ärztliche Intervention stimuliert wird. Die mehr oder weniger „deutlichen“ Hinweise, die Patienten in der bisherigen verbalen wie non-verbalen Kommunikation mehr oder weniger bewusst gegeben haben mögen, werden „auf den Begriff gebracht“, indem der Arzt ein thematisches *Schlüsselsymbol* aus einem *emotiven* Wortfeld (z.B. Angst, Wut, Trauer) einführt, das für den weiteren Gesprächsverlauf konstitutiv ist. Die konstitutive Funktion des thematischen Schlüsselsymbols erweist sich oft durch eine affirmative Rückmeldung des Patienten (z. B. „ja genau“, „ja, richtig“ usw.), der damit im Sinne der Passgenauigkeit (§ 3, 17) von Interventionen anzeigt, vom Arzt gut verstanden worden zu sein. Durch eine spätere Wiederaufnahme des thematischen Schlüsselsymbols signalisieren sich beide Partner wechselseitig ihr nunmehr interaktiv geteiltes Verständnis von Bedeutungen, die sie gemeinsam ausgehandelt haben.

Die folgenden Beispiele (B 20.17) und (B 20.18) entstammen demselben Gespräch, in dem die Patientin schon begonnen hatte, über ihren Ehemann zu klagen, der sich seit seiner Berentung ganz gegen ihre Erwartungen verhält, was jetzt in der empathischen Kooperation mit dem Arzt eine Fortsetzung erfährt, die hier in zwei Ausschnitten wiedergegeben wird.

B 20.17 „dann ärgern Sie sich“		Kommentar
01	A müssen Sie alles alleine machen, Sie kriegen keine Unterstützung, oder?	3.3 EA: Belastungen anerkennen
02	P ach ... Gott, der tut schon, aber alles, alles mit „Muss“ dann und vorher war des anders wie er hart gearbeitet hat . (...) un dann werner, dann geht er in de Karasch, da puzzelter rum . er hat wohl immer was zu tun ... aber dann steht da die Flasche Bier schon un dann, dann iss schon für mich der Tach gelaufe ...	Dauerbelastung seit Rentenbeginn des Partners
03	A dann ärgern Sie sich? .	3.4 EÖF: Emotionen benennen
04	P ja . und ... der gibt dann auch nix zu . der zählt dann des erste und des letzte, was inner Mitte war net, un des ist das (...)	Bestätigung + Expansion

B 20.18 „ne riesengroße Enttäuschung“		Kommentar
01	A (...)	
02	P (...) weil er eben, wie gesacht, wenn isch Rentner bin, dann tun mer so Vieles ... un es is grad's Gegenteil .	Klage übers „Rentendasein“
03	A ne riesengroße Enttäuschung .	3.4 EÖF: Emotionen benennen
04	P ja . risch . ri:schtische Enttäuschung! . ich muss sache, er tut seinen Jarten aber . de tut des schon alles, ne . aber, dann immer de Trinkerei dazu und dann (...)	Starke Bestätigung durch Wiederholung + Themenexpansion

20. Emotionen zulassen

In beiden Fällen wird beim *Benennen* der Emotionen jeweils passgenau *auf den Begriff gebracht* („Ärger“ bzw. „Enttäuschung“), was gleichsam schon „in der Luft lag“, weil es von der Patientin schon in anderen Worten „vorformuliert“ wurde. So wird die ärztliche Benennung der „Enttäuschung“ schon durch die Patientin mit ihrer Gegensatz-Relation nahegelegt, wenn sie das Versprechen ihres Mannes („dann tun mer so Vieles“) mit seinem realen Verhalten abgleicht („un es is grad's Gegenteil“). Bei der Benennung steht die Arztäußerung zu Vorgängeräußerungen von Patienten in einem spezifisch hierarchischen Paraphrase-Verhältnis in dem Sinn, dass der Arzt eine *begriffliche Abstraktion* der konkreteren Patientenäußerungen vornimmt.

Die *Passgenauigkeit* erweist in der Regel an der Reaktion von Patienten, an der die Ärzte „ablesen“ können, wie sehr sie „ins Schwarze getroffen haben“. Die Reaktionen reichen vom minimalen Feedback durch einfache, affirmative Hörsignale (*ja, hm*) über stärkere Rückmeldungen (*genau, richtig*) bis zu mehrgliedrigen Bestätigungen. Dass der Arzt im zweiten Fall mit seinem Begriff der „riesengroßen Enttäuschung“ die Emotion der Patientin zielgenau *benannt* hat, wird durch ihre Rückmeldung manifest, in der sie den ärztlichen Begriff mit einer leichten Modifikation wiederholt, die zugleich als „richtige Enttäuschung“ betont wird. In beiden Beispielen erfahren die emotionalen Patientenangebote durch die Benennung jeweils eine Relevanzhochstufung, die von der Patientin zugleich zur weiteren Expansion des von ihr begonnenen Themas genutzt werden kann.

Das *Benennen* kann nicht nur auf lebensweltlich relevante Probleme im weiteren Sinne, sondern auch auf körperliches Erleben bezogen werden, das explizit mit Krankheitssymptomen in Verbindung gebracht wird, die Unsicherheit, Sorgen, Ängste usw. auslösen können. Auch diese Emotionen werden oft implizit ins Gespräch gebracht, bevor sie vom Arzt auf den Begriff gebracht werden. Im folgenden Beispiel (B 20.19) werden zunächst die Sorgen wegen der Zuckerwerte und dann die Angst wegen eines befürchteten Herzinfarkts benannt.

B 20.19		„Sie haben dann immer Angst (vor Herzinfarkt)“	Kommentar
01	A	und dann der Zucker noch, ne ... und dat macht Ihnen allet Sorjen, ne ...	3.4 EÖF: Emotionen benennen
02	P	jaa ... jaa ... un isch kann mache was isch will . isch kann essen was isch will un er geht net runter . und jetzt wie Sie in Urlaub warn,	Beschwerden- und Symptom-schilderungen

		da denk isch, jetzt iss de Doktor ja net da . da hilft au nix, dass mer hinfährt (...) awer die Schmerzen die ziehn dann von hier nach da [zeigt um die Brust herum] . von da nach da . ganz schlimm, da mein isch, wenn isch de Arm hebe, da brischt der ab . äh ganz ko:misch de Schtiche . nä .	Zuckerwerte Schmerzen Zeigegeste Stiche
03	A	und Sie haben dann immer Angst, das is'n Herzinfarkt oder irgendwas in der Richtung passiert .	3.4 EÖF: Emotio- nen benennen
04	P	ja . oder das es ... jaja: ... weil (...)	Themenexpansion

Die emotionalen Patientenangebote erfahren zweimal eine Relevanzhochstufung, durch die die Patientin auf ihre Weise jeweils zur weiteren thematischen Expansion stimuliert wird. Dabei versucht die Patientin ihrem Arzt die Dramatik ihres Erlebens zu vermitteln, die durch seine Abwesenheit als Helfer noch gesteigert wurde. Sie gibt ihm unmissverständlich zu verstehen, dass ihre Beschwerden bzw. Symptome so stark waren, dass sie ihn schon vorher konsultiert hätte, wenn er nicht im Urlaub gewesen wäre (02P: „da denk isch, jetzt iss de Doktor ja net da . da hilft au nix, dass mer hinfährt“). Die herzbezogenen Beschwerden werden dann von der Patientin nonverbal (durch Zeigegeste im Brustbereich) und verbal („Schmerzen“, „Schtiche“) umschrieben und als „ganz ko:misch“ charakterisiert, bevor der Arzt dann ihre Emotion mit dem passenden Begriff „Angst“ (vor einem Herzinfarkt) explizit versprachlicht.

20.6.3 Klären

Während beim *Benennen* die fraglichen Emotionen vorerst geklärt scheinen, weil sie auf einen wie auch immer vorläufigen Begriff gebracht wurden, steht die *Klärung* in anderen Fällen erst noch aus. Deswegen werden die möglichen Emotionen zwar ebenfalls begrifflich erfasst, aber dabei in Fragehandlungen zur Disposition gestellt. Im folgenden Beispiel (B 20.20) geht es um die Klärung von Emotionen der Patientin, die wegen Nierensteinen schon vorbehandelt war und jetzt eine weitere Untersuchung („nochmal Ultraschall“) wünscht.

20. Emotionen zulassen

B 20.20 „ham Sie Sorgen, dat wat is, oder so?“		Kommentar
01	A (...)	
02	P (...) un nochmal Ultraschall bei mir, ob irgendwas vom Nierenstein äh ...	
03	A ob da noch was is .	2.3. AZ: Satzvervollständigung
04	P ja, ob wieder . ja, vorsichtshalber ...	
05	A haben Sie denn Beschwerden? .	4.1 DE: BD: Qual
06	P nee . übe ... nee, ich hab ma hier so'n bisschen gemerkt, aber et . eigentlich nix, vielleicht (unverständlich) oder wat .	
07	A un eh . ham Se Sorge, dat wat is, oder so?...	3.4 EÖF: Emotionen klären
08	P ja . nur nur soo vorsichtshalber mal .	
09	A ja .. ja . Sie sind ein wenig beunruhigt, ja? .	3.4 EÖF: Emotionen klären
10	P ja . ich will lieber kontrollieren lassen, ne, weil et ja bei mir auch Veranlagung is (...)	

Gleich zu Beginn gibt der Arzt sein Verständnis für das Anliegen der Patientin zu erkennen, indem er ihre weiteren Formulierungen durch eine Satzvervollständigung (*joint sentence production*) antizipierend fortsetzt, was eine besondere Form des *aktiven Zuhörens* darstellt (§ 19). Nach der kurzen Rede-Verzögerung und Pause („Nierenstein äh ...“) eilt der Arzt der Patientin zu Hilfe, indem er stellvertretend für sie „einspringt“. Die verbale Unterstützung erfolgt hier nicht durch Paraphrase, sondern durch eine Komplettierung der Patientenrede, gegenüber der ein *vo-rauseilendes* Verständnis angezeigt wird. Nachdem das Anliegen der Patientin schon kooperativ formuliert ist, versucht sich der Arzt in drei Schritten über ihre Motivation zu informieren. Zunächst fragt er nach möglichen Beschwerden, was von der Patientin verneint wird, um sich dann in zwei Varianten nach möglichen Emotionen („Sorge“ – „Beunruhigung“) zu erkundigen, die mit ihrem Anliegen verbunden sein könnten. Beide Fragen werden von der Patientin zwar bestätigt („ja“), aber die Bestätigungen jeweils mit weiteren Informationen modifiziert.

Nach der ersten Antwort auf die Entscheidungsfrage (07A: „ham Se Sorge, dat wat is, oder so?“) wird die „Hürde“ für die Formulierung einer schwächer ausgeprägten Emotion nochmals reduziert. Durch die spezifische Art der weiteren Fragehandlung (§ 21.2), mit dem der Arzt seine

Erwartung der Antwort schon zu erkennen gibt (09A: „Sie sind ein wenig beunruhigt, ja?“), und durch die spezifische „Abschwächung“ oder „Verkleinerung“ (*Diminution i.w.S.*) („ein wenig“) kommt der Arzt der Patientin weiter entgegen, die nicht nur mit einem einfachen „Ja“ antwortet, sondern ihre Präferenz („lieber kontrollieren lassen“) zusätzlich begründet („weil et ja bei mir auch Veranlagung is“). Hiermit scheint das Maß an „Sorge“ bzw. „Beunruhigung“ als eine „subjektive“ Voraussetzung für eine mögliche Untersuchung, die dann auch stattgefunden hat, hinreichend geklärt zu sein.

Während es im vorausgehenden Beispiel um die Klärung von körper- bzw. krankheitsbezogenen Emotionen ging, handelt es sich im nächsten Beispiel um den Versuch einer Klärung von Emotionen in der Beziehung einer Patientin, die ihrem Partner mit großen Ambivalenzen begegnet. Arzt und Patientin haben schon eine gemeinsame begriffliche Emotionsarbeit begonnen (B 20.21), die hier in kurzen Ausschnitten zum besseren Verständnis wiedergeben werden soll, bevor dann (B 20.22) die Klärung der ambivalenten Emotionen der Patientin in den Aufmerksamkeitsfokus gerückt wird.

B 20.21		„da ist ne ganze Menge Sorgen und Ängste“	Kommentar
01	A	ah ja! (...) versuchen Sie mal'n bisschen, mir das in Erinnerung zu rufen, worum es geht ...	
02	P	ja es geht um seinen Alkoholismus . der auch wieder aufgeflammt ist . seit einigen Jahren, und . der hat jetzt mittlerweile wieder Formen angenommen, dass ich sage, also äh . da muss unbedingt () .	Psychosoziale Themenexpansion
03	A	was gemacht werden .	2.3. AZ: Satzvervollständigung
04	P	ja, da muss was gemacht werden, ich hab zwar mehrfach mit ihm gesprochen (...) äh da muss man sehr vorsichtig dann mit ihm umgehen . und dann ihn auch noch wie'n rohes Ei behandeln ... sons dann ... er flieht ja direkt . immer, ja, also . da weicht er aus und äh ...	Psychosoziale Themenexpansion
05	A	das heißt, das Leben mit ihm ist für Sie sehr schwer geworden .	3.3 EA: Belastungen anerkennen
06	P	äh ... ja . es war auch von Anfang an schwer, aber ich hatte da vielleicht, man hat mir mal	Psychosoziale Themenexpansion

20. Emotionen zulassen

		gesacht, es is immer so dieses Helfersyndrom, was Frauen in sich haben, ja, ähm . oder Mutterinstinkte, aber (...) (...) (...) irgendwann in einem Lebensstadium fängt der Junge dann an, seinen Vater zu idealisieren, und macht das denn auch ... das sind so meine Befürchtungen .	aktuellen Emotionen (Befürchtungen für Entwicklung des gemeinsamen Kindes)
07	A	da is ne ganze Menge Sorgen und Angst in Ihnen .	3.4 EÖF: Emotionen benennen
08	P	aber . äh ... ja . sehr viel ... also ich denke da so vieles durch und ähm . (...)	

B 20.22 „was empfinden Sie denn noch für ihn?“		Kommentar	
01	A	(...)	
02	P	(...) ich hab auch, wissen Se, ich bin ja auch alles Schuld . ega:l was is, der sucht die Schuld bei mir, und ich bin hysterisch und ... ne Hexe, also da kommen Gemeinheiten auf, da fragt man sich, warum gibt man sich mit so nem Kerl überhaupt noch ab (...) ich meine, man hat scho:n noch Empfindungen, ja .	Themenexpansion Emotionale (Selbst-) Exploration Aktuelle Empfindungen
03	A	was . was empfinden Sie denn noch für ihn? .	3.4 EÖF: Emotionen klären
04	P	ach . also, wie soll ich das ausdrücken ... also in/in dem Moment, wo ich wütend bin, könnt ich den auf'n Mond schießen . ich könnt en niederschlagen, also ermorden, alles . aber wenn der'n paar Tage weg is, dann fehlt mir derselbe Mensch schon wieder . das is ungewöhnlich find ich, also ...	Themenexpansion aktuelle Emotionen der Patientin gegenüber ihrem Partner

Die Ausschnitte machen deutlich, wie sich die *Empathie-in-Interaktion* nicht nur Zug-um-Zug, sondern als Prozess der Emergenz ausgehandelter Bedeutungen über eine Reihe von Gesprächsschritten entwickelt, die in einem dialogischen Rückmeldesystem aufeinander aufbauen (§ 20.3-4). Trotz der Kürzungen wird gut sichtbar, wie beide Gesprächspartner in der empathischen Kommunikation kooperieren und dabei schrittweise eine gemeinsame Gesprächsgeschichte auf der Basis eines

geteilten *Grundvokabulars* entwickeln, das der weiteren emotionalen Selbst-Exploration der Patientin dient. Dabei werden die Ambivalenzen gegenüber ihrem Partner zu Tage gefördert, den sie einerseits „ermorden“ könnte, bevor er ihr dann „schon wieder fehlt“, was sie selbst „ungewöhnlich“ findet.

An diesem Prozess der fortschreitenden Selbst-Exploration der Patientin nimmt der Arzt mit seinen Interventionen eine *Hebammenfunktion* bei der *Versprachlichung von Emotionen* wahr (§ 9). Wie in den Kommentarspalten zu den Beispielen schon ausgewiesen, kommen zunächst die Typen von empathischen Interventionen zur Anwendung, die vorausgehend schon als *Anerkennung* von Belastungen und *Benennung* von Emotionen differenziert wurden, bevor der Arzt nun von dem weiteren Typ der *offenen Klärung* von Emotionen Gebrauch macht (B 20.22: 03A: „was empfinden Sie denn noch für ihn?“). Es handelt sich hierbei im Wortsinn um eine „offene Klärung“, weil beiden Gesprächspartnern die mögliche Antwort ersichtlich noch nicht hinreichend „klar“ zu sein scheint. Dieses *Nicht-Wissen*, das nur für den intervenierenden Arzt, aber ebenso für beide Gesprächspartner gelten kann, ist ein wesentliches Kennzeichen der *offenen Klärung* von Emotionen.

Dass in diesem Fall nicht nur der fragende Arzt „im Unklaren“ ist, sondern auch die antwortende Patientin selbst keine klare Selbstausskunft über ihre aktuelle Gefühlslage geben kann, manifestiert sich in eben ihrer ambivalenten Antwort, nach der sich die Patientin mit ihren Emotionen in der Beziehung zu ihrem Partner in extremen Alternativen bewegt. Um diese emotionale Konfliktsituation in ihrer Tragweite auch für die Belastung der Gesundheit der Patientin zu erfassen, drehen beide Gesprächspartner eine weitere Windung an der „Dialogschraube“ (§ 7.2), an der eine höhere begriffliche Abstraktionsebene auf einem Niveau erreicht wird, in der auch der Typ der ärztlichen *Interpretation* von Emotionen angesiedelt ist.

20.6.4 Interpretieren

Während die vorausgehend differenzierten Typen der empathischen Relevanzhochstufung zumeist relativ kontextfrei bzw. in engen Kontexten bestimmt werden können, erweist sich die Funktion von Interpretationen oft erst in größeren Kontexten. War schon beim *Benennen* von Emotionen eine Interaktionsgeschichte vorauszusetzen, in der die fragliche Emotion durch die Vorarbeit der Patienten „konditioniert“ wurde,

20. Emotionen zulassen

so verlangt eine Interpretation eine längere Kooperation zwischen Arzt und Patient.

Der Sinn einer Interpretation kann sich nur im Kontext einer sinnvollen Vorgeschichte entfalten, die eine entwickelte Begriffsgeschichte darstellt, in deren Kontext die Beteiligten hinreichend genau wissen, wovon sie reden, wenn sie dieses oder jenes Vokabular initiieren, modifizieren, komplettieren, substituieren usw. Dabei bleiben „objektive“ Bedeutungen erhalten, die aber um einen *subjektiven Sinn* ergänzt werden, den sich die Beteiligten vorausgehend erarbeitet haben und den sie jederzeit wieder abrufen und neujustieren können.

Zwar waren vorausgehend schon längere Ausschnitte aus dem vorausgehenden Gespräch wiedergegeben worden, die aber die entwickelte begriffliche Emotionsarbeit der Gesprächspartner nur rudimentär illustrieren. Auch die folgenden Ausschnitte (B 20.23) und (B 20.24) können die sinnstiftende Funktion der ärztlichen Interventionen für die Weiterentwicklung des Gesprächs bestenfalls illustrieren.

B 20.23 „das is ja ne riesen Spannung“		Kommentar
01	A (...)	
02	P (...) deswegen is es auch wahrscheinlich sehr schwer, da en abrupten ähm ... Abbruch . vorzunehmen .	
03	A hm .	
04	P die Gedanken hat ich schon sehr häufig, also ...	
05	A das heißt, das iss ja ne riesen Spannung, auf der einen Seite wollen Se'n umbringen und auf der andern Seite sehnen Se sich nach ihm zurück (...)	3.4 EÖF: Interpretieren
06	P jaa . ja ... man könnte mit ihm zurechtkommen ähm ... wenn er wahrscheinlich für sich selber da mal wieder ... n Ufer sieht, nehme isch mal an .	
B 20.24 „Sie sind ganz schön in der Klemme“		Kommentar
01	A (...)	
02	P (...) wenn ich jetzt da alleine sitze, jetzt dann noch mit nem Kind, und ähm . also ich kann	

		es mir schon im Voraus vorstellen, wie es dann aussieht, ja . da würde die Arbeit mir total übern Kopf wachsen . ähm .	
03	A	das heißt, Sie sind ganz schön in der Klemme .	3.4 EÖF: Interpretieren
04	P	aber wie! . aber wie! . (...)	

Während die Patientin sich wie schon vorausgehend jeweils erneut auf eine Seite des Ambivalenzkonfliktes verlegt, stellt der Arzt jetzt den Konflikt selbst ins Zentrum der Betrachtung, die mit den Begriffen der „Spannung“ und „Klemme“ auf ein *höheres Abstraktionsniveau* gehoben wird. In beiden Fällen werden die ärztlichen Interventionen typischerweise mit einer *Standard-Formel* eingeleitet („das heißt ...“), mit deren Verknüpfungsfunktion eine Folgerungsbeziehung zu den vorausgegangenen Patientenäußerungen hergestellt wird (§ 21.2.3). Dabei kann die metaphorische Zuspitzung der ärztlichen Interventionen auch inhaltlich von der Patientin voll verstanden und in ihre eigene Sichtweise gut integriert werden, die ja schon vorausgehend ähnlich metaphorisch beschrieben worden war. Während die Patientin angesichts der „Spannung“ zwischen „Ermorden“ und „Sehnsucht“ sofort wieder die eine Alternativseite der (versöhnlichen) Konfliktlösung sucht, wird ihr angesichts der „Klemme“ ihre aktuelle Not offenbar so deutlich vor Augen geführt, dass sie zunächst einmal betont zustimmt („aber wie, aber wie!“). Damit ist gegen Ende der Sprechstunde die Konfliktsituation der Patientin zumindest soweit *versprachlicht* worden, dass die Gesprächspartner im nächsten Gespräch durch Wiederaufnahme der fraglichen Begriffe ihre Gesprächsarbeit mühelos fortsetzen und vertiefen können, was dann auch geschehen ist. Vorläufig konsentiertere Begriffe wie „Spannung“ und „Klemme“ fungieren dann als *Stichwortgeber*, mit denen Interpretationsgeschichten erinnert, abgerufen und weiterentwickelt werden können.

Diese Art von Interpretationsgeschichten in einer hausärztlichen Sprechstunde liegt im Allgemeinen noch unterhalb der Ebene von „Deutungen“, wie sie für Psychotherapien charakteristisch sind (Thomä, Kächele 1989, Ehlich 1990, Vehviläinen et al. 2008, Peräkylä 2012, Scarpaglieri 2013, Buchholz 2014, Buchholz, Kächele 2016). Unabhängig vom Gesprächstyp können mehr oder weniger starke Interpretationen bis hin zur Deutung unterschieden werden. Dazu sollen nachfolgend und im anschließenden Kapitel (§ 21) weitere Ankerbeispiele zur *Empathie-in-Interaktion* erörtert werden.

Auch die klassische „Deutung“ kann ihre sinnstiftende Funktion nur entfalten, indem sie an einen bereits konsentierten Sinn anschließt, der für den Patienten hinreichend *bewusstseinsnah* ist. Im Prozess der emotionalen (Selbst-)Exploration von Patienten können sich die vorausgehend differenzierten Typen des *Ansprechens*, *Benennens* und *Klärens* von Emotionen als Vorstufen (von Typen) von *Interpretationen* erweisen, die ihrerseits auf immer höheren Sinnebenen angesiedelt sein können, solange sie von Patienten für die weitere Selbstverständigung gut integrierbar bleiben.

20.7 Der empathische Gesprächsbeginn

Bei der Vorstellung und Begründung des *Stufenmodells der empathischen Kommunikation* (§ 20.3) war schon davon ausgegangen worden, dass die Gesprächsanalyse sich selten auf einen einfachen sequenziellen Austausch im Sinne von isolierten Paarsequenzen beschränken lässt, sondern auf zusammenhängende Folgen von Äußerungspaaren auszudehnen ist. Um das Wechselspiel von emotionalen Patientenhinweisen (*cues*) und Typen von empathischen Interventionen zu erfassen, sind größere Gesprächseinheiten zu betrachten, in denen *lokale* und *globale* Gesprächsentwicklungen berücksichtigt werden können. Wie vorausgehend schon an mehreren Beispielen deutlich wurde, erstreckt sich die *Empathie-in-Interaktion* häufig über längere Gesprächspassagen, an denen die beiden Gesprächspartner jeweils auf ihre Weise kurz- und langfristig an der emotionalen (Selbst-)Exploration des Patienten beteiligt waren. Nachfolgend sollen weitere Beispiele angeführt werden, die in bestimmten Anfangs-, Mittel- und Endphasen von Gesprächen angesiedelt sind (§ 20.7-9). Das zunächst folgende Gespräch wird von der Ärztin bereits mit einer besonders empathischen Gesprächseinladung eröffnet, die der Patient sogleich zur ausführlichen Darstellung seines Anliegens nutzen kann.

20.7.1 Formulierung des Anliegens als Dienstleistung

Gespräche können auf sehr unterschiedliche Weisen eröffnet werden, die sich mehr oder weniger strikt unter einer Typologie von Gesprächseröffnungen ordnen lassen (§ 19.2). Manche Gesprächseröffnungen sind

so originell, dass sie kaum einem Typ zugeordnet werden können. So hatten wir schon das folgende Beispiel (B 20.25) als Sonderfall angeführt, dessen Weiterentwicklung nun im Detail betrachtet werden soll. Möglicherweise war die Ärztin vorher in ihrer Aufmerksamkeit noch absorbiert, wenn sie sich jetzt mit einer treffenden *Metapher* („ich bin ganz Ohr“) in ihrer „exklusiven“ Zuhörerrolle dem Patienten uneingeschränkt („ganz“) zur Verfügung stellt.

B 20.25 „so . jetzt bin ich ganz Ohr“

- 01 A so . jetzt bin ich ganz Ohr .
02 P ja . also . ich geh ja ab und zu mal zum Sport . aber merke in letzter Zeit . mir geht es gar nicht gut . ich hab hier [Zeigegeste] immer so nen Druck . ich hab mit meiner Frau da nicht drüber gesprochen . aber jetzt hab ich ihr die Wahrheit gesagt . jetzt muss ich doch nen Arzt aufsuchen . ich will mich mal total untersuchen lassen .
03 A hm . aha .
04 P deswegen bin ich hier .
05 A hm .
06 P ich bin jetzt (...)

Mit der ärztlichen Gesprächseröffnung wird dem Patienten die volle Aufmerksamkeit seiner ZuhörerIn bekundet, der dieser zunächst ein besonderes *Hörer-Privileg* zukommen lässt (§ 18, 19). Die Ärztin bekommt etwas zu hören, was der Patient zunächst sogar seiner Frau gegenüber verschwiegen hat, bevor er ihr „die Wahrheit gesagt“ hat, die er damit gegenüber der Ärztin wiederholt. Offenbar hat das mit Siegrist (2003) beschriebene Selbsthilfesystem versagt (§ 18.2), so dass der Patient professionelle Hilfe aufsuchen muss („jetzt muss ich doch nen Arzt aufsuchen“). Als Anliegen wird dann die „totale“ Untersuchung vorgebracht, was von der Ärztin nicht nur durch ein einfaches Verstehenssignal („hm“), sondern durch eine empathische Rückmeldung („aha“) beantwortet wird, mit der eine gewisse Überraschung ausgedrückt wird. Die bisherigen und weiteren minimalen Rückmeldungen der Ärztin stellen eine *Relevanzhochstufung* dar (§ 20.4), die ohne inhaltliche Unterbrechung zugleich eine flüssige Weiterrede des Patienten fördert, die dieser zur Begründung und Spezifizierung seines Anliegens nutzt.

Die Begründungen und Spezifizierungen des Anliegens des Patienten zeichnen sich durch sehr nachdrückliche Formulierungen aus, die die

20. Emotionen zulassen

Dringlichkeit der „totalen“ Untersuchung betonen, die als „richtige“ Untersuchung „angebracht“ ist und von der Ärztin selbst, aber auch von einem urologischen Facharzt durchgeführt („mitbehandelt“) werden soll (06P). Nachdem die Ärztin sich bisher als aufmerksame, aber „sparsame“ *ZuhörerIn* mit kurzen Rückmeldungen erwiesen hat, kommt nach diesen sehr direkten Anliegenformulierungen des Patienten, nach denen die *Arzt-Patient-Beziehung* zunächst durch *Dienstleistungen* bestimmt zu sein scheint (§ 10), die erste längere verbale Intervention der Ärztin (B 20.26: 09) zum Zuge, die eine Zustimmung zum spezifischen Anliegen signalisiert, das der Patient auffällig als „abdrücken“ (statt „abtasten“) umschrieben hat.

B 20.26 „ich guck mir das gleich mal an“

- 05 A hm .
- 06 P ich bin jetzt 59 Jahre alt . geh auf die 60 zu . und ne richtige Untersuchung wär doch mal angebracht . mit vielleicht auch mal zum Urologen gehen . dass das da mitbehandelt wird, ja .
- 07 A hm .
- 08 P deswegen bin ich jetzt hier . vielleicht drücken Sie das hier mal ab [Zeigegeste auf Bauch] .
- 09 A ich guck mir das gleich mal an .
- 10 P ich weiß nämlich auch nich was los is .
- 11 A aha .
- 12 P ich fühl mich immer so n bisschen- [stößt Luft aus, Mimik und Gestik der Hilflosigkeit] .

Mit ihrer Zustimmung zur Untersuchung nimmt die Ärztin zunächst den „Druck“ aus dem Gespräch, den der Patient mit der mehrfachen Begründung seines Anliegens aufbaut, dem jetzt Rechnung getragen wird. Gleichzeitig signalisiert die Ärztin den Fortgang des Gesprächs, indem sie die Untersuchung erst für „gleich“, d.h. später nach Abschluss des Gesprächs ankündigt. Damit wird dem Patienten zugleich eine weitere Themenchance eingeräumt, deren Nutzung dann auch zu einem Wechsel des Beziehungsmodells im Gespräch führt, das bisher wesentlich durch den biomedizinischen Dienstleistungsanspruch („totale Untersuchung“ usw.) des Patienten bestimmt war.

20.7.2 Wechsel des Beziehungsmodells: „Angst und Sorge“

Die neue Gesprächsgelegenheit nutzt der Patient zur Bekundung seines *Nicht-Wissens*, wie es für unklare Beschwerdeschilderungen typisch sein kann (10P: „ich weiß nämlich auch nicht, was los is“). Nach der empathischen Rückmeldung („aha“) der Ärztin, die erneut eine Relevanzhochstufung mit dem Ausdruck der Überraschung darstellt, wird die Rat- und Hilflosigkeit des Patienten erneut sicht- und hörbar, wenn er den begonnenen Satz (12P: „ich fühl mich immer so n bisschen-“) nicht zu Ende formuliert. Anstatt zu vervollständigen, wie er „sich fühlt“, stößt er nur noch Luft aus, verbunden einer Mimik und Gestik der Hilflosigkeit. Damit ist spätestens ein Wechsel des Beziehungsmodells zwischen dem Patienten und seiner Ärztin eingeleitet wird, bei dem dem Patienten nicht länger mit den bloßen Dienstleistungen zu „helfen“ ist, die er eingangs so vehement gefordert hat

Die letzten beiden Patientenäußerungen (10P, 12P) stellen gleichsam einen Hilferuf dar, der sich auf einer verbalen und nonverbalen Gesprächsmodus manifestierte. Damit haben sich auf beiden Gesprächsebenen genügend Patientenhinweise (*cues*) angesammelt, die eine ärztliche Relevanzrückmeldung begünstigen bzw. erfordern, die über die bisherigen Hörerrückmeldungen und die Ankündigung der körperlichen Untersuchung hinausgehen. Die Ärztin reagiert nun mit einer *empathischen* Intervention (B 20.27: 13: „haben Sie Angst und Sorge?“), mit der sie eine begriffliche *Klärung* der Emotionen des Patienten zu erreichen sucht, auf die der Patient zunächst vage antwortet.

B 20.27 „haben Sie ein bisschen Angst und Sorge“

- | | | |
|----|---|---|
| 12 | P | ich fühl mich immer so n bisschen- [stößt Luft aus, Mimik und Gestik der Hilflosigkeit] . |
| 13 | A | haben Sie ein bisschen Angst . und Sorge? . |
| 14 | P | ja auch . [lächelt verlegen] |
| 15 | A | hm . |

Wir können natürlich als externe Beobachter nicht „in den Kopf der Ärztin sehen“, aber dennoch über ihre Motivation für die empathische Intervention (13A) reflektieren, die mehrfach *konditioniert* sein kann (§ 9). Zunächst kann sie eine unmittelbare Reaktion im lokalen Kontext der vorausgegangenen Äußerungen des Patienten sein (10P, 12P), des-

sen Darstellungsversuch seines Nichtwissens und seines Selbstgefühls in einen hilflosen Selbstabbruch mündete. Die Aufmerksamkeit der Ärztin kann aber zusätzlich inhaltlich weiter zurückreichen bis in die Begründung des Patienten für sein Anliegen. Bei Reflexionen in der Aus- und Fortbildung waren auch Teilnehmer gegenüber einem ersten impliziten Patientenhinweis (*cue*) schon „hellhörig“ geworden, als der Patient im Kontext der Begründung seines Anliegens sein Alter anführte. Wenn der Patient hier den anstehenden Lebensjahr-Wechsel so betont (06P: „ich bin jetzt 59 Jahre alt, geh auf die 60 zu“), kann dem eine besondere Bedeutung zukommen.

Dabei kann man zwischen *logischem* und *psychologischem* Verstehen unterscheiden (§ 9, 19.5). Wer 59 Jahre alt ist, sollte „logischerweise“ nicht betonen müssen, dass er „auf die 60 zugeht“. Wenn wir normalerweise Überinformationen vermeiden, um nicht gegen eine entsprechende *Gesprächsmaxime* der Quantität zu verstoßen, können wir im abweichenden Fall die Redundanz gerade auch zur *Relevanzmarkierung* nutzen (§ 7.3). Dass der Patient hier sein anstehendes Alter von 60 Jahren so betont, kann mehrere Gründe haben, die Gegenstand des *psychologischen Verstehens* werden können. So stellt dieses Lebensalter für uns alle eine besondere Zäsur dar, die relativ auch für die vorausgehenden und nachfolgenden Reihen von runden Jahreszahlen (30, 40 ... 70 usw.) gelten, wobei diese zunehmend mit Alterungsprozessen, Beeinträchtigungen, Krankheiten oder sogar Tod assoziiert werden usw.

Mit 60 Jahren kommen bestimmte Gesundheits- bzw. Krankheitserwartungen hinzu, die nicht zuletzt mit Vorsorgeuntersuchungen zu tun haben usw., deren Relevanz gerade ins Bewusstsein von Patienten treten soll, damit sie die Vorsorgeleistungen auch in Anspruch nehmen. Darüber hinaus können Patienten spezifische, altersbezogene Lebenserfahrungen gemacht haben, die eine *individuelle Bedeutung* erlangen, wie sich dies im vorliegenden Fall dann auch faktisch herausstellt.

20.7.3 Aushandlung individueller Bedeutungen

Nach seiner zunächst vagen Antwort (14P: „ja auch“), auf die die Ärztin mit einer minimalen Rückmeldung gekonnt abwartend reagiert („hm“), offenbart der Patient spezifische Emotionen, für die die Ärztin zuvor die begrifflichen Platzhalter (*Angst – Sorge*) hypothetisch zur Klärung bereitgestellt hatte. Die Bereitstellung der fraglichen Begriffe erfolgte hier sehr „niedrigschwellig“, da auch die Ärztin eine Form der „Abschwä-

chung“ oder „Verkleinerung“ (*Diminution i.w.S.*) wählt, die für empathische Interventionen typisch sind, wie dies schon in vorausgehenden Beispielen deutlich wurde. Allein der Wechsel von „Angst“ zu „Sorge“ stellt eine *graduelle Abstufung* dar, die vorausgehend („ein bisschen“) schon für beide Emotionen verstärkt wurde. So können durch die ärztliche Formulierung insgesamt (13A: „*ein bisschen* Angst und Sorge“) die entsprechenden (als „schwächer“ herabgestuften) Emotionen leichter eingeräumt werden, was der Patient dann seinerseits mit der Relativierung (14P: „ja auch“) (lächelnd) bestätigt, die er (lächelnd) wiederholt (16P: „auch“), bevor er dann mit einer Reihe von dramatischen Ereignissen und Erlebnissen aus seinem familiären Umfeld fortfährt (B 20.28), um seine eigene Emotion („komisches Gefühl“) verständlich zu machen.

B 20.28 „wo Sie jetzt in dem Alter sind“

15 A hm .

16 P auch . [lächelt] mein Vater war/meine Opa ist an Krebs gestorben . mein Oma is an Magenkrebs gestorben . mein Vater Herzinfarkt . mit 62 schon weg . bei uns inne Familie sind alle schon früh verstorben . und das spielt auch . auch ne Rolle, hab ich so'n komisches Gefühl . also im Hinterkopf . [lächelt] es geht mir jedenfalls so .

17 A na klar . wo Sie jetzt in dem Alter sind .

Obwohl die von der Ärztin angebotenen Begriffe vom Patienten nicht direkt, sondern nur implizit in den relativen Bestätigungen („ja, auch“ – „auch“) übernommen werden, stellen die anschließenden Reihungen von bedrohlichen Todesfällen in Umfeld der Familie gleichsam „Illustratoren“ für die eigene „Angst“ und „Sorge“ dar, dasselbe Schicksal wie seine nahen Verwandten zu erleiden. Wieder wird die Analogie relativiert („das spielt auch ne Rolle“) und die beteiligte Emotion vage umschrieben („hab ich so'n komisches Gefühl . also im Hinterkopf“), um dann doch ein entschiedenes Bekenntnis zu eben diesem „komischen Gefühl“ abzugeben („es geht mir jedenfalls so“). Ohne dass hier der entsprechende Begriff der „Todesangst“ explizit eingeführt würde, ist beiden Gesprächspartnern hinreichend klar, worum es bei den Analogien geht, was von der Ärztin ebenso als selbstverständlich („na klar“) formuliert wird: „na klar, wo sie jetzt in dem Alter sind“, wobei sich die Implikatur leicht „mitdenken“ lässt („... in dem Alter sind“, >in dem Ihre

20. Emotionen zulassen

Verwandten verstorben sind<>) (B 20.29: 17). Bei diesem Zwischenstand des kommunikativen Austauschs zwischen dem Patienten und seiner Ärztin ist bereits in kurzer Zeit ein Maß an dialogischer Verständigung erreicht, bei dem sich beide Gesprächspartner nur noch „Schlag auf Schlag“ durch Bestätigungen und Rückbestätigungen vergewissern, was sie als *Konsens* gemeinsam erarbeitet haben.

B 20.29 „wo Sie denken, hoffentlich is jetzt nichts mit mir los“

- 17 A na klar . wo Sie jetzt in dem Alter sind .
18 P eben .
19 A wo Sie denken . hoffentlich is jetzt nichts mit mir los .
20 P richtig .
21 A kann ich mir vorstellen .
22 P genau .

In dieser dichten Folge von (Rück-)Bestätigungen bringt die Ärztin den Ambivalenzkonflikt zwischen „Bangen und Hoffen“ noch einmal auf den Begriff, indem sie die Seite des Hoffens betont („wo Sie denken . hoffentlich is jetzt nichts mit mir los“). Dabei schwingt die Gegensatzrelation mit, nach der die Hoffnungen des Patienten eben nur konträr im Kontext seiner Befürchtungen „gedacht“ werden können. Nach der Bestätigung durch den Patienten („richtig“) schließt die Ärztin wiederum eine *empathische Perspektivenübernahme* an („kann ich mir vorstellen“), die einer *Normalisierung* und *Respektierung* der Befürchtungen des Patienten gleichkommt.

Die Ärztin war dem Patienten durch empathische Relevanzhochstufungen wiederholt entgegengekommen, so dass er sich schon gegen Ende dieser kurzen Einleitungsphase des Gesprächs hinreichend verstanden und anerkannt fühlen kann, was er in seinen Rückmeldungen ebenso klar und deutlich zum Ausdruck bringt. Wie schon in den vorausgegangenen Beispielen herausgearbeitet wurde, lässt sich die *Passgenauigkeit* (§ 3, 17) von Interventionen zumeist an den positiven Reaktionen der Patienten „ablesen“. Inwieweit die Ärztin hier die Gefühlslage des Patienten jeweils getroffen hat, wird inhaltlich an den entsprechenden Themenangeboten deutlich, mit denen der Patient seine „Angst“ und „Sorgen“ durch konkrete Vergleiche mit seinem familiären Umfeld offenbart, und formal-dialogisch an den starken (Rück-)Bestätigungssignalen, die der Patient gerade zum Schluss gibt („eben“ – „richtig“ – „genau“), um das maximale Maß der Verständigung zu markieren.

Abschließend soll nicht unerwähnt bleiben, dass dies bloß der knappe Anfang eines Gesprächs war, das dann zur Vervollständigung der Anamnese und zur Detailexploration der Beschwerden fortgeführt wurde. Noch im Anschluss an das Gespräch wurden dann körperliche Untersuchungen durchgeführt und weitere Untersuchungsschritte mit dem Ergebnis eingeleitet, dass der Patient von seiner aktuellen „Angst“ und „Sorge“ – wie auch immer vorläufig – befreit werden konnte.

Zur Verbalisierung dieser Emotionen hatte die Ärztin in ihrer *Hebammenfunktion* (§ 9) die nötigen Begriffe als thematische *Schlüssel-Symbole* zur Klärung der biographisch-lebensweltlichen „Hintergründe“ des Patienten bereit gestellt („Angst und Sorgen“). Hierauf können die beiden Gesprächspartner gegebenenfalls ohne Umschweife erneut zu sprechen kommen, wenn der Patient mal wieder – wie schon eingangs in diesem Gespräch (02P) – die „Wahrheit sagen“ und „nen Arzt aufsuchen“ muss, um sich „total untersuchen lassen“ zu wollen. An dieses nun schon bekannte *Anliegen* und seine „Motive“ kann dann im Idealfall mit (Ab-)Kürzungen sowohl von Gesprächen als auch von Untersuchungen angeknüpft werden, wenn nur die spezifische „Angst“ bzw. „Sorge“ dieses Patienten erneut empathisch aufgenommen und mit Respekt „weiterbehandelt“ wird.

20.8 Die empathische Gesprächsentwicklung

Im folgenden Beispiel zur Entwicklung einer *Empathie-in-Interaktion* befindet sich das Erstgespräch schon in einem fortgeschrittenen Stadium, in dem vorausgehend bereits die aktuelle Situation der Patientin besprochen wurde, die zuvor wegen einer hypertensiven Krise in der Notaufnahme und dann stationär versorgt worden war.

20.8.1 Empathische Anerkennung von Belastungen

Im Fortgang des Gesprächs, das anderorts (Koerfer et al. 2004) schon kurz als Ankerbeispiel angeführt wurde und hier nun ausführlicher und im Detail analysiert werden soll, wird vom Arzt die Individual- und Sozialanamnese vervollständigt, in der das Thema der *Belastung* der Patientin als *Alleinerziehende* aufkommt, was hier einleitend gekürzt wiedergegeben wird (B 20.30), bevor die Entwicklung der empathischen

20. Emotionen zulassen

Kommunikation in mehreren Schritten, aber ungekürzt aufgezeigt werden soll.

B 20.30 „das war bestimmt auch nicht leicht für Sie“

- 01 A (...) .
02 P (...) manchmal is natürlich alles was viel ... ich bin alleinerziehend . [erzählt kurz von ihren beiden Kindern] (...) .
03 A wie lange sind Sie schon alleine? .
04 P seit 8 Jahren . hm .
05 A seit 8 Jahren .
06 P hm .
07 A . war das ne Scheidung oder .
08 P ja .
09 A das war bestimmt auch nicht leicht für Sie .
10 P nee . ganz bestimmt nicht, nee . wir waren 16 Jahre verheiratet . das war schon ne lange Zeit .
11 A so lange? . Sie sind doch noch jung! .
12 P ja . ich hab mit 18 schon geheiratet . [lächelt] . ja, ja [lacht] .
13 A da haben Sie ja schon viel hinter sich .
14 P ja . geht .

Zunächst wird das Thema der *Alleinerziehung*, das von der Patientin initiiert wurde (02P: „ich bin alleinerziehend“), vom Arzt aufgenommen und durch spezifische Nachfragen (zur Dauer und Entwicklung) und durch aktives Zuhören (wörtliche Wiederholung: „seit 8 Jahren“) weiterentwickelt, bevor dann eine empathische Relevanzhochstufung durch *Anerkennung der Belastungen* (§ 20.5) in zwei Schritten erfolgt (09A, 13A). In beiden Fällen der Anerkennung nimmt der Arzt das Thema der Belastung auf, das ja schon von der Patientin gleichsam „vorformuliert“ worden war (02P: „manchmal is natürlich alles was viel“). Wenn die Patientin jetzt auf die letzte resümierende Intervention der Anerkennung durch den Arzt (13A: „da haben Sie ja schon viel hinter sich“) mit einer knappen Antwort reagiert, die einer Relevanzrückstufung gleichkommt („ja geht“), scheint das Thema gesättigt zu sein. Dennoch wird es vom Arzt weitergeführt, indem er zunächst erneut die Belastung der Patientin in den Fokus rückt (B 20.31), um dann nach dem Grund und der Bedeutung der Scheidung zu fragen.

B 20.31 „sehr verletzend?“

- 13 A da haben Sie ja schon viel hinter sich . .
 14 P ja . geht .
 15 A das war auch ne schwere Zeit wahrscheinlich .
 16 P das war bestimmt ne schwere Zeit .
 17 A was war der Grund für die Scheidung? .
 18 P er hat ne andere Frau kennengelernt . ja .
 19 A sehr verletzend? .
 20 P ja [lächelt] . aber nun mal nicht zu ändern . mittlerweile ist das nicht mehr so schlimm .

Wie die Rückbestätigungen der Patientin jeweils verdeutlichen, kann der Arzt zwar mit seinen Interventionen eine begriffliche Passung mit der Gefühlslage der Patientin herstellen („schwere Zeit“, „verletzend“), wie sich dies in der verstärkenden Wiederholung (16P: „das war bestimmt ne schwere Zeit“) und Affirmation (20P: „ja“) manifestiert. Dennoch scheint sich die Patientin gegenüber jeder weiteren Vertiefung des Themas zunächst zu „verweigern“. Ihr Vorbehalt, den sie mit einer typischen „ja aber“-Formel einleitet (Koerfer 1979), wird denn auch inhaltlich begründet (20P: „ja (lächelt) . aber nun mal nicht zu ändern ...“). Es sei dahingestellt, inwieweit ihre Begründung vom Arzt als Vorwand (für welches Thementabu auch immer) verstanden wird. Jedenfalls legt die Patientin mit ihrer letzten Reaktion eine Relevanzrückstufung des emotionshaltigen Themas nahe, weil die zugestandene „Verletzung“ als „mittlerweile nicht mehr so schlimm“ angesehen (20P), d.h. in ihrer aktuellen Relevanz eher herabgestuft wird.

Damit steht der Arzt vor der schwierigen Entscheidungssituation einer Handlungsalternative, entweder die Relevanzrückstufung einer *dissimulierenden* Patientin zu akzeptieren, die ihr aktuelles Erleben einer „verletzenden“ Scheidung zu „bagatellisieren“ sucht, oder aber die weitere (Selbst-)Exploration der Patienten aktiv zu fördern, was eine Herausforderung mit allen Gefahren einer *Dekompensation* bleiben kann. Ohne dies hier grundsätzlich erörtern zu können, sei auf das Problem aufmerksam gemacht, dass *dissimulierende* Patienten im Vergleich zu *aggravierenden* Patienten leicht „benachteiligt“ werden können, wenn Ärzte sich in ihrer reaktiven Gesprächsführung vor allem von Kriterien der *Lautstärke* und verbalen *Dramatisierung* von Patienten leiten lassen.

Hier würde eine *asymmetrische* Relevanzhochstufung bzw. Rückstufung gegenüber unterschiedlichen Arten der „Darstellung“ (*display*) von Patienten zu einer „Ungleichbehandlung“ in der medizinischen Versorgung führen – ein wesentlicher Aspekt, unter dem auch die folgende faktische Gesprächsfortsetzung zu evaluieren wäre. Insofern die „richtige“ Diagnose und Therapie wesentlich von einer „guten“ Anamneseerhebung abhängen, werden gerade im Gespräch mit dem Patienten die wesentlichen Weichen für die zukünftige „Behandlung“ gestellt. Diese Weichenstellungen sind von Gespräch zu Gespräch und innerhalb eines Gesprächs von Augenblick zu Augenblick jeweils neu zu justieren und unter dem Aspekt zu evaluieren, dass die spezifisch kommunikative „Behandlung“ von Alternativen in der ärztlichen Gesprächsführung schließlich zu Alternativen in der ärztlichen „Behandlung“ bei der medizinischen Versorgung (i.e.S.) selbst führen kann.

20.8.2 Spontaner Affekt: Weinen

Mit der vorausgehenden Relevanzrückstufung durch die Patientin, nach der die „Verletzung“ durch die Scheidung im Vergleich zu früher als „mittlerweile nicht mehr so schlimm“ eingestuft wird, scheint das Thema hinreichend gesättigt und ein Themenwechsel opportun zu sein. Dennoch kann natürlich die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die „Verletzung“ – gerade weil sie „mittlerweile nicht mehr so schlimm“ ist – bis heute zwar weniger, aber eben immer noch „schlimm“ nachwirkt, was auch der Arzt so überlegen mag. Jedenfalls macht sich der Arzt mit seiner weiteren *insistierenden* Intervention genau diese Vergleichsperspektive der Patientin zwischen Vergangenheit und Gegenwart zu Eigen (B 20.32), wenn er die (Ausprägung der) Verletzung zunächst in der Vergangenheit zum Thema macht.

B 20.32 „es geht Ihnen jetzt noch nahe“

- 19 A sehr verletzend? .
 20 P ja [lächelt] . aber nun mal nicht zu ändern . mittlerweile ist das nicht mehr so schlimm .
 21 A aber es war schlimm .
 22 P ja es war sehr schlimm, ja .
 23 A es geht Ihnen jetzt noch nahe .
 24 P joh [lächelt] ... [beginnt zu weinen] [15 sec.]..... .

na ja . [holt Taschentuch raus, fasst sich wieder][15
sec.]

Was in der weiter zurückliegenden Vergangenheit geschehen ist, wird von der Patientin in der Erinnerung nochmals als „sehr schlimm“ dargestellt, womit eine weitere Relevanzhochstufung durch Verstärkung („sehr“) der vorausgehenden begrifflichen Offerte des Arztes erreicht wird (21A, 22P). Die aktuellen Nachwirkungen beim Reden der Patientin über ihre Emotionen in der Vergangenheit werden offenbar auch vom Arzt als Teil des *szenischen Verstehens* (§ 9.2) wahrgenommen, was in seiner empathischen Intervention entsprechend auch so gegenüber der Patientin begrifflich gespiegelt wird: „es geht Ihnen jetzt noch nahe“ (23A). Bei seiner Intervention mag sich der Arzt nicht nur von der Wahrnehmung der letzten Patientenäußerung, sondern auch von vorausgegangenen Gesprächssequenzen leiten lassen, in denen die Verbalisierung von emotionshaltigen Themen wiederholt vom („verlegenen“ bis „gequälten“) *Lächeln* bzw. *Lachen* der Patientin begleitet war (P12, 14, 20, 24). Offenbar versucht die Patientin schon länger, ihre aufkommenden Emotionen „wegzulächeln“, so auch zuletzt bei ihrer betonten Bestätigung (24P: „joh“), bei der dann ein „Umkippen“ des anfänglichen Lächelns in Weinen zu beobachten ist.

Mit den mehrfach *insistierenden* Interventionen des Arztes wird die Patientin offenbar mit ihren Gefühlen von *Dort und Damals* so konfrontiert, dass sie beim Erinnern und Nacherleben im *Hier und Jetzt* der Sprechstunde von ihrem spontanen Affekt so überwältigt wird, dass sie zu weinen beginnt. Mit „Gefühlausbrüchen“ dieser Art muss in der ärztlichen Sprechstunde immer wieder gerechnet werden, sobald bestimmte emotionshaltige Themen behandelt werden, die ohnehin oft nicht zu vermeiden sind, so etwa bei einer noch so behutsamen Vermittlung von „schlechten *Nachrichten*“ (§ 16). Dabei sollte das Weinen von Patienten als „normales“ Verhalten im Gespräch integriert werden können, zumal es nach Morgan und Engel (1977) ein „nützliches klinisches Symptom“ sein kann. Dennoch ist das Weinen oft verpönt, insbesondere bei Berufsanfängern, die den Umgang mit weinenden Patienten zu vermeiden suchen, weil sie ihn wegen der drohenden eigenen Hilflosigkeit fürchten (§ 20.2). Gerade wegen dieses kritischen Vorbehalts gegenüber dem Weinen sollen die Einschätzungen und Empfehlungen von Morgan und Engel (1977) (Box 20.14) ausführlich wiedergegeben werden. Was die „Klassiker“ hier besonders gegenüber Studierenden empfehlen, gilt na-

türlich auch gegenüber (angehenden) Ärzten, die wir hier im Zitat (in eckigen Klammern) ergänzt haben.

Box 20.14 Weinen

Wenn der Patient während der Anamnese zu weinen beginnt, fühlt sich der Student [Arzt] die ersten Male befangen. Weinen ist nicht nur ein nützliches klinisches Symptom, sondern es verschafft dem Patienten oft auch Erleichterung. Patienten weinen oft, wenn sie an etwas denken, das sie quält, sei es z. B. die Erkrankung oder der Tod eines ihnen nahestehenden Menschen, ein drohender Verlust oder eine Enttäuschung in ihrem Leben. Vielleicht sorgt sich der Patient auch wegen seiner Erkrankung und deren Folgen. In jedem Fall zeigt das Weinen des Patienten dem Studenten [Arzt], daß er im Gespräch einen für den Patienten wichtigen Punkt berührt hat. Er wartet deshalb ruhig, läßt den Patienten weinen und reicht ihm, wenn nötig, ein Taschentuch. Durch ein mitfühlendes Nicken oder eine freundliche Bemerkung: „Ich verstehe, wie Ihnen zu Mute ist“, läßt er den Patienten wissen, dass er sein Weinen versteht. Dadurch ermöglicht er dem Patienten, ihm seine Sorgen zu erzählen, die er vielleicht schon lange mit jemandem besprechen wollte. Der Student [Arzt] darf dann das Thema nicht wechseln, bevor der Patient sich völlig ausgesprochen hat und wieder gefasst ist (...) Der Student [Arzt] braucht nicht zu fürchten, daß der Patient dadurch in fassungsloses Weinen ausbricht und nicht mehr aufhört. Meistens beruhigt er sich nach wenigen Minuten und erleichtert, oft auch dankbar, ist er bereit, dem Studenten [Arzt] weitere Fragen zu beantworten.

Morgan, Engel 1977: 64f (Ergänzungen von uns)

Entgegen allen Befürchtungen, dass Patienten beim Weinen „ihre Fassung verlieren“ könnten, lehrt die klinische Erfahrung, dass sie bald wieder in den verbalen Gesprächsmodus zurückfinden. Dass Patienten diese Rückkehr ins Gespräch nicht mehr schaffen, ist oft eine katastrophisierende Phantasie von Interviewern, die wenig Erfahrung mit weinenden Patienten haben und deswegen das entsprechende Risiko zu vermeiden suchen, indem sie beizeiten gegensteuern, wenn Themen allgemein „heikel“ zu werden drohen (§ 21.6). Die Rückkehr in die oft so erlebte „Normalität“ des primär verbalen Austauschs sollte jedoch nach der Empfehlung von Morgan und Engel eben nicht durch einen Themenwechsel erfolgen, „bevor der Patient sich völlig ausgesprochen hat“, sondern gerade durch Fortsetzung des fraglichen Themas erreicht wer-

den, zu dem die Aussprache bis zu einer gewissen Sättigung führt, die dann den entsprechenden Themenwechsel rechtfertigt.

20.8.3 Maximenkonflikt und Stundenthema: „kein leichtes Leben“

Im vorliegenden Fall mag nun überraschen, dass der Arzt nach ca. 30 Sekunden des (gemeinsamen) Schweigens, währenddessen die Patientin lediglich „na ja“ äußert und sich nach Gebrauch eines Taschentuchs zusehends wieder fasst, dennoch einen radikalen Themenwechsel vornimmt. Er wechselt von der „Belastung“ der Patientin durch Scheidung und Alleinerziehung zu einem augenscheinlich weniger „brisanten“, nämlich biomedizinischen Thema („Blutdruck“) (B 20.33), das ja schon Eingangs- und Grundthema dieses Erstgesprächs war.

B 20.33 „war Ihr Blutdruck sehr hoch“

- 23 A es geht Ihnen jetzt noch nahe .
24 P joh [lächelt] ... [beginnt zu weinen] [15 sec.].....
na ja . [holt Taschentuch raus, fasst sich wieder][15
sec.]
25 A war Ihr Blutdruck sehr hoch? .
26 P ja .
27 A wann fing das an mit dem Blutdruck?
28 P weiß ich nicht . ich hatte schon immer leicht erhöhten Blutdruck
. das hat aber so nie Beschwerden gemacht . (...)

Es ist offensichtlich, dass der Arzt mit dem radikalen Themenwechsel den emotionalen „Druck“ aus dem Gespräch nehmen will, um die Patientin und vielleicht auch sich selbst zu entlasten. Er sei dahingestellt, inwieweit die weitere Fortsetzung des ursprünglichen, emotionalen Themas die bessere Alternative gewesen wäre, bei dem der Arzt nach dem in diesem Lehrbuch schon oft angeführten Motto: „Emotionen haben Vorrang“ gehandelt und die Patientin auf ihren spontanen Affekt offensiv weiter angesprochen hätte. Die Formulierung von Gesprächsmaximen, wie sie zuletzt exemplarisch mit den Empfehlungen von Morgen und Engel (1977) im Umgang mit weinenden Patienten zitiert wurden (Box 20.14), ist jedoch eine Sache, ihre Befolgung in der Gesprächspraxis eine andere.

Maximen sind eben nicht mit Prinzipien gleichzusetzen, die oft ohne Einschränkung gelten sollen. In der ärztlichen Gesprächsführung wäre die sprichwörtliche „Prinzipienreiterei“ ebenso verfehlt wie die „reine Willkür“. Wie ebenfalls vorausgehend immer wieder betont wurde (§ 3, 17), kann es in der Gesprächspraxis zu *Maximenkonflikten* kommen, bei denen die eine oder andere Richtung der Problemlösung eingeschlagen werden kann. So hatten wir bei der *Kunst der ärztlichen Gesprächsführung* schon auf den schwierigen *Balanceakt* zwischen einer *Unter-* und *Überstimulation* von Patienten hingewiesen (§ 17.3), die eben auch in einer bestimmten Situation mit überzogenen „Zumutungen“ überfordert werden können. Wenn man im Nachhinein in der Gesprächsreflexion immer auch leicht „klüger“ sein kann, sind zweitbeste Lösungen nicht grundsätzlich verpönt, zumal wenn der Unterschied zur besseren Alternative nicht so gravierend zu sein scheint. Bei einem relevanten Unterschied wäre die Redeweise von einem (echten) Maximenkonflikt ohnehin obsolet.

So mag der Arzt im vorliegenden Fall gute Gründe gehabt haben, wenn er die Patientin (und sich) vorerst vom emotionalen „Druck“ zu entlasten suchte. Auch in diesem Fall sei an das Motto „Aufgeschoben ist nicht Aufgehoben“ erinnert (§ 20.3.4), das ebenfalls mit Morgan und Engel (1977) im Umgang mit „brenzligen“ Themen begründet worden war, die zunächst liegen gelassen bleiben können, um sie später wieder aufzunehmen, weil etwa Abwehrprozesse im zwischenzeitlichen Gesprächsverlauf weniger stark erscheinen. Entsprechend greift auch dieser Arzt später bei „passender Gelegenheit“ im weiteren Gesprächsverlauf, in dem es um die anhaltenden *Kränkungen* und *Ängste* der Patientin nach ihrer Scheidung, die andauernde „übergriffige“ Inanspruchnahme durch Verwandte (Eltern, Schwester usw.) sowie eine anhaltende Arbeitslosigkeit geht, erneut das Thema der bedrohlichen *Belastungen* auf, bevor er dann ihre Biographie in einer (elliptischen) *Zwischenbilanz* auf folgenden begrifflichen Nenner bringt: „kein leichtes Leben“ (B 20.34). Auch hier wird die Zustimmung wie so oft bei ärztlichen Interventionen durch „Abschwächung“ oder „Untertreibung“ (*Litotes*) erleichtert, obwohl im Kontext für beide Gesprächspartner deutlich ist, dass die Patientin gerade „ein besonders schweres Leben“ zu führen hat.³ Auf alternative Formulierungen kommen wir zurück, wenn es um

³ Ausführliche Analysen zur rhetorischen Figur der *Litotes* gibt Bergmann (2013) anhand von psychiatrischen Aufnahmegesprächen. Auf seine kritische Sicht des Gebrauchs dieser Figur können wir später (§ 21.3) nur am Rande zurückkommen. Auf Bergmanns kritische Gesamtwertung des Ge-

die Frage der (un-)zulässigen „Untertreibung“ (Litotes) oder „Übertreibung“ (Hyperbel) im ärztlichen *Wording* geht.

B 20.34 „kein leichtes Leben“

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | P | (...) ich bin seit (...) arbeitslos (...) . |
| 02 | A | kein leichtes Leben . |
| 03 | P | nee, das war nicht immer so leicht . dat is richtig“ |

Jedenfalls kann die Patientin der vom Arzt formulierten Sicht auf ihre Leben voll zustimmen, wenn sie im Anschluss an die ärztliche Wortwahl („kein leichtes Leben“) unmittelbar und ebenfalls relativierend antwortet: „nee, das war nicht immer so leicht . dat is richtig“ (P03). Damit ist eine hinreichende *Versprachlichung* des vergangenen und gegenwärtigen (Er-)Lebens der Patientin gefunden, die als Formulierung des Stundenthemas („kein leichtes Leben“) gelten kann, unter dem eine Reihe weiterer kritischer Ereignisse und Erlebnisse aus ihrem familialen und beruflichen Umfeld geordnet werden können.

Trotz der zwischenzeitlichen „Zäsur“ in der Interaktion, die für beide Seiten als Entlastung wahrgenommen worden sein mag, hat die Patientin im laufenden Gespräch „lernen“ können, dass der Arzt immer wieder sein markiertes Interesse an ihren Emotionen bekundet hatte, was sie zur weiteren emotionalen Öffnung motiviert hatte, aus ihrem „nicht immer so leichtem Leben“ weitere *Episoden* zu erzählen, die bis in die Kindheit zurückgehen. So hatte sie ersatzweise für die erkrankte Mutter früh die Mutterrolle für ihre Geschwister übernehmen müssen, während sich der Vater sogar „überhaupt nicht gekümmert“ hatte, was von beiden Gesprächspartnern als Mangel an „Zärtlichkeit“ in der Kindheit und Jugend ausgelegt wird. Wie in der gemeinsamen Gesprächsarbeit weiterhin deutlich wird, stellt sich die frühe Ehe – wie schon in dem von Uexküll und Wesiack (2011) berichteten Fall (§ 4.3) – gleichsam als „Flucht“ dar, weil die Patientin „von Zuhause weg wollte“. Im weiteren Gesprächsverlauf korrespondieren beide Gesprächspartner auf derselben interaktiven und thematischen Wellenlänge, auf der die mehr oder weniger (un-)ausgesprochen „schweren“ Belastungen der Patientin in der Vergangenheit und Gegenwart so *bewusstseinsnah* vermittelt wer-

sprächstyps, die unter der Überschrift „Psychiatrische Diskretion: Verklemmt zwischen Medizin und Moral“ resümiert wird, kann hier nur verwiesen werden.

den, dass sie schließlich zum Gesprächsende gegenüber dem ärztlichen Vorschlag, eine Psychotherapie (andernorts) zu vermitteln, ihre grundsätzliche Bereitschaft („ja, das wäre gut“) erklärt.

Auf dem Wege dorthin war die emotionale (Selbst-)Exploration vom Arzt durch eine Reihe von *insistierenden* Interventionen (07A – 23A) mit *kumulativer* Wirkung gefördert worden (Koerfer et al. 2010). Als sich der *Spannungsbogen* bei der weinenden Patientin aus Sicht des Arztes zu überdehnen drohte, hatte er (mit Morgan und Engel 1977) nach dem Motto gehandelt: „Aufgeschoben ist nicht aufgehoben!“ und durch Themenwechsel aktuell eine Zäsur zur emotionalen Entlastung vorgenommen (25A), um dann den roten Faden emotionshaltiger Themen später wieder aufzunehmen und ihn unter dem Stundenthema („Kein leichtes Leben“) mit weiteren biographisch relevanten Ereignissen und Erlebnissen gemeinsam weiterzuspinnen.

Das Beispiel macht insgesamt deutlich, dass es bei der „Lösung“ von Maximenkonflikten keine „Patentrezepte“ gibt, sondern oft in kurzer Zeit praktische Entscheidungen zwischen annähernd gleichwertigen Alternativen der Gesprächsfortsetzung getroffen werden müssen, über die man vielleicht als externer Beobachter im Nachhinein, wenn genügend Reflexionszeit ist, anders als der handelnde Arzt urteilen würde. Zwar hat der Arzt einen aufkommenden spontanen Affekt der weinenden Patientin zeitweilig „stillgelegt“, ohne ihn aber dauerhaft zu blockieren, so dass die zugrundeliegenden Emotionen, die mit dem sozialen Ereignis der Scheidung (*Trennung*) und dem anhaltenden Erleben (*Kränkung*, *Angst*) aus ihrem beruflichen und familiären Umfeld verbunden sind, weiterhin ausgiebig „zur Sprache kommen“ konnten.

20.9 Empathie beim kooperativen Erzählen

Auch beim folgenden Beispiel soll die Entwicklung der *empathischen Kommunikation* an längeren Gesprächspassagen aufgezeigt werden, in denen es zugleich um Formen des *kooperativen Erzählens* geht. Dabei sei vorab nochmals betont, dass die allgemeine *Assoziationsregel* nicht nur in einschlägigen Psychotherapien zu praktizieren ist, sondern dass eine moderate Form auch in der haus- und fachärztlichen Sprechstunde oder in der Visite zur Anwendung kommen sollte, um die emotionale (Selbst-)Exploration von Patienten zu fördern (§ 9, 17, 19, 24, 25). In der Gesprächspraxis ist allerdings immer wieder mit Widerständen der

Patienten zu rechnen, deren Erzählbereitschaft oft erst in mehreren Anläufen mühsam geweckt werden muss, bevor sie schließlich „unter der ärztlichen Regie“ in einen mehr oder weniger *assoziativen Erzählfluss* kommen.

20.9.1 Freuds Grundregelmitteilung in der Gesprächspraxis

Zum besseren Verständnis des Beispiels, bei dem wir uns auf eine Reihe von theoretischen und empirischen Vorarbeiten beziehen (Koerfer, Neumann 1982, Koerfer 1994/2013, Koerfer et al. 2000, Koerfer, Köhle 2007, 2009, Köhle, Koerfer 2017), sollen vorweg folgende Kontextinformationen gegeben werden: In zwei vorausgehenden Phasen des Erstgesprächs waren die aktuellen Beschwerden („Magenschmerzen“) sowie die Entstehungs-, Verlaufs- und Behandlungsgeschichten der Erkrankung des Patienten im Detail besprochen worden, bevor dann ein aktuelles soziales Ereignis in seiner individuellen Bedeutung für den Patienten in den Gesprächsfokus gerückt und ausführlich bearbeitet wurde: Der Patient hatte zwar nicht grundsätzlich seine formale (Weiter-) Beschäftigung, aber seinen spezifischen Arbeitsplatz („Job jestrichen“) verloren, den er langjährig als „Programmierer“ selbst mit aufgebaut hatte. Aus dieser Situation, in der er weiterhin als „Mädchen für alles“ beschäftigt wurde, hatte er schließlich „das Beste draus zu machen“ versucht, indem er einen „Antrag auf Altersteilzeit“ gestellt hatte. Nachdem diese berufliche Thematik, die später mehrmals wieder aufgenommen wird, vorläufig eine gewisse Sättigung erreicht hat, wird vom Arzt nun ein Themenwechsel zur Vervollständigung des biopsychosozialen Anamnesegesprächs eingeleitet (B 20.35), indem er nach „anderen Veränderungen“ fragt.

B 20.35 „gibt’s noch andere Veränderungen?“

- 01 A jetzt haben wir also über eine Veränderung gesprochen . gibt’s noch andere Veränderungen? .
- 02 P nein .
- 03 A das nicht, ja . bei Ihrer Frau, war da irgendwie ne Krankheit oder? .
- 04 P nein .
- 05 A Ihre Eltern, Schwiegereltern und so weiter . ist da jemand gestorben vielleicht . oder? .

20. Emotionen zulassen

- 06 P ja . meine Mutter ist gestorben, aber das ist aber schon zehn Jahre her, ne .
- 07 A zehn Jahre her das mit der Mutter . und wie war des für Sie? . ich mein, des ist lange her, aber nur weil's Ihnen grad einfällt .

Nach vorläufigem Abschluss des beruflichen Themas perspektiviert der Arzt die weitere Gesprächsentwicklung durch eine Reihe von potenziellen Themenkomplexen („andere Veränderungen“), die er durch verschiedene formale Platzhalter wiederholt konkretisiert und kombiniert (*Verwandtschaft, Krankheit, Tod*), so dass dem Patienten ein großes Auswahl-Spektrum von Themen zur Disposition gestellt wird. Der Gebrauch von *insistierenden* Interventionen dieses Typs leitet seine Berechtigung vom ärztlichen Erfahrungswissen ab, dass Patienten eben oft nicht der erstbesten Themeneinladung folgen, sondern einer wiederholten, modifizierenden Ermunterung bedürfen.

Wird die Themeneinladung weiterhin nicht angenommen, müssen Arzt und Patient oft in einen längeren Prozess der Relevanzaushandlung treten, bei dem es um die Klärung der mehr oder weniger expliziten Frage geht: „Was ist hier und jetzt in der Sprechstunde bzw. Visite überhaupt erzählenswert?“ (Koerfer, Köhle 2009). In ihrer Aushandlungspraxis von Relevanzen bilden Arzt und Patient oft divergierende Hypothesen aus, die sich in der Interaktion als markierte (Dis-)Präferenzen manifestieren. Statt die ärztlichen Themenofferten aktiv zu nutzen, können Patienten ebenso passiv in Einsilbigkeit oder gar in Schweigen verfallen – aus welchen Gründen auch immer, zu denen neben der augenscheinlich mentalen Marginalisierung von Themen auch Emotionen wie Scham- und Schuldgefühle usw. gehören können, die eine offene Kommunikation erschweren.

Aus diesen vielschichtigen Gründen heraus sollten sich Ärzte nicht mit der erstbesten, sparsamen Patienten-Reaktion „abspeisen“ lassen, sondern entsprechend vielschichtig nachfragen, um sicher zu gehen, dass nichts „verschwiegen“ wird, was für die Anamneseerhebung relevant ist. Das mögen inhaltlich „kleinere“ Vorkommnisse wie eine vorübergehende Übelkeit oder „größere“ Veränderungen im sozialen Umfeld des Patienten sein (§ 21), zu dem eben auch Partner, Verwandte, Freunde, Nachbarn, Kollegen usw. gehören.

Im vorliegenden Gesprächsbeispiel bedarf es einer mehrfach insistierenden Intervention, bevor der Patient nach einer kurzen Relevanzaushandlung schließlich der ärztlichen Relevanzhochstufung zu folgen bereit ist. Dabei sind Relevanzaushandlungen oft am wiederholten Auftre-

ten von wechselseitigen „ja-aber“-Konstruktionen bei beiden Gesprächspartnern zu erkennen (06P, 07A), mit denen inhaltlich (Teil-)Zugeständnisse gemacht und zugleich Präsuppositionen zurückgewiesen werden können (Koerfer 1979). Bei solchen Relevanzaushandlungen kann es zu Turbulenzen im Gespräch kommen, wenn die Partner bei der Entscheidung über die Relevanz von Themenfortsetzungen zu gegenläufigen Begründungen kommen, was ganz unterschiedliche Gesprächsentwicklungen nach sich ziehen kann (§ 17.3). So nimmt der Patient mit seiner Antwort offenbar eine Relevanzrückstufung vor, indem er den Arzt zwar minimal über den Tod seiner Mutter (als *Ereignis*) informiert (06P: „ja, meine Mutter ist gestorben ...“), aber eine mögliche Themenrelevanz (als *Erlebnis*) gleichsam mit dem Argument mangelnder Aktualität zurückzuweisen sucht (06P: „... aber das ist aber schon 10 Jahre her“). Will der Arzt dieser spontanen Relevanzrückstufung durch den Patienten nicht folgen, muss er seinerseits mit einer Relevanzhochstufung ad hoc gegensteuern, bevor sich die emotionssensitive Themenchance wieder „verflüchtigt“ hat.

Was sich in dieser kleinen Gesprächssequenz, d.h. in einem engen Zeitfenster interaktiv abspielt, hat seine mentale Entsprechung bei beiden Gesprächspartnern, was der Arzt wiederum qua *professioneller Kompetenz* gegenüber dem Patienten angemessen *spiegeln* muss (Abb. 20.5), wenn er die *Assoziationsregel* gegen den Widerstand des Patienten zu Geltung bringen möchte – oder vom Ergebnis her konkreter: wenn er etwas über das emotionale Erleben des Patienten beim Tod seiner Mutter erfahren will.

Innerhalb von Sekunden muss der Arzt entscheiden, ob er die Relevanzrückstufung des Patienten akzeptiert oder ob er mit einer weiteren Interventionen zum fraglichen Thema („Tod der Mutter“) insistiert. Um die möglichen *Assoziationen* des Patienten zu diesem Thema „hervorzulocken“ (*elicitieren*), muss sich der Arzt darauf einstellen, dass sich Patienten in der Sprechstunde wie in der Psychotherapie zunächst gleichermaßen wie in „einer gewöhnlichen Konversation“ (Freud 1913/1970: 194) verhalten, das heißt der *Relevanzmaxime* wie im Alltag folgen (§ 7.3, 9.3). Freud hat die Vorbehalte des Alltagswissens und Alltagshandelns gegenüber der psychoanalytischen Grundregel antizipiert und deswegen für ihre Vermittlung durch den behandelnden Arzt eine prototypische Formulierung vorgeschlagen (§ 9.3), deren Kern hier nochmals wiederholt (Abb. 20.5, rechte Spalte) und in einen kognitiven und interaktiven Zusammenhang der Gesprächspraxis gestellt werden soll

20. Emotionen zulassen

Relevanz	S	Interaktion	Assoziationsregel (Freud 1913)
↓	P	ja . meine Mutter is gestorben, aber das ist aber schon zehn Jahre her, ne	<i>Sie werden versucht sein, sich zu sagen, dies oder jenes gehört nicht hierher, oder es ist ganz unwichtig, oder es ist unsinnig, man braucht es darum nicht zu sagen:</i>
Downgrading	P	Aktion a	b Diagnose
Upgrading	A	Reaktion d	c Maxime
↑	A	und wie war das für Sie? . ich mein, das ist lange her, aber nur, weil's Ihnen gerade einfällt .	<i>Geben Sie dieser Kritik niemals nach und sagen Sie es trotzdem (...) Sagen Sie also alles, was Ihnen durch den Sinn geht.</i>

Abb. 20.5: Musterbeispiel für Anwendung der Assoziationsregel
(mod. n. Koerfer, Köhle 2007: 634; Erläuterungen im Text)

In der Interaktion mit Patienten, die in der Gesprächspraxis im Sinne Freuds noch ganz der „gewöhnlichen Konversation“ nachweislich verhaftet bleiben können (Koerfer, Neumann 1982), müssen *reflexive* und *kommunikative* Kompetenzen zusammenwirken (§ 3, 17), um aus der aktuellen Gesprächsentwicklung die richtigen Schlüsse zu ziehen und diese handelnd umzusetzen. Dabei lassen sich die *aktionalen* Musterpositionen (a, d) von den *mentalen* Positionen (b, c) des insistierenden Handlungsmusters der Relevanzaushandlung differenzieren, die im Durchlauf durch das Handlungsmuster passend abzustimmen sind.

In der Position (b) („Sie werden versucht sein ...“) wird mit Freud gleichsam die „Diagnose“ für das Patientenverhalten in Position (a) gestellt, während in Position (c) („Sagen Sie also alles, was Ihnen durch den Sinn geht“) die entsprechende „Maxime“ für den Patienten vorformuliert wird, die der behandelnde Arzt mit seiner insistierenden Intervention (d) in Reaktion auf die Patientenäußerung (a) situationsangemessen umsetzen muss. Dabei sollten zum Zweck einer Gesamtdiagnose des Patientenverhaltens, das *lokal* als Versuch der Relevanzrückstufung identifiziert wird, ebenso die bisherigen psychodynamischen Gesprächs- und Beziehungsentwicklungen in der *globalen* Inter-

aktionsgeschichte mit dem Patienten berücksichtigt werden, in deren Kontext das fragliche Gesprächsverhalten des Patienten verschieden stark („Abwiegung“ – „Abwehr“) interpretiert werden kann. Je nach Vorerfahrungen wird der Arzt mit weiteren „Zumutungen“ entweder zurückhaltend sein, um den Spannungsbogen zwischen den beiden Gesprächspartnern nicht zu „überdehnen“, oder aber forcieren, weil die *Grenzen* der empathischen Kommunikation (§ 20.3) noch nicht erreicht sind.

Im vorliegenden Fall hatte sich der Patient im Rahmen eines Erstgesprächs zu seiner Krankengeschichte und zum heiklen Thema des „Arbeitsplatzverlustes“ bereits so offen gezeigt, dass insistierende Interventionen zum neuen Thema („Tod der Mutter“) weiterhin passend und aussichtsreich erscheinen. Jedenfalls entschließt sich der Arzt trotz der deutlichen Relevanzrückstufung durch den Patienten (06P) zu einer insistierenden Intervention (07A), durch die er den Antwort- und Themendruck auf seinen Gesprächspartner erkennbar erhöht, den er nun unter Zugzwang setzt.

Zur Überwindung des Widerstands oder der bloßen Hemmung der Erzählbereitschaft des Patienten wählt der Arzt hier ad hoc eine freie Übersetzung der Freudschen Grundregelmitteilung, die sich gegenüber der Patientenäußerung als passend erweist: Die Maxime „Sagen Sie also alles, was Ihnen durch den Sinn geht“ (s.o.) wird zu der kontextsensitiven Intervention umformuliert: „und wie war das für Sie? (...) aber (sic) nur, weil's Ihnen gerade einfällt“ (07A). Der dem Patienten zugeschriebene „Einfall“, der ja durch die vorausgehenden Interventionen (01, 03, 05A) schon mehrfach konditioniert worden war, ist nun vom Patienten weiter auszuführen, der sich dem Zugzwang einer forcierten Themeneinladung kaum mehr entziehen kann.

Dem Patienten obliegt es nun, auf die insistierende Intervention des Arztes seinerseits zu (re-)agieren (a'), woraus sich im erneuten Durchlauf durch das Handlungsmuster der Relevanzaushandlung vielschichtige Varianten ergeben können (a' – d'). Obwohl der Patient nachfolgend (08ffP) die Themeneinladung nunmehr anzunehmen scheint, bleibt seine Gesprächsbereitschaft erkennbar in der Schwebe (Pausen, Selbstkorrekturen, Verzögerungen), so dass es weiterer insistierender Interventionen bedarf, bevor der Patient in einen eigenen Erzählfluss kommt, in dem das emotionale Erleben in der Beziehung zur Mutter nach und nach „zur Sprache gebracht“ werden kann.

20.9.2 Biographisch-narrative Anamnese: „Unerwünscht“

Folgt man dem weiteren Gesprächsverlauf, erweist sich die insistierende Intervention (07A) als *Schlüsselintervention*, mit der eine wesentliche Weichenstellungsfunktion für die Themenentwicklung wahrgenommen wird. Mit der ärztlichen Thematisierung des *Erlebens* des Todes der Mutter (07A: „und wie war des für Sie?“) wird noch in derselben und in einer nachfolgenden Sprechstunde eine Reihe von biographischen Erzählungen ausgelöst, in denen eine emotio-tiv-narrative Selbstausslegung des Patienten gelingt, die von der frühen Kindheit über die Jugend bis ins Erwachsenenalter reicht. Wir können hier nur den Fokus auf die erste Erzählsequenz (zur Kindheit) richten, deren Komplexität nur unter wenigen Aspekten erfasst werden kann. Zunächst gibt der Patient mit dem Ausdruck des *Bedauerns* (B 20.36: 08P: „muss isch leider so sa-jen“) eine Antwort, die überraschend direkt und offen ausfällt.

B 20.36 „haben Sie sich als Kind nicht gut versorgt gefühlt?“

- 07 A zehn Jahre her das mit der Mutter . und wie war des für Sie? .
ich mein, des ist lange her, aber nur weil's Ihnen grad einfällt .
- 08 P das war auch eh, muss isch leider so sajen für misch eh .. nischt
so besonders schlimm . isch hab nischt so sehr jetrauert .
- 09 A hm, hm .
- 10 P isch hatte nischt so nen gutes Verhältnis mit meiner Mutter .
- 11 A nicht so'n gutes Verhältnis? (4) wie war des, [leiser] das
Verhältnis? (4)
- 12 P ja . das war immer irgend- eh isch hatte immer Spannungen mit
meiner Mutter, ne ...
- 13 A haben Sie sich als Kind nicht gut versorgt gefühlt? (4)
- 14 P so kann man das vielleischt sagen, ne .
- 15 A hm, hm (6) in welcher [leiser] Hinsicht? ...

Aufgrund der insistierenden Intervention des Arztes wird nun das „nicht so gute Verhältnis“ des Patienten zu seiner Mutter zum weiteren Gesprächsthema, das durch *aktives Zuhören* (§ 19) (11A: Wiederholung: „nicht so'n gutes Verhältnis“) und die offene *Nachfrage* des Arztes („wie war des, das Verhältnis?“) eine unmittelbare Relevanzhochstufung erfährt, die der Patient zu weiteren Themenexpansion nutzt, indem er zunächst zur ersten Charakterisierung der Beziehung zur Mutter den abs-

trakten Begriff der „Spannung“ einführt. Obwohl mit der anschließenden (Entscheidungs-)Frage vom Arzt eine weitere *begriffliche Klärung* nur zur Disposition gestellt wird (§ 20.6), bleibt seine verbale Intervention (13A: „haben Sie sich als Kind nicht gut versorgt gefühlt?“) in diesem frühen Stadium der Themenentwicklung sicher riskant, zumal der Patient ja zuvor eben nur vage von „Spannungen“ gesprochen hatte, was einen relativ großen Interpretationsspielraum gelassen hatte. Dass der (psychoanalytisch ausgebildete) Arzt mit seiner Intuition dennoch das Gefühl des Patienten passend trifft, erhellt sowohl aus dessen unmittelbaren Reaktion (14P: „so kann man das vielleicht sagen, ne“) als auch aus der weiteren Themenentwicklung (B 20.37), die nun nach der einfachen, aber offenen (elliptischen) Nachfrage des Arztes („in welcher Hinsicht?) endgültig von beiden Gesprächspartnern vertiefend auf das problematische *Erleben* des Patienten in der *Mutter-Kind-Beziehung* abgestellt wird.

B 20.37 „und waren Sie da immer benachteiligt?“

- 15 A hm, hm (6) in welcher [leiser] Hinsicht? ...
- 16 P das eh kann isch Ihnen sagen (4) das eh . was isch isch glaube und vermute ... isch .. eh bin n unehelisches Kind von meiner Mutter ... (3) ...
- 17 A hm, hm ...
- 18 P und eh .. isch hab anschließend von meinem eh Pflegevater, der misch adoptiert hat, meine Mutter noch zwei weitere Söhne, also meine beiden jüngeren Brüder ...
- 19 A und waren Sie da immer benachteiligt [leiser] () .
- 20 P und irgendwie, hab isch das Gefühl jehabt, manschmal hat's meine Mutter mir auch indirekt jesacht, ne, dat isch nischt erwünscht jewesen wäre, ne, dass isch eh sozusagen, also isch drück das mal krass aus, dass isch ihr das Leben versaut hab, ne? . meine Mutter hat misch das manchmal so gesacht und spüren lassen . deswegen hatte isch eh en zwiespältiges Verhältnis zu meiner Mutter ... man hat misch auch manchmal meines Erachtens benachteilischt gegenüber meinen anderen Brüdern .
- 21 A ja (4) das kann man sich vorstellen, das ist für'n Kind, wenn ma das gesagt bekommt, hart, hm? .

Nachdem vorausgehend eine Reihe von Hürden vor der emotionalen (Selbst-)Exploration des Patienten überwunden werden konnte, wird ei-

ne relativ offene Themeneinladung (15A: „in welcher Hinsicht?“) zu einem bereits etablierten Themenfokus ausgesprochen, der zuvor von beiden Gesprächspartnern ratifiziert wurde (13A-14P). Die vollständige Paraphrase aus den (elliptischen) Arzt- und Patientenäußerungen lässt sich nunmehr wie folgt formulieren: ‚In welcher Hinsicht kann man sagen, dass Sie sich als Kind nicht genügend versorgt gefühlt haben?‘ Zu diesem aktuellen Leitthema holt der Patient nun mit einem längeren Redebeitrag aus, in dem er dem Arzt höchst anschaulich seine dramatische Kindheitsgeschichte als Geschichte eines „unerwünschten“ Kindes erzählt, das die Ablehnung durch seine Mutter nicht nur passiv erfahren musste, sondern aktiv auf drastische Weise „gesagt“ und zu „spüren“ bekam. Auf diesen doppelten Erlebensmodus („Sagen“ bzw. „Hören“, und „Spüren“ bzw. „Spüren-lassen“) werden wir mit weiteren Differenzierungen der Gesprächspartner selbst zurückkommen, die die individuelle Bedeutung der Ablehnung durch die Mutter für den Patienten weiter zu konkretisieren suchen.

Vorweg soll hier aus den vielen Details dieses sehr dichten Gesprächsausschnitts (B 20.37) unter dem Aspekt der Theorie und Technik von Interventionen auf das spezifische Phänomen aufmerksam gemacht werden, dass ärztliche Interventionen ganz unterschiedliche Wirkungen mit unterschiedlicher *Reichweite* haben können

20.9.3 Reichweite von Interventionen

Das Problem der Reichweite von Interventionen haben wir schon vorausgehend (§ 9, 19.8) an Beispielen thematisiert und andernorts erörtert (Koerfer, Köhle 2007, 2009, Koerfer et al. 2000, 2010a, b). Dabei lassen sich die Aspekte der *Nachhaltigkeit* und *Nachträglichkeit* von Wirkungen von Interventionen unterscheiden. Einerseits gibt es verbale Interventionen mit lokal sehr begrenzten Wirkungen. Werden etwa Fragen wie: ‚Rauchen Sie?‘ verneint, ist das Thema damit abgeschlossen. Andererseits können Interventionen (auch *kumulativ* mit anderen) langfristige (auch *synergetischen*) Wirkungen zeigen, mit denen das Gespräch insgesamt eine neue Themengestalt annimmt. So hatte sich vorausgehend im Gefolge der insistierenden Interventionen (01-07) ein neuer Themenkomplex („Mutter-Kind-Beziehung“) entwickelt, wozu die spezifische Schlüssel-Intervention (07A) mit ihrer Weichenstellungsfunktion erheblich beigetragen hatte. Wie auch schon an vorausgegangenen Gesprächen deutlich wurde (z.B. § 19.8), können mit solchen

Schlüssel-Interventionen globale Wirkungen erreicht werden, mit denen unter dem Inhalts- und Beziehungsaspekt eine neue *Gesprächsqualität* entsteht.

Relativ unabhängig vom (lokalen bis globalen) Ausmaß von Wirkungen, lassen sich darüber hinaus unter dem Aspekt der Nachträglichkeit Interventionen mit *unmittelbarer* Wirkung von solchen mit *verzögerter* Wirkung unterscheiden. So können Interventionen zwar latent schon wirken, ihre Wirkungen aber erst nachträglich manifest werden. In der vorausgegangenen Paarsequenz (19A-20P) imponiert die versetzte Wiederaufnahme (des propositionalen Inhalts) der verbalen Intervention des Arztes (19A: „waren Sie da immer benachteiligt?“), die als empirischer Beleg für Wirkungen von Interventionen dienen kann, obwohl diese Wirkungen erst nachträglich in der weiteren Interaktion manifest werden.

Zunächst möchte man bei dem unmittelbaren Anschluss des Patienten (20P) eine „Wirkungslosigkeit“ der ärztlichen Intervention unterstellen, weil der Patient in seiner Rede so „ungerührt“ fortfährt, als hätte er den Arzt nicht gehört oder nicht verstanden oder auch absichtlich „überhören“ wollen. Gleichwohl nimmt er den vom Arzt nahe gelegten Gedanken einer möglichen „Benachteiligung“ später auf, allerdings so, dass er seine persönliche „Autorschaft“ am Ende seines längeren Beitrags eigens betont: „man hat mich auch manchmal meines Erachtens (sic) benachteiligt“ (20P). Damit hat sich die thematische Gestalt, die mit der Arzt-Frage eröffnet wurde, am Ende des längeren Redebeitrags des Patienten doch wieder geschlossen. Derartige Fälle von *Nachträglichkeit*, wie sie vorausgehend etwa auch schon bei einer biographischen Erzählung („aus der Bahn geworfen“) eines anderen Patienten zum Ausdruck kam (§ 19.8), verdeutlichen die Wirksamkeit von Interventionen möglicherweise auch jenseits einer bewussten Wahrnehmung von Patienten, was für den Arzt kein Problem sein sollte: Wenn Patienten Ideen ihres Arztes als ihre eigenen ausgeben, kann man das mit der entsprechenden „Bewertung“ auch „im Kopf“ des Arztes („um so besser“) gerade als therapeutischen Gewinn verbuchen, ohne den Patienten darüber „belehren“ zu müssen.⁴

⁴ Derartige Fälle einer bloß vermeintlichen „Entbehrlichkeit“ von ärztlichen Interventionen können aber auch als systematisches *Detektionsverfahren* etwa für Formen *kooperativen Erzählens* genutzt werden, das wir schon vorausgehend (§ 19.3) und andernorts beschrieben und angewandt haben (Koerfer et al. 1994, 1996, 2005, 2010, Koerfer, Köhle 2007). Auf dieses

Es ist gerade ein Kennzeichen kooperativer Gesprächsarbeit, dass das gemeinsame Vokabular entwickelt und durch wörtliche und paraphrasierende Wiederaufnahme zunächst stabilisiert und dann ausdifferenziert wird, ohne dass „Urheberrechte“ reklamiert werden müssten. Obwohl Erinnerungen an die Entstehungsgeschichte einer gemeinsamen Vokabulars durchaus nützlich sein können, genügt der *Kontext* der Entstehung von tragenden thematischen *Schlüsselsymbolen* (§ 20.9.5), bei der zumindest die Ko-Autorschaft des Arztes „verblassen“ darf. Zwar ist die stimulierende Kooperation des Arztes bei der *emotiv-narrativen* Gesprächsarbeit konstitutiv, um einen diagnostisch-therapeutischen Fortschritt zu erreichen, aber diese ärztliche *Hebammenrolle* in einer *hilfreichen Beziehung* (§ 3, 8, 9) darf und sollte irgendwann wieder entbehrlich werden.

20.9.4 Empathische Rückmeldungen als (non-)verbale Resonanz

Im vorliegenden Fall wird das Thema der (frühen) „Benachteiligung“ des Patienten in diesem und im nachfolgenden Gespräch variantenreich bis in die (berufliche) Gegenwart ausdifferenziert. Auf dem Wege dorthin wird allerdings die *biographisch-narrative* Anamneseerhebung zunächst mit dem Thema der Mutter-Kind-Beziehung fortgesetzt (B 20.38), die beide Gesprächspartner wechselseitig zu vertiefen suchen.

B 20.38 „och, das ist aber schlimm?“

- 21 A ja (4) das kann man sich vorstellen, das ist für'n Kind, wenn ma das gesagt bekommt, hart, hm? .
- 22 P ja .
- 23 A ach .
- 24 P das hat mich eh früher . das ist glaube isch das Härteste, was misch je in meinem Leben jetroffen hat, dass meine Mutter mir das jesacht hat, ne .
- 25 A das denk ich, ja ... dass man unverwünscht ist ... [leiser] och, das ist aber schlimm ...
- 26 P ja, das war schlimm, wenn isch da heute drüber nachdenke, da kriege isch noch so leichten Un-, isch hab immer versucht,
- 27 A was kriegen Sie? . wenn Sie darüber nachdenken? .

Verfahren kommen wir nochmals bei der Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation gesondert (§ 40) zurück.

- 28 P so'n leichten k' keinen Schmerz, sondern in in eh der Seele tut's dann weh, ne? .
- 29 A ja, ja .
- 30 P wenn isch da nur drüber nachdenke, ne .
- 31 A ja .. ja . genau . ja ... (...)

Einmal in Gang gesetzt, bleibt der Assoziationsfluss zum (Nach-)Erleben der frühen Kindheit erhalten. Nachdem „der Bann gebrochen“ und das dramatische Erleben, als Kind „unerwünscht“ gewesen zu sein, zur Sprache gekommen ist, kann das damit verbundene Emotions- und Evaluationsvokabular, auf das wir noch gesondert zurückkommen werden (§ 20.9.5), weiter ausdifferenziert werden. Arzt und Patient können sich weiterhin einvernehmlich austauschen, was etwa an der verstärkenden Übernahme des ärztlichen Ausdrucks („hart“) durch den Patienten (im Superlativ) deutlich wird (24P: „das Härteste, was mich je in meinem Leben getroffen hat“). Wie auch im vorausgehenden Beispiel mit der Patientin, die bis in die Gegenwart unter ihrer Scheidung litt (§ 20.7.2), ist es oft der *triviale*, alltagssprachliche Ausdruck („schlimm“), der als angemessene Versprachlichung von „unerhörten“ Ereignissen dienen kann und von Patienten zumeist wie auch hier (26A: „ja, das war schlimm“) gut angenommen, d.h. auch aktiv übernommen werden kann.

Die Kongruenz zwischen Arzt und Patient drückt sich nicht nur im gemeinsamen Vokabular, sondern auch im nonverbalen Gesprächsmodus aus. Auch als externer Beobachter meint man „mithören“ zu können, wie der Arzt zwischendurch seine eigene „Betroffenheit“ vom „harten“ Schicksal des Patienten zu verarbeiten sucht und dennoch oder gerade deshalb dem Patienten für dessen Emotionen genügend *Resonanz* geben kann. So kann die betont empathische Hörerrückmeldung (23A: „ach“) ebenso als authentisches (An-)Zeichen seines *emotionalen Mitschwingens* gelten wie die Zurücknahme der Lautstärke, die schon mit der weiteren empathischen Hörerrückmeldung (25A: „och“) vor der verbalen Rückmeldung („das is aber schlimm“) abnimmt. Zwar kann die Empathie bei passender Gelegenheit auch mehr oder weniger „lautstark“ zum Ausdruck gebracht werden („Ach du meine Güte!“, „Donnerwetter!“), in Fällen wie diesen sind aber sicher „leisere“ Töne angemessen.

Trotz oder wegen seiner Betroffenheit ist der Arzt nicht nur der *empathische* Zuhörer, sondern er bleibt auch der *aufmerksame* Zuhörer, dem der Selbstabbruch des Patienten (26P: „krieg ich so leichten Un-“)

nicht entgeht. Der Arzt lässt den Selbstabbruch nicht einfach „passieren“, sondern insistiert mit einer Nachfrage (27A: „was kriegen Sie?“), so dass der Patient sein Leiden mit zwei verbalen Anläufen umschreibt, was vom Arzt eine mehrfach (29A, 31A) betonte Zustimmung erfährt und später – trotz der feinsinnigen Selbstkorrektur des Patienten – zusammenfassend als „Seelenschmerz“ wiederholt aufgenommen wird (s.u. Tab. 20.2). In diesem Fall ist der Patient der „Autor“ eines *thematischen Schlüsselsymbols*, dessen individuelle Bedeutung in weiteren Gesprächsverläufen in dieser und der nächsten Sprechstunde vielfältig variiert wird, wenn etwa später von „seelischen Narben“ die Rede ist, die die frühkindlichen „Verletzungen“ hinterlassen haben und die im späteren Leben wieder unter „Spannungen“ geraten können usw.

20.9.5 Interpretationen auf Basis thematischer Schlüsselsymbole

Das von Arzt und Patient gemeinsam entwickelte *Grundvokabular*, das sich als gesprächsspezifisches Repertoire von *thematischen Schlüsselsymbolen* für die dialogische Verständigung als vorerst hinreichend bewährt hat, ist eine wesentliche Voraussetzung von *Interpretationen*, die nicht irgendwann oder irgendwo möglich sind, sondern auf „fruchtbaren Boden fallen“ müssen. Um in diesem agrarischen Bild zu bleiben: Es kann nur „geerntet“ werden, was zuvor „gesät“ wurde (Koerfer et al. 2010). Damit kommen wir noch einmal auf das Problem der Platzierung von Interpretationen zurück, die ihre sinnstiftende Funktion nur im Kontext einer entwickelten Interaktions- und Themengeschichte entfalten können (§ 20.6.4). Diese umfängliche Gesprächsgeschichte können wir hier nur kurz durch eine tabellarische Zusammenstellung von *thematischen Schlüsselsymbolen* wiedergeben, die sich als spezifisches *Emotions- und Evaluationsvokabular* erwiesen haben (Tab. 20.2), das in der kooperativen Gesprächsarbeit von Arzt und Patient gemeinsam entwickelt und ausdifferenziert wurde. Schon diese gekürzte Übersicht über das gemeinsame Grundvokabular stellt eine erhebliche Reduktion dar, die den bisherigen Themenverlauf, der hier auch erst nach der ausführlichen Beschwerdenexploration (zum thematischen Schlüsselsymbol „Magenschmerzen“) mit der Sozialanamnese einsetzt, bestenfalls illustrieren kann.

Entwicklung von thematischen Schlüsselsymbolen als Grundvokabular		
	Arzt	Patient
01		mein Job is jestrichen worden
02		ich hab Programmierung gemacht
03		ich bin jetzt Mädchen für alles
04	macht das noch Spaß?	
05		och, nicht besonders
06	Ihre Gefühlsempfindungen (dazu)?	
07		das ärgert mich schon
08	Ärger runtergeschluckt (...) Wut im Bauch	
09		ja (...) möglicherweise
10	irgendwie verletzen oder kränken	
11		natürlich tut es das
12	wie war das Verhältnis (zur Mutter)?	
13		immer Spannungen mit meiner Mutter
14	haben Sie sich nicht gut versorgt gefühlt?	
15		so kann man das vielleicht sagen
16		ich bin ein uneheliches Kind
16		nicht erwünscht gewesen
17	waren Sie da immer benachteiligt?	
18		meines Erachtens benachteilischt
19	das ist für'n Kind hart	
20		das Härteste in meinem Leben
21	och, das ist aber schlimm	
22		ja, das war schlimm
23		in eh der Seele tut's dann weh, ne
24	ja ja (...) Seelenschmerz	
25	das bleibt wie ne Narbe in einem	
26		das kann sein
27	wenn man so'n Seelenschmerz hatte	
28	bleiben Verletzungen und Kränkungen	
29		ich bin nie wieder so gekränkt worden
30	könnte sein, dass diese alten Narben	
31	in Spannungen kommen	
33	so Kränkungen, angetanes Unrecht	
34	darüber kann man nachdenken	
35		sicher (...) nachgedacht hab ich darüber
36	mit Ihrer frühen Programmierung zu tun	
37		vielleicht spürt man das als Säugling
38		sich auf das Kind überträgt
38	(Fortsetzung siehe unten B 20.39)	(Fortsetzung siehe unten B 20.39)

Tab. 20.2: Entwicklung und Repertoire (Ausschnitte)
des gemeinsamen Grundvokabulars von Arzt und Patient

Der in der tabellarischen Übersicht abrupt erscheinende Übergang vom *Berufsthema* zum Thema der *Mutter-Kind-Beziehung* (Tab. 20.2: 11-12) war in seiner Entstehungsgeschichte vorausgehend schon ausführlich dokumentiert und analysiert worden (B 20.35-38), auch hinsichtlich der weiteren Entwicklung des Grundvokabulars, das in dieser Phase von den Gesprächspartnern gemeinsam benutzt wurde. Je mehr das gesprächsspezifische Grundvokabular im fortschreitenden Gespräch entwickelt und ausdifferenziert ist, desto gezielter können die beiden „Ko-Konstrukteure“ darauf zurückgreifen. Diese Rückgriffschancen gelten für die thematische wie interaktive Gestaltung des Gesprächsverlaufs. Nachdem der Erzählfluss zum Kindheitserleben bereits in Gang gekommen war, lässt er sich leichter in Gang halten und auch problemlos wiederaufnehmen, selbst wenn er zwischenzeitlich unterbrochen und durch andere Themen überlagert oder gar abgelöst worden sein sollte. Themen bleiben „virulent“, auch wenn sie inzwischen anscheinend „ad acta“ gelegt sein sollten. Wie vorausgehend schon mit der Analogie zur Computerarbeit ausgeführt wurde (§ 20.3), können „Themenfenster“ zwischenzeitlich in den „Hintergrund“ treten, um dann wieder mit geringem Aufwand (thematische „Zitat“-Rückgriffe als „Klicks“) wieder in den „Vordergrund“ gerückt zu werden, so dass sie im aktuellen „Fenster“ wie auf dem „Bildschirm“ auch wieder voll „präsent“ sind.

Zumeist kann das fragliche Vokabular reaktiviert werden, ohne dass dies etwa in Form eines *expliziten Zitats* dokumentiert werden müsste („Wie Sie vorhin gesagt haben ...“). In der Regel müssen „Referenzen“ nicht eigens ausgewiesen werden, weil die Beteiligten die notwendigen Ergänzungen zu der Frage, *wer wann was gesagt* hat, problemlos aus dem Gedächtnis vornehmen können. Dennoch kann eine explizite Einleitung sinnvoll sein – aus verschiedenen Gründen, so etwa, weil doch Zweifel an der Erinnerung an ein länger zurückliegendes Thema (auch aus vorausgegangenem Sprechstunden) aufkommen kann oder die spezifische Zuschreibung zum Sprecher im Kontext als *relevant markiert* („Wie Sie *selbst* gesagt haben ...“) werden soll usw.

Auch in diesem Gespräch nehmen Arzt und Patient wiederholt ohne und mit „Zitat“ wechselseitig Bezug aufeinander, um ihre individuellen und gemeinsamen Perspektiven zu verdeutlichen. Zunächst kooperieren die Gesprächspartner bei einer Reihe von weiteren Erzählungen, die von der Kindheit über die Jugend bis ins Erwachsenenalter reichen, um dann eine Brücke zurück in die ganz frühen Kindheitserlebnisse des Patienten zu gehen (Koerfer, Köhle 2007, Köhle, Koerfer 2017). Diese

Brücke wird vom Arzt geschlagen, indem er mit einer längeren, dreiteiligen Interpretation nicht von ungefähr in Anspielung an die Berufssprache des Patienten das sprachliche Bild von der „frühen Programmierung“ einführt, bevor er dann doch zusätzlich den etablierten Begriff der „Prägung“ wählt.

B 20.39 „das hat was mit Ihrer frühen Programmierung zu tun ...“

- 01 A also, wenn Sie programmiert haben, ja . hm? . dann haben Sie da eigentlich ein gutes Verständnis für . denn bei Ihnen eh is sozusagen, das hat was mit Ihrer frühen Programmierung zu tun .. da wie Sie aufgewachsen sind mit dem . Nicht-Erwünschtsein und so . des is ja . des haben Sie ja nit erst gemerkt, als die Mutter das mal erwähnt hat oder irgendwie da eh . so aus dem (unverständlich) . das spürt man natürlich auch sonst noch als Kind, ja . und .. ehm .
- 02 P vielleicht spürt man das sogar als Säuschling, weil meine Mutter immer behauptet hatte, se hätte noch kein Kind jesehen, was als Säuchling so viel jeschrieen hat wie isch. vielleicht war das die Mutter schuld, die unbewusst, wenn sie nur die Brust gibt .
- 03 A ja .
- 04 P sich das auf das Kind überträscht ... isch weiß nischt, wie isch das ausdrücken soll .
- 05 A Sie haben vollkommen Recht .
- 06 P dat das Kind, dass ich als Kind das gespürt hab eh . irgendwie ohne dat se überhaupt irjendwas jesacht hat, ne .
- 07 A ja .
- 08 P ne? .
- 09 A ja . Sie drücken das wunderbar aus ... kann man gar nicht besser ausdrücken ... so isses ...(6)... das ist nur auf der Ebene von von Spüren, gar nicht von Reden oder sowas, ja ... und und da prägt sich das ein . (...) Sie würden vielleicht sagen: wird dann programmiert .
- 10 P hm . hm .
- 11 A und wenn dann sowas kommt, dann ka ma das noch so gut mit Vernunft bearbeiten, aber dieses alte Programm kommt wieder in Gang, dass es einem dann wehtut (...)

Obwohl sowohl das Berufsthema, nach dem der Patient den Abstieg vom „Programmierer“ zum „Mädchen für alles“ erdulden musste, als auch die Erzählung vom „unehelichen“ Kind, das „nicht erwünscht je-

wesen“ war, schon länger zurückliegen, können beide Gesprächspartner daran wie „alte Bekannte“ nahtlos anknüpfen, und zwar bis ins erinnerbare Wissen, dass der Patient sein Erleben bereits im verbalen wie nonverbalen Erfahrungsmodus vermittelt hatte (B 20.37: 20P: „meine Mutter hat mich das manchmal so gesacht und spüren lassen“). Während dort die verbale Wiedergabe in Form indirekter Rede (mit *verbum dicendi*) noch zu dominieren schien (B 20.37: 20P: „jesacht (...), dass ich ihr das Leben versaut hab“), stellt der Patient nun den nonverbalen Erfahrungsmodus ins Zentrum seiner Betrachtung (B 20.39: 02P: „vielleicht spürt man das sogar als Säusching (...) wenn sie nur die Brust gibt“). Offenbar hatte der Arzt zuvor mit seiner mehrteiligen Intervention die Gefühlslage des Patienten schon mit großer *Passgenauigkeit* (§ 3, 17) getroffen.

Die ärztliche Intervention war im ersten Schritt schon so konstruiert, dass der nonverbale Modus in den Fokus gerückt wurde: „des haben Sie ja nit erst gemerkt, als die Mutter das mal erwähnt hat (...) das spürt man natürlich auch sonst noch als Kind, ja“ (01A). Wie sehr sich der Patient durch diese Intervention emotional direkt „angesprochen“ fühlt, wird an seiner schnellen Reaktion deutlich, mit der sich die *spontanen Assoziationen* des Patienten zur Mutter-Säugling-Beziehung derart „Bahn brechen“, dass er dem Arzt mehr oder weniger „ins Wort fällt“. Das Mitteilungsbedürfnis des Patienten ist an dieser Gesprächsstelle offenbar so groß, dass er schon seinerseits „das Wort ergreift“, kaum dass sich eine Redegelegenheit ergibt, weil der Arzt mit einer Verzögerung (01A: „und ehm“ als *hesitation phenomenon*) kurz innehält, wobei er in seiner Rede erkennbar fortfahren will.

Inwieweit sich der Patient die vom Arzt offerierte Sichtweise auf seine Kindheit zu Eigen machen kann, erhellt nicht nur formal aus dem spontanen Redeanschluss, sondern auch aus dem Inhalt, den der Patient vom Arzt verstärkend übernimmt, indem er ihn weiter ausführt und im Detail konkretisiert (02P: „wenn sie nur die Brust gibt“, 04P: „auf das Kind überträscht“, 06P: „dass ich als Kind das gespürt hab“). Die inhaltliche Kongruenz zwischen den beiden Gesprächspartnern wird dann auch mehrfach sowohl durch kurze dialogische Rückmeldungen markiert, die im Wechsel von „Zustimmungserheischung“ (*tag-question*: „ne?“) und Bestätigung („ja“) vollzogen werden, als auch durch längere inhaltliche Rückmeldungen, mit denen der Arzt die Elaborationen des Patienten besonders nachdrücklich *honoriert* (05A: „Sie haben vollkommen Recht“ und 09A: „Sie drücken das wunderbar aus“). Nach dieser wechselseitigen Relevanzhochstufung des Themas entsteht eine (Refle-

xions-)Pause (von ca. 6 Sekunden), die der Arzt dann zur weiteren inhaltlichen Fortsetzung seiner interpretierenden Interventionen nutzt, die auf die Nachwirkungen des kindlichen Erlebens bis in die Gegenwart abzielen.

Die letzten, dreiteiligen Interventionen (01, 09, 11) liegen auf einer Interpretationslinie, die auf eine Gesamt-Deutung des Arztes hinausläuft. Dabei kann sich der Arzt bis hin zum Bild des „Programmierens“ auf vielfältige „Vorarbeiten“ beziehen, in denen beide Gesprächspartner auf ihre Weise zur *Ko-Konstruktion* von *thematischen Schlüsselsymbolen* beigetragen haben, die sich nun konzeptionell für eine *dialogische Verständigung* als hinreichend tragfähig erweisen, um auf dieser Grundlage die Entwicklung einer „gemeinsamen Wirklichkeit“ zwischen Arzt und Patient vorantreiben zu können (Uexküll 1987, Uxküll, Wesiack 1991, 2011) (§ 3, 7). Diese gemeinsamen Vorarbeiten von Arzt und Patient waren rudimentär in der Übersicht über die Entwicklung des *Grundvokabulars* dargestellt worden (Tab. 20.2), dessen Weiterentwicklung in den ausgewählten Gesprächsausschnitten im Detail dokumentiert und analysiert wurde (B 20.35-39) (Koerfer, Köhle 2007, Köhle, Koerfer 2017). Bereits die *iterative* Erzählstruktur, die mit der dramatischen Kindheitserzählung eingeleitet wurde (B 20.36-38: *immer, manchmal* 12P, 19A, 20P, 26P), legt eine *Ergänzungsreihe* kritischer Ereignisse im Sinne Freuds (1917) nahe, die vom Arzt wiederholt bis zu den „Verletzungen und Kränkungen“ in der Gegenwart verlängert wird, in der der Patient einen Arbeitsplatzverlust erleiden musste, der durch den Wechsel vom „Programmierer“ zum „Mädchen für alles“ einem Sinn- und Identitätsverlust gleichkommt.

Während der Patient den Ambivalenzkonflikt auf seine Weise (mehr oder weniger *rational*) zu „lösen“ versuchte, indem er den „Ärger“ zunächst „runterschluckte“ und ohne „besonderen Spaß“ an seiner Arbeit in „Altersteilzeit“ ging, um in seiner Situation „das Beste draus zu machen“, hält der Arzt nun die Grenzen der „Vernunft“ dagegen, wenn das „alte Programm“ erneut „in Gang kommt“ (11A: „dann kann man das noch so gut mit Vernunft bearbeiten, aber ...“). Damit wird gegen Ende eine Art „Zwischenbilanz“ in einem Erstgespräch gezogen, das in der Überbrückungszeit bis zum nächsten Gesprächstermin schon seine spezifische „Wirkung zeigt“, wie dies im Folgegespräch deutlich wurde.

Zum Beginn und am Ende der nächsten Sprechstunde wird das Gespräch mit dem Arzt vom Patienten, dessen Symptome sich offenbar schon gebessert hatten, selbst einer *Evaluation* unterzogen (B 20.40),

20. Emotionen zulassen

indem er im Sinne „lauten Denkens“ die Frage nach dem *helfenden* Gespräch stellt, die er am Ende auch selbst positiv beantwortet:

B 20.40		„Offenheit“ im „helfenden“ Gespräch
Start	P	am nächsten Tag, nach unserem Gespräch, denk ich, ob das doch geholfen hat? (...)
Ende	P	ich muss offen sein zu Ihnen, sonst können Sie mir gar nicht helfen .
	A	so isses, ja .

Dieser Konsens am Ende des zweiten Gesprächs, an dem sich eine lange Reihe von einzelnen Erzählungen in ihrer Gesamtheit zu einem Lebensnarrativ gefügt hat, bezieht sich auf die Einsicht des Patienten in die Wirkungsweise solcher Gespräche, die auf eine hinreichende „Offenheit“ von Patienten angewiesen sind, wenn sie sich denn als „hilfreich“ erweisen sollen (§ 3.1). Die mit Freud vorausgehend formulierte *Selbstzensur* (Abb. 20.5: „dies oder jenes gehört nicht hierher, es ist ganz unwichtig ...“) scheint im Laufe der kurzen Gesprächspraxis schon überwunden. Der *assoziative Erzählfluss* des Patienten wird nicht länger durch eine „Schere im Kopf“ beschnitten, mit der etwa ein *Erzähltabu* oder auch nur eine bloße *Erzählhemmung* aufrechterhalten werden. Sobald der „Bann gebrochen“ ist, können Patienten unter der professionellen Konstruktionsbeteiligung ihres Arztes ein Maß an *emotiv-narrativer Selbstausslegung* erreichen, bei dem sich der anfangs einzuräumende Kredit für die Abweichung „von einer gewöhnlichen Konversation“ schon in kurzer Zeit auszahlen kann.

20.10 Weiterführende Hinweise

Vorausgehend war zum vielschichtigen Thema der *empathischen Kommunikation* in der Medizin und Psychotherapie eine Vielzahl von theoretischen, didaktischen und empirischen Arbeiten angeführt worden, von denen hier einige wenige unter bestimmten Themenaspekten nochmals angeführt werden sollen.

Wer an der historischen Entwicklung des Empathiebegriffs interessiert ist, findet weiterführende Hinweise in Black (2004) und Breithaupt (2017). Für die Rolle der Empathie in der Psychotherapie sei auf Rogers

(1962/1990), Miller (1989) und Wellendorf (1999) verwiesen, für empirische Studien zur psychotherapeutischen Praxis auf einschlägige (konversationsanalytische) Arbeiten in Peräkylä et al. (eds.) (2008) sowie die aktuellen (ebenfalls konversationsanalytisch orientieren) Studien von Buchholz (2014a, b, c), Buchholz et al. (2016) und Buchholz (2017).

Für verschiedene (dreigliedrige) konzeptionelle Entwicklungen der Empathie in der Medizin seien exemplarisch (teils als Überblicke) genannt: Coulehan et al. (2001), Mercer, Reynolds (2002), Derksen et al. (2013), Neumann et al. (2009, 2010, 2012), Sulzer et al. (2016). Für die Beschreibung der Defizite in der Ausbildung sowie didaktische Vorschläge zur Verbesserung der empathischen Kompetenz soll exemplarisch auf Hojat et al. (2004, 2009), M Neumann et al. (2011), E Neumann et al. (2012) und Seitz et al. (2017) verwiesen werden.

Wer gerne mit dem international verbreiteten NURSE-Schema arbeiten will, das wir vorausgehend kritisch mit unserem Kölner Gesprächsmanual abgeglichen hatten (§ 20.4.6), findet Anregungen in Smith (2002), Back et al. (2005, 2007), Pollak et al. (2007), Fortin et al. (2012), NKLM (2015), Langewitz (2010, 2017), Walczak et al. (2018). Allerdings sei erneut darauf aufmerksam gemacht, dass die ursprüngliche Fassung von Smith und Hoppe (1991) und spätere Wiederaufnahmen in Smith (2002) und Fortin et al. (2012) weiterhin an der NURS-Konzeption ohne E(xploration) festhalten. Ebenso sei erneut exemplarisch auf andere (Lehr-)Bücher verwiesen, die zum Thema „Empathie und Emotion“ ganz ohne das NURS(E)-Schema auskommen: Platt, Gordon (2004), Roter, Hall (2006), Hugman (2009), Parrott, Crook (2011), Cole, Bird (2014), Brown et al. (2016).

Obwohl das Thema des kommunikativen Umgangs mit Patientemotionen in diesem Kapitel (§ 20) das Schwerpunktthema war, gibt es natürlich Überschneidungen mit anderen Kapiteln, so etwa unter Aspekten des *Erzählens* und der damit verbundenen *Intimität* der Themen, die ein besonderes *empathisches* (auch „szenisches“) *Verstehen* des Arztes in seiner *Hebammenfunktion* verlangen (§ 9.2, 9.5, 19.7-8). Für den spezifischen Umgang mit Emotionen bei der Vermittlung „schlechter Nachrichten“ (*BBM*) sei auf das einschlägige Kapitel (§ 16) rückverwiesen und auf einschlägige Kapitel zum Umgang mit Patienten mit *Depressionen* (§ 30) und *Angststörungen* (§ 31) ebenso vorausverwiesen wie auf das Kapitel (§ 34) zum Umgang mit „schwierigen“ Patienten. Zum spezifischen Verhältnis von Frageformen und Interpretationen bzw. Deutungen sei auf das nachfolgende Kapitel (§ 21.3) verwiesen, in dem weitere Ankerbeispiele zur *Empathie-in-Interaktion* erörtert werden.

20. Emotionen zulassen

Vorausgehend war wiederholt auf besondere *empathische* Formen der *Hörerrückmeldung* (*ach, oh, prima*) aufmerksam gemacht worden, die als Teil des *aktiven Zuhörens* (§ 19) durchgängig im Lehrbuch behandelt werden. In den anschließenden Kapiteln wird der kommunikative Umgang mit Emotionen wiederholt eine besondere Rolle spielen, wenn es bei der Vervollständigung der Anamneseerhebung u.a. um die Exploration von *individuellen Bedeutungen* (§ 21.5) und die Vertiefung von „heiklen Themen“ (§ 21.6: *Sexualität, Alkohol* usw.) gehen wird.

Auch bei der Aufklärung und Aushandlung von Therapiemaßnahmen (§ 22) kommen erneut Emotionen allein dadurch ins Spiel, dass Patienten nicht nur Vertrauen gegenüber der Kunst der Medizin, sondern auch gegenüber ihrem Arzt als Person entwickeln müssen, der sie sich schließlich in vielerlei Hinsicht „anvertrauen“. Dabei geht es wesentlich um Befürchtungen und Hoffnungen für die Zukunft, die aber im *Hier und Jetzt* der Sprechstunde angemessen zu „behandeln“ sind.

21 Details explorieren

Armin Koerfer, Thomas Reimer, Christian Albus

21.1	Manual-Schritt 4: Details explorieren	1091
21.2	Formen und Funktionen ärztlichen Fragens	1093
21.2.1	Maximen zur Frageformulierung	
21.2.2	Obszönität und Suggestivität von Fragen	
21.2.3	Analyse und Didaktik ärztlichen Fragens	
21.2.4	Offene und geschlossene Fragen: Der potenzielle Surplus	
21.2.5	Explorations- und Explanationsfragen	
21.2.6	Suggestivfragen	
21.2.7	Worte, die einen Unterschied machen	
21.3	Sinnfragen und Interpretationen	1132
21.3.1	Persuasion und hypothetischer Geltungsanspruch	
21.3.2	Offen reden: Das Wording zwischen Litotes und Hyperbel	
21.3.3	Handlungssubjekt und Bedeutungsaushandlungen	
21.3.4	Interaktive Ausrichtung (<i>alignment</i>)	
21.3.5	Interaktionsgeschichten: Suggestion versus Persuasion	
21.4	Beschwerden-Dimensionen erfragen	1161
21.4.1	Klinisch-kommunikative Doppelkompetenz	
21.4.2	Lokalität und Temporalität	
21.4.3	Intensität, Quantität und Qualität	
21.4.4	Bedingungen und Begleitzeichen	
21.4.5	Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen	
21.4.6	Narrative Anwendung des Prinzips der Ausdrückbarkeit	
21.5	Subjektive Vorstellungen explorieren	1196
21.5.1	Biopsychosoziale Gesprächsführung	
21.5.2	Ereignisse und Erlebnisse	
21.5.3	Subjektive Krankheitstheorien	
21.6	Anamnese vervollständigen	1212
21.6.1	Die Kunst des Lückenschließens: Das ZWECK-Konzept	
21.6.2	Passende Platzierung von Fragen	
21.6.3	Akzeptanz der Asymmetrie beim Frage-Antwort-Muster	

21. Details explorieren

21.6.4	Umgang mit „schwierigen“ Themen	
21.7	Weiterführende Hinweise	1233
21.8	Freuds Gespräch mit Katharina: Ein Lehrstück	1234

The inquiry through which you elicit medical data from the patient is a collegial dialogue, not an inquisition.

Platt, Gordon 2004: 17

Abstract: Nachdem in den ersten Gesprächsschritten schon ein konkretes Bild vom Patienten und seiner Erkrankung entstanden ist, sind nun die so gewonnenen Kenntnisse zu detaillieren, zu ergänzen und zu vertiefen. Waren bisher vor allem Kompetenzen des *aktives Zuhörens* (§ 19) und der *empathischen Rückmeldung* (§ 20) gefragt, so kommen jetzt zunehmend die ärztlichen Fragekompetenzen ins Spiel, mit denen die Detailexploration zu den Beschwerden forciert werden und die *Lücken zur Vervollständigung* der Anamneseerhebung geschlossen werden können.

Nach dem Überblick über den 4. Gesprächsschritt des Manuals (§ 21.1) sollen die Formen, Inhalte und Funktionen des ärztlichen Fragens differenziert werden (§ 21.2). Dabei ist das Risiko der *Manipulation* durch Fragen, die vom Befragten eventuell auch als *obszön* erlebt werden können, möglichst zu minimieren. Unter dem Aspekt der Detailexploration sollen die Fragen zielführend sein, ohne den Antwortspielraum des Patienten unnötig zu beschränken. Allerdings sind die traditionellen Unterscheidungen zwischen *offenen* und *geschlossenen* Fragen oft wenig hilfreich, zumal wenn sie mit *Wort-* bzw. *Entscheidungsfragen* identifiziert werden. In einem *didaktischen Modell* sollen die verschiedenen Nutzungsmöglichkeiten des ärztlichen Fragens anhand von Ankerbeispielen aufgezeigt werden, die entwickelten Gesprächskontexten entnommen sind. Anhand der ausgewählten Beispiele können schließlich auch *suggestive* Informationsfragen identifiziert werden, die weiterhin verpönt sein sollten, wenn es auf *authentische* Auskünfte der Patienten ankommen soll.

In einem weiteren Schritt zur Analyse und Didaktik des ärztlichen Fragens soll herausgearbeitet werden, dass *Interpretationen* oft als (Antworten auf) *Sinnfragen* offeriert werden (§ 21.3). Der Fragecharakter

von Interpretationen entspricht ihrem *hypothetischen* Geltungsanspruch, der eben auch „strittig“ sein kann. Mit Interpretationen wird das Fragliche zur Disposition gestellt, so dass die offerierte Perspektive übernommen, aber auch zurückgewiesen oder in Prozessen der Bedeutungsaushandlung modifiziert werden kann. Die Bedeutungsaushandlungen sollten in einer möglichst *offenen* Kommunikation geführt werden, ohne allerdings die Patienten zu überfordern oder gar mit einer unangemessenen Wortwahl zu beschämen oder zu verletzen. Insofern bei professionellen Interpretationen bzw. Deutungen auch immer die *Autorität* von Ärzten oder Therapeuten in der Waagschale mitgewichtet wird, ist durch kommunikative Rückkopplungen zu überprüfen, inwieweit die Zustimmung des Patienten auf *Persuasion* (i.S.v. *Überzeugung*) und nicht auf *Suggestion* (i.S.v. *Überredung*) qua ärztlicher Autorität beruht.

Bei der Exploration der Details zu den spezifischen Beschwerden von Patienten sind verschiedene *Dimensionen* zu berücksichtigen, zu denen die *Lokalität* und *Temporalität* der Beschwerden, ihre *Intensität*, *Quantität* und *Qualität*, die *Bedingungen* ihres Auftretens und ihre *Begleitzeichen* sowie schließlich die *Funktionsstörungen* und *Beeinträchtigungen* der Patienten in ihrem Alltagsleben gehören (§ 21.4). Die Exploration nach den Beschwerden-Dimensionen sollte allerdings nicht in einer bestimmten Reihenfolge durchlaufen werden, sondern am spontanen Themen- und Redefluss der Patienten orientiert bleiben, die oft viele relevante Informationen eben auch ungefragt vermitteln. Wenn ein Patient allerdings unkonkret oder mehrdeutig bleibt, sind die Unklarheiten zwischendurch mit gezielten Nachfragen auch nach Wortbedeutungen bei der Beschwerdeschilderung zu beseitigen. Dabei sollten die alltagspraktischen Grenzen des Prinzips der „Ausdrückbarkeit“ berücksichtigt werden, das eine *narrative* Anwendung erfahren sollte, wenn die *begrifflichen* Klärungen zu versagen drohen.

Eine besondere Aufgabe stellt die Exploration der *subjektiven Vorstellungen* von Patienten dar (§ 21.5), die dem Arzt hinreichend bekannt sein müssen, wenn seine Therapievorschläge nicht an den Interessen, Einstellungen und Vorlieben von Patienten vorbeigehen sollen. Diese Patientenvorstellungen beziehen sich sowohl auf Konzepte einer „gesunden“ Lebensführung (Ehe, Beruf, Freizeit usw.) als auch auf Erklärungen zur Gesundheit im Allgemeinen und auf sog. *subjektive Krankheitstheorien* zu chronischen oder aktuellen Erkrankungen im Besonderen.

21. Details explorieren

Über diese Themen zu „subjektiven Theorien“ von Patienten zur bisherigen bzw. zukünftigen Lebensführung kann auch nahtlos die *Vervollständigung der Anamnese* angeschlossen werden (§ 21.6), bei der die Lücken zu schließen sind, die Patienten vielleicht wegen einer anderen Relevanzeinschätzung, aber auch aus Gründen der Vergesslichkeit, Verdrängung oder Scham vor „heiklen“ Themen (Sexualität, Sucht, Gewalt, Medikamentenabusus usw.) gelassen haben. Wie schon bei der *empathischen* Kommunikation ausgeführt (§ 3, 17, 20), ist gerade bei „heiklen“ Themen ein spezifisches Fingerspitzengefühl gefragt, das anstelle einer *konfrontativen* auf eine *tangentiale* Gesprächsführung setzt, die bestimmte insistierende Fragen zurückhält, bis das Gespräch und die Beziehung entsprechend für weitere Zumutungen gereift sind.

21.1 Manual-Schritt 4: Details explorieren

Das ärztliche Fragen gilt als Königsweg im kommunikativen Zugang zum Patienten. Allerdings sollte dieser Weg nicht einseitig beschränkt werden und viele Seitenwege und Umwege zulassen, die es dem Patienten erlauben, seine Beschwerden, Probleme und Anliegen in seinen eigenen Worten zum Ausdruck bringen. Dabei gerät der Arzt nicht selten in einen Konflikt zwischen Fragen und Zuhören. Einerseits gilt mit Rehbein: „Die ärztliche Frage ist der Schlüssel zum Wissen des Patienten“ (1993: 321). Andererseits ist Balints bekanntes Diktum zu berücksichtigen: „Wenn man Fragen stellt, so erhält man Antworten darauf – aber weiter auch nichts“ (1964/1988: 188). Zweifellos sollten die mit der Erschließungsfunktion von Fragen verbundenen Erkenntnischancen nicht einfach verschenkt werden. Der Konflikt lässt sich jedoch nicht auf die einfache Alternative zwischen Fragen überhaupt und schweigendem Zuhören reduzieren.

Mit der von Balint zugleich beschriebenen *Kunst des Zuhörens*, die eine „innere Umstellung des Arztes“ verlangt, wird er bald gewahr werden, „daß es keine direkten unumwundenen Fragen gibt, die das ans Licht bringen könnten, was er wissen will“ (1988: 171). Balints Diktum richtet sich nicht gegen das ärztliche Fragen überhaupt, sondern vor allem gegen das Fragen „im Stile der üblichen Anamnese“ (ibid.). Ins Extrem gewendet manifestierte sich dieser Gesprächsstil im vorausgehend analysierten *Verhör-Gespräch* (§ 19.6). Die Aufhebung eines extrem *interrogativen* Gesprächsstils, der durch Arzt-Fragen dominiert wird, er-

schöpft sich aber nicht im Zuhören als einem bloßen „Nichtstun“ gegenüber dem Patienten, dem die Gesprächsarbeit ohne ärztliches „Zutun“ überlassen bleiben könnte.

Kölnischer Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)	<h3 style="text-align: center;">4 Details explorieren</h3>	⁵ 2010
	<p>1 Beschwerde-Dimensionen erfragen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokalisation und Ausstrahlung • Qualität „Welchen Charakter ...“ • Intensität „Wie stark ...“ (Skala 0-10) • Funktionsstörung/Behinderung „Wieweit sind Sie dadurch beeinträchtigt?“ • Begleitzeichen „Haben Sie dabei auch ...?“ • Zeit (Beginn, Verlauf, Dauer) • Kondition „In welcher Situation tritt das auf?“ <p>2 Subjektive Vorstellungen explorieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konzepte „Was stellen Sie sich darunter vor?“ • Erklärungen „Was sehen Sie selbst als Ursache?“ <p>3 Anamnese vervollständigen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systeme („Von Kopf bis Fuß“) • Allgemeinbefinden, Schlaf, Noxen, Pharmaka • Frühere Erkrankungen, Vorbehandlungen • Familiäre Erkrankungen, Risikofaktoren • Soziales: Familie, Freunde, Beruf etc. • „Schwierige“ Themen: Sexualität, Verluste Extremerfahrungen, Gewalt, Sucht etc. • Auf Lücken zurückkommen 	<p>0 1 2 3 4</p> <p>0 1 2 3 4</p> <p>0 1 2 3 4</p>
	<h2>EVALUATION</h2>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
	¹ 1998	

Abb. 21.1: Auszug (aus: Manual bzw. KEK): Schritt/Funktion 4: „Details explorieren“

Vielmehr ist die intendierte *assoziative* Darstellung und Erzählung von Patienten durch *aktives Zuhören* zu fördern, das selbst schon in Frageformen des wörtlichen *Wiederholens* und *Paraphrasierens* realisiert wird (§ 19.3-5). Auch das *Ansprechen*, *Benennen* und *Klären* von Emotionen geschieht häufig in Frageformen einer empathischen Kommunikation (§ 20.5-6), in der selbst beim *Interpretieren* und *Deuten* oft fragend ein bloß hypothetischer Geltungsanspruch erhoben wird, mit dem der Arzt dem Patienten mögliche Antworten auf potentielle Sinnfragen in einer

21. Details explorieren

gemeinsamen Gesprächsarbeit zur Disposition stellt. Diese indirekten Formen ärztlichen Fragens werden dann bei der Detailexploration zu spezifischen Fragen unter verschiedenen Dimensionen von Beschwerdeschilderungen von Patienten, die es zu konkretisieren, zu ergänzen und zu vertiefen gilt. Auch die anschließende Exploration der subjektiven Vorstellungen von Patienten und die Vervollständigung der Anamnese vollzieht sich wesentlich durch gezielte Fragen, ohne dass die Patienten ihrer Erzählmöglichkeiten beraubt werden müssen.

Wie schon in den vorausgegangenen Manual-Schritten gilt auch beim vierten Schritt (Abb. 21.1) die Beschränkung auf *beobachtbares* Gesprächsverhalten (§ 3.3-4). Im idealen Fall können zur *Detailexploration* 12 von insgesamt 50 Punkten des Evaluationsbogens (KEK) (s. Anhang § 44.2) erreicht werden. In unseren OSCE-Prüfungen (§ 13.6) erhalten die Studierenden hier oft eine hohe Punktzahl, weil sie hier schon intuitiv und durch die Lehre verstärkt die „richtigen“ Fragen zu den spezifischen Erkrankungen und zur Person der Simulationspatienten stellen, wenn der „Schwierigkeitsgrad“ des Falles gegenüber den klinischen Vorkenntnissen der Studierenden nicht allzu hoch eingestellt ist.

21.2 Formen und Funktionen ärztlichen Fragens

Die Handlung des Fragens kann in vielen Situationen zu einer „heiklen“ Angelegenheit werden. Der Fragende kann mit seinen Fragen dem Befragten mehr oder weniger „zusetzen“, und zwar im Alltag wie in spezifischen Institutionen (Gericht, Schule usw.) und eben auch in der ärztlichen Sprechstunde. Fragen können den Befragten „bloßstellen“, nicht nur wenn es um persönliche, intime Belange geht, sondern auch schon, wenn er sein allgemeines oder spezifisches Wissen „unter Beweis stellen“ muss. Sollte ein Prüfling bei Prüfungsfragen oder ein Kandidat bei einem Wissensquiz „passen“ müssen, kann das sein „Ausscheiden“ aus dem sozialen Verfahren bedeuten. Fragen werden etwa als „Verhörfragen“ nicht nur des Kommissars „gefürchtet“, sondern auch des Arztes, wenn etwa Patienten ihre *Non-Adhärenz* (z.B. Diät, Sport, Rauchen, Alkohol usw.) schließlich „bekennen“ müssen.

Obwohl der Arzt in der Sprechstunde nicht nur traditionell ein besonderes *Zuhör-Privileg* (§ 9, 19), sondern ebenso ein ausgewiesenes *Frage-Privileg* genießt, das ihm vom Patienten im Allgemeinen auch zu-

gestanden wird, darf auch hier „der Bogen nicht überspannt“ werden, wie dies vorausgehend schon unter dem Aspekt der *Passung* beim kommunikativen Handeln von Ärzten wiederholt thematisiert wurde (§ 3, 17, 20). Dabei ging es auch um die Balance zwischen einer *Unter-* und *Überstimulation* im Gespräch, in dem die richtige „Dosierung“ zu finden ist. Hier zur rechten Zeit die passenden *Fragen* zu stellen, ist Teil der *Kunst* der ärztlichen Gesprächsführung (§ 17), die hier nach Theorie und Praxis weiter auszuführen ist.

21.2.1 Maximen zur Frageformulierung

Das Fragen ist sicher eine der Hauptaktivitäten des Arztes. Ärztliche Fragen sollen die mehr oder weniger spontanen „Einlassungen“ des Patienten fördern, aber auch strukturieren und die bisher erhaltenen Informationen komplettieren, wo dies im Interesse beider Gesprächspartner nötig ist. Wie für die Gesprächsführung insgesamt, können auch für das ärztliche Fragen Empfehlungen ausgesprochen werden, die einen wesentlichen Teil der Gesprächsmaximen für die ärztliche *Kunst* der Gesprächsführung ausmachen. Wie schon vorausgehend (§ 1, 3, 17) möchten wir auch zum Thema des ärztlichen Fragens zunächst Anleihen bei den „Klassikern“ der klinischen Gesprächsforschung und -didaktik machen und deren „Regeln“ für die Formulierung ärztlicher Fragen zur Einleitung nutzen (Box 21.1). Diese „Regeln“ werden von Morgan und Engel für Studierende aufgestellt, sie sind aber für die ärztliche Gesprächsführung zu verallgemeinern.

Box 21.1 „Regeln“ für die Formulierung von Fragen

Eine Frage muß leicht verständlich sein. Sie darf die Antwort des Patienten nicht beeinflussen. Sie muß so formuliert werden, daß der Patient spontan zu berichten beginnt. Deshalb gelten bei der Formulierung der Fragen folgende Regeln:

1. Die Fragen müssen kurz und einfach sein. Wenn sich der Student dabei ertappt, eine Frage erklären zu müssen, muß er sich nochmals überlegen, was er eigentlich wissen möchte (...)
2. Der Patient muß die Fragen mühelos verstehen können. Der Student nimmt deshalb Rücksicht auf die Bildung und Herkunft des Patienten und vermeidet medizinische Begriffe, die der Patient

21. Details explorieren

nicht kennt oder mißversteht, wie zum Beispiel Pleuraschmerzen, Ikterus oder Paralyse. Anstelle solcher Begriffe beschreibt er dem Patienten das Symptom kurz: „Haben Sie beim Atmen Schmerzen verspürt?“ (...)

3. Der Student darf nie mehrere Fragen gleichzeitig stellen, sondern nur eine einzige. Verbindet er mehrere Fragen oder fragt er gleichzeitig nach mehreren Dingen, weiß der Patient nicht, worauf er zuerst antworten soll.
4. Der Student muß ein Thema immer mit offenen Fragen beginnen. Gezielte Fragen benützt er nur, um Lücken zu füllen, Unklarheiten zu beseitigen und bestimmte Tatsachen zu erhärten. Fragen, die der Patient mit einem einfachen „Ja“ oder „Nein“ beantworten kann, vermeidet er möglichst, weil der Patient sonst aufhört, spontan zu berichten und nur noch schweigend auf die nächste Frage wartet.
5. Der Student übernimmt die Ausdrücke des Patienten, wenigstens bis er versteht, was der Patient damit meint (...) Setzt er von sich aus für „Druckgefühl“ einen anderen Begriff ein, z.B. „Schmerz“, verändert er vielleicht dadurch die beabsichtigte Äußerung des Patienten. Besonders verwirrend ist es, wenn der Patient den Ausdruck „Schmerz“ für eine andere Empfindung braucht.

Morgan, Engel 1977: 48f.

Bevor wir auf die einzelnen „Regeln“ zur Formulierung von Fragen in mehreren Schritten eingehen, soll vorab der in diesem Zusammenhang von Morgan und Engel gegebene Hinweis auf ein exemplarisches Gespräch verstärkt werden, das sie im Anhang ihres ausgezeichneten Lehrbuchs als Wortlaut-Protokoll anführen. Allerdings enthält das sicher insgesamt exzellent geführte Gespräch (wie wohl alle Gespräche) auch Schwächen, die darauf hinweisen, wie schwer die Umsetzung von Gesprächsregeln in der Praxis ist. Wie mehrfach betont (§ 1, 13, 17), können mehr oder weniger gelungene Gespräche im kritischen Vergleich als Ausgangspunkte und Vorlagen insofern der Optimierung der eigenen Gesprächsführung dienen, als aus „Fehlern“ oder auch bloß „Abweichungen“ von „Regeln“ gelernt werden kann.¹

¹ An dieser Stelle sei ebenfalls das („ältere“) Lehrbuch von Adler, Hemmeler (1992) empfohlen, das sich in der Tradition des Ansatzes von Morgan und Engel bewegt. Auch Adler und Hemmeler geben in ihrem Lehrbuch umfangreiche Wortlautprotokolle von Gesprächen wieder, die sich für die kritische Nutzung von Beispielen im Unterricht eignen, so etwa unter dem

Entsprechend unserer bisherigen Sprachregelung (§ 1, 7, 9, 17) möchten wir lieber von „Maximen“ als von „Regeln“ sprechen, die bei der Kommunikation strikt(er) einzuhalten wären. Kurzfristig soll in diesem Kontext aber der Begriff der *Regel* von Morgan und Engel so wie vorausgehend im Zitat übernommen werden. Einige dieser „Regeln“ für die Formulierung von Fragen lassen sich sicher leicht befolgen, so etwa die 3. Regel zu den Mehrfach-Fragen, die „prinzipiell“ zu vermeiden sind (Coulehan, Block 1992, Koerfer et al. 1994, 1996, Köhle et al. 2001). Werden Fragen unterschiedlichen Inhalts in Form von „Fragebatterien“ hintereinander geschaltet, haben Patienten zumeist die *Qual der Wahl*, bei der sie sich häufig für die Beantwortung der jeweils letzten Fragen(teile) entscheiden, so dass die vorangegangenen Frageinhalte bei beiden Gesprächspartner wieder leicht in Vergessenheit geraten können.

Die in den ersten beiden Regeln geforderte *Einfachheit, Kürze* und *Verständlichkeit* von Fragen für Patienten unter Berücksichtigung ihrer „Bildung und Herkunft“ werden anderorts im Lehrbuch aufgenommen (§ 10, 26, 27, 28). Dass die Beachtung dieser Regeln keine Selbstverständlichkeit ist, machen etwa Beispiele aus der Forschung zur Visitenkommunikation deutlich (§ 24), in der sich Ärzte im Team untereinander über die Köpfe ihrer Patienten hinweg verständigen, indem sie weiterhin ihre spezifische (Fach-)Sprache sprechen, in der sie sich dann auch wieder ihren Patienten fragend zuwenden. Im Prinzip handelt es sich aber um „Regeln“ zur Verständnissicherung, die die Teammitglieder in der Gesprächspraxis nicht vor „unlösbare“ Aufgaben stellen. Ebenso trägt es zur besseren Verständigung bei, wenn der Arzt nach der 5. Regel zunächst die vom Patienten eingeführten Ausdrücke (z.B. „Druckgefühl“) übernimmt, bevor er sie – wenn überhaupt nötig – gegebenenfalls *erkennbar* ändert oder ersetzt, so dass die „Korrektur“ für den Patienten *transparent* und nachvollziehbar bleibt. Eine „stillschweigende“, intransparente „Korrektur“ des einmal eingeführten Vokabulars käme einer unkontrollierten „Beeinflussung“ des Patienten gleich, die schon einleitend nach Morgan und Engel (Box 21.1) vermieden werden sollte, worauf wir sogleich als *Basis-Regel* zurückkommen.

Andere spezifische „Regeln“ werfen Probleme bei der Anwendung auf, so etwa wenn Entscheidungsfragen, die mit einem „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden könnten, „möglichst vermieden“ werden sollen. Hier

Aspekt der „Suggestivität“ von Fragen (s.u.), die sich wohl auch von „gestandenen“ Ärzten nicht immer vermeiden lässt.

21. Details explorieren

ist die 4. Regel zu strikt bzw. nicht differenziert genug formuliert. Entscheidungsfragen werden auch beim *aktiven Zuhören* (§ 19.4), bei der *Verständnissicherung* (§ 19.5) oder *Klärung von Emotionen* (§ 20.6) genutzt, aber ebenso auch zur weiteren *Detailexploration*, wie dies ja mit dem von Morgan und Engel selbst gegebenen Beispiel unter der 2. „Regel“ schon deutlich wird. So könnte ein Patient die entsprechende Arztfrage („Haben Sie beim Atmen Schmerzen?“) auch schlicht mit „Nein“ beantworten und dann „nur noch schweigend auf die nächste Frage warten“. Im anderen Fall wird von ihm ohnehin mehr erwartet als ein bloßes „Ja“, so dass die Arzt-Frage dann auch häufig mit einer längeren Patientenantwort „quittiert“ wird, was noch unter dem Aspekt von „Surplus“ beim Fragen zu erörtern ist (§ 21.2.4). Ähnlich verhält es sich bei anderen Fragen zur Detailexploration (z.B. „Rauchen Sie?“), auf die wir noch zurückkommen.

Weiterhin kann der allgemeinen Regel von Morgan und Engel zwar so grundsätzlich zugestimmt werden, wie sie zu Beginn (von Box 21.1) gleichsam als Präambel schon vorausgeschickt wurde („Die Frage darf die Antwort des Patienten nicht beeinflussen“). Das ist aber sicher vorweg in der Theorie leichter gesagt als in der Gesprächspraxis getan. Das spezifische Problem der (un-)zulässigen „Beeinflussung“ des Patienten ist sicher ein Dauerthema, für das es auch keine Patentrezepte gibt. Aber auch hier lassen sich mehr oder weniger strikt Maximen formulieren, nach denen bestimmte *suggestive* Informationsfragen (wie etwa: „Appetit ist bei Ihnen normal?“) nach Theorie und Praxis „möglichst zu vermeiden“ sind, was ebenfalls noch an empirischen Ankerbeispielen sowie den „besseren“ Alternativen (§ 21.2.6) aufzuzeigen ist.

Unter dem *Macht*-Aspekt einer (un-)zulässigen *Persuasion*, nach der gegenüber den Patienten im Sinne einer *strategischen* Kommunikation gegebenenfalls schon die bloße *Überredung* (statt der *Überzeugung*) genügen könnte (§ 7, 10, 17), soll nachfolgend kurz das Problem der *Obszönität* und *Suggestivität* von Fragen überhaupt umrissen werden, dem sich auch die Gesprächspartner in der ärztlichen Sprechstunde nicht ohne Weiteres entziehen können (§ 21.2.2). Die *suggestive* Informationsfrage (§ 21.2.6) erweist sich dann unter dem alltäglichen Handlungsdruck oft nur als ein letztes scheinbar „probates“ Mittel, um bloß keine Probleme oder gar Widerspruch aufkommen zu lassen. Die Kommunikation wäre dann als strategisches Handeln bloß in dem Sinn *erfolgreich* (§ 7, 10), dass am Ende des Gesprächs der *überredete* oder bloß *gehorsame* (statt *überzeugte*) Patient steht, der sich schließlich aus

„Verwirrung“ (*confused consent*) oder „Verpflichtung“ (*obligation*) so verhält (*compliance*), wie ihm vom Arzt geheißen wurde.

21.2.2 Obszönität und Suggestivität von Fragen

Das Fragen ist eine alltägliche Angelegenheit, mit der wir gut vertraut sind. Wer aber zu viel fragt und ständig nachfragt, geht schließlich das Risiko ein, (im wahrsten Sinne des Wortes) als so „penetrant“ erlebt zu werden, dass die weitere Befragung vom Befragten nach Möglichkeit abgewehrt wird. Der Befragte setzt dann häufig deutliche Zeichen, dass die Befragung nur bis hierher und nicht weiter erfolgen solle. Mitunter kann er sich aber dem sozialen Druck der Fragesituation und der Fragetechnik des Fragenden nicht entziehen, obwohl er unter ihm zu leiden beginnt und ein Ende herbeiführen möchte.

Nicht von ungefähr erinnert der Psychiater Bodenheimer in seiner Abhandlung über die „Obszönität des Fragens“ (2011) an das Schicksal des Sokrates, dessen Art des Fragens und Nachfragens, die vorausgehend als *Mäeutik* („Hebammenkunst“) beschrieben wurde (§ 9.5), offenbar als so „anstößig“ erlebt wurde, dass man sie bekanntlich mit der Todesstrafe geahndet hat. In seiner überaus differenzierten Analyse des Fragens bestimmt Bodenheimer (2011) eine Reihe von Formen und Funktionen des Fragens, von denen hier nur exemplarisch die sog. *nachhallende Doppelfrage* besonders herausgegriffen werden soll (Box 21.2), um die suggestive Funktion von Fragen an drastischen Beispielen zu illustrieren.

Box 21.2 Nachhallende Doppelfrage

Von der Wirkung her ist das sich selbst antwortende, jedoch in Frageform weiter nachhallende Doppelfragen viel mehr als Suggestieren; es ist: Verstummen machen (...). Der Rhythmus beginnt bereits mit der Zweizahl ins Spiel zu kommen.

(1) *WARUM SPIELST DU MIT DEM KUGELSCHREIBER?*

(2) *MACHT DIR DAS FREUDE?*

Grammatisch und linguistisch stehen Frage eins und Frage zwei fromm und harmlos nebeneinander, und beide mal sind es kurze Fragen, nackte Fragen, reduziert auf die Wörter, welche zur Beschreibung des Sach- und Situationsverhaltens dringend notwendig sind. Wie viel hinterhältiger – nicht nur obszöner, insidiöser vielmehr – wird das alles, dieses sich

21. Details explorieren

Selbstnachdoppeln, wenn dann noch Füllwörter, Adverbien und Konjunktionen, mit ihrem vielsagenden Nichtssagen hinzukommen. Wenn es also beispielsweise heißt:

WARUM SPIELST DU DENN/EIGENTLICH ...? – wobei auch das noch harmlos ist, verglichen mit:

WARUM SPIELST DU BESTÄNDIG/SO DEUTLICH SICHT- UND HÖR-BAR ...? – oder gar: ... *WÄHREND ICH REDE ...?*

Dann ist es noch mehr als insidiös oder anklagend, nämlich verurteilend.

Bodenheimer 2011: 298

Von solchen extremen Beispielen der bloßstellenden Provokation des Befragten, bei der sich dann durchaus die Frage nach der *Macht des Wortes* bei einer extrem asymmetrischen Kommunikation stellt (§ 17.1), weil man sich als Fragender diese Art, Fragen zu stellen, erlauben können muss, kann auf die Wirkungsweise von Normalformen der Manipulation geschlossen werden, die zunächst weniger gravierend erscheinen. Ausgangspunkt der extremen Varianten, die sich noch weiter steigern ließen, sind auch bei Bodenheimer die ganz „normalen“, weil häufig nachgestellten Fragen, die wir vorausgehend schon in vielen empirischen Beispielen aus ärztlichen Sprechstunde gesehen hatten, die zunächst „harmloser“ erscheinen.

Dort wurden die Zustimmungen des Hörers gleichsam durch den Sprecher „erheischt“, indem er von einer sog. *tag question* (*ja?*, *nicht?*, *nicht wahr?* usw.) Gebrauch macht. Diese zustimmungserheischenden Formen sind zunächst keine Besonderheit der ärztlichen Sprechstunde, sondern ein „Allerweltverfahren“ dialogischer Kommunikation, in der sie vielfältige Funktionen als *Sprechhandlungsaugmente* wahrnehmen (Rehbein 1979, Koerfer 1979). Obwohl sie also zur alltäglichen Kommunikation gehören, können sie in der Sprechstunde besondere Ausprägungen bei der *Persuasion* (*Überzeugung* bis *Überredung*) erfahren, die nachfolgend mit anderen Formen beim ärztlichen Fragen zu berücksichtigen sind.

Solche „zustimmungserheischenden“ Formen sind einerseits der gehobenen Standardsprache entlehnt („nicht wahr?“), andererseits sind sie in vielen (dialektal gefärbten) Kurzformen der Umgangssprache verbreitet. Insgesamt wird die Funktion von *tag-questions* etwa durch Kurzformen (wie *ja*, *ne*, *nä*, *wa*, *gell*), aber auch durch längere Formen wahrgenommen (wie *stimmt's?*, *verstehste?*, *richtig?*), mit denen die Zustimmung inhaltlich noch stärker „erheischt“ wird. So schließt auch ein Patient sein dringlich vorgetragenes Anliegen einer „totalen“ Untersu-

chung mit einer zustimmungserheischenden *tag question* ab: „(...) dass das mitbehandelt wird, ja?“ (B 20.26) (§ 20.7). Obwohl beide Gesprächspartner in der Sprechstunde von solchen nachgestellten Kurzfragen regelmäßig Gebrauch machen, um den anderen zu wie auch immer gearteten Zustimmungen zu bewegen, soll hier der Fokus insgesamt auf die Arzt-Aktivitäten gerichtet werden (etwa vom Typ: „aber die Arbeit scheint Ihnen ja tatsächlich auf den Magen zu schlagen, wa?“) (B 21.27). Nachfolgend soll eine Reihe von ärztlichen Interventionen als Prototypen differenziert werden, die von „zustimmungserheischenden“ Interpretationen bis zu Informationsfragen reichen, die mehr oder weniger suggestiv gestellt werden („ansonsten nehmen Sie keine Medikamente?“) (B 21.15) (§ 21.2.6). Mit suggestiven Informationsfragen läuft der Arzt entsprechend Gefahr, im intendierten Sinne eines Informationsgewinns kontraproduktiv zu werden, was an größeren Gesprächsausschnitten noch zu verdeutlichen sein wird.

21.2.3 Analyse und Didaktik ärztlichen Fragens

Die Forschung zu Formen, Inhalten und Funktionen des Fragens im Allgemeinen und zum ärztlichen Fragen im Besonderen ist sehr vielfältig und komplex. Wir können hier nur einige Aspekte streifen, zumal wir in der Lehre sinnvollerweise in der Kürze der Unterrichtszeit eine didaktische Reduktion vornehmen müssen, die dem Forschungsstand nur bedingt gerecht werden kann.² Die Erfahrung lehrt, dass etwa größere Unterrichts-Exkurse „in Sachen Grammatik“ für Studierende der Medizin und Ärzte wenig zielführend sind, zumal die Motivation für Details nachlassen kann, wenn der praktische Bezug fehlt.

² Aus dem differenzierten und interdisziplinären (sozialwissenschaftlichen, konversationsanalytischen und linguistischen) Spektrum von Forschungen zum (ärztlichen bzw. psychotherapeutischen) Fragen sei vorweg über einen größeren Zeitraum exemplarisch auf folgende Arbeiten verwiesen, auf die wir teils unter spezifischen Aspekten zurückkommen: Bergmann 1981, Mishler 1984, Dickson et al. 1991, Coulehan, Block 1992, Rehbein 1993, 1994, Koerfer et al. 1994, 1996, Dillon 1997, Stivers, Heritage 2001/2013, Lalouschek 2005, Spranz-Fogasy 2005, 2010, Roter, Hall 2006, Robinson 2006, Heritage, Robinson 2006, Boyd, Heritage 2006, MacMartin 2008, Deppermann 2009, Deppermann, Spranz-Fogasy 2011, Vail et al. 2011, Scarvaglieri 2013, Bergmann 2013, Tsai et al. 2013, Cole, Bird 2014, Spranz-Fogasy, Becker 2015, Marciniak et al. 2016.

21. Details explorieren

Dennoch ist das Interesse der Teilnehmer daran, in der Gesprächspraxis zur rechten Zeit die richtigen Fragen zu stellen, in der Regel hinreichend ausgeprägt, um bestimmte Lernprozesse zu bestimmten Themen zu vertiefen. Ist der Unterschied zwischen einem *interrogativen* und *narrativen* Gesprächsstil erst einmal in der Theorie und in der Praxis an Beispielen vermittelt (§ 9, 18, 19), stellen sich auch spezifische Probleme einer gut „gemischten“ Gesprächsführung, in der Patienten in ihren eigenen Worten erzählend zu Wort kommen können, ohne dass der verbleibende ärztliche Informationsbedarf zu kurz kommt, der eben häufig nur fragend gedeckt werden kann.

In einem Überblick sollen Aspekte der Analyse und Didaktik des ärztlichen Fragens in mehreren Schritten anhand von Ankerbeispielen erörtert werden, die teils unserem bereits vorausgegangenen Gesprächsanalysen entnommen sind, in deren Kontext sie für die Lehre zusammengestellt werden. Dabei geht es um Formen, Inhalte und Funktionen des ärztlichen Fragens, das mit der bloßen Unterscheidung von *offenen* und *geschlossenen* Fragen nur unzureichend erfasst werden kann. Vielmehr geht es um Aspekte der Relevanz, Präferenz, Selektion, Expansion usw. bei der Themenentwicklung, die unabhängig von (der Wirkung von) einzelnen Fragen auch immer ein Gegenstand der Aushandlung zwischen den beiden Gesprächspartnern bleibt.

In der Literatur zur Forschung und Didaktik des ärztlichen Fragens wird immer wieder die Unterscheidung zwischen *offenen* und *geschlossenen* Fragen gemacht, wobei häufig Typen von Fragesätzen mit entsprechenden Zuordnungen unterschieden werden, die die sich bei näherer Betrachtung so nicht aufrechterhalten lassen. Nicht selten werden *geschlossene* Fragen mit *Entscheidungsfragen* identifiziert, die sich mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten ließen, und die sogenannten *W-Fragen* als *offene* Fragen ausgewiesen (*Wer, was, wann, wo, warum* usw.). Diese grobe Unterscheidung und Parallelisierung ist sowohl im deutsch- wie im englischsprachigen Raum verbreitet, in dem die *yes/no-questions* von den *wh-questions* (*who, when* etc.) unterschieden und diese oft ebenso umstandslos den *closed* bzw. *open questions* zugeordnet werden. So eingängig diese Unterscheidungen auf den ersten Blick sein mögen, so irreführend sind sie für die Gesprächspraxis, für die sie auch nicht durch Argumente der didaktischen Reduktion zu rechtfertigen sind.

Ohne hier zu beanspruchen, bei der schwierigen Frage nach den Formen, Inhalten und Funktionen von ärztlichen Fragen bereits den „Stein der Weisen“ für die Didaktik der ärztlichen Gesprächsführung ge-

funden zu haben, bemühen wir uns in der Lehre um eine Mischung sowohl von deduktiven als auch induktiven Methoden, die auf die Plausibilität von Ankerbeispielen im Kontext setzen. Dabei erweisen sich auch Abbildungen als hilfreich, um wesentliche Unterschiede zu markieren und zu veranschaulichen (Abb. 21.2). So haben sich folgende Kreisfiguren und ihre Relationen in einem didaktischen Frage-Antwort-Modell als nützlich erwiesen, um in der Lehre das Spektrum von mehr oder weniger *offenen* bis *geschlossenen* Fragen zu verdeutlichen, die in Kombination mit den nachfolgenden Ankerbeispielen abgeglichen werden können.

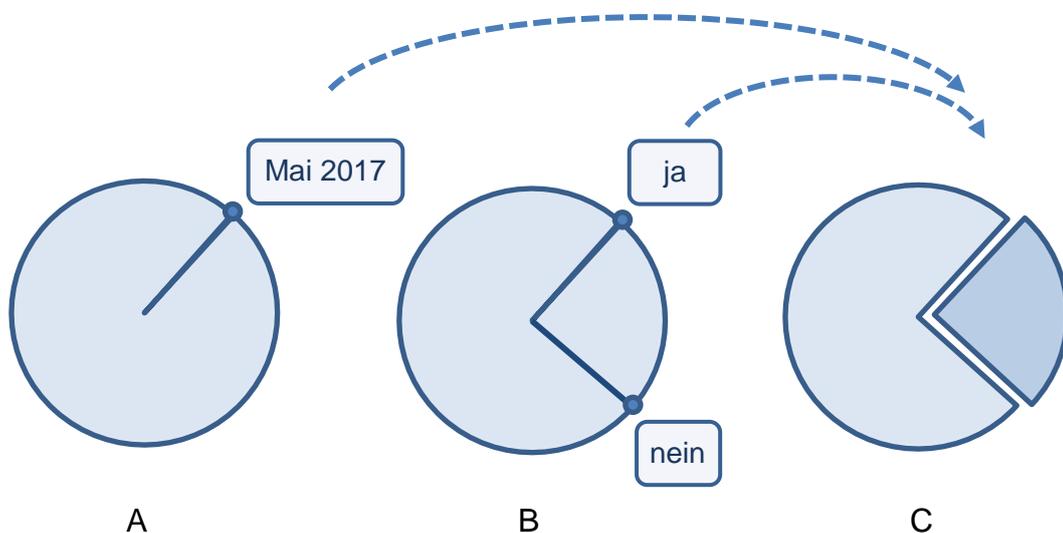


Abb. 21.2: Didaktisches Frage-Antwort-Modell

Bevor wir das Procedere für Lehrzwecke weiter erläutern, ist einem möglichen Missverständnis vorzubeugen: Die didaktische Reduktion soll keineswegs als Versuch gelten, die überaus komplexe Handlungswelt des Fragens in einem Modell mit drei (zweidimensionalen) Kreisdarstellungen und ihren Relationen abzubilden. Vielmehr sollen diese vereinfachenden Darstellungen in der Lehre zum groben Abgleich mit Ankerbeispielen dienen, die nach Möglichkeit im empirischen Kontext von realen Gesprächen zu erörtern sind, in denen die Leistungsfähigkeit von Fragen am besten beurteilt werden kann. So werden die Ankerbeispiele in einer Material- und Arbeitsliste zusammengestellt, die auf Kontexte in Gesprächsquellen verweisen, wo dies sinnvoll ist. Die Beispielliste besteht aus mehreren Teilen, die sich hier unter bestimmten Aspekten über mehrere Unterkapitel dieses und des nachfolgenden Lehr-

21. Details explorieren

buchkapitels erstrecken (§ 20, 21). Diese „Ordnung“ könnte im Unterricht auch aufgehoben und die Beispiele „unsortiert“ präsentiert werden, so dass die vorgeschlagene „Ordnung“ erst noch zu erarbeiten wäre.

Die Nutzungsmöglichkeiten der Ankerbeispiele hängen immer von der Zeit- und Ökonomiefrage im temporeichen Unterricht ab, bei dem sich Fragen über Fragen eben auch zu anderen wichtigen Themen stellen, so dass eine Auswahl zu treffen ist. So können einige der Ankerbeispiele sicher ohne Kontext, andere sollten im Kontext ausführlicher besprochen werden, wozu hier einige Fälle exemplarisch hervorgehoben werden, um das *Procedere* zu veranschaulichen. Es handelt sich um eine Erprobungsliste, mit der so oder so ähnlich auch in der Lehre bzw. Fortbildung Erfahrungen gemacht wurden. Die wenigen aus didaktischen Gründen „konstruierten“ Alternativ-Beispiele werden eigens so ausgewiesen. Die wenigen Quellenangaben beziehen sich auf die Literatur, der sie entlehnt sind, oder zumeist auf unsere Lehrbuchkapitel, wo sie jeweils im (größeren) Kontext als *entwickelte Frage-Antwort-Sequenzen* nachvollzogen werden können. Vereinzelt werden „komplizierte“ Transkripte hier vereinfacht wiedergegeben, um die „Lesbarkeit“ zu erleichtern. Wer dennoch am Original interessiert ist, wie etwa bei der Gesprächsanalyse von Peräkylä (2012) zur *Deutung* in einer psychoanalytischen Therapie (in finnischer Sprache, die dort parallel mit der deutschen Übersetzung mitgeführt wird), muss dann den entsprechenden Quellenhinweisen nachgehen.

Bevor einzelne Beispiele exemplarisch hervorgehoben werden, soll an das allgemeine methodische Problem erinnert werden (§ 9), dass die *Konditionierung* von Kommunikation nicht mit einem *Kommunikationsdeterminismus* zu verwechseln ist. Patienten antworten oft anders und vor allem ergiebig länger, als dies nach dem ärztlichen Frage-Format erwartbar wäre, worauf in der Forschung immer wieder auch mit Beispielen hingewiesen wird (Rehbein 1994, Koerfer et al. 1994, 1996, Stivers, Heritage 2001/2013, Spranz-Fogasy 2005, 2010, Harvey, Koteyko 2013, Spranz-Fogasy, Becker 2015). Die vom Arzt offerierten Rede- und Themen-Gelegenheiten werden von den Patienten nicht immer faktisch so genutzt, wie es vom Arzt intendiert sein mag, unabhängig davon, ob die weitergehende Nutzung des Rederechts, die etwa zu einem narrativen „Surplus“ führen mag (§ 9, 19), dem Arzt nun auch gelegen kommt (oder eben nicht).

Diese Unterschiede sind auch in der Lehre im Kontext zu berücksichtigen, wenn die Beispiele im Einzelnen besprochen werden. Wir

können hier den Fokus exemplarisch nur auf ausgewählte Fälle der Beispielliste zu den verschiedenen Lernzielen des *ärztlichen Fragens* richten, die im Unterricht zu vermitteln wären, und gegebenenfalls auf die mehr oder weniger ausführlichen Gesprächsanalysen zu den entsprechenden Transkriptboxen in den verschiedenen Kapiteln verwiesen. Zudem sei auf Vorarbeiten verwiesen (Koerfer et al. 1994, 1996, 2000, 2008), bei denen über die Gesprächsanalysen hinaus auch didaktische Aspekte ihrer Vermittlung berücksichtigt wurden.

21.2.4 Offene und geschlossene Fragen: Der potenzielle Surplus

Bei der Analyse und Didaktik von ärztlichen Fragen sind gleichermaßen nicht nur ihre Form, sondern auch ihre Inhalte und Funktionen im Kontext zu beachten, in dem auch das alltagsweltliche und individuelle Welt- und Handlungs(vor)wissen der Gesprächspartner gebunden wird. Darüber hinaus können sie nach einer gewissen Anlaufzeit auch immer auf eine gemeinsame Interaktionsgeschichte mit geteiltem Wissen zurückgreifen (§ 20.8-9), um den spezifischen Sinn von Fragen mit ihren Inhaltswörtern (z.B. „jeckig“) (§ 25) zu verstehen.

Im ersten Extremvergleich können zunächst sehr „weite“ von sehr „engen“ Fragen unterschieden werden.³ Die ersten Beispiele zur weiten Gesprächseröffnung (B 21.1-2), bei denen der Frageinhalt eingebettet ist, werden in der Regel als Erzählaufforderungen bzw. Erzähleinladungen zu einem weiten Themenspektrum verstanden und entsprechend genutzt.

³ Statt der traditionellen Unterscheidung von „offenen“ und „geschlossenen“ Fragen unterscheiden wir an dieser Stelle häufiger zwischen „engen“ und „weiten“ Fragen, weil sich dieses Gegensatz-Paar besser graduieren lässt (*enger – weiter*). Auf die in der Forschung (teils sehr detaillierten) Fragen danach, ob es sich bei bestimmten (Typen von) Äußerungen überhaupt noch um Fragen handelt und welche Rolle dabei auch die Verbstellung und die Intonation spielt, können wir hier nur am Rande eingehen und ansonsten erneut auf die vorausgehend schon angemerkte Literatur verweisen.

21. Details explorieren

B 21.1 „erzählen Sie mal n bisschen, was denn los ist“

01 A (...) erzählen Sie mal n bisschen, was denn los ist . und wie wir Ihnen behilflich sein können .

02 P also . im Oktober . ich war . nee . ja . Anfang Oktober . war ich hier im Stift nochmal wegen der Brust . hatten Sie mir damals empfohlen der Dr. (...)

B 21.2 „erzähl sie mir einmal, warum sie jetzt (...)“

01 A also frau pw erzähl sie mir einmal, warum sie jetzt ins spital kommen

02 P weil ich so mit dem herz/ herzscherzen hatte und zufällig * hat mich die frau doctor >Name< nachdem ich bei ihr in behandlung bin (...)

Lalouschek 2005: 60

Mit derart weiten Themenofferten mag der exemplarische Ausschnitt (nach Abb. 21.2: Kreis-Typ C) schon zu klein gewählt sein, weil ja noch (fast) das gesamte Themenspektrum zur Verfügung steht. Auch bei *direkten* Eröffnungsfragen („Was führt Sie zu mir?“ - „Was kann ich für Sie tun?“) können große Themenspielräume belassen bleiben, wobei allerdings schon die *Inhaltswörter* einen Unterschied ausmachen können (§ 19.2). Erneut sei auf das Beispiel aus dem „Verhörgespräch“ verwiesen (§ 19.6), bei dem der Arzt, dem seine Anfangsformulierung „Hauptprobleme“ wohl zu weit schien, sich noch in derselben Äußerung zu „Hauptbeschwerden“ korrigierte, woraufhin das entsprechende Patientenangebot kam („Herzscherzen“), das dann auch zum dominanten *biomedizinischen* Gesprächsthema wurde, ohne dass angesichts der beschriebenen „Trichtertechnik“ des Fragens weitere *psychosoziale* Themen entwickelt werden konnten.

B 21.3 „wo sind Ihre (...) Hauptbeschwerden?“

01 A so Frau A, was führt Sie her? .

02 P also, allgemein jetzt ähm ... [Blick überlegend nach links oben]

03 A wo sind Ihre Hauptprobleme, was/ oder Hauptbeschwerden, weswegen Sie kommen? .

04 P öfters schon mal Herzscherzen, also Stiche in der Herzgend .

Auch in bereits entwickelten Gesprächen lassen sich mehr oder weniger *offene* bzw. *geschlossene* Fragen stellen, die dem Patienten bei aller selektiven Funktion, die durch Inhaltswörter bzw. die Platzierung im Gespräch bestimmt sind, einen unterschiedlich großen Antwortspielraum lassen. Bei den extrem „engen“ Fragen im laufenden Gespräch sind zunächst die klaren Fälle herauszuarbeiten, in denen je nach Inhalt und Frage-Format „einsilbige“ Antworten erwartet und eben auch zumeist gegeben werden. Wer als Arzt mit einer (extrem engen) W-Frage nach dem Geburtsdatum („Wann sind Sie geboren?“) fragt, kann das ungefähre Alter vielleicht schon von der äußeren Wahrnehmung her abschätzen, erwartet aber (entsprechend Abb. 21.2: Kreis-Typ A) eine kurze und sehr spezifische Antwort.

Hierher gehören auch alle Typen von W-Fragen (bzw. Ergänzungsfragen), die von Redder (1994: 181) als „bürokratische Interviewfragen“ zusammengefasst werden, wozu etwa auch die Frage: „Wer ist ihr Hausarzt?“ zählt, die schon gleich zu Gesprächsbeginn einer *stationären Anamnese* als Teil einer „Reihe“ von Fragen gestellt wird, wie die Ärztin selbst ihre Aktivitäten charakterisiert (B 21.4). In diese „Reihe“ fügen sich dann auch noch die spezifischen Wort- bzw. Entscheidungsfragen nach dem Vornamen und der Straße des Hausarztes sowie dann nach dem Familienstand („Sie sind verheiratet, verwitwet?“) sowie nach Kindern, dem Beruf und einem kurzen thematischen Exkurs zum Herkunftsort der Patientin an usw., bevor dann das „eigentliche“ Anamnesegespräch beginnt, das wiederum mit einer Frage zur Medikation eingeleitet wird.

B 21.4 „Darf ich jetzt so a bissele der Reihe nach fragen?“

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | Ä | Frau Bittl, gell? |
| 02 | P | Hm |
| 03 | Ä | Darf ich daher? |
| 04 | P | Ja, ja, (bitt) schön |
| 05 | Ä | (Bissl aufschreiben! Prima. Darf ich jetzt so a bissele der Reihe nach fragen? . Wer ist . Ihr Hausarzt? |

Redder 1994: 179

Gleichwohl ist auch bei derartigen („bürokratischen“) Fragen nach „biographischen“ Daten zugleich mit einem „Surplus“ zu rechnen, weil halt die Welt de facto komplexer ist, als dies mit den entsprechenden Fragen

21. Details explorieren

nach diesen Formaldaten gemeinhin unterstellt und auch wohl von den Ärzten oft so präferiert wird. Dennoch werden weitergehende Informationen, die Patienten im Anschluss an die mehr oder weniger „engen“ Fragen anbieten, oft toleriert und honoriert und zum Anlass für weitere Fragen genommen, die wiederum mit einem „Surplus“ an Informationen beantwortet werden usw. Wegen der Vergleichsmöglichkeiten soll der kommunikative Umgang mit diesem informativen „Surplus“ zunächst an einer konstruierten Alternative zum realen Gesprächsablauf und dann an weiteren empirischen Beispielen aufgezeigt werden. Darüber hinaus werden empirische Fälle zu differenzieren sein, in denen die Patienten offenbar gegen die ärztliche Erwartung in ihrem Antwortverhalten nur sehr „sparsam“ bis „defizitär“ sind, wodurch dem Arzt weitere Nachfragen abverlangt werden. Hier werden also Formen der *minimalen* und *maximalen* Kooperation zu unterscheiden sein, bei denen Patienten eher „zurückhaltend“ oder eher „vorausgehend“ reagieren.

Der Surplus nach ärztlichen Fragen

Zwar werden auch beim folgenden Beispiel (B 21.5), das dem Modellgespräch von Morgan und Engel (1977) entnommen ist, die ärztlichen Fragen und Nachfragen nach dem Wohnort der Patientin und ihrer Familie faktisch „einsilbig“ beantwortet (nach Abb. 21.2: Kreis-Typ A-B). Aber hier könnten auch andere, längere (als die offenbar schon vom Arzt erwarteten) Antworten möglich sein, wenn die Fragen etwa von der Patientin verneint oder modifizierend („nicht immer“, „nicht alle“) beantwortet würde, weil die Patientin und verschiedene Familienmitglieder „damals“ an mehreren Orten „gelebt“ hätten oder mehrmals umgezogen wären usw., was hier am alternativ *konstruierten* Gesprächsablauf (B 21.6: 06) deutlich wird.

B 21.5 „Wo lebten Sie damals?“

- | | | |
|----|---|--------------------------------|
| 01 | A | Mhm. Wo lebten Sie damals? |
| 02 | P | In G. |
| 03 | A | Sie sind immer in G. gewesen? |
| 04 | P | Ja. |
| 05 | A | Und Ihre Familie kommt aus G.? |
| 06 | P | Mhm. Mhm. |

Morgan, Engel 1977: 252

B 21.6 (Konstruierte) alternative Antwort: „Ursprünglich ... aber“

04 P Ja.

05 A Und Ihre Familie kommt aus G.?

06 P Ursprünglich auch aus G. aber dann wurden wir in alle Richtungen verstreut, so dass es heute schwierig ist, Kontakt zu halten. das ist sehr bedauerlich, weil ich eine besonders gute Beziehung zu X hatte, die mir immer beigestanden hat (...) das vermisse ich sehr, weil (...)

Mit der (hier aus didaktischen Gründen konstruierten) alternativen Gesprächsfortsetzung der Patientin kämen bereits die ebenso alternativen Themenentwicklungen ins Spiel, die sich bis zu kleinen Erzählungen (nach Kreis-Typ C) auswachsen könnten, bei denen die Anlässe, Motive, Hürden, Probleme, Lösungen usw. etwa bei permanentem Wohnortwechsel und den damit verbundenen Lebensumständen ausführlich „zur Sprache gebracht“ würden. So werden die Weichenstellungen für Themenentwicklungen zwar wesentlich durch den Fragenden, aber eben auch durch den Antwortenden vorgenommen, dessen informativer „Surplus“ (Box 21.3) vom fragenden Arzt kaum antizipiert werden kann, wie auch dies sogleich noch an empirischen Beispielen deutlich wird.

Box 21.3 Informativer „Surplus“ nach ärztlichen Fragen

Der Patient (gibt) im Anschluß an die Arzt-Fragen jeweils weitergehende Informationen, die als *ungefragte* Informationen eben nicht mehr den Handlungscharakter von *Antworten* auf Fragen haben, sondern relativ selbstständige *Mitteilungen* darstellen, die nur noch als durch die vorausgegangenen Arzt-Äußerungen schwach konditioniert gelten können. Die jeweiligen Patientenbeiträge (...) sind in dieser Form nicht obligatorisch, sondern fakultativ, d.h. der Patient hätte mit guten Gründen noch eine ganz andere Art von Diskursfortsetzung als die faktische wählen können, für die mit der jeweiligen Arzt-Intervention allerdings eine günstige Platzierungsbedingung geschaffen ist.

Koerfer et al. 1996: 119

Die „Chancen“ auf einen informativen „Surplus“ eröffnen sich schon bei einfachen W-Fragen nach dem Beginn der Beschwerden, die eben nicht nur mit einer bloßen Zeitangabe (nach Kreis-Typ A) (Jahr, Monat usw.)

21. Details explorieren

beantwortet werden, sondern mit minimalen Informationsergänzungen verknüpft werden können. So geschieht dies selbst im „Verhörgespräch“ (§ 19.6), in dem die Patientin den Beginn ihrer „Herzschmerzen“ nach der entsprechenden Arzt-Frage (B 21.7) in den Zusammenhang mit einer Mandel-OP stellte, was dann wieder zu einer weiteren ärztlichen Informationsfrage (nach einer möglichen „Besserung“) führte.

B 21.7		„seit wann ...“ – „ist es danach ...“
01	A	seit wann haben Sie diese Stiche? ... [3] ... [kratzt sich an Schulter]
02	P	schon etwas länger, also 2001 war es ganz schlimm, und da hab ich denn auch die Mandeln entfernt bekommen .
03	A	ja .
04	P	das war beim Dr. Müller noch . [+]
05	A	ist es danach besser geworden? .
06	P	ja da war's dann wieder besser, und dann ist es wieder also aufgetreten jetzt, vor kurzem .

Ebenso wie die *W-Frage* („seit wann ...?“) nicht nur mit einer zeitlichen Angabe beantwortet wird (Abb. 21.2: Kreis A), so wird eben auch die *Entscheidungsfrage* des Arztes („ist es danach besser geworden?“) nicht nur mit „Ja“ oder „Nein“ (Kreis B), sondern mit einem informativen „Surplus“ beantwortet, der wiederum neue Arzt-Fragen zum erweiterten Thema (in Richtung Kreis C) auslöst (§ 19.6). Dass ein solcher Surplus, wenn er denn auch minimal ist, keine Selbstverständlichkeit ist, beklagen Ärzte gelegentlich in der Fortbildung, wenn sie berichten, dass sie manchen Patienten „alles aus der Nase ziehen“ müssen, „weil sie von sich aus nichts sagen“, wofür schon Beispiele gegeben wurden und weitere nachgetragen werden sollen. Wie schon vorausgehend herausgearbeitet wurde (§ 9, 17, 19), kann das „sparsame“ Antwortverhalten von Patienten eben auch (wenn auch nicht immer) bereits das Ergebnis einer *Konditionierung* durch des Frageverhalten des Arztes sein, das sich in einem *interrogativen* Gesprächsstil verfestigt hat, dem beide Partner nicht mehr „entrinnen“ können.

Dagegen nahm eine Patientin in einem anderen Gespräch, das sich bereits durch eine narrative Qualität auszeichnete, die ärztliche Entscheidungsfrage nach dem zeitlichen Zusammenfall zwischen ihrer Schwindelsymptomatik und der Erkrankung ihrer Tochter nicht nur zum Anlass einer Bejahung („ja, ich glaube ja“) (B 21.8), sondern für die

Platzierung einer dramatischen Erzählung (§ 19.7), die in der Evaluation einer Erschöpfung („bis es nicht mehr ging, ne?“) mündete.

B 21.8 „Dieser Schwindel, ging der denn los, als ...“

- 01 A dieser Schwindel, ging der . denn los, als Sie diese Diagnose [=Tochter hat MS] erfahren haben? .
- 02 P ja, ich glaube, ja . da war mir mal nachts im Kopf was, äh . ich hab das meinem Mann nie gesagt, einmal nachts im Kopf war mir das ganz komisch im Kopf, todschlecht . ich wurde wach . denk ich: „ohje, ohje, was ist denn jetzt los?“. da is et mir mal richtig übel nachts im Bett geworden . da bin ich gegen angegangen, hab immer alles gemacht bei ihr zu Hause, bisschen halt den Haushalt versorgt, bi:s/bis es nicht mehr ging, ne .

In diesen Fällen, bei denen die Fragen schon aufgrund ihres inhaltlich Gehalts eine spezifisch „Anbahnung“ von Themen „begünstigen“, nehmen die Patienten eigeninitiativ eine Erweiterung vom engen Themenfokus (Kreis-Typ A bzw. B) zu einem weiten Themenfokus vor (Kreis-Typ C), der mit seinem informativen bzw. narrativen „Surplus“ über die entsprechenden Arztfragen weit hinausgehen kann. Relativ unabhängig von den arztseitig ausgedrückten Präferenzen können Patienten so „antworten“, als hätte ihnen der Arzt eine entsprechend weite Frage gestellt, d.h. sie unterstellen (ob nun zu Recht oder nicht) sein Interesse an dieser Information. Mit dieser Art von „vorausseilender“ *Kooperation*, die einem antizipierten Gesamtinteresse des Fragenden entgegenkommt (Koerfer 2013: 97ff), nehmen die Patienten hypothetisch eine *Relevanzhochstufung* vor, die unter vielfältigen Aspekten zu einer weiteren *Relevanzaushandlung* (§ 7.5, 17.4, 19.4, 20.4) zwischen den Gesprächspartnern führen kann.

Der *Surplus* erstreckt sich von kleineren bis eben größeren Kommunikationseinheiten wie den Erzählungen, die von den Patienten mit und ohne explizite Erzähleinladungen gegeben werden, wobei die Platzierungsbedingungen mehr oder weniger „opportun“ sein können. Mitunter können die „Zusatzinformationen“ der Patienten auch sehr kurz, aber gleich wohl bedeutsam sein, wie im folgenden Beispiel (B 21.9), das wir schon unter dem Aspekt der *empathischen* Kommunikation angeführt hatten.

B 21.9 „Kinder?“ – „leider keine Kinder“

- 01 A sind Sie verheiratet? .
 02 P ja .
 03 A Kinder? .
 04 P leider keine Kinder .
 05 A hm . Ehe gut? .
 06 P bin jetzt schon 20 Jahre verheiratet (...)

Unter dem Aspekt der „defizitären“ empathischen Kommunikation hatten wir schon ausgeführt (§ 20.4.4), dass der Arzt die Zusatzinformation, die in dem kurzen Ausdruck des Bedauerns („leider“) kondensiert vermittelt wird, hätte aufgreifen müssen, anstatt das Themenpotential mit einer *suggestiven, elliptischen Fragetechnik* („Ehe gut?“) auf das normative Erwartungsformat einer „guten Ehe“ zu nivellieren. Statt mit einfachen Formen des aktiven Zuhörens („Sie sagen, leider?“) das von Patienten offerierte Themenpotential („Bedauerte Kinderlosigkeit“) zu nutzen, wird die Chance endgültig „verschenkt“, wenn der Arzt dann anschließend nach dem Beruf der Ehefrau fragt.

Nachfragen bei minimaler Kooperation

Unabhängig vom *Surplus-Potential* von Arzt-Fragen haben diese eine spezifisch dialogische Funktion, mit der dem Befragten bestimmte minimale Antwort-*Obligationen* auferlegt werden, wie sie auch in der Alltagskommunikation gelten. Werden bestimmte (Typen von) Entscheidungsfragen (*Ja/Nein*) in einer bestimmten (positiven) Richtung beantwortet, übernimmt der Antwortende häufig bestimmte Obligationen für ausführliche Antworten. So dürfen wir bei der Alltagsfrage („Können Sie mir den Weg zum Bahnhof sagen?“) im positiven Fall mehr als ein bloßes „Ja“ erwarten, sondern können ohne weiteres Bitten mit einer Wegbeschreibung des Befragten rechnen. Entsprechend kann der Arzt im Falle der Bejahung seiner typischen Arztfrage nach dem Alkoholkonsum („Alcohol use?“) (B 21.10) mehr als ein bloßes „Ja“ erwarten – selbst wenn er dann wie im vorliegenden Fall wegen der vagen Antwort (P: „Hm:: moderate I’d say“) erneut nachfragen muss („Can you define that“). Dabei soll hier nur angemerkt werden, dass das Lachen offenbar

ein (An-)Zeichen dafür zu sein scheint, dass es sich selbst für den professionellen Frager um ein „heikles“ Thema handelt.

B 21.10 „Alcohol use?“ – „Hm:: moderate I’d say“

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | D | Alcohol use? (1.0) |
| 02 | P | Hm:: moderate I’d say. (0.2) |
| 03 | D | Can you define that, hhhehh (laughing outbreath) |

Boyd, Heritage 2006: 174

In diesen Fällen gehört es auch schon zum in der ärztlichen Sprechstunde sozialisierten Alltagswissen von Patienten, dass die ärztliche Frage nach dem *Alkoholkonsum*, wenn sie nicht klar verneint wird, mehr als eine bloße Bejahung verlangt. Dies gilt ähnlich auch schon für die folgende Frage nach dem „Ehestand“, der ja im Allgemeinen als „unverfänglich“ angesehen werden kann. Dass hier auch ein respondierendes Patientenverhalten gegen die ärztlichen Erwartungen gerichtet sein kann, soll ebenfalls an einem (vereinfacht wiedergegebenen) Beispiel (B 21.11) von Boyd und Heritage (2006) illustriert werden, deren unmittelbarer Kommentar (Box 21.4) zu diesem Beispiel hier gleich ergänzt werden soll.

B 21.11 „Are you married“ – „No“

- | | | |
|----|---|--------------------------------|
| 01 | D | Are you married? (.) |
| 02 | P | No. (.) |
| 03 | D | You’ re divorced (currently??) |
| 04 | P | Mm, hm, |

Boyd, Heritage 2006: 172

Box 21.4 Kommunikation bei Mangel an kooperativem Response

The patient’s unelaborated “no” response is less than cooperative in relation to the objective of the question. And the physician is left with the possibility that the woman is single, divorced, or separated. His follow-up question nominates a likely, and relatively “best case,” alternative and is, once again, designed for “yes” answer, which it receives, in fully preferred fashion.

Boyd, Heritage 2006: 172

21. Details explorieren

Dass Fragen nach dem Ehe- bzw. Familienstand den Befragten (wie den Fragenden) (unnötig) in Verlegenheit bringen können, lässt sich schnell daran erkennen, dass man etwa „jugendlichen“ Patienten schon von vornherein vor solcherart *Entscheidungsfragen* mit diesem Inhalt („Sind sie verheiratet?“) „verschont“, weil sie eine unangemessene Erwartung ausdrücken würden. Aber auch gegengenüber erwachsenen Patienten sollten solche Fragen mit Vorsicht gestellt werden und schon gar nicht in suggestiver Form, die eine präferierte Antwort besonders stark zu erkennen gibt („Sie sind verheiratet?“) (B. 21.17), worauf wir noch zurückkommen. Fragen nach dem Familienstand sind zumindest in der Form einer „echten“ Entscheidungsfrage (mit Verb-Erststellung: „Sind Sie ...“) zu stellen und sollten möglichst auch in der Wortwahl den „heutigen“ Zeiten „angepasst“ werden, in dem etwa nach *Partnerschaften, Beziehungen, Freundschaften* usw. gefragt wird.

Dennoch bleibt das „reservierte“ Antwortverhalten von Patienten ein Problem, dem in der Kommunikation eine besondere Aufmerksamkeit gelten sollte. In der Regel verlangen *Ja*-Antworten auf Entscheidungsfragen (dieses Typs) bereits einen informativen „Surplus“ (in Richtung auf Kreis-Typ C aus Abb. 21.2), dessen Ausbleiben bedeutsam sein kann. So mag es zunächst überraschen, dass der Patient die Arztfrage (B 21.12: „Sind Sie sonst in Behandlung?“) lediglich bejaht mit anschließendem Schweigen, so dass der Arzt mit einer spezifischen *Warum*-Frage eigens nachfragen muss, durch die das Gespräch eine erweiterte Themenentwicklung mit einem größeren Themenfokus (nach Kreis-Typ C) nimmt.

B 21.12 „Sind Sie sonst in Behandlung?“ – „ja“

01	A	sind Sie sonst in Behandlung?
02	P	ja ...
03	A	weshalb? .
04	P	ich war (...)

Im Nachhinein erklärt sich das zögerliche Antwortverhalten „aus guten Gründen“, von denen sich der Patient zunächst leiten ließ: Wie der Fortgang des Gesprächs deutlich macht, wollte der Patient offensichtlich ungern auf ein aus seiner Sicht „heikles“ Thema angesprochen werden, wozu er dann aber ausführlich bereit war. Obwohl Fragen nach einer anderweitigen Behandlung auch immer „heikel“ sein können, ge-

hören sie doch zum ärztlichen Routinehandeln, das zur Vervollständigung der Anamnese (§ 21.6) beitragen soll.

Exploration emotionalen Erlebens

Bestimmte Fragen bleiben allein schon wegen ihres Inhalts riskant, wenn etwa mögliche *Emotionen* zum Thema gemacht werden. Natürlich ist die Frage der Ärztin (B 21.13: „Haben Sie ein bisschen Angst und Sorge?“), die ohnehin abgeschwächt („bisschen“) formuliert wird, eine Entscheidungsfrage, die prinzipiell – zudem noch mit Entrüstung („Ich doch nicht!“) – verneint werden könnte. Aber ihre Funktion als passende Themenofferte für einen relativ weiten Themenfokus (nach Kreis-Typ C) wird vom Patienten in diesem Kontext ebenso deutlich verstanden und auch de facto angenommen.

B 21.13 „haben Sie ein bisschen Angst und Sorge?“

- 01 P ich fühl mich immer so n bisschen- [stößt Luft aus, Mimik und Gestik der Hilflosigkeit] .
- 02 A haben Sie ein bisschen Angst . und Sorge? .
- 03 P ja auch . [lächelt verlegen]
- 04 A hm .
- 05 P auch . [lächelt] mein Vater war/meine Opa ist an Krebs gestorben . mein Oma is an Magenkrebs gestorben . mein Vater Herzinfarkt . mit 62 schon weg . bei uns inne Familie sind alle schon früh verstorben . und das spielt auch . auch ne Rolle (...)

Die faktische Reaktion des Patienten ist ein gutes Beispiel für die hohe Passgenauigkeit von ärztlichen Fragen zur Klärung von Emotionen (§ 20.6-9). Auch wenn der Patient zunächst zögerlich antwortet („ja auch“), nutzt er die ärztliche Frage schließlich für eine Reihung dramatischer Ereignisse und Erlebnisse aus dem Familienumfeld (§ 20.7), die seine „Angst und Sorge“ für sein eigenes Leben verständlich werden lassen.

Während in diesem Fall eine einzige Frage zur Klärung von Emotionen bereits zu einer erheblichen Themenerweiterung beigetragen hat, so ist in anderen Fällen ein größerer ärztlicher Kommunikationsaufwand des Fragens und Nachfragens nötig. Potentielle Themen zum emotionalen Erleben werden oft erst durch die Kombination von insistierenden Fragen des Arztes erschlossen, wozu vorausgehend viele Beispiele zur Entwicklung etwa von Patientenerzählungen gegeben wurden, die ganze

21. Details explorieren

Kaskaden von Fragen erforderten, bevor die Patienten in einen Erzählfluss kommen konnten (§ 19.8, 20.8, 20.9). Wir erinnern exemplarisch an die mühevoll dialogische „Kleinarbeit“ der Arztes (§ 20.9), mit der er seinem Patienten gleichermaßen mit der Kombination von Entscheidungsfragen bzw. W-Fragen die entsprechenden Themen zum emotionalen Erleben der *Mutter-Kind-Beziehung* erst allmählich „entlocken“ kann, worauf wir sogleich zurückkommen.

Im jeweils gegebenen Kontext macht es wenig Sinn, unter dem spezifischen Aspekt der *Offenheit* versus *Geschlossenheit* von Fragen einen *grundsätzlichen* Unterschied zwischen *W-Fragen* und *Entscheidungsfragen* zu machen. Wie wir gleich noch sehen werden, können bestimmte Entscheidungsfragen bei vergleichbaren Inhalten „offener“ sein als ihre W-Fragen-Geschwister (§ 21.2.5). Zuvor sei das selektive und produktive Zusammenspiel dieser Fragetypen nochmals an der ausführlich analysierten Gesprächsphase illustriert, in der die beiden Gesprächspartner ein neues Thema auszuhandeln beginnen, nachdem der Arzt das alte Thema abgeschlossen und mit der *Entscheidungsfrage* („Gibt’s noch andere Veränderungen?“) die „Themenkarten“ neu „gemischt“ hatte (in Richtung Kreis C von Abb. 21.2). Wir geben diese Themenaushandlungsphase hier mit Fokus auf die Arzt-Fragen gekürzt wieder (B 21.14a) und verweisen auf den größeren Kontext (§ 20.9), in dem die Entwicklung einer *Empathie-in-Interaktion* analysiert wurde.

B 21.14a Themenaushandlung

- 01 A jetzt haben wir also über eine Veränderung gesprochen . gibt’s noch andere Veränderungen? .
(...)
- 07 A 10 Jahre her das mit der Mutter . und wie war des für Sie? .
(...)
- 10 P isch hatte nischt so nen gutes Verhältnis mit meiner Mutter .
- 11 A nicht so’n gutes Verhältnis? (4) wie war des, [leiser] das Verhältnis? (4)
- 12 P ja . das war immer irgend- eh isch hatte immer Spannungen mit meiner Mutter, ne ...
- 13 A haben Sie sich als Kind nicht gut versorgt gefühlt? (4)
- 14 P so kann man das vielleicht sagen, ne .
- 15 A hm, hm (6) in welcher [leiser] Hinsicht? ...
(...)
- 19 P und waren Sie da immer benachteiligt [leiser] () .

Im Wechsel von *Wortfragen* (07, 11, 15) und *Entscheidungsfragen* (01, 13, 19) sind es vor allem die *Inhaltswörter* („andere Veränderungen“, „sich nicht gut versorgt fühlen“, „benachteiligt sein“ usw.) der Fragen, durch die zugleich mit ihrer Platzierung im Gespräch eine *Lenkungs-funktion* wahrgenommen wird, wenn der Arzt etwa im direkten Anschluss an die vorausgegangenen Patientenäußerung jeweils fragt: „Wie war des, das Verhältnis?“ oder: „In welcher Hinsicht?“, wobei die letzte, elliptisch formulierte Frage im Kontext vollständig so verstanden und paraphrasiert werden kann: ‚Ich welcher Hinsicht haben Sie sich nicht gut versorgt gefühlt?‘ Dabei war die Akzeptanz des vorausgehenden Frageinhalts durch den Patienten („so kann man das vielleicht sagen, ne“) schon hinreichend klar geworden, so dass es jetzt nur um die weitere *Elaboration* geht.

In der Kombination dieser Arzt-Fragen, die den Reaktionsdruck auf den Patienten zunehmend erhöhen, nimmt das Gespräch schließlich eine Themenwende, in der dem Patienten zu einem bestimmten Themenkomplex („Mutter-Kind-Beziehung“) ein relativ weiter Themenfokus (Abb. 21.2: Kreis-Typ C) zur Verfügung steht, den er dann auch für seine Erzählungen aus der Kindheit zur konkreten Selbstexploration nutzt (§ 20.9). Bei der weiteren Versprachlichung seiner Emotionen zum Erleben seiner Kindheit wird der Patient wiederum vom Arzt aktiv unterstützt, bis hin zu einer spezifischen *Deutung* (§ 20.9.5), auf die wir nochmals gesondert zurückkommen werden (§ 21.3.4). An dieser Stelle soll das Gespräch vorerst so resümiert werden: Mit der Kombination von (Typen von) ärztlichen Interventionen wurden nicht nur *Themenofferten* gemacht, die der Patient ohne Weiteres ausschlagen könnte und die er zunächst auch „reserviert“ annimmt, sondern auch *Handlungsb- obligationen* eingeführt, durch die der Patient zunehmend in den Zugzwang zur weiteren *Elaboration* der fraglichen Themen gerät, an deren Weiterentwicklung dann wiederum beide Gesprächspartner in der interpretativen Gesprächsarbeit kooperativ beteiligt waren.

21.2.5 Explorations- und Explanationsfragen

Die *Kombination* von *Entscheidungsfragen* und *Wortfragen* ist eine komplexe Angelegenheit, die uns noch öfter begegnen wird. Dabei spielt immer auch eine Rolle, wie sich die Wahl zwischen diesen beiden Fragetypen an einer bestimmten Gesprächsstelle überhaupt begründen lässt,

21. Details explorieren

wenn es um weitere *Detailexplorationen* geht (§ 21.4-6). Dass die Präferenz einer Entscheidungsfrage gegenüber einer W-Frage oftmals gerechtfertigt ist und die W-Frage deplatziert wäre, kann mehrere gute Gründe haben, wobei sich „handlungslogische“ und „psychologische“ Aspekte unterscheiden lassen, die allerdings oft zusammenwirken.

Handlungslogische und psychologische Aspekte des Fragens

Der Zusammenhang wird mit dem bekannten Witz von dem Richter augenfällig, der den Angeklagten unumwunden fragt: „Wie oft in der Woche schlagen Sie Ihre Frau?“, wobei dann der so Befragte empört antworten muss: „Hören Sie mal, gar nicht!“ Der Befragte muss also eine *Präsupposition* zurückweisen, die der Fragende mit seiner Frage bereits (*mitbehauptend*) gemacht hat. Um die „peinlichen“ oder auch nur unnötigen „Verstrickungen“ zu vermeiden, sollte eine bestimmte Reihenfolge in der Nutzung von Fragetypen auch in der ärztlichen Sprechstunde eingehalten werden, wie sie sich etwa bei folgenden Paaren ergibt.

- Rauchen Sie?
- Wie viel rauchen Sie?
- Waren Sie deswegen schon mal in Behandlung?
- Wo waren Sie deswegen schon mal in Behandlung?
- Nehmen Sie Medikamente?
- Welche Medikamente nehmen Sie?

Es liegt auf der Hand, dass es sinnvoll ist, zunächst jeweils die ersten und dann die zweiten Fragen zu stellen, also mit einer Entscheidungsfrage zu beginnen, an die sich W-Fragen anschließen können, wenn der Patient nicht die Eigeninitiative für weitergehende Informationen (*Surplus*) ergreift, nachdem er die entsprechende Entscheidungsfrage bejaht hat (Abb. 21.2: Kreis B). Obwohl also in vielen Fällen das Voraussetzungs-Folgeverhältnis von Fragetypen relativ klar zu sein scheint, gibt es in Abhängigkeit von Frageinhalten dennoch Problemfälle, bei denen die Reihenfolge auch anders entschieden werden könnte oder sollte, wie etwa bei bestimmten Arten von Fragen zur Sexualität:

- Haben Sie (schon) Sex (Sexualkontakte)?
- Wie sieht's mit (der) Sexualität aus?

- Haben Sie Geschlechtsverkehr mit einem oder mit wechselnden Partnern?
- Mit wie vielen Partnern haben Sie (zurzeit) Geschlechtsverkehr?

Explorationsfragen zur Sexualität gelten als „heikle“ Angelegenheit, die eine vorsichtige Annäherung verlangt (§ 21.6). Auch hier gibt es sicher keine Patentrezepte, aber doch eine personen-, kultur- und altersspezifische Variation auch beim Gebrauch der entsprechenden Fragetypen. Die Entscheidungsfrage („Haben Sie (schon) Sex?“) mag gegenüber jugendlichen Patienten ebenso angemessen sein wie sie gegenüber erwachsenen Patienten unangemessen sein kann. Was die *psychologische* Seite des Fragens betrifft, wäre die Wortfrage bei erwachsenen Patienten im Verhältnis zur Entscheidungsfrage wohl weniger „kompromittierend“, nicht zuletzt wegen gewisser Wahrscheinlichkeits- und Normalitätserwartungen. Wenn schon die letzten beiden Fragen notwendig werden, dann ist sicher die Entscheidungsfrage vor der Wortfrage zu stellen, die erst dann unvermeidlich werden kann, wenn die Entscheidungsfrage bei minimaler Kooperation nur mit „ja“ beantwortet wurde

Da wir auf das Problem des Umgangs mit *heiklen* Themen noch gesondert eingehen werden (§ 21.6), soll der Fokus hier auf *Explorationsfragen* zu den *subjektiven Vorstellungen* von Patienten gelenkt werden, die sich als spezifische *Explanationsfragen* charakterisieren lassen, bei denen ebenfalls Entscheidungsfragen gegenüber W-Fragen präferiert werden sollten. Wer als Arzt seine Patienten nach möglichen *Erklärungen* für ihre Erkrankung fragt, sollte es wiederum primär aus *psychologischen* Gründen vermeiden, die Befragten in eine besondere *Erklärungsnot* zu bringen. Patienten haben oft keine Erklärungen oder trauen sich nicht, mit ihnen „herauszurücken“ – aus welchen Gründen auch immer (Scham, Irrelevanz usw.). Deswegen sollte der Arzt auch bei spezifischen Explanationsfragen Vorsicht walten lassen, wenn er Fragen der folgenden Art stellt:

- Haben Sie eine Erklärung dafür?
- Welche Erklärung haben Sie dafür?
- Warum ist das (Ihrer Meinung nach) so?

Auch hier liegt es auf der Hand, dass sich die Entscheidungsfrage leichter verneinen lässt, als die mit der Wortfrage verbundene Präsupposition zurückgewiesen werden kann, zumal wenn der Mangel an einer Erklärung als *Bloßstellung* erlebt werden sollte. So käme zu der *Erklä-*

21. Details explorieren

rungsnot zusätzlich der *Entschuldigungszwang*, wenn Patienten mit dem Ausdruck des *Bedauerns* antworten müssten: „Das weiß ich leider auch nicht“ oder expliziter „Es tut mir Leid, ich hab keine Erklärung“. Hier wäre der Handlungsdruck und Entschuldigungszwang bei einer entsprechenden Entscheidungsfrage zweifellos schwächer. Dieser Typ kann als *bedingte Explanationsfrage* gekennzeichnet werden (Box 21.5), bei der der Arzt mit der Form der Entscheidungsfrage trotz aller Präferenzen für die *Ja*-Option dennoch die *Nein*-Option auch für den Patienten erkennbar ins Kalkül nimmt.

Box 21.5 Bedingte Explanationsfrage

Für diesen Typ ist als charakteristisch herauszuarbeiten, daß die „eigentliche“ Explanationsfrage in eine Entscheidungsfrage eingebettet ist, womit im Vergleich zu direkten Realisierungsformen (z.B. mit: „Warum ist das Ihrer Meinung nach so?“) offensichtlich ein geringerer Erklärungsdruck ausgeübt werden soll. Während mit einer Frage vom Typ „Welche Erklärung haben Sie für ...“ oder „Warum ist das Ihrer Meinung nach so?“ bereits präsupponiert wird, daß der Befragte eine Erklärung hat, wird eben dies mit der Entscheidungsfrage offen gelassen. Die Entscheidungsfrage erleichtert somit eine negative Antwort. Die Möglichkeit eines patientenseitigen Nichtwissens liegt noch im ausgedrückten Erwartungsbereich der Arztfrage, mit anderen Worten: Eine vom Arzt ausgedrückte Erwartung muß nicht eigens enttäuscht werden.

Koerfer et al. 1996: 122f

Diese Grundstruktur der *bedingten Explanationsfrage*, die eine *echte Ja/Nein*-Option (nach Kreis B von Abb. 21.2) gleichermaßen offen hält, soll an einem kurzen Beispiel verdeutlicht werden, das unter dem Aspekt der subjektiven Krankheitstheorien von Patienten auch für die Lehre besonders geeignet ist (§ 21.5). Hier soll es lediglich um die Form und Funktion der Arztfrage gehen, die von der Patientin zunächst zögerlich und dann doch ausführlich mit dem Versuch einer Erklärung beantwortet wird (B 21.14b). Die Patientin hatte zu Beginn des Gesprächs von herzbezogenen Beschwerden verbunden mit „Angstzuständen“ gesprochen und beiläufig ihren „niedrigen“ Blutdruck erwähnt, der auch jetzt thematisch wieder aufgenommen wird. Die Frage des Arztes schließt zwar direkt an die Mitteilung der aktuell „nicht berauschenden“ Messergebnisse an, bezieht sich aber auf ihre gesamte Krisensituation, wie aus den weiteren thematischen Einlassungen der Patientin erhellt,

die hier nur im ersten Teil und später ausführlicher wiedergegeben werden sollen, wenn deutlich wird, was denn alles von der Patientin zu „verarbeiten“ war, wie sie es selbst ausdrückt.

B 21.14b „haben Sie eine Erklärung, warum ...“

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | A | haben Sie eine Erklärung, warum das jetzt so ist? . |
| 02 | P | ich weiß nicht, manchmal bilde ich mir ein, dass ich irgendwo/dass das so mehr vom .. (2) .. vom Seelischen herkommt als vom Körperlichen . weil (...) |

Wie häufig bei Antworten auf ärztliche Explorationsfragen beginnt die Patientin auch hier mit einer *Relativierung*, die mit der Bekundung des *Nichtwissens* bzw. ihrer *Unsicherheit* („ich weiß nicht“) beginnt, um dann die *Subjektivität* zu betonen („manchmal bilde ich mir ein“), bevor sie mit Selbstkorrekturen und Verzögerungen zur „eigentlichen“ Erklärung ansetzt, in der sie dann nach einer weiteren Arzt-Frage konkret „Ärger in der Familie“ und eine „Fehlgeburt“ anführt, worauf wir noch zurückkommen werden (§ 21.5.3). Für die *Frage-Antwort-Struktur* dieser Gesprächssequenz ist insgesamt festzuhalten, dass sich der Typ der *bedingten Explanationsfrage*, die in eine Entscheidungsfrage eingebettet ist, aufgrund ihrer spezifischen Präsuppositionsstruktur als weniger restriktiv erweisen kann als die entsprechende direkte Wortfrage („Warum ist das so?“). Wenn man an der traditionellen Unterscheidung zwischen *offenen* und *geschlossenen* Fragen festhalten will, ist in solchen Fällen die Entscheidungsfrage „offener“ als die Wortfrage, mit der die Option zwischen alternativen Wissens- bzw. Themenbereichen schon „geschlossen“ scheint. Mit der Entscheidungsfrage wird vom Fragenden erst noch geprüft, was er mit der Wortfrage offenbar schon als entschieden unterstellt wird.

Flexibles Fragen

In einer Zwischenbetrachtung soll die *Entscheidungsfrage*, die oft undifferenziert als „geschlossene“ Frage verpönt wird, hier „rehabilitiert“ werden. Analog zu den vorausgegangenen Beispielen können Entscheidungsfragen im Verhältnis zu Wortfragen (gleichen Inhalts) die „besseren“ Alternativen sein, die gegebenenfalls einen geringeren *Handlungs- und Entschuldigungsdruck* aufbauen, und zwar relativ unabhängig von

21. Details explorieren

Ihren Realisierungsformen („Haben Sie eine Erklärung dafür, dass ...?“ oder „Können Sie erklären, sagen, sich erinnern, wann/wer/warum ...?“ usw.). So sind Entscheidungsfragen in vielen Fällen (mit spezifischen Inhalten und Kontexten) im Vergleich zu ihren Wortfragen-Geschwistern durchaus als sinnvoll und zweckmäßig zu nutzen und nicht schon allein deswegen zu verwerfen, weil mit Entscheidungsfragen schließlich *Ja/Nein*-Antworten riskiert werden, denen man undifferenziert eine thematische *Engführung* unterstellt, die es *unisono* zu vermeiden gelte. Ohnehin muss auch bei „engen“ und „weiten“ *Wortfragen* mit entsprechenden „Zurückweisungen“ von „Unterstellungen“ gerechnet werden, die mit einem ungleich höheren Kommunikationsaufwand verbunden sein können, der sowohl *handlungslogische* als auch *psychologische* Kosten der „Reparatur“ beinhalten kann.

Die notwendigen Differenzierungen beim ärztlichen Fragen sind in der Lehre zumindest als Korrektur der allzu vage bzw. kategorisch formulierten Maximen vom Typ „Stelle offene Fragen“ versus „Vermeide geschlossene Fragen“ zu vermitteln, zumal wenn diese mit *Wortfragen* versus *Entscheidungsfragen* identifiziert werden. Die rigide Befolgung von *formorientierten* Maximen kann nicht nur in der spontanen Gesprächspraxis zu Kommunikationsblockaden führen, sondern zu nicht unerwünschten Effekten bei der Vermeidung von sprachlichen Formen ohne Ansehung ihrer vielfältigen Funktionen im Gespräch. Dass selbst bei sogenannten *Suggestivfragen* gewisse Unterschiede zu berücksichtigen sind, soll nachfolgend anhand von weiteren Ankerbeispielen für die Lehre herausgearbeitet werden.

21.2.6 Suggestivfragen

Wenn schon bei den vorausgegangenen Beispielen die *handlungslogischen* Aspekte kaum von den *psychologischen* Aspekten zu trennen waren, so kommt ihr Zusammenwirken beim suggestiven Fragen noch stärker zum Tragen. Der Adressat von Suggestivfragen soll Unterstellungen bzw. Schlussfolgerungen akzeptieren, die kaum noch zur Disposition stehen. Wird der suggestive Zwang der Fragen nicht einfach hingenommen, erweisen sich die möglichen Reparaturarbeiten sowohl unter *kommunikationsökonomischen* als auch *-psychologischen* Aspekten als mehr oder weniger aufwendig.

Die suggestive Informationsfrage

Das Charakteristikum der Suggestivfrage ist, dass sie qua erkennbarer Erwartung, die durch bestimmte kommunikative Mittel vermittelt wird, eine spezifisch präformulierte Antwort gleichsam schon mitliefert, so dass dem Gesprächspartner offenbar keine echte Wahl zwischen Alternativen des Antwortens mehr zugebilligt wird (Box 21.6). Auf diese Weise wird der Patient als exklusiver „Auskunftgeber“ seiner klassischen Rolle als „Befragter“ beraubt, auf dessen Wissen und Meinung es ja in der ärztlichen Sprechstunde ankommen sollte, in der es gerade um die Exploration von *authentischen* Informationen geht.

Box 21.6 Funktion und kommunikative Mittel der Suggestivfrage

Das Charakteristikum von *Suggestivfragen* ist, daß der Fragende die Antwortalternative nicht wie bei (echten) Entscheidungsfragen offen hält, sondern seine Antworterwartung mehr oder weniger klar zu erkennen gibt. Spezifische sprachliche Indikatoren sind Verbstellung, Verneinung, Intonation sowie Sprechhandlungsargumente wie „ja“, „ne“, mit denen gerade eine Zustimmung erheischt werden soll.

Koerfer et al. 1996: 115

Natürlich kann eine erkennbar erwartete Zustimmung auch immer verweigert werden, solange die Kommunikation prinzipiell aufrechterhalten bleibt. Die Nicht-Akzeptanz und Zurückweisung ist aber mit einem kommunikativen Mehraufwand verbunden, der unter Umständen auch *psychische* Kraft kostet, weil Patienten gegen die von einer ärztlichen *Autorität* ausgedrückte *Erwartung* antworten müssen. Das folgende Beispiel (B 21.15) aus der Schlussphase eines Erstgesprächs, bei dem der Arzt wohl auch schon „aufs Tempo drückt“, scheint zunächst „harmlos“, weil die nötigen „Reparaturen“ ohne Probleme geleistet und in das Gespräch integriert werden können.

B 21.15 „Appetit ist bei Ihnen normal?“ – „keine Medikamente?“

- 01 A hm ... Appetit ist bei Ihnen normal? .
02 P ja, der es normal .
03 A da hat sich auch nichts verändert? .
04 P nein, da hat sich nichts verändert .

21. Details explorieren

- 05 A ansonsten nehmen Sie keine Medikamente? .
06 P doch, ich muss [Name von Medikament X] äh muss/ [Name von Medikament X] sag ich schon, [Name von Medikament Y) wegen dem zu hohen Cholesterinspiegel .
07 A ja .. (2) .. gut, dann werden wir Sie jetzt erst mal ... Sie untersuchen .

In diesem Beispiel werden auf engem Gesprächsraum gleich alle drei Fragen des Arztes als *Suggestivfragen* gestellt, wobei allerdings nur die ersten beiden Fragen im Sinne der Erwartung des Arztes beantwortet werden. Wegen der spezifischen Verneinung in der dritten Suggestivfrage (05A: „ansonsten nehmen Sie *keine* Medikamente?“) muss die arztseitig ausgedrückte Erwartung zur Medikamenteneinnahme patienten­seitig mit einem erhöhten Kommunikationsaufwand, nämlich durch einen in solchen Fällen des Einwandes gebräuchlichen Ausdruck („doch“) erst zurückgewiesen werden, bevor dann die Richtigstellung durch die entsprechend sachlich zutreffende Antwort erfolgt.

Das Problem der Suggestivfragen stellt sich nicht nur bei Themen, zu denen die auf den ersten Blick „rein“ *biomedizinische* Informationen eingeholt werden sollen, sondern auch bei *psychosozialen* Informationsfragen nach den Lebensverhältnissen der Patienten, die gleichfalls nicht suggestiv gestellt werden sollten. Erneut sei auf das Beispiel verwiesen, bei dem der Arzt nicht nur versäumt, das Thema der Kinderlosigkeit aufzunehmen, die vom Patienten bedauert wird („leider“) (B 21.16), sondern zugleich seine Erwartung einer „guten Ehe“ Ausdruck verleiht, indem er die elliptische Frage („Ehe gut?“) anschließt, mit der auch die mögliche Thematisierung weiterer Probleme (als die Kinderlosigkeit) erschwert wird.

B 21.16 „Ehe gut?“

- 01 A sind Sie verheiratet? .
02 P ja .
03 A Kinder? .
04 P leider keine Kinder .
05 A hm . Ehe gut? .
06 P bin jetzt schon 20 Jahre verheiratet (...)

In einem anderen Fall wird vom Arzt schon bei der Frage zum Familienstand unterstellt, dass der Patient verheiratet ist, was dieser erst um-

ständiglich korrigieren und modifizieren muss, bevor sich weitere teils suggestive Fragen anschließen, die entsprechend einer Korrektur bedürfen (B 21.17). Insgesamt werden die ärztlichen Fragen (elliptisch) wie im Telegrammstil (oder moderner: wie bei einer SMS) kurz und bündig gestellt und entsprechend beantwortet, so dass hier kaum Gesprächsräume für eigenständige Themenentwicklungen eröffnet werden.

B 21.17 „Sie sind verheiratet?“

- 01 A Sie sind verheiratet? .
02 P ich bin nicht verheiratet, ich bin geschieden .
03 A hm . schon länger? .
04 P seit ... einem Jahr bin ich jetzt ... geschieden .
05 A wegen der Arbeitsbelastung? .
06 P nein, das hat sich so auseinander gelebt .
07 A hm . Kinder? .
08 P keine .
09 A hm ... neue Partnerschaft? .
10 P ja . die ist da ...
11 A ja? . und ... das geht gut, funktioniert? .
12 P ist gut (...)

Bevor wir exemplarisch für die Lehre einzelne Alternativen für die vorausgegangenen Beispiele formulieren, soll an dieser Stelle festgehalten werden: In solchen Fällen, in denen der Arzt auf die *authentischen* Informationen des Patienten angewiesen ist, weil er selbst als Fragender de facto noch nicht „wissen“ kann, ob etwa der Appetit oder der Schlaf oder die Verdauung des Befragten „normal“ ist oder ob ein Patient weitere Medikamente nimmt (oder nicht) oder ob er verheiratet ist und wie gegebenenfalls die Beziehung aus der Patientensicht eingeschätzt wird, sollten suggestive Formen bei der Frageformulierung weiterhin verpönt sein. Gleichwohl werden auch für die Lehre mögliche „Ausnahmen von der Regel“ noch zu erörtern sein.

Risiken und Alternativen der Suggestivfrage

Die patientenseitige Korrekturarbeit, die sich gegenüber einer ärztlichen Suggestivfrage gegebenenfalls als recht aufwändig erweisen kann, ist nicht nur ein *kommunikationsökonomisches*, sondern zugleich ein *kom-*

21. Details explorieren

munikationspsychologisches Problem, wenn man als Patient bei einer unterstellten *Authentizität* gegen die vom Arzt ausgedrückte Erwartung antworten muss. Obwohl im vorausgegangenen Beispiel (B 21.15) die Frage nach der Medikamenteneinnahme unverfänglich scheint, muss doch auch schon bei diesem Thema mit Fehlinformationen und Informationsdefiziten gerechnet werden.

Wenn der Arzt hier offenbar auch für den Patienten erkennbar nur *minimale* und zudem noch *präformulierte* Antworträume in aller Eile möglichst bald wieder schließen will, geht er mit dieser Art der *Relevanzsetzung* das Risiko ein, möglicherweise nur Informationen über „verordnete“ Medikamente zu erhalten. Ein Patient, der sich wie im Beispiel (B 21.15) angesichts der arztseitig vorgelegten Tempo- und Themenstruktur schon bei der notwendigen Korrektur selbst „verhaspelt“ und zwei (Namen von) Medikamente(n) verwechselt (06P), wird sich kaum noch die Zeit für „ungefragte“ Informationen nehmen, um etwa über seine gelegentliche oder regelmäßige Selbstmedikation bei Rücken- oder Kopfschmerzen usw. zu informieren, zumal wenn der Arzt das Gespräch direkt im Anschluss mit der Ankündigung der Untersuchung für beendet erklärt.

Obwohl in diesem Beispiel wohl davon ausgegangen werden kann, dass sich „unterm Strich“ schließlich „alles zum Guten gewendet“ hat, hat der Arzt hier auf engem Gesprächsraum kaum einen „Kommunikationsfehler“ ausgelassen, der durchaus „schlimmere“ Folgen hätte haben können, wenn die faktischen Umstände anders gewesen wären. So lässt sich für Lehrzwecke *kontrafaktisch* unterstellen, dass es sich um eine essgestörte Patientin gehandelt hätte, der die Fragen zum Essverhalten so gestellt worden wären wie in diesem Gespräch. Um es dramatisch zu formulieren: Gegenüber einer Anorektikerin die Frage nach dem Essverhalten in derselben suggestiven Form zu stellen („Appetit ist bei Ihnen normal?“), kann eventuell tödliche Auswirkungen haben. Derartige Erkrankungen werden häufig schon beim Hausarzt verkannt, weil versäumt wird, beizeiten die richtigen Fragen in der richtigen Form zu stellen.

Da Patienten mit einem spezifischen Krankheitsbild (*Anorexie, Bulimie*) ohnehin Schwierigkeiten haben, ihr Essverhalten eigeninitiativ zum Thema zu machen, bedarf es einer sensiblen Gesprächsführung, bei der schon gar nicht im „Hauruckverfahren“ das Thema in Form einer Suggestivfrage „abgeräumt“ werden sollte, mit der arztseitig schon die Erwartung einer Normalität des Essverhalten ausgedrückt wird. Im ungünstigen Fall würde die ärztliche Suggestivfrage (01A: „Appetit ist

bei Ihnen normal?“) von einer essgestörten Patientin einfach bejaht. Im günstigen und authentischen Fall würde die Patientin korrigierend etwa so antworten müssen: „Nein, Herr Doktor, im Gegenteil, mein Appetit ist alles andere als normal, weil ...“. Gegen die von einer ärztlichen *Autorität* bereits ausgedrückte *Normalitätserwartung* zu antworten, bedarf aber eines *psychischen* Kraftaktes, den Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern aufzubringen häufig nicht in der Lage sind.

Wenn schon der Einstieg in ein Thema nicht gerade erleichtert wird, sollte er arztseitig nicht durch Suggestivfragen erschwert werden. Vielmehr sind suggestive Informationsfragen generell durch alternative Frageformen zu ersetzen, wie dies in der Lehre am vorausgegangenen Beispiel (B 21.15) gerade wegen seiner Dichte von suggestiven Informationsfragen gut herausgearbeitet werden kann.

Unabhängig von der zeitlichen Möglichkeit der Vertiefung dieses Themas in der Lehre sollten mit den Studierenden in jedem Fall die *besseren* Alternativen reflektiert, formuliert und eventuell im Rollenspiel trainiert werden. Als Ergebnis könnte ein *konstruierter* oder gespielter Dialog der folgenden Art erreicht werden, wobei hier nur auf die alternativen Arzt-Äußerungen fokussiert wird (B 21.18). Dabei wird zum Thema des Essverhaltens neben der „besseren“ Alternative der Entscheidungsfrage mit Verb-Erststellung (01‘: „Ist Ihr Appetit normal?“) gerade auch die „beste“ Alternative der offenen Wortfrage (01“: „Wie ist Ihr Appetit?“) mitgeführt.

B 21.18 Alternative Gesprächsführung			Kommentar
01	A	hm ... Appetit ist bei Ihnen normal? .	Suggestivfrage
01‘	A	hm ... Ist der Appetit bei Ihnen normal?.	Entscheidungsfrage
01“	A	hm ... Wie ist Ihr Appetit? .	Wortfrage
01‘	P	(...)	
03	A	da hat sich auch nichts verändert? .	Suggestivfrage
03‘	A	hat sich da was verändert?	Entscheidungsfrage
04	P	(...)	
05	A	ansonsten nehmen Sie keine Medikamente? .	Suggestivfrage
05‘	A	nehmen Sie (sonst noch) Medikamente? .	Entscheidungsfrage
06	P	(...)	
07	A	ja .. (2) .. gut, dann werden wir Sie jetzt erst	Gesprächsbeendi-

21. Details explorieren

07'	A	mal ... Sie untersuchen . Nehmen Sie weitere Medikamente, regelmäßig oder auch nur gelegentlich?	gung Alternative Gesprächsfortsetzung
-----	---	---	---

Wie auch in der Lehre immer wieder zu betonen ist, gibt es bei der ärztlichen Gesprächsführung kaum Patentrezepte, die immer zum gewünschten Erfolg führen. Wenn Patienten es zunächst nicht anders können oder wollen, ist mit allen möglichen Formen der *Verleugnung* von Erkrankungen zu rechnen. So muss auch im Falle von Medikamenten-Abusus selbst bei der Entscheidungsfrage („Nehmen Sie (weitere) Medikamente?“) mit einer strikten Verneinung gerechnet werden, ebenso wie auch im Falle einer Essstörung die Wortfrage zum Essverhalten („Wie ist Ihr Appetit?“) knapp und bündig mit „Der ist normal“ beantwortet werden könnte, wenn Patienten die Themengelegenheit nicht anders nutzen wollen. Auch eine „offene“ Wort-Frage zu einem dezidiert psychosozialen Thema wie etwa nach der „Qualität“ einer Partnerschaft („Wie ist denn Ihre Ehe so?“ – „Wie läuft es denn in der neuen Beziehung?“) kann zu „einsilbigen“ Antworten führen („gut“), wenn sich Patienten an dieser Gesprächsstelle auch bei entsprechenden Nachfragen (noch) nicht auf eine größere Themenentwicklung einlassen wollen. Bestimmte „bessere“ Fragetechniken sind keine Erfolgsgarantie für eine in jeder Hinsicht „offene“ Kommunikation, die ausschließlich durch *authentische* Antworten bestimmte wäre. Aber es macht schon einen erheblichen Unterschied, ob ein mögliches Antwortverhalten durch das ärztliche Frageverhalten *erleichtert* oder *erschwert* wird, weil Patienten die von der ärztlichen Autorität aufgebauten *suggestiven* Kommunikationshürden erst *überwinden* müssen.

Ausnahmen von der Regel?

Wenn sich im Falle der suggestiven Informationsfrage „in der Regel“ die besseren Alternativen klar formulieren lassen, stellt sich dennoch die Frage, in welchen besonderen Fällen „Ausnahmen von der Regel“ in Betracht gezogen werden können. So lässt sich mit den Studierenden erörtern, inwieweit sogenannte Tabufragen (wie Schlaf- und Schmerzmittel, Alkohol, Drogen, Sex usw.) gerade doch *suggestiv* formuliert werden können, wozu sich in der Diskussion interessante Varianten und Begründungen ergeben können.

So mag eine Suggestivfrage wie „Sie nehmen (dann) (sicher) Schmerzmittel, ja?“ gegenüber einem Schmerzpatienten die affirmative Antwort ebenso erleichtern wie die Frage „Was für Schmerzmittel nehmen Sie (dann)?“, mit der bereits wie selbstverständlich *präsupponiert* wird, *dass* der Patient auch Schmerzmittel nimmt. Sollte hier eine Korrektur notwendig werden, könnte der Patient „den Irrtum leicht aufklären“, ohne dass es bei einem der beiden Gesprächspartner zu einem „Gesichtsverlust“ kommen müsste („Nein, Herr Doktor, ich nehme überhaupt keine Schmerzmittel, sondern versuche immer so durchzukommen“). Zwar mag eine Entscheidungsfrage wie „Helfen Sie sich in schweren Schüben mit Medikamenten?“ denselben Zweck auf eine „neutrale“ Weise zu erfüllen, aber mit der (offenen) Thematisierung (von Problemen) eines möglichen Verhaltens/Sachverhalts usw. werden in solchen Fällen zugleich auch immer Erwartungen hinsichtlich des wahrscheinlichen Verhaltens/Sachverhalts verknüpft. Insofern ist das gänzlich risikofreie Fragen eine Illusion, wie dies schon mit der *Obszönität* des Fragens überhaupt thematisiert wurde (§ 21.2.2). Aber auch unter diesem Aspekt gibt es graduelle Unterschiede, die es je nach Inhalt, Form und Funktion auch immer im Gesamtkontext von Fragen zu berücksichtigen gilt (Box 21.7), deren Passung sich gegenüber individuellen Patienten in entwickelten Gesprächen erweisen muss.

Box 21.7 Fragetyp: „Was haben Sie für Probleme mit/bei ...“

Allerdings kann dieser Fragetyp eben nicht ohne weiteres auf alle möglichen Themen angewandt und an beliebigen Diskursstellen platziert werden. So können die mit den Fragen vom Typ „Was für Probleme haben Sie in der Ehe/im Beruf/im Bett/mit Alkohol/mit Drogen usw.?“ gemachten Präsuppositionen, *daß* der Patient jeweils entsprechende Probleme hat, unter Umständen zu Recht mit Entrüstung zurückgewiesen werden oder auch im Verleugnungsfall zu Verhärtungen führen. Es kommt eben immer darauf an, welche Erwartungen der Arzt gegenüber welchen Patienten in welcher Situation zu welchem Thema bei welchem Diskursstand in welcher Form ausdrückt.

Koerfer et al. 1996: 116

Wegen der Kontextabhängigkeit müssen Gesprächsmaximen zur Wahl von Frageformen flexibel genutzt werden: Wer keine Experimente mit „Risiken“ eingehen möchte, sollte nach Möglichkeit – sofern das Frageinteresse dies im gegebenen Kontext zulässt – bei einfachen Ent-

21. Details explorieren

scheidungsfragen bleiben (wie: „Nehmen Sie (dann) Medikamente?“). Da Erwartungen immer auch über die Wahl bestimmter Inhalte in eben diesen Kontexten aufgebaut werden, die oft implizit mit einer langen Kette von Motiven transportiert werden („Medikamente nehmen, weil ...“ – „Sich durch Medikamente helfen (müssen), damit ...“), könnte die Suche nach der absolut „neutralen“ Frage in eine „inhaltsleere“ Sackgasse führen.

In welcher Form die Fragen auch immer gestellt werden: Man kann sich mit ihnen bekanntlich als Fragesteller grundsätzlich „unbeliebt“ machen – gerade auch in der ärztlichen Sprechstunde, deren Intimität einen sensiblen Zugang zum Patienten verlangt, damit dieser den Arzt nicht als „über Gebühren zudringlich“ erlebt. In diesem Sinne können Fragen, die gerade zum Verstehen des Fremdpsychischen beitragen sollen, oft „invasiver“ als körperliche Untersuchungen und Eingriffe wahrgenommen werden. Insofern lohnt es sich auch beim kommunikativen Handeln, bestimmte (unter Umständen „minimal-invasive“) *filigrane* „Instrumente“ der Gesprächsführung zu benutzen, die kleine Unterschiede berücksichtigt, um dem Patienten genügend Entscheidungs- und Antwortspielraum zu eröffnen.

21.2.7 Worte, die einen Unterschied machen

Beim kommunikativen Zugang zum Patienten spielt auch die Wortwahl eine Rolle, die einen mehr oder weniger großen Unterschied ausmachen kann. Dabei sind es nicht nur die „bedeutungsschweren“ *Inhaltswörter*, wie sie bei direkten Fragen in einer empathischen Kommunikation benutzt werden („haben Sie Angst und Sorge“) (§ 20.7), sondern auch die offenbar „bedeutungsärmeren“ *Funktionswörter*, zu denen etwa auch die oft sogenannten „Füllwörter“ gehören, die dennoch bedeutsam für die weitere Gesprächsentwicklung sein können. So macht es schon im Alltag einen erheblichen Unterschied, ob man „Komm doch (bitte) her“ sagt oder: „Komm bloß her“, was eher als Drohung gemeint ist und auch so verstanden wird.

Um die Sensibilität für die feinen Unterschiede bei der Wortwahl in der Sprechstunde zu wecken, soll zunächst ein Beispiel aus dem englischsprachigen Raum gegeben werden, das sich leider nicht 1:1 ins Deutsche übertragen lässt. In einer didaktischen und zugleich empirischen Studie wurde der Unterschied im Gebrauch von „something“ und „anything“ in Fragen herausgearbeitet, mit denen in einem fortgeschrit-

tenen Gesprächsstadium weitere Belange und Anliegen von Patienten elizitiert („hervorgelockt“) werden sollten. Wir beschränken uns hier auf die zusammenfassende Darstellung von Robinson (2011) (Box 21.8), der sich seinerseits auf die unter seiner Beteiligung durchgeführte Studie (Heritage et al. 2007) bezieht.

Box 21.8 „Something“ versus „anything“

The question is: Can physicians be trained, within realistic parameters (e.g., one half-day or less), to employ specific interactional practices as identified by CA? Heritage, Robinson, Elliott et al. (2007) designed a study to reduce the frequency with which patients leave visits with unmet medical concerns, or concerns that patients intend/want to have addressed during visits but that do not get addressed. Through a five-minute training CD that physicians watched alone on their office computers prior to seeing patients, Heritage et al. achieved 75% success in training physicians to ask one of two specifically formatted questions immediately after patients finished presenting their chief concern: (1) Is there anything else you want to address in the visit today?; or (2) Is there something else you want to address in the visit today? Compared to the control condition (in which physicians were not trained), the Some-question condition, which involves a linguistic preference for a Yes-type answer, significantly reduced the occurrence of unmet concerns (The Any-question condition, which involves a linguistic preference for a No-type answer, was not significantly different from the control condition.

Robinson 2011: 515

Erstaunlich sind offenbar die schnellen Trainingserfolge, die mit einem geringen Trainingsaufwand erreicht wurden. Obwohl es im Deutschen in dieser Form keine unmittelbaren Äquivalenzen gibt, sei an dieser Stelle auf ähnliche Möglichkeiten verwiesen, mit denen Patienten zu weiteren Elaborationen ihrer Anliegen und Belange animiert werden können. So nimmt ein Gespräch, in dem der Patient zunächst seine herzbezogenen Beschwerden darstellt und vehement spezifische körperliche Untersuchungen einfordert, eine Themen- und Beziehungswende, als ihm der Hausarzt nach ca. 1 Minute eine spezifische Überleitungsfrage stellt („Wie sieht es sonst aus?“), mit der er die emotionalen Befindlichkeiten seines Patienten „hervorlocken“ kann.

21. Details explorieren

B 25.19 „wie ist es sonst, wie sieht es sonst aus?“

- 23 A ja .. machen wir mal .
24 P noch mal EKG ...
25 A tun wir noch mal EKG, tun wir noch mal prüfen .
26 P und das Blut mal .
27 A ja ... Blutdruck tun wir noch mal messen .
28 P nee . auch abnehmen, wollen wir mal sagen, auch kontrollieren .
29 A ja . können wir machen . ja .
30 P ja .
31 A wie ist es sonst, wie sieht es sonst aus? ...
32 P ja . Herr Doktor, ich will Ihnen jetzt ehrlich sagen . Hoffnung habe ich keine mehr . für meine Frau .

Das Beispiel soll noch in seiner gesamten Gesprächsentwicklung rekonstruiert werden, wie sie im Rahmen einer psychosomatischen Grundversorgung in der Hausarztpraxis möglich sein kann, ohne hierfür besondere organisatorische und zeitliche Strukturen zu schaffen (§ 25.6). Während dieses Beispiel für eine ad-hoc-Entwicklung in Richtung einer neuen Gesprächsqualität steht, soll in den nachfolgenden Beispielen auf die kontinuierlichen Entwicklungen in der Bedeutungsaushandlung zwischen Arzt und Patient fokussiert werden. In der gemeinsamen Gesprächsarbeit stellen sich immer wieder Sinnfragen, deren Beantwortung Teil der spezifischen Interpretationsarbeit von Arzt und Patient wird, in der es ebenfalls auf kleine Unterschiede ankommt, die vom jeweiligen Sprecher gemacht und vom jeweiligen Hörer auch so verstanden werden, wie seine Reaktionen dies zu erkennen geben.

Für die Initiierung von Bedeutungsaushandlungen werden vom Arzt oft *Interpretationsangebote* gemacht, die der Patient annehmen oder ablehnen kann. Dabei werden die Interpretationsangebote oft dezidiert in Frageform unterbreitet („Könnte es sein, dass ...?“), aber auch in Form von Mutmaßungen („Vielleicht bedeutet X auch Y“), bei denen die „Sinnfrage“ für den Patienten „unüberhörbar“ ist, obwohl sie nicht in direkter Frageform präsentiert wird. Gleichwohl wird hier vom Arzt etwas zur Disposition gestellt, was zwar nach der erkennbaren Präferenz eine Zustimmung „erheischt“, aber eine Ablehnung nicht ausschließt. Vorweg seien folgende Beispiele zusammengestellt, die in ihren Nuancen nachfolgend für die Lehre besprochen werden sollen, wobei die erweiterten Kontexte mit Quellenverweisen aus der Literatur bzw. Kapiteln dieses Lehrbuchs jeweils nachgetragen werden. Hier zunächst nur eine Aus-

wahl in Kurzformen von Interpretationen bzw. Deutungen, deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede anschließend (§ 21.3) in der Langfassung der Kontexte differenziert werden sollen.

- wobei ich also, meine es ist bleibt dabei? äh ich glaub das, werden Sie auch etwas spüren (...) (Buchholz 2014: 234)
- ja, so dass Sie auch immer das Gefühl haben . sich eigentlich unter Wert zu verkaufen, ne? .
- Jaa ... In übertragenem Sinne könnte man doch sagen (...) (Scarvaglieri 2013: 153)
- tja, aber die Arbeit scheint Ihnen ja tatsächlich auf den Magen zu schlagen, wa? .
- kein leichtes Leben .
- das heißt, Sie sind ganz schön in der Klemme .
- Ja:a, auf einer tieferen Ebene bedeutet das ja dass dass die Mutter nicht der Vater war (...) (Peräkylä 2012: 377)
- (...) das hat was mit Ihrer frühen Programmierung zu tun (...)

Dieses Spektrum von einfachen Interpretationen bis komplexen Deutungen lässt bereits die Varianten erkennen, mit denen etwas als *Sinnfrage* „zur Disposition gestellt“ werden kann, ohne direkt fragen zu müssen. Dieser „Zwittercharakter“ ärztlichen bzw. therapeutischen Handelns soll nachfolgend für Lehrzwecke in einer weiteren Reihe von Ankerbeispielen in erweiterten Kontexten erörtert werden, bei denen es um eine Detail-Exploration der besonderen Art geht, mit der erneut die Emotionen des Patienten in den Fokus gerückt werden. Damit werden Aspekte der *emphatischen* Kommunikation (§ 20) unter der spezifischen Fragestellung wiederaufgenommen und vertieft, in welchen Formen Ärzte ihre Interpretationsperspektive (als mögliche „Sicht der Dinge“) ihren Patienten „nahebringen“ wollen, um sie letztlich auch „beeinflussen“ zu können.

21.3 Sinnfragen und Interpretationen

Vorausgehend war mit Morgan und Engel (1977) gleichsam als Präambel der guten Gesprächsführung eine *Anti-Manipulations-Maxime* formuliert worden („Die Frage darf die Antwort des Patienten nicht beeinflussen“) (Box 21.1). Eine solche *Anti-Manipulations-Maxime* ist vor allem

21. Details explorieren

bei der Detailexploration zu spezifischen Kontexten zu befolgen, in denen spezifische Symptome nach bestimmten klinischen Krankheitsbildern durch Fragen geklärt werden müssen, bei denen der Arzt dem Patienten die Antworten eben nicht mehr oder weniger „in den Mund legen“ sollte, wie dies vorausgehend anhand von spezifisch suggestiven Informationsfragen (wie: „Appetit ist bei Ihnen normal?“) deutlich wurde.

Will der Arzt im Gespräch mit dem Patienten weiterhin auf dessen *authentische* Informationen setzen, sind *Suggestivfragen* (wie: „Ansonsten nehmen Sie keine Medikamente?“) grundsätzlich zu vermeiden, um die Antwort im Sinne von Morgan und Engel nicht schon im Vorfeld zu „beeinflussen“.⁴ In diesen Fällen von Gesprächsbeispielen, in denen es primär um die Sammlung von *authentischen* Informationen zur Vervollständigung der Anamnese geht (§ 21.6), sollte die Beeinflussung möglichst minimiert werden, auch wenn an den Beispielen insgesamt ebenso deutlich wurde, dass die *Lenkungsfunktion* von Informationsfragen immer auch schon durch die Auswahl spezifischer Themen wahrgenommen wird.

Anders verhält es sich bei ärztlichen Interventionen, die vorausgehend schon als *Interpretationen* bestimmt worden waren (§ 20.6-9). Ihre wesentliche *Lenkungsfunktion* besteht darin, den Patienten zu neuen Denk- und Erlebensprozessen zu *stimulieren*, was letztlich zur *Veränderung* seines Krankheits- bzw. Gesundheitsverhaltens beitragen soll. Dabei stellen die Ärzte bzw. Therapeuten ihre Interpretationen häufig mehr oder weniger fragend zur Disposition, so dass sie im Zweifel von den Patienten ohne größeren verbalen und psychischen Kommunikationsaufwand zurückgewiesen oder modifiziert werden können. Wenn Ärzte oder Therapeuten ihren Patienten *Interpretationsofferten* unterbreiten, ist in der Regel die *Präferenz* für die Annahme der Interpretation erkennbar: Sonst würden sie nicht so zur Disposition gestellt, wie sie dem Patienten schließlich angeboten werden. Der Versuch der „Beeinflussung“ des Denkens und Erlebens ist für die Patienten „unüberhörbar“ – und dies ist ja auch der *konstitutive* Sinn und Zweck von Interpretationen.

⁴ Das Problem der Suggestion war vorausgehend von Morgan, Engel (1977) noch schärfer formuliert worden: „Er [der Arzt] darf jedoch seine Ideen dem Patienten nicht suggerieren oder sogar aufzwingen (1977: 41) (vgl. Box 17.16). Vorausgehend (§ 17.4) war das Problem schon im Verhältnis von *Assoziation* und *Lenkung* erörtert worden, zu dem eben gesprächsweise die passende Balance gefunden werden muss, die dem Patienten seine individuelle Autonomie belässt.

Mit Interpretationen können Sinnfragen gestellt bzw. unterstellt oder auch schon ihre mögliche Beantwortung versucht werden. Da Interpretationen auch immer mit der *Autorität* des Arztes bzw. Therapeuten verbunden sind, deren Gewicht immer schon mit in der Waagschale liegt, muss der *hypothetische* Charakter von Interpretationen erhalten bleiben. *Autorität* und *Apodiktik* sollten eben keine „unheilige Allianz“ eingehen. Die bei Interpretationen durchaus *präferierte* Zustimmung sollte vom Patienten am Ende aus *Überzeugung* gegeben werden. Gegenüber einer bloßen *Überredung*, die etwa dem Gehorsam gegenüber der ärztlichen Autorität geschuldet sein könnte, wäre die *Ablehnung* der Interpretation die bessere Alternative. Die *Überredung* wäre schließlich auch nicht zielführend, weil auf Dauer nicht tragend, was oft genug schon mit der *Non-Adhärenz* von Patienten manifest wird. Im Wissen um mögliche Zweifel und Vorbehalte werden Interpretationen als „verhandelbare“ Sinnangebote formuliert, die sich in einer gemeinsamen Interpretationsarbeit erst noch auf Dauer bewähren müssen.

Anhand weiterer Ankerbeispiele soll für Lehrzwecke in mehreren Schritten exemplarisch herausgearbeitet werden, wie Interpretationen bzw. Deutungen in konkreten Gesprächskontexten inhaltlich und formal gestaltet und platziert werden, um gegebenenfalls zu weiteren Elaborationen in interpretativen Aushandlungsprozessen zwischen den Gesprächspartnern zu führen.

21.3.1 Persuasion und hypothetischer Geltungsanspruch

Wer seinen Gesprächspartner eine Interpretation offeriert, versucht ihn mehr oder weniger zu „beeinflussen“. Der Versuch der *Beeinflussung* sollte hinreichend *transparent* und die Interpretationen *verhandelbar* bleiben, so dass der Gesprächspartner am Ende weniger *überredet*, denn *überzeugt* ist. Dieser Unterschied wird mit dem traditionsreichen Begriff der *Persuasion* nur unzureichend erfasst, da mit dem Begriff eben beide Bedeutungen (*Überzeugung* – *Überredung*) transportiert werden können. Um Missverständnissen vorzubeugen, wird (auch im englischsprachigen Raum) häufig die *Rationalität* betont (*rational persuasion*), mit der sich die Gesprächspartner begegnen müssen, wenn am Ende die *Überzeugung* des Patienten erreicht werden soll (Bigi 2011, Rubinelli 2013). Da gerade bei *Interpretationen* zugleich *Emotionen* des Patienten „angesprochen“ werden, ist allerdings auch mit vielfältigen Abwehrprozessen des Patienten zu rechnen, die eine ausschließlich ratio-

21. Details explorieren

nale Kommunikation erschweren können. Es ist gerade Teil der Kunst der ärztlichen Gesprächsführung (§ 3, 17), den Balanceakt zwischen einer *rationalen* und *empathischen* Kommunikation zu finden, der eben auch in einem Wechsel von einer eher *konfrontativen* zu einer eher *tangentialen* Gesprächsführung bestehen kann.

Entsprechend können Interpretationen nicht beliebig platziert und formal und inhaltlich gestaltet werden, sondern müssen an einen *Reifungsprozess* im Gespräch angepasst und gegebenenfalls mehrfach nachjustiert werden, bevor sich eine interaktive „Ausrichtung“ (*alignment*) der Patientenreaktionen an die ärztlichen Interpretationen einstellt (MacMartin 2008, Vehviläinen 2008, Peräkylä 2012). Wie exemplarisch gezeigt werden soll, können sich solche interaktiven Ausrichtungen gerade im Falle von *Deutungen* über weite Gesprächsstrecken oder mehrere Gespräche hinziehen, in denen die Gesprächspartner eine gemeinsame *Interaktionsgeschichte* von Bedeutungsaushandlungen entwickeln (§ 20). Unter Umständen müssen auch Interpretationen unterhalb der klassischen Deutung mehrfach wiederholt oder „mit anderen Worten“ erneuert, verändert und erweitert werden, bevor sie vom Patienten angenommen werden können. Wird die Annahme einer Interpretation in der Regel auch präferiert und honoriert, so sollten doch auch ihre Zurückweisungen und Modifikationen zulässig bleiben – wenn sie nicht dem Verdacht der *Persuasion* (im negativen Sinn von *Überredung*) unterliegen wollen.

Vorausgehend war ein weiter Begriff von Interpretation zugrunde gelegt worden, der noch unterhalb der klassischen *psychoanalytischen Deutung* angesiedelt ist.⁵ Zu den Interpretationen im weiteren Sinne gehören etwa auch die spezifisch psychotherapeutischen Handlungen, mit denen im Sinne des sog. „Spiegelns“ (*Reflecting*) beim Patienten spezifische Kognitions- und Emotionsprozesse stimuliert werden sollen, die zu neuem Denken und Fühlen auf der Basis des bekannten „Alten“ führen sollen. Dabei ist es ein definitorisches Kennzeichen von Interpretationen, dass sie vom Arzt bzw. Therapeuten als *Interpretationsofferten* ge-

⁵ Wie schon vorausgehend (§ 20.6-9) benutzen wir auch hier einen weiten Interpretationsbegriff, ohne ihn mit verwandten Begriffen (wie: *Reflexionen*, *(Re-)Formulierungen*, *Fokussierungen*, *Verbalisierung emotionaler Erlebnis=VEE*, *Deuten usw.*) aus der Psychotherapieforschung abgleichen zu können. Wer sich für (terminologische und konzeptionelle) Details interessiert, sei exemplarisch verwiesen auf: Streeck 1989, Ehlich 1990, Weingarten 1990, Dickson et al. 1991, Dickson 1997, Peräkylä et al. (eds.) 2008, Pawelczyk 2011, Scarvaglieri 2013, Grimmer 2014, Marciniak et al. 2016.

meint sind und auch vom Patienten so verstanden werden (sollen). Entsprechend gehört es ebenso konstitutiv zu einem „Angebot“, das es auch ausgeschlagen werden kann (und darf). Obwohl Interpretationen also auch gänzlich verworfen werden können, ist ihr Anspruch doch in gewisser Weise „tendenziös“, weil die Denk- und Erlebensprozesse des Patienten schließlich in eine bestimmte Richtung „gelenkt“ werden sollen.

Aufgrund dieser *Lenkungsfunktion* wird der Verstehen- und Verständigungsspielraum durchaus verengt, weil uneingeschränkt offene Interpretationen sinnlos, weil nichtssagend wären. Sie sollen die Selbstreflexion des Patienten hinreichend stimulieren, ohne *apodiktisch* einen *Wahrheitsanspruch* zu reklamieren. Sie zielen jedoch nicht nur auf Verstehen und Verständnis, sondern perspektivisch auf Akzeptanz: Die Interpretationsofferten sind in insofern ernst gemeint, als der Arzt bzw. Therapeut hier „taugliche“ Sinnangebote zur Prüfung unterbreitet, die einer ebenso ernsthaften Prüfung durch Patienten zu unterziehen sind, um die Interpretationen – so die präferierte Tendenz – nach Möglichkeit anzunehmen, wobei die dispräferierte Alternative der Zurückweisung oder Modifikation eben nicht auszuschließen ist.

Wie schon beim *Empathischen Antworten* sowie beim *Ansprechen*, *Benennen* und *Klären* von *Emotionen*, die als interpretative Vorstufen angesehen werden können (§ 20.5-8), werden auch beim *Interpretieren* (§ 20.6.4, 20.9.5) vielfältige Realisierungsformen genutzt, die hier nur exemplarisch für Lehrzwecke erfasst werden können. Wie ihre „Vorbereiter“ stellen auch Interpretationen oft nur implizite Fragen dar, wobei der Geltungsanspruch durch viele sprachliche Modifikationen in einem vorherrschend *hypothetischen* Sprachstil relativiert werden kann (*glauben*, *annehmen*, *(er)scheinen*, *vielleicht*, *irgendwie*, *bisschen*, *eigentlich*, *würde*, *könnte* usw.). Derartige Kommunikationsmittel, die zu Lehrzwecken exemplarisch in einer zunächst heterogenen Beispielliste zusammengestellt werden können,⁶ haben eine ähnliche Funktion wie in anderen (institutionellen) Kommunikationssituationen auch, so wie etwa

⁶ In einer ersten heterogenen Arbeitsliste von relativierenden Kommunikationsmitteln können folgende Ausdrücke gesammelt werden: „wissen“, „glauben“, „vermuten“, „annehmen“, „(er)scheinen“, „vermutlich“, „vielleicht“, „sicherlich“, „irgendwie“, „bisschen“, „bloß“, „eigentlich“, „würde“, „könnte“, „sollte“ usw. Es sei dahingestellt, ob zur „Sortierung“ der Beispiele in der medizinischen Lehre neben der allgemein geläufigen Unterscheidungen (*Indikativ*, *Konjunktiv*) die Einführung von Termini wie *Modalverb*, *Modalpartikeln* usw. sinnvoll ist.

21. Details explorieren

in der Hochschule, wo aus guten Gründen gleichfalls ein relativierender Sprachgebrauch in einem *hypothetischen* Sprachstil vorherrschend ist.

Dabei sind Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Umgang mit dem *Wahrheitsanspruch* in verschiedenen institutionellen Kontexten (Schule, Hochschule, Gericht, Sprechstunde usw.) zu berücksichtigen, worauf hier nur mit einer *komparativen* Perspektive verwiesen werden kann (Koerfer 2013). So liegen etwa wesentliche Unterschiede zwischen einer Vorlesung oder einem Seminar einerseits und einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Sprechstunde andererseits auf der Hand: Während im akademischen Diskurs die potenzielle Öffentlichkeit im intersubjektiven Austausch konstitutiv ist, genießt der Patient das Privileg eines intimen „Zwiegesprächs“ mit dem Arzt (§ 9, 18). Können im wissenschaftlichen Diskurs persönliche Erfahrungen der Diskutanten nur als Ausnahmen in die Argumentation einfließen, so sind die individuellen Erfahrungen des Patienten in der Sprechstunde die originelle Quelle der gemeinsamen Gesprächsarbeit. Während persönliche Zumutungen im akademischen Kontext mehr oder weniger verpönt sein sollten, sind sie in der Sprechstunde unvermeidlich, auch wenn dort der Arzt die Grenzen des hier und jetzt individuell Zumutbaren immer wieder neu justieren muss, um eine persönliche Veränderung beim Patienten (Einstellungen, Verhalten usw.) zu erreichen, ohne ihn zu überfordern.

Gleichwohl wird der Wahrheitsanspruch auch in der ärztlichen und therapeutischen Sprechstunde mehr oder weniger stark geltend gemacht. Eben weil Interpretationen immer unter dem Vorbehalt ihrer Vorläufigkeit stehen, werden sie selbst häufig *fragend* zur Disposition gestellt, so dass sie als spezifische „Sinnfragen“ in der gemeinsamen Gesprächsarbeit zwischen Arzt und Patient behandelt werden. Diese Gesprächsarbeit verläuft in zirkulären Prozessen der Bedeutungsaus-handlung, bei der sich „dialogische Schrauben ohne Ende“ ergeben können (§ 7.2). Die Interpretationen können nicht nur Antworten auf Fragen darstellen, sondern diese Fragen eigeninitiativ aufwerfen, deren Beantwortung dann in der gemeinsamen Gesprächsarbeit von Arzt und Patient versucht wird, wobei wiederum neue Fragen auftauchen können, die zu neuen Antworten in der weiteren Gesprächsarbeit herausfordern usw. In diesem Sinne stellen Interpretationen interrogative „Auf-takte“ zur gemeinsamen interpretativen Gesprächsarbeit dar.

Wie schon vorausgehend soll das große Spektrum der Varianten von Interpretationen an weiteren empirischen Fällen als Ergänzung der Liste von Ankerbeispielen illustriert werden, die zu den jeweiligen Lehrzwecken im angegebenen Gesprächskontext ausführlicher zu besprechen

wären. Auch in diesem Teil der Beispielliste werden die Transkripte teils abweichend von den Originalquellen vereinfacht wiedergegeben. Erneut ergänzen wir aus didaktischen Gründen gelegentlich die „besseren“ oder „schlechteren“ Alternativen, die dann als „konstruierte“ Beispiele auch eigens so ausgewiesen werden.

Da die Beispiele sowohl aus ärztlichen Sprechstunden als auch aus spezifischen Psychotherapiestunden stammen, ergeben sich gewisse thematische Unterschiede, die aber unter den hier relevanten Vergleichsaspekten von Interpretationen bzw. Deutungen kaum ins Gewicht fallen. Ohnehin gibt es in der Gesprächspraxis fließende Übergänge zwischen einer hausärztlichen und psychotherapeutischen Sprechstunde, so etwa bei der *Psychosomatischen Grundversorgung* (§ 15, 25). Insgesamt bleibt die „hypothetische Qualität der Verbalisierung“ (Ehlich 1990: 219) auch beim Anspruch einer *Deutung* bestehen. Aufgrund seines Vorschlagscharakters wird der Geltungsanspruch von *Interpretationen* im Allgemeinen und von *Deutungen* im Besondern erheblich eingeschränkt, was eben auch an den aufgezeigten vielfältigen Sprachformen „der Abschwächung“ bzw. „Untertreibung“ manifest wird (Wrobel 1983, Ehlich 1990, Weingarten 1990, Bergmann 2013, Scavaglieri 2013). Um die Bedingungen für die Zustimmung des Patienten zu erleichtern, werden die entsprechenden Hürden mehr oder weniger herabgesetzt, ohne dass das Zustimmungsniveau formal oder inhaltlich gänzlich nivelliert werden würde.

21.3.2 Offen reden: Das Wording zwischen Litotes und Hyperbel

Bei der Bedeutungsaushandlung bewegen sich Arzt und Patient häufig zwischen interpretativen Extremen. Dabei machen beide Gesprächspartner auch bei der *Wortwahl* gewisse Unterschiede, die letztlich auf der Differenz von *Selbst-* und *Fremdinterpretationen* beruhen. Während Patienten möglichst „offen reden“ sollten („wie ihnen der Schnabel gewachsen ist“), sollte ein Arzt bei seiner Wortwahl eine gewisse „Vorsicht walten“ lassen, ohne jedoch seine *Authentizität* zu verlieren. Hier könnte vorweg grob die Gesprächsmaxime formuliert werden: Was Patienten in ihren Selbstzuschreibungen machen dürfen, ist bei der Fremdzuschreibung noch lange nicht für den professionellen Interpreten erlaubt.

So ist es auch das gute Recht eines leidenden Patienten, sein Leiden entsprechend dramatisch darzustellen und dabei auch Übertreibungen (*Hyperbel*) zu nutzen, wie etwa die Patientin in ihrer dramatischen Er-

21. Details explorieren

zählung zum Erleben ihres nächtlichen Schwindels („todschlecht“) (B 21.19), für deren vollständige Wiedergabe auf die ausführliche Erzähl- und Gesprächsanalyse (§ 19.7) rückverwiesen sei.

B 21.19 „todschlecht“

- 01 A dieser Schwindel, ging der . denn los, als Sie diese Diagnose [=Tochter hat MS] erfahren haben? .
- 02 P ja, ich glaube, ja . da war mir mal nachts im Kopf was, äh . ich hab das meinem Mann nie gesagt, einmal nachts im Kopf war mir das ganz komisch im Kopf, todschlecht . ich wurde wach . denk ich: „ohje, ohje, was ist denn jetzt los?“. da is et mir mal richtig übel nachts im Bett geworden . (...)

Bei *empathischen Rückmeldungen* (§ 20.5) sind durchaus „starke Worte“ aus der Alltagssprache passend, wie sie etwa der Arzt im Anschluss an die Kindheitsgeschichte des Patienten wählte, der als Kind „unerwünscht“ gewesen war (B 20.38: Arzt: „das ist für’n Kind ... hart“, „och, das ist aber schlimm“). Solche emphatischen Rückmeldungen, die der Alltagssprache entlehnt sind, dienen häufig, wie auch in diesem Fall, als „Vorreiter“ für Interpretationen bzw. Deutungen, auf die wir später noch unter dem Aspekt der interaktiven Ausrichtung (*alignment*) (§ 21.3.4) zurückkommen werden.

In einem anderen, hier nochmal gekürzt wiedergegebenen Fall (B 21.20), bei dem sich die Patientin ausführlich über ihr Rentenleben mit ihrem Mann beklagte, brachte der Arzt im Sinne der *Benennung* (§ 20.6) die Emotionen mit einer *Hyperbel* („riesengroße Enttäuschung“) passgenau auf den Begriff, wie an der modifizierten Übernahme durch die Patientin deutlich wurde.

B 21.20 „ne riesengroße Enttäuschung“

- 01 P (...) weil er eben, wie gesacht, wenn isch Rentner bin, dann tun mer so Vieles ... un es is grad’s Gegenteil .
- 02 A ne riesengroße Enttäuschung .
- 03 P ja . risch . ri:schtische Enttäuschung! . ich muss sache, er tut seinen Jarten aber . de tut des schon alles, ne . aber, dann immer de Trinkerei dazu und dann (...)

Mit *Hyperbeln* dieser Art lassen sich Emotionen im Vorfeld von Interpretationen pointiert auf den Begriff bringen. Dennoch sollte sich der Arzt mit „Übertreibungen“ beim „Übertreiben“ zurückhalten, insbesondere wenn es um generelle Lebensbewertungen geht. So konnte die Patientin der vom Arzt (elliptisch) formulierten Sicht auf ihr bisheriges Leben (B 21.21: „kein leichtes Leben“) voll zustimmen, wenn sie im Anschluss an die ärztliche Wortwahl unmittelbar und ebenfalls relativierend antwortete: „nee, das war nicht immer so leicht . dat is richtig“. Es sei dahingestellt, ob die Patientin in derselben Weise uneingeschränkt zugestimmt hätte, wenn der Arzt statt der „Untertreibung“ (*Litotes*) etwa vom „besonders schweren Leben“ gesprochen hätte, was ja angesichts der gesamten Biographie der Patientin „der Sache nach vertretbar“ gewesen wäre, wenn über die „Arbeitslosigkeit“ hinaus die vielen anderen „Belastungen“ in Rechnung gestellt werden würden (§ 20.8). Um in der Lehre die Sensibilität für die Formen und Inhalte zu fördern, kann das Spektrum der Alternativen in einem Extremvergleich erweitert werden (B 21.22), der unter Beteiligung der Studierenden zu Vorschlägen in einer Reihe von „kein besonders spaßiges Leben“ über „ein (sehr) schweres Leben“ bis hin zu „ein total beschissenes Leben“ oder „ein Leben voller Höllenqualen“ führen kann usw.

B 21.21 „kein leichtes Leben“

- | | | |
|----|---|---|
| 01 | P | (...) ich bin seit (...) arbeitslos (...) . |
| 02 | A | kein leichtes Leben . |
| 03 | P | nee, das war nicht immer so leicht . dat is richtig |

B 21.22 (Konstruierte) Alternativen

- | | | |
|----|---|-------------------------------|
| 01 | A | kein besonders spaßiges Leben |
| 02 | A | kein sehr leichtes Leben |
| 03 | A | ein schweres Leben |
| 04 | A | ein sehr schweres Leben |
| 05 | A | ein verkorkstes Leben |
| 06 | A | ein total beschissenes Leben |
| 07 | A | ein Leben voller Höllenqualen |

21. Details explorieren

Nach dem Urteil der Studierenden werden ihre eigenen Extremvorschläge (01, 05-07) auch als „unangemessen“ zurückgewiesen, und zwar mit einem breiten Spektrum von Begründungen („zu salopp“ – „zu drastisch“, „demütigend“). Während Patienten ihr Leben mitunter eigeninitiativ sehr selbstkritisch in ihrer Alltagssprache beurteilen und zur „Übertreibung“ neigen, sollte sich ein Arzt zu derartig extremen „Bewertungen“ gerade nicht „hinreißen“ lassen, was nicht heißt, dass er die von Patienten einmal eingeführten Bewertungen nicht (zitierend) (und gegebenenfalls distanzierend) übernehmen könnte. So kann in einem Beispiel aus einer Psychotherapie, auf das wir noch zurückkommen werden (§ 21.3.4), eine gemeinsame Interaktionsgeschichte mit einem etablierten *Wording* unterstellt werden, wenn der Therapeut die Abwesenheit vom Vater des Patienten zum Thema macht, der nicht nur „wegen Arbeitsverpflichtungen“, sondern auch „wegen Saufens“ abwesend gewesen sei. Ohnehin ist der Umgang mit dem Thema Alkohol in der Sprechstunde eine „heikles“ Problem (§ 21.6), das schon gar nicht mit einer Verkleinerungsform (*Diminutivum*: „ein Gläschen“ statt „Glass“) *verharmlosend*, aber auch nicht in einer *Vulgär-Sprache* („Wieviel saufen/schlucken Sie denn so am Tag?“) erfasst werden sollte, wenn sich das Gespräch noch in der ersten Explorationsphase befindet.

Allgemein ist das *Wording* dem bisherigen Gesprächsverlauf anzupassen, und zwar sowohl nach dem „objektiven“ Informationsstand als auch nach dem Stand der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Gerade längere, vertrauensvoll gewachsene Beziehungen vertragen durchaus ein offenes Wort („Tacheles reden“), das dann auch mit Humor verstanden und aufgenommen werden kann. Aber auch in gut entwickelten Beziehungen sollte der „Bogen nicht überspannt“ werden.⁷ Wie vorausgehend ausgeführt (§ 3, 17), besteht die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung in dem Balanceakt zwischen einem *tangentialen* und *konfrontativen* Gesprächsstil, wobei allerdings im weiten Spektrum von „Bewertungen“ (dieses Typs) das „rechte Maß“ zwischen extrem positiven bzw. negativen Alternativen gefunden werden muss. Dabei muss man sich von der Vorstellung einer in jeder Hinsicht „neutralen“ Ausdrucksweise

7 In unseren Lehrveranstaltungen (§ 13, 14, 16) geht es besonders um die Vermittlung einer *empathischen Kompetenz* (§ 3, 20). Hier stellen sich gelegentlich auch Dosierungsprobleme. Sowohl im Umgang mit realen Patienten als auch in Prüfungen mit Simulationspatienten war gelegentlich eine (in der Wortwahl) „überschießende“ Empathie zu beobachten, auf die reale Patienten wie selbst die SP „irritiert“ zu reagieren schienen.

lösen. In den vorausgehend mitgeführten Kontexten der Beispiele wird die generelle *Lenkungsfunktion* von ärztlichen Interventionen auch immer durch die spezifische Wortwahl wahrgenommen, die im Einzelfall auch hätte anders ausfallen können, wie die zum empirischen Fall alternativ konstruierten Beispiele (B 21.22: 01-07) nahe legen.

Nicht von ungefähr benutzte der reale Arzt im empirischen Beispiel die rhetorische Figur der *Litotes* („kein leichtes Leben“) in der Sprechstunde ebenso wie wir alle auch in der Alltagskommunikation davon Gebrauch machen, um die Belastung unseres Gegenübers zwar *anzuerkennen* (§ 20.5), aber ohne zugleich mit einer konfrontativen Schärfe das kompromittierende Risiko durch persönliche „Verletzung“ unnötig zu erhöhen.⁸ Patienten haben zugleich einen Anspruch auf ärztliche *Authentizität* und *Fürsorge*, die ihnen Schutz vor vermeidbaren Verletzungen bietet. In diesem Sinn sollte ja auch eine *behutsame* Aufklärung möglich sein (§ 10, 16) ohne dass *Wahrheit* und *Schonung* in Widerspruch geraten müssen.

Existenziell bedrohliche Sachverhalte sollten nicht durch „Schönreden“ (*Euphemismus*) „verharmlost“ werden, wenn etwa „sterben“ durch „dahinscheiden“ oder „heimgehen“ ersetzt wird, obwohl auch das in konfessionell orientierten Kliniken als persönlich angemessen empfunden werden mag. Jedenfalls muss nicht ausgeschlossen sein, dass ein Arzt gegenüber dem Angehörigen davon spricht, dass der Patient „friedlich eingeschlafen“ sei usw. Auch hier lässt sich die Sensibilität in der

8 Erneut sei auf die detaillierten Analysen zur rhetorischen Figur der *Litotes* von Bergmann (2013) anhand von psychiatrischen Aufnahmegesprächen verwiesen. Bergmann diskutiert sie im Anschluss an seine Beschreibung der „Fishing“-Technik und kommt zu folgendem kritischen Vergleich: „In der gleichen Weise, in der das Äußerungsformat des „fishing“ die implizite Frage unformuliert lässt, lässt auch die *Litotes* das, was sie bezeichnen will, unbenannt. Nicht nur vermeiden es die Psychiater, direkt nach etwas zu fragen, sie vermeiden es auch, dieses „etwas“ beim Namen zu nennen“ (2013: 183f). Wie die alternative („bessere“) Gesprächspraxis jeweils aussehen könnte oder sollte, wäre sicher einer Einzelfallprüfung (nicht nur in der Lehre) zu unterziehen. Auf Bergmanns kritische Gesamtwertung, die unter der Überschrift „Psychiatrische Diskretion: Verklemmt zwischen Medizin und Moral“ resümiert wird, kann hier ebenfalls erneut nur als Anregung auch für die Lehre verwiesen werden. Als weiterführende Literatur zur „Fishing“-Technik seien exemplarische Hinweise auf folgende Arbeiten zur Arzt-Patient-Kommunikation bzw. Psychotherapie gegeben: Vehviläinen 2008, Pawelczyk 2011, Harvey, Koteyko 2013.

21. Details explorieren

Lehre für das sprachliche Spektrum gelegentlich durch extremtypologische Vergleiche erreichen („einschlummern“ – „verrecken“). Hier könnte gegebenenfalls auch eine Litotes („nicht eben leicht gestorben“) angemessen sein, ohne dass hier Standardempfehlungen unabhängig von konkreten Situationen und Personen gegeben werden könnten. Stellt der kommunikative Umgang mit *Tod und Sterben* ohnehin eine besondere Herausforderung dar (§ 38), so ist die angemessene Wortwahl nicht nur bei Interpretationen schwierig, bei denen sich *Sinnfragen* verschärft stellen.

Nicht erst bei „Tod und Sterben“, sondern auch schon bei „schwierigen“ Lebensverhältnissen von Patienten und ihren „Belastungen“ sollte den Gesprächspartnern mit Respekt begegnet werden, ohne in der Wortwahl extrem zu „untertreiben“ oder zu „übertreiben“. Eine Dramatisierung in Richtung auf eine „Katastrophisierung“ wäre ebenso unpassend wie kontraproduktiv, wenn die Thematisierung von Emotionen ein Schritt zur Selbstaufklärung bleiben soll. Statt fragend zur „offenen“ Kommunikation einzuladen, können Interpretationen, in denen das falsche Wort zur falschen Zeit gewählt wird, Abwehrprozesse verstärken. Mit anderen Worten: Eine einfühlsame Gesprächsführung, die auch in der Wortwahl auf die Empfindlichkeiten von Patienten Rücksicht nimmt, geht deswegen noch keine „faulen“ Kompromisse hinsichtlich des Wahrhaftigkeits- und Wahrheitsanspruchs von Interpretationen ein.

Wie wir gleich noch an weiteren Beispielen sehen werden, kann ein Arzt bereits in einem gut entwickelten Erstgespräch mit seinem Patienten durchaus „Tacheles reden“, wenn er direkt im Anschluss an die dramatische Erzählung des Patienten, der nach Studienabbruch eine unbefriedigende Berufswahl getroffen hatte, eine spezifische Schlussfolgerung zieht (B 21.23), die er als Interpretationsofferte fragend (mit „ne?“ als *tag question*) zur Disposition stellt.

B 21.23 „... sich eigentlich unter Wert zu verkaufen, ne?“

- | | | |
|----|---|---|
| 01 | P | und mach dat dann jetzt mehr oder weniger so, weil's mir auch net Spaß macht, leider ... |
| 02 | A | ja, so dass Sie auch immer das Gefühl haben . sich eigentlich unter Wert zu verkaufen, ne? . |
| 03 | P | das sowieso . ich würd am liebsten würd ich sagen (...) ich würd' am liebsten au:fhören ... und (...) |

Wie sehr der Arzt hier mit seiner Interpretationsofferte die emotionale Konfliktlage des Patienten passgenau trifft, erhellt nicht nur aus seiner affirmativen Reaktion („das sowieso“), sondern seiner weiteren *Elaboration*, mit der der Patient ein „Rentenleben“ jenseits des Berufs zu fantasieren beginnt.

Bevor wir auf dieses Beispiel unter dem spezifischen Aspekt zurückkommen, wie das Handlungssubjekt von Interpretationen im Gespräch präsentiert wird, sei auf das Risiko aufmerksam gemacht, das in der starken Wortwahl liegt (B 21.23: 02A: „sich eigentlich unter Wert verkaufen“). Diese Wortwahl hätte unter anderen „Umständen“ auch eine *Kränkung* des Patienten bedeuten können, zumal wenn einer Person ein solches „Gefühl“ als Dauergefühl („immer“) zugeschrieben würde. Dass sich der Arzt hier als Hausarzt nach wenigen Minuten eines Erstgesprächs bereits „so weit zum Fenster hinaus legen“ kann, ist sicher ein „gutes Zeichen“ einer vertrauensvoll entwickelten Kommunikation, die eine solche starke Fremdinterpretation als persönliche Zumutung bereits verträgt. Es verlangt sicher eine größere Gesprächserfahrung, um eine *kommunikative Kompetenz* zu entwickeln, mit der über die *Passgenauigkeit* (§ 3, 17) von verbalen Interventionen überhaupt von Fall zu Fall und von Moment zu Moment entschieden werden kann.

21.3.3 Handlungssubjekt und Bedeutungsaushandlungen

Bevor sich ein professioneller Helfer mit seinen Interpretationen dem Patienten gegenüber „unangemessen“ *konfrontativ* („wie ein Elefant im Porzellanladen“) verhält, sollte im Zweifel ein *tangentialer* Gesprächsstil (§ 3, 17) präferiert werden, der eher moderate Interpretationsofferten zur Disposition stellt. Bei allen *relativierenden Modifikationen* bleibt der Geltungsanspruch von Interpretationen durchaus gewahrt, auch oder gerade wenn das persönliche Handlungssubjekt (des Arztes) von Interpretationen ganz zurückgenommen wird, was ihnen einen „objektiven Anstrich“ verleihen kann. Da in einem Dialog ohnehin klar ist, wer der „Autor“ oder „Agent“ eines Redebeitrags ist, sind bestimmte „indirekte“ Äußerungsformate mit persönlichem Subjektausdruck (1. Pers. Sg.) wie: „Ich würde sagen“ oder „Ich frage mich, ob/wer/wann ...“ usw. nicht die Regel, aber sie werden auch genutzt, um zugleich die „subjektive“ und „hypothetische“ Perspektive von Interpretationen markiert zu betonen. So macht es schon einen Unterschied, wenn ein Arzt etwa eine der folgenden Äußerungsformate wählt, die der

21. Details explorieren

Liste der Ankerbeispiele entnommen sind: „wobei ich also meine ..., ich glaub ...“ (B 21.24) – „Man könnte sagen ...“ (B 21.25) – „Die Arbeit scheint ...“ (B 21.27). Bei allen inhaltlichen Unterschieden dieser Interpretationen lässt sich eine graduelle „Ordnung“ erkennen, nach der das Handlungssubjekt offenbar zunehmend „unpersönlicher“ und der Geltungsanspruch entsprechend „objektiver“ wird, was mit den nachfolgenden Beispielen und Anregungen zur Reflexion auch in der Lehre herauszuarbeiten wäre.

Die Autorität des professionellen Interpreten

Bevor wir an den Beispielen der komparativen Frage weiter nachgehen, auf welche unterschiedlichen Weisen sich das Handlungssubjekt des ärztlichen bzw. therapeutischen Interpreten mit dem hypothetischen Geltungsanspruch von Interpretationen gegenüber dem Patienten darstellen kann, soll die längere Betrachtung hier gekürzt wiedergegeben werden, die Buchholz (2014) direkt an die Beispielsequenz (B 21.24) anschließt.

B 21.24 „ich also meine (...) ich glaub ...“

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | T | hmhm+ - das glaub ich ja? es muss was passieren das ist so . |
| 02 | T | genau, |
| 03 | T | wobei ich also, meine es ist bleibt dabei? äh ich glaub das, werden Sie auch etwas spüren? Es ist in! Ihnen sehr viel stärker? etwas: nicht in Ordnung, als was Sie nach außen, davon, schon deutlich machen können. |
| 04 | P | ja, muss! ja wohl so sein oder oder, (lacht leicht) ich weiß ja nicht was los, also was +was das ist, hat |
| 05 | T | hmhm+ |
| 06 | P | Es ist ein Triebpotential so möchte's ich mal ausdrücken ja? |
| 07 | T | ja hmhm+ |
| 08 | P | und, ich weiß nicht wo aus welcher, Ecke +das kommt |

Buchholz 2014: 234

Die Gesprächssequenz stammt aus einem psychoanalytischen Erstgespräch, das sich bereits eine halbe Stunde lang entwickelt hat, bevor es nun zu diesem Austausch kommt. In der Gesprächssequenz wird erneut deutlich, wie „offen“ der Therapeut bei seiner „Wortwahl“ mit sei-

nem Gesprächspartner umgehen kann (§ 21.3.2). In seiner konversationsanalytischen Untersuchung zieht Buchholz direkt im Anschluss an diese Gesprächssequenz einen kritischen Vergleich mit der Alltagskommunikation (Box 21.9), in der eine solche „starke Autorität“, wie sie der Therapeut ausübt, als „skandalös“ angesehen würde.

Box 21.9 Lizenz zur Ausübung einer starken Autorität

Man stelle sich nur einmal im Vergleich vor, in einem Gespräch zwischen zwei bisher Unbekannten sagt einer dem anderen nach etwa einer guten halben Stunde, er glaube, dass bei seinem Gegenüber sehr viel stärker etwas nicht in Ordnung sei, „als was Sie nach außen, davon, schon deutlich machen können“. Für eine alltägliche Konversation wäre das skandalös. Es handelt sich hier um eine maximale deontische Aktivität, um die Ausübung einer starken Autorität, die im Alltag sofort infrage gestellt würde und sich nicht legitimieren ließe. Hier aber hat sich T durch seine konversationellen Operationen in eine solche Autorität hineingearbeitet, dass er sich gleichsam die Lizenz zur Ausübung maximaler deontischer Autorität erarbeitet hat (...).

Buchholz 2014: 234

Unter den Aspekten von *Autorität* und *Autonomie* analysiert Buchholz im Detail, wie sich der Therapeut die „Lizenz“ durch seine „konversationellen Operationen“ nach und nach erworben hat, ohne dass der Patient seine Autonomie verliert.⁹ Was im Alltag ein „Skandal“ bliebe, wird in der Psychotherapie zur Routine, an die der Therapeut ohnehin von Berufs wegen „gewöhnt“ ist und in die sich Patienten relativ problemlos „hineinsozialisieren“ lassen (Koerfer, Neumann 1982). So können beide Gesprächspartner ihre Interaktionsrollen auf ihre Weise wahrnehmen, müssen aber die damit wechselseitig verbundenen Privilegien und Obli-

⁹ Auf die konversationsanalytischen Detailuntersuchungen, die von Buchholz (2014) unter Aspekten von *Autorität* und *Autonomie* durchgeführt werden, kann hier als Anregung für die Lehre ebenso nur verwiesen werden wie auf die zugrundeliegende Unterscheidung von *deontischer* und *epistemischer* Autorität, die als Dichotomie wohl zu strikt wäre. Vielmehr wären bei komplexen, polyfunktionalen Sprechhandlungen wie dem Interpretieren verschiedene (epistemische *und* deontische) Aspekte und Modalitäten zu berücksichtigen, die auch bei der Autorisierung zusammenwirken (Wissen, Glauben, Zweifeln; Behaupten, Bestreiten, Fragen, Antworten, Anweisen, Vorschlagen, Appellieren; Rechte, Selbst- und Fremdverpflichtungen usw.).

21. Details explorieren

gationen stets neu verdienen und bedienen. Um das mögliche Risiko von Therapeuten mit den Worten von Buchholz zu formulieren, kann die „Lizenz zur Ausübung von Autorität“ ja auch wieder entzogen werden, wenn sich die Interpretationen aus Sicht der Patientin nicht hinreichend „bewähren“ sollten – aus welchen Gründen auch immer.

So können Interpretationen nicht nur wegen der „unverdaulichen“ Inhalte, sondern auch wegen ihrer „apodiktischen“ Form zurückgewiesen werden, aber auch wegen einer „Fehlplatzierung“ im Gespräch, das gegebenenfalls für solche *Zumutungen*, wie sie ja mit Interpretationen *per se* verbunden sind, noch nicht hinreichend gereift sein kann. Um es erneut mit dem Wort von Buchholz zu formulieren: Selbst in fortgeschrittenen Psychotherapien kann es noch zu „Skandalen“ kommen.

Wie schon vorausgehend deutlich gemacht wurde (§ 20) und nachfolgend wiederholt Thema werden wird, verlangen Interpretationen oder gar Deutungen in der Regel längere *Interaktionsgeschichten*, in denen sie vor- und nachbearbeitet werden. Auch in diesen Interaktionsgeschichten kann der professionelle Interpret mit seinen Interpretationen an *Autorität* gewinnen oder verlieren, was nicht zuletzt von der Art und Weise der sprachlichen Präsentation der Interpretationen abhängt. Hier soll die Aufmerksamkeit vergleichend auf *kleine Unterschiede* gelenkt werden, die sich bereits in der Auswahl von wenigen Beispielen manifestieren, in denen der *hypothetische* Geltungsanspruch von Interpretationen bzw. Deutungen auf unterschiedliche Weise erhoben wird.

Interpretationsofferten und Patientelaborationen

Interpretationsofferten können auf unterschiedliche Weise präsentiert werden und die Patienten unterschiedlich reagieren. Im vorausgegangenen Beispiel (B 21.24) verwendet der Therapeut dreimal den Subjektausdruck (1.Pers. Sg.) (*ich*) und verbindet ihn dreimal mit einem *doxastischen* Ausdruck (*meinen, glauben*), mit dem hier der Wahrheitsanspruch schwächer als etwa mit einem *epistemischen* Ausdruck (wie: *wissen*) formuliert wird. Durch die vielen Fragezeichen wird der Fragecharakter der Interpretation wohl auch in der Intonation manifest.¹⁰

¹⁰ Auf die in der Forschung (teils sehr detaillierten) Fragen danach, ob es sich bei bestimmten (Typen von) Äußerungen überhaupt noch um Fragen handelt und welche Rolle dabei auch die Verbstellung und die Intonation spielt, können wir hier nur am Rande eingehen und ansonsten erneut auf die vorausgehend schon angemerkte Literatur verweisen. Die methodi-

Was hier also fragend mit einem schwachen Geltungsanspruch zur Disposition gestellt wird, kann vom Patienten mit einer gewissen Ambivalenz (*leicht lachend*) formal angenommen werden, ohne dass er sich (mit seinem zweimal betonten *Nicht-Wissen*) schon inhaltlich festlegen lassen müsste oder wollte (P04, P09). Auch seine Formulierungen sind *provisorische* Elaborationen, die als interaktives Pendant ebenso wie die Interpretationsofferten des Therapeuten selbst noch *tentativ* formuliert werden (06P: „so möchte ich’s mal ausdrücken, ja?“). Die interaktive Ausrichtung (*alignment*), auf die wir mit anderen Beispielen gleich zurückkommen (§ 21.3.4), befindet sich insgesamt noch in einem *tentativen* Entwicklungsstadium, in dem beide Gesprächspartner vorerst noch sehr *hypothetisch* formulieren.

Während im vorausgegangenen Beispiel das Handlungssubjekt der Interpretation noch in *Ich*-Form realisiert wurde, tritt es im folgenden Beispiel, das der Studie von Scarvaglieri (2013: 152) zum „Sprachlichen Handeln in der Psychotherapie“ entnommen ist, zunächst hinter der Anonymität eines anonymen Sprechers („man könnte sagen“) zurück.

B 21.25 „könnte man doch sagen ...“

- 01 PA (...) da is dann irgendwas da. Dann hast was gemacht.
02 TH .. Jaa ... In übertragenem Sinne könnte man doch sagen: ((1,9s)
Sie brauchen ((3s)) die Anderen dazu, um ... sich . einigermaßen
erträglich zu finden (...)
-

Scarvaglieri 2013: 154

Insbesondere durch den Gebrauch des Modalverbs „können“ (hier im Konjunktiv II: „könnte“) wird dem Hörer seinerseits ein größerer Interpretationsspielraum belassen, den er eigeninitiativ für eine mögliche Integration in sein Hörerwissen nutzen kann. Nach einer komplexen Analyse dieses mentalen Prozesses wird die Gesamtäußerung des Therapeuten (B 21.25) von Scarvaglieri (2013) als „vorschlagendes Interpretieren“ bezeichnet, das offenbar als spezifischer Subtyp des Interpretierens überhaupt aufgefasst werden soll. Da die längere Kette von inter-

schen Probleme beginnen oftmals schon mit der Interpunktion bei der Transkriptionsarbeit, in der entschieden werden muss, was die Einheit sein soll, die etwa durch Interpunktion und Klein-/Großschreibung markiert wird, und ob im fraglichen Fall ein Fragezeichen gesetzt werden soll (oder eben nicht).

21. Details explorieren

pretativen Therapeutenäußerungen, in der es auch eine Erläuterung in *Ich*Form gibt („mit dem Übertragen mein ich ...“), zunächst nur von sparsamen Hörerrückmeldungen begleitet wird, lässt sich die erste längere verbale Reaktion des Patienten (auch nach einer längeren Pause) aber nicht mehr unmittelbar einer bestimmten Vorgängeräußerung des Therapeuten zuordnen. So kann die Patientenreaktion hier in unserer Beispielsammlung sinnvollerweise auch nicht ergänzt werden, sondern muss auf den Kontext des längeren Transkripts (2013: 153-156) verwiesen werden.

Zum Verständnis der folgenden beiden Beispiele sei daran erinnert, dass sie nicht einer Psychotherapie, sondern einer hausärztlichen Praxis entnommen sind. Obwohl es sich um ein Erstgespräch handelt, hat sich nach wenigen Minuten eine so vertrauensvolle Beziehung entwickelt, dass der Arzt das Risiko einer „offenen“ Kommunikation eingehen kann (§ 20.3.2), in der er das *Selbstwertgefühl* des Patienten auf eine Weise zum Thema macht, die – um erneut mit Buchholz zu sprechen – als „skandalös“ bezeichnet werden könnte, wenn sie unter anderen alltäglichen oder hausärztlichen Umständen in weniger entwickelten Kontexten praktiziert worden wäre.

In dem ausführlich analysierten Gespräch mit dem Patienten, der seit seinem Abbruch des Studiums unter Magenschmerzen litt, reagierte der Arzt nach dem Ende der dramatischen Patientenerzählung, die mit einem Ausdruck des Bedauerns („leider“) geendet hatte, spontan mit einem konsekutiven Anschluss (B 21.26: „ja, so dass Sie auch immer das Gefühl haben . sich eigentlich unter Wert zu verkaufen, ne?“). Diese Äußerung, die im Sinne einer *joint sentence production* vollzogen wird, kann vor allem wegen der schon vorausgehend beschriebenen „zustimmungserheischenden“ *tag question* („ne?“) (noch) als Frage verstanden werden.

B 21.26 „so dass Sie auch immer das Gefühl haben ...“

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | P | und mach dat dann jetzt mehr oder weniger so, weil's mir auch net Spaß macht, leider ... |
| 02 | A | so dass Sie auch immer das Gefühl haben . sich eigentlich unter Wert zu verkaufen, ne? . |
| 03 | P | das sowieso . ich würd am liebsten würde ich sagen ... ich würde /sagen wir mal so . ich kann's mir finanziell leisten, sagen wir mal, nicht zu arbeiten, sagen wir so betrachtet . ich würd' am |

liebsten au:fhören ... und würd vielleicht noch mal anfangen zu studieren, nur so aus Hobby, irgendwie (...)

Der Arzt präsentiert seine Äußerung als „objektivierbare“ Schlussfolgerung“ in einer *stellvertretenden* Art und Weise, als hätte sie vom Patienten als *Handlungssubjekt* selbst so gezogen werden können, und zwar so, dass man nur zwei (hier markierte) Wörter auszutauschen und die Verbform zu ändern braucht: ‚so dass *ich* auch immer das Gefühl habe(n) . *mich* eigentlich unter Wert zu verkaufen, ne?‘. Durch solche *Testverfahren* der Substitution und minimalen Modifikationen kann die *stellvertretende* Funktion von Interpretationen detektiert werden, mit der die Fremdzuschreibung zur Selbstzuschreibung transformiert wird. Dass der Arzt hier mit einer hohen *Passgenauigkeit* seiner Interpretation die Gefühlslage des Patienten voll trifft, erhellte wiederum aus dessen Reaktion, mit der er nicht nur eine starke Zustimmung („das sowieso“) gibt, sondern (als *Surplus*) (§ 21.2.4) auch die Gelegenheit zur weiteren *Elaboration* seiner affektiven Konfliktlage und ihrer möglichen Konfliktlösung nutzt (P: „das sowieso . ich würd am liebsten würde ich sagen ...“). Diese Reaktion des Patienten stellt schon eine Vorwegnahme des späteren Entscheidungsprozesses (§ 19.8) des Patienten dar, der hier durch die ärztliche Interpretation hinreichend stimuliert wird, seine persönlichen Bedingungen jenseits der Arbeit zu reflektieren, indem er seinen Phantasien (z.B. „Hobbies“) freien Lauf lässt.

Auf der bisherigen gemeinsamen Gesprächsarbeit können beide Gesprächspartner dann wieder aufbauen, wenn der Arzt nach einem kurzen Exkurs über die Ehe und den Beruf der Frau umstandslos mit einer weiteren Intervention ein interpretatives Zwischenresümee für das bisherige Gespräch zieht (B 21.27: tja, aber die Arbeit scheint Ihnen ja tatsächlich auf den Magen zu schlagen, wa?“). Wie schon vorausgehend kann die Arzt-Äußerung vor allem durch die nachgestellte *tag question* („wa?“) (noch) als Frage verstanden werden, wobei die vom Arzt erwartete und präferierte Reaktion überdeutlich ist.

B 21.27 „aber die Arbeit scheint ...“

- | | | |
|----|---|---|
| 01 | A | tja, aber die Arbeit scheint Ihnen ja tatsächlich auf den Magen zu schlagen, wa? . |
| 02 | P | [amtet hörbar ein] ja . irgendwo dieses sss Gefühl [lächelt] net richtig gebraucht zu werden, finde ich . |

21. Details explorieren

03	A	hm .
04	P	das stört mich sowas . (...)

Auch in dieser Äußerung tritt der Arzt als *personales Handlungssubjekt* ganz zurück, wenn er mit der Metaphorik seiner Interpretationsofferte („auf den Magen schlagen“) eine „objektivierende“ Perspektive einnimmt, die allerdings noch „hypothetisch“ formuliert wird („... scheint ...“). Gleichwohl kann der Arzt mit seinem derart „indirekt“ geäußerten „Vermutungswissen“, das er sich gerade nicht selbst explizit zuschreibt (z.B.: „Ich vermute mal, dass ...“) den Patienten hinreichend stimulieren, der die offensichtlich passgenaue Arzt-Intervention als Einladung erneut zur weiteren Selbstexploration (als *Surplus*) nutzen kann, die dann von beiden Partnern im anschließenden Gesprächsverlauf (§ 19.8) weiter vertieft wird.

In beiden und weiteren Beispielen aus dieser Sprechstunde wird die hohe Passgenauigkeit der ärztlichen Interventionen deutlich, mit denen der Patient zur weiteren Elaboration stimuliert wird. Der Patient kann die Interpretationen in einer Weise annehmen, die eine unmittelbare interaktive Ausrichtung (*alignment*) an den Interpretationsofferten des Arztes darstellt.

So gibt es besonders erfolgreiche Gespräche, bei denen sich in direkter dialogischer Abfolge eine ununterbrochene Kette von ärztlichen Interpretationsofferten und Elaborationen durch den Patienten bildet, so dass die Bedeutungsaushandlungen „wie aus einem Guss“ erscheinen, der durch hohe thematische und interaktive Kontinuität und Kongruenzen zwischen Arzt und Patient geprägt ist. Die beiden Gesprächspartner harmonisieren auf Anhieb und entwickeln auf Dauer das nötige *Verstehen*, *Verständnis* und schließlich *Einverständnis*, um alsbald zu praktischen Handlungen übergehen zu können.

Obwohl sich die günstigen Bedingungen für eine solche „ideale“ Gesprächsentwicklung durchaus auch in quantitativ und qualitativ orientierten Evaluationen nachweisen lassen (§ 40), gibt es doch keine Erfolgsgarantie. Mitunter treffen „schwierige“ Ärzte auf „schwierige“ Patienten (§ 34), die zusammen „schwierige“ Themen (§ 21.6) zu bewältigen haben, für die es keine Patentrezepte gibt.

Nicht von ungefähr müssen in Psychotherapien oft lange Wege, Umwege oder Irrwege gegangen werden, bevor sich erste Erfolge einstellen. Gegenüber der ärztlichen Interpretationsarbeit muss sich die wiederholte Deutungs- und Widerstandsarbeit auf längere Prozesse des Durchar-

beitens einlassen (Wöller, Kruse 2010: 283ff). Dass die Akzeptanz und Elaboration einer Deutung keine Selbstverständlichkeit ist, wird so gleich an einem Beispiel einer psychoanalytischen *Deutung* deutlich (§ 20.3.4), die es bekanntlich ohnehin schwerer hat, „auf Anhieb“ *verstanden* und *akzeptiert* zu werden.

Standardformeln der Dialogverknüpfung

Zuvor soll auf die Besonderheit von *Routineformeln* bei der dialogischen Verknüpfung aufmerksam gemacht werden, wie sie durchweg in allen *helfenden* Berufen (aber auch sonst im Leben) gang und gäbe sind. Für die dialogische Verknüpfung gibt es eine Reihe von *Standardformeln*, die oft als Einleitung für Redebeiträge fungieren, die Interpretationen sind und etwa folgende Grundstrukturen haben:

- X heißt Y
- X bedeutet Y
- X und Y (hängen zusammen; haben miteinander zu tun usw.)
- X ja, aber (dennoch) (auch) Y
usw.

Nachfolgend werden schrittweise empirische Beispiele für die ersten drei Standardformeln angeführt. Für die *Ja-aber*-Verknüpfung, die eine alltägliche Routineformel ist (Koerfer 1979), sei auf die Beispielssequenz rückverwiesen, in der Arzt und Patient das Thema der *Mutter-Kind-Beziehung* erst „umständlich“ aushandeln müssen, bevor es zu der späteren Interpretationsofferte des Arztes und der Patientenelaboration kommt, auf die wir nochmals (§ 21.3.4) zurückkommen werden.¹¹ Da

¹¹ Die *affirmativ-adversative* Doppelfunktion von *Ja-aber*-Konstruktionen in der Eröffnungsposition von Redebeiträgen erlaubt eine Allroundnutzung an fast jeder Gesprächsstelle: „Trotz möglichen Themenwechsels wird durch mit *ja aber* eingeleitete Redebeiträge formal ein Anschluss an die jeweils vorangegangenen Beiträge hergestellt und kann die Einhaltung der Maxime der Relation bzw. Relevanz zumindest suggeriert werden“ (Koerfer 1979: 26). Auch in der medizinischen und therapeutischen Kommunikation kann es zu Häufungen von *ja-aber*-Konstruktionen kommen, was als Indikator für „Turbulenzen“ im Gespräch untersucht werden kann, in denen das „Strittige“ zwischen den Gesprächspartnern erst noch zu klären ist, wobei ihnen oftmals auch der „rote Faden“ abhanden zu kommen droht.

21. Details explorieren

wir das Spektrum der Realisierungsvarianten von Interpretationsofferten mit Beispielen hier natürlich nicht umfänglich erfassen, sondern bestenfalls illustrieren können, seien vorweg einige Varianten mit konstruierten Beispielen angeführt, bei denen die Standardformeln in Interpretationsofferten mit einem hypothetischen Geltungsanspruch „eingebettet“ werden können. Lässt man komplexe Varianten (wie *Verneinungen* beiseite) lassen sich etwa folgende (konstruierte) Kombinationen angeben:

- Ich glaube/vermute, dass X (doch) (auch) Y bedeuten könnte.
 - Vielleicht hängen X und Y zusammen, oder?
 - Kann es sein, dass X und Y was miteinander zu tun haben?
 - X bedeutet möglicherweise Y.
 - X scheint Y zu sein (zu bewirken usw.)
 - X heißt vielleicht Y, ja?
 - Man könnte auch sagen, das X gerade aufgrund von Y zustande kommt, oder?
- usw.

Für die Dialogverknüpfung ist die „*Das-heißt*-Formel eine besonders bewährte Routineformel, mit der Interpretationsofferten bevorzugt eingeleitet werden, um weitere Aushandlungsprozesse in Gang zu setzen. Wie schon im vorausgegangenen Fall (B 21.27), der ohne diese Einleitungsformel realisiert wurde, werden Interpretationsofferten häufig als *stellvertretende* und zugleich der Tendenz nach *objektivierende Schlussfolgerung* präsentiert. Diese Schlussfolgerung kann formal wie eine Entscheidungsfrage prinzipiell verneint werden, obwohl ihre präferierte Bejahung „unüberhörbar“ ist, zumal wenn sie noch durch eine *tag question* („wa?“, „nä?“, „ja?“) verstärkt werden sollte.¹² Im folgenden Beispiel (B

¹² Die traditionelle Unterscheidung zwischen *interrogativen* und *deklarativen* (Satz-)Formen scheint zumindest in der medizinischen Lehre oft obsolet (weil oft sophistisch). Dass in welcher Form auch immer realisierte Sprechhandlungen wie Behauptungen, Vermutungen, Vorhersagen, aber auch Einwände mit und ohne „zustimmungserheischende“ *tag questions* (*nä?*, *ja?*, *wa?*) usw. in der gleichen Weise wie Fragen sowohl Bejahungen/Zustimmungen als auch Verneinungen/ Zurückweisungen/ Modifikationen nach sich ziehen können, lässt sich in der medizinischen Lehre vermitteln, ohne komplexe Begriffe wie „deklarative Fragen“ einzuführen. Darüber hinaus sei nochmals angemerkt, dass selbst linguistisch geschulte Transkribenten oft Probleme bei der Einheitenbildung und mit der Interpunktion haben, wenn sie bei strittigen Fällen (unter allen bekannten

21.28) wird die Voraussetzungs-Folge-Beziehung unmittelbar durch die Überleitungs-Formel („das heißt“) hergestellt, deren besondere Qualität in der *Übersetzungsfunktion* zwischen Altem und Neuem besteht. Die Patientin oszillierte in der vorausgehenden Gesprächsgeschichte mehrfach zwischen Fortsetzung und Abbruch ihrer Partnerschaft, wobei sie aktuell auch die „Belastungen“ infolge der möglichen Trennung reflektiert.

B 21.28 „das heißt, Sie sind ...“

- 01 P (...) wenn ich jetzt da alleine sitze, jetzt dann noch mit nem Kind, und ähm . also ich kann es mir schon im Voraus vorstellen, wie es dann aussieht, ja . da würde die Arbeit mir total übern Kopf wachsen . ähm .
- 02 A das heißt, Sie sind ganz schön in der Klemme .
- 03 P aber wie! . aber wie! . (...)
-

Wie schon zuvor mit dem Begriff der „Spannung“, der ebenfalls mit einer *Das-heißt*-Formel eingeleitet wurde (§ 20.6.4) (B 20.23), hilft der Arzt nun mit dem Begriff der „Klemme“ auf einer abstrakteren Ebene bei der Versprachlichung der Konfliktsituation der Patientin, indem er die *thematischen Schlüsselsymbole* bereitstellt, die dann als „Stichwortgeber“ für die Fortsetzung der gemeinsamen Gesprächsarbeit dienen. Dass der Arzt hier die kognitive und emotive Ambivalenz der Konfliktlage der Patientin, die die Konsequenzen eine Trennung von ihrem Partner insgesamt nicht abschätzen kann, mit großer Passgenauigkeit trifft, wird erneut an der starken Zustimmung der Patientin (04P: „aber wie! . aber wie!“) und ihrer weiteren Elaboration deutlich, was auch der Arzt als positive Rückmeldung für seine Interpretationsofferte „verbuchen“ kann.

Informationen von Bild und Ton) entscheiden sollen, ob nun ein Fragezeichen gesetzt werden soll (oder eben nicht). Insgesamt kann man gut den Beobachtungen und Beschreibungen von Bodenheimer (2011: 136ff) zum *Sagen* und *Fragen* folgen: „So ..., soso, sag mal: Das Fragen kommt als ein *Sagen* herein“ und „Nicht wahr? – Gell? – Das *Sagen* geht als ein *Fragen* heraus“.

21.3.4 Interaktive Ausrichtung (*alignment*)

Auf einem anderen inhaltlichen Niveau bewegen sich die *Deutungen*, bei denen der Therapeut oft zur Einleitung eine ähnliche *Standardformel* benutzt („das bedeutet, dass ...“), die wie der vorausgehende Prototyp („das heißt, dass ...“) in ihrer „Allround-Funktion“ als *Routineformel* der Dialog-Verknüpfung geeignet ist. Am folgenden Beispiel (B 21.29) soll zugleich das Problem der Ausrichtung (*alignment*) der Patientenreaktion an der Interpretation des Therapeuten bzw. Arztes aufgezeigt werden. In diesem Beispiel wird die Standardformel („X bedeutet Y“) explizit mit einer „tieferen Ebene“ der Bedeutung verknüpft, wie sie ja auch typischerweise für Deutungen beansprucht wird. Obwohl zum besseren Verständnis die Kenntnis der gesamten Interaktionsgeschichte von Vorteil wäre, lässt sich das Phänomen der Ausrichtung aber auch an diesem kurzen Ausschnitt, auf den es wesentlich ankommt, gut nachvollziehen. Auch in diesem Beispiel wird das Original-Transkript hier leicht vereinfacht wiedergegeben, um die Lesbarkeit zu verbessern.

B 21.29 „auf einer tieferen Ebene bedeutet das, dass ...“

- 16 A Ja:a, (4.2) hh auf einer tieferen Ebene bedeutet das ja dass (0.6) mpf dass die Mutter (2.0) ↑nicht der Vater war .(2.2) mt (3.7) Also die Abwesenheit des Vaters spürte man ja .hhh u:n:d ähm::, (1.8) sicherlich auch dann wenn der Vater (0.3) fort war wegen Arbeitsverpflichtungen, oder wegen Saufens (...)
(...) [Auslassung ca. 2 Seiten]
- 67 P Ja:: (.) Es stimmt (.) stimmt natürlich, =Es ist doch der Vater der dort an der Loipe hätte sein müssen .

Peräkylä 2012: 377-379

Wie Peräkylä (2012) in seinen detaillierten konversationsanalytischen Untersuchungen rekonstruiert, muss der Therapeut, weil der Patient zunächst schweigend bis sparsam reagiert, mit längeren Erläuterungen zu seiner Deutung weiter ausholen, bevor der Patient schließlich die entsprechende Einsicht gewinnen und formulieren kann (67P: „Ja, es stimmt (.) stimmt natürlich, es ist doch der Vater der dort an der Loipe hätte sein müssen“). Diese verzögerte Einsicht des Patienten wird von Peräkylä schließlich unter dem Aspekt der „Ausrichtung“ (*alignment*)

paraphrasiert (Box. 21.10), wie er sich in der Psychotherapieforschung etabliert hat.¹³

Box 21.10 Ausrichtung (*alignment*) der Elaboration (P) an der Deutung (A)

Indem er den Beitrag des Analytikers aufgreift, zeigt der Patient, dass er begriffen hat, worum es diesem geht. Er übernimmt die Perspektive, die der Analytiker auf die Ereignisse seiner Kindheit vorschlägt. Während seine Erzählung sich vor der Intervention des Analytikers auf die Unzufriedenheit mit der Mutter konzentrierte, fokussiert er nun mit der Elaboration der Deutung auf die Nachlässigkeit des Vaters. Er zeigt, dass er dem Analytiker zustimmt und darüber hinaus durch die Deutung sogar eine neue Erkenntnis gewonnen hat. Seine Einleitung „es stimmt (.) stimmt natürlich“ und der im finnischen Original markierte Satzbau sowie die Betonung des Wortes „Vater“ (...) verleihen dem Beitrag die Bedeutung einer Einsicht, eines: „jetzt habe ich es begriffen, es ist genau, wie du es mir gesagt hast“. Der Patient entwirft seine Elaboration derart, dass sie *alignment*, also die Ausrichtung an der Perspektive des Analytikers und dessen Deutung, erkennbar macht.

Peräkylä 2012: 389

Dass die Ausrichtung an der Perspektive der Ursprungsdeutung auch in diesem Fall nicht völlig gelingt (*misalignment*), rekonstruiert Peräkylä an den langen gemeinsamen *Interaktionsgeschichten* zwischen Patient und Analytiker. Nicht nur dieses Beispiel macht deutlich, dass Patienten eben nicht der erstbesten Deutung bzw. Interpretation folgen, bevor sie auf den interpretativen Fokus einzuschwenken bereit sind, der oft in mühevoller „Kleinarbeit“ zu korrigieren und zu modifizieren ist. Diese oft langwierigen Prozesse der Bedeutungsaushandlung sind allerdings kein spezifisches „Phänomen“ der per se länger angelegten Psychotherapien, sondern ebenso in der ärztlichen Sprechstunde gang und gäbe, sofern dort ein psychosomatischer Ansatz bzw. eine *psychosomatische Grundversorgung* (§ 15, 25) praktiziert wird. Die Prozesse der Bedeutungsaushandlung wurden bereits in den vorausgegangenen Gesprächsanalysen zur *narrativen* und *emphatischen* Kommunikation als relevant herausgestellt, wobei es nicht auf definitorische Unterschiede

¹³ Nicht nur wegen der Besonderheiten der Übersetzung aus dem Finnischen, das im Original mitgeführt wird, sei auf die ausführlichen Transkriptanalysen im Kontext verwiesen, in denen Peräkylä (2012) die gemeine Interaktionsgeschichte zwischen Patient und Analytiker über mehrere Therapiestunden rekonstruiert.

21. Details explorieren

zwischen *Interpretationen* und *Deutungen* ankommen sollte, bei denen ohnehin fließende Übergänge angenommen werden sollten.¹⁴

Als abschließendes „Paradebeispiel“ (*best practice*) (§ 13) für eine „ad hoc“ gelungene *Ausrichtung* bereits in einem Erstgespräch kann die Elaboration des Patienten im Anschluss an die längere „Deutung“ des Arztes angesehen werden, deren *Interaktionsgeschichte* wir vorausgehend schon ausführlich unter Aspekten der *Assoziation* und *Kooperation* analysiert hatten (§ 20.9) (Koerfer, Köhle 2007, Köhle, Koerfer 2017). Mit der auf einer sehr abstrakten Ebene begonnenen Deutung (B 21.30: „... das hat was mit Ihrer frühen Programmierung zu tun ...“), die aber schon mit dem Bild von der „Programmierung“ an das Berufsbild des Patienten und „seine Sprache“ anschaulich anknüpft, kann der Arzt den Patienten offenbar auf einer sehr konkreten Ebene „ansprechen“, die seiner dramatischen frühkindlichen Erfahrung („als Kind nicht erwünscht gewesen“) entspricht.

B 21.30 „das hat was mit ... zu tun“

- 01 A also, wenn Sie programmiert haben, ja . hm? . dann haben Sie da eigentlich ein gutes Verständnis für . denn bei Ihnen eh is sozusagen, das hat was mit Ihrer frühen Programmierung zu tun .. da wie Sie aufgewachsen sind mit dem . Nicht-Erwünschtsein und so . des is ja . des haben Sie ja nit erst gemerkt, als die Mutter das mal erwähnt hat oder irgendwie da eh . so aus dem (unverständlich) . das spürt man natürlich auch sonst noch als Kind, ja . und .. ehm .
- 02 P vielleicht spürt man das sogar als Säuschling, weil meine Mutter immer behauptet hatte, se hätte noch kein Kind jesehen, was als Säuchling so viel jeschrien hat wie isch. vielleicht war das die Mutter schuld, die unbewusst, wenn sie nur die Brust gibt . (A: ja) . sich das auf das Kind überträscht ... isch weiß nischt, wie isch das ausdrücken soll . (...)
- 03 A ja . Sie drücken das wunderbar aus (...)

¹⁴ Keineswegs sollen damit wesentliche Unterschiede nivelliert werden, wie sie zu Recht in der Psychotherapieforschung reklamiert werden. Danach werden etwa spezifische Deutungen wie die *Übertragungsdeutung* in der ärztlichen Sprechstunde weiterhin die Ausnahme bleiben. Dazu können wir hier nur auf die einschlägige Literatur verweisen: Thomä, Kächele (1989), Flader, Grodzicki (1982), Ehlich (1990), Wöller, Kruse (Hg.) (2010).

Offenbar kann der Patient die „Deutung“ des Arztes ohne „Wenn und Aber“ in der eingeschlagenen Interpretationsrichtung konkretisieren. Seine weitere *Elaboration* zur frühkindlichen Erfahrung verlängert die Deutung des Arztes in Richtung auf das mutmaßliche („vielleicht“) Erleben im nonverbalen Modus („spürt“) bereits im Säuglingsalter (P02). Es liegt auf der Hand, dass der Arzt diese Art der *Übernahme* seiner Interpretation durch die Elaboration des Patienten auch entsprechend honoriert, jedenfalls seinerseits voll des Lobes bestätigt (03A: „Sie drücken das wunderbar aus ...“). Dass die Ausrichtung (*alignment*) zuvor lange auf sich hat warten lassen müssen, bevor sie mühsam angebahnt werden konnte, weil sich der Patient zunächst überhaupt gegenüber dem Thema der Mutter-Kind-Beziehung abwehrend verhalten hatte (§ 20.9), macht erneut deutlich, dass im Falle von Interpretationen oder Deutungen gleichermaßen nur „geerntet“ werden kann, was zuvor „gesät“ wurde.

21.3.5 Interaktionsgeschichten: Suggestion versus Persuasion

Diskrepanzen zwischen Interpretationen und anfänglichen Reaktionen von Patienten in der Ausrichtung (*alignment*) sind sicher keine Einzelfälle. Vielmehr muss nicht nur in der Psychotherapie, sondern auch in der ärztlichen Sprechstunde häufig mit einer *abweichenden Ausrichtung* bei der Elaboration des Patienten als Reaktion auf Interpretationen gerechnet werden. Die ärztlichen/therapeutischen Interventionen sind eben selten in ihrer erstbesten Formulierung zielführend, sondern müssen in den weiteren *Interaktionsgeschichten* (§ 20.7-9) zwischen Patienten und ihren Ärzten laufend *nachjustiert* werden.

Bei der Rekonstruktion von Interaktionsgeschichten von Interpretationen bzw. Deutungen lassen sich grob drei Arten von Gesprächsentwicklungen unterscheiden. Im *negativen* Fall können Interpretationen einen dauerhaften Fehlschlag erleiden, wenn sie trotz der weiteren Gesprächsarbeit mit vielfältigen Korrekturen und Modifikationen endgültig vom Patienten zurückgewiesen werden. Im *Idealfall* werden die Interpretationen vom Patienten „auf Anhieb“ angenommen und weiter elaboriert. Im *Problemfall* können sie nach einem längeren Aushandlungsprozess zwischen den Gesprächspartnern schließlich doch noch erfolgreich werden. Wenn man es zunächst für den einfachen *Idealfall*, bei dem die Übernahme der Interpretation durch den Patienten spontan mit einer Elaboration erfolgt, so formulieren will: Der Patient hat sich der „Sog-

21. Details explorieren

wirkung“ der Interpretation nicht entziehen können. Im einleitend aufgezeigten positiven Sinn von *Persuasion* hat sich der Patient *überzeugen* lassen.

Obwohl der Vergleich des ärztlichen Gesprächs mit anderen institutionellen Gesprächstypen (in Schule, Hochschule, Parlament usw.) nur in gewissen Graden möglich ist (Koerfer 2013), könnte mit diesem Vorbehalt doch eine Analogie zwischen *Argumenten* und *Interpretationen* gebildet werden, die letztlich gleichermaßen einer rationalen Prüfung standhalten müssten: Die *Überzeugung* des Patienten, die ihn eine Interpretation übernehmen und elaborieren lässt, käme dann entsprechend dem „eigentümlich zwanglosen Zwang des besseren Arguments“ (im Sinne von Habermas 1981, Bd.1: 52) zustande, wie es für eine *rationale* Kommunikation gang und gäbe ist (§ 7, 10). Dass auch die Arzt-Patient-Kommunikation, die durch affektive, oft existenziell bedrohliche Themen bestimmt ist, letztlich durch *Rationalität* geprägt sein sollte, war bereits bei den Kommunikations- und Beziehungsmodellen zur medizinischen *Entscheidungsfindung* erörtert worden (§ 10.6). So wie schon die medizinischen Aufklärungsgespräche (i.e.S.) sollten auch psychotherapeutisch-orientierte Gespräche zur *(Selbst-)Aufklärung* des Patienten im Einklang von *empathischer* und *rationaler* Kommunikation geführt werden.

Dies gilt auch für den *Problemfall* der langwierigen Aushandlungsprozesse bei der Nach- und Weiterbearbeitung von Interventionen, die sich umso schwieriger entwickeln können, desto länger die Zustimmung und entsprechende Elaboration des Patienten mangels Überzeugung ausbleiben. Bei diesen Aushandlungsprozessen ist allerdings das Risiko zu beachten, dass Patienten trotz des zwischenzeitlichen „Widerstands“ dann „überraschend“ doch noch „zustimmen“ können, was sich im Nachhinein wiederum als *Pseudo-Konsens* herausstellen kann.

Diese Gefahr ist bereits für die medizinische Entscheidungsfindung als „Zustimmung aus Verwirrung“ (*confused consent*) beschrieben worden (§ 10.7). Ärzte können ihre Patienten auch „schwindlig reden“, bis diese schließlich unter einem erhöhten Gesprächsdruck eine erwartete Entscheidung treffen, mit der sie den mutmaßlichen Präferenzen des Arztes folgen. Diese Art von Resignation mag viele Gründe haben, die von der (Selbst-)Unsicherheit des Patienten bis zur Abhängigkeit von der ärztlichen Autorität reichen mögen, verbunden mit der Furcht vor Sanktionen und Verlustängsten für den Fall, dass der Arzt die Beziehung „aufkündigen“, d.h. eben auch, seine konkreten Hilfeleistungen einstellen könnte. Der Patient hätte dann gegebenenfalls „vor lauter

Angst“ eine Zustimmung gegeben, die sich „bei Licht betrachtet“ als „irrational“ herausstellen würde

Auch in solchen Problemfällen gehört es zur Kunst der ärztlichen Gesprächsführung (§ 17), in einem „verwirrenden“ Geflecht von Kognitionen und Emotionen „einen kühlen Kopf zu bewahren“ und die „unerwartete“ Zustimmung des Patienten erneut auf einen kommunikativen Prüfstand mit dialogischen Rückkopplungsschleifen zu stellen, in denen sich Ärzte der Authentizität beim erklärten Konsens vergewissern. In der kritischen Selbstbeobachtung eines *Meta-Arztes*, wie er vorausgehend mit von Uexküll, Wesiack (1991) beschrieben worden war (§ 3.1), mögen die in der Gesprächspraxis ohnehin fließenden Übergänge von der *Persuasion* zur *Suggestion* in den Blick kommen, die in ihrer Wirkung den Unterschied zwischen „Überzeugung“ und „Überredung“ des Patienten machen.

Damit kommen wir auf die vorausgehend (§ 21.2) mit Morgen und Engel aufgestellte *Anti-Manipulations-Maxime* zurück. Bei allen Unterschieden wurde in den vorausgegangenen Fällen zugleich das Ausmaß deutlich, mit dem Ärzte ihre Patienten durch die Wahl von Formen, Inhalten und Funktionen von Interpretationsofferten, bei denen der Frage-Charakter „verblasst“ ist, zu „beeinflussen“ suchen, um neue Reflexionsprozesse in Gang zu setzen, die der informativen, narrativen oder emotiven Selbstexploration des Patienten förderlich sein können. Der Versuch der „Beeinflussung“ des Gesprächspartners ist ein Allerweltverfahren, das auch in der Sprechstunde seinen spezifischen Sinn und Zweck erfüllt. Inwieweit Interpretationsofferten das Transparenzgebot verletzen können (§ 7, 10), weil sie sich bei näherer Betrachtung als Teil einer *strategischen* Kommunikation erweisen, ist immer auch eine Frage der empirischen Einzelfallanalyse.

Wie vorausgehend zur *Methode* der *Gesprächsanalyse* ausgeführt wurde (§ 2, 7, 9, 17), ist selten eine singuläre Intervention ausschlaggebend, sondern in der Regel die Summe von dominanten Gesprächstechniken, die etwa den Unterschied zwischen *Interrogation* und *Narration* oder *Persuasion* und *Suggestion* machen.

Bestimmte Formen, Inhalte und Funktionen von ärztlichen „Fragen“ sind nicht per se „manipulativ“, sondern sie werden es in bestimmten Kombinationen in bestimmten Kontexten, wenn sich Patienten etwa dem Konformitätsdruck einer suggestiven Informationsfrage nach ihren (riskanten) Lebensgewohnheiten (Bewegung, Schlafen, Essen, Rauchen usw.) nicht entziehen können, weil sie sich der von einer ärztlichen Autorität ausgedrückten *Normalitätserwartung* nicht zu widersprechen

trauen. Um dieses Risiko zu vermeiden, sollten bestimmte Arten von *Suggestivfragen* grundsätzlich *verpönt* bleiben, was an vorausgegangenen Beispielen aufgezeigt wurde (§ 21.2.6). Ansonsten sollten sich Patienten gegenüber dem „zwanglosen Zwang“ einer „guten“ Interpretation aufgeschlossen zeigen und sich gegebenenfalls vom Arzt *überzeugen* lassen.

21.4 Beschwerden-Dimensionen erfragen

Wie vorausgehend immer wieder für die Lehre betont wurde, sind die Formen, Funktionen und Inhalte von ärztlichen Fragen im Kontext von entwickelten Gesprächen zu betrachten. Wenn wir uns nun im Einzelnen der Detailexploration durch ärztliche Fragen und Nachfragen mit bestimmten Inhalten zuwenden, geht es weiterhin um ein großes Themenspektrum.

Dabei muss der Arzt nicht nur der *Beginn* und *Verlauf* einer banalen Erkältung klären, sondern auch die Atemnot eines Patienten als etwaiges *Symptom* bei einer koronaren Herzerkrankung. Weiterhin kann die Angst von Patienten ebenso als ein psychisches *Begleitsymptom* einer Erkrankung (wie der KHK), aber auch als *Grunderkrankung* exploriert werden (§ 31). In beiden Fällen geht es etwa um die *Intensität* der Angst wie auch um das Ausmaß der *Beeinträchtigung* im Alltagsleben von Patienten.

Insgesamt bedarf es in all diesen Fällen einer *klinisch-kommunikativen Doppelkompetenz* des Arztes, der zu diagnostischen Zwecken bereits bei der Anamneseerhebung die richtigen Fragen zu den einschlägigen Themen zur rechten Zeit stellen muss, und zwar in Abhängigkeit von seiner (fach-)spezifischen Kenntnis bestimmter Krankheitsbilder. Aufgrund seiner klinisch-kommunikativen Doppelkompetenz wird der Arzt bereits zu Beginn der Detail-Exploration mögliche Profile zu bestimmten Krankheitsbildern im Sinne einer Verdachtsdiagnose erkennen, die im Verlauf der Anamneseerhebung durch differenziertes Weiterfragen in verschiedenen *Beschwerden-Dimensionen* im Sinne einer Überprüfung ausgeschlossen oder bestätigt werden kann.

Im Folgenden sollen für die Lehre weitere Ankerbeispiele zusammengestellt werden, die nach *Beschwerde-Dimensionen* geordnet werden können, die für die Gesprächsführung leitend sind, wobei diese „Ordnung“ nicht linear umzusetzen ist, sondern *flexibel* dem Gesprächsverlauf entsprechend angepasst werden sollte.

21.4.1 Klinisch-kommunikative Doppelkompetenz

Bei der Anamneseerhebung muss der Arzt über eine *klinisch-kommunikative Doppelkompetenz* verfügen, die eine jeweils fachspezifische Ausprägung erfahren kann. So gehört es bereits zur Fachkompetenz eines Kardiologen, Gastroenterologen, Urologen oder Orthopäden, seinen Patienten zur „richtigen“ Zeit die „richtigen“ Fragen in der „richtigen“ Art und Weise stellen und die Patientenantworten „richtig“ deuten zu können. Hier gehen etwa differenzialdiagnostische Wissenskompetenzen und kommunikative (Frage-)Kompetenzen des Arztes „Hand in Hand“, wenn dieser etwa nach der Schmerzqualität bzw. -intensität oder den Begleitzeichen fragt, das heißt genau die Details exploriert, die zum Krankheitsbild passend erhoben werden müssen, um als „guter“ Arzt die „richtige“ Diagnose stellen und diese gegenüber dem Patienten kommunikativ vermitteln zu können.

Der Arzt muss also über eine klinisch-kommunikative Doppelkompetenz verfügen, weil sich die eine Kompetenz ohne die andere nicht adäquat nutzen lässt (§ 3, 17). Die spezifischen klinischen Bilder müssen dem Arzt qua Professionswissen (*Nosologie*) bekannt sein, um sie im konkreten Fall kommunikativ erschließen zu können (*Anamnese*). Erst in der Wechselwirkung einer klinischen und kommunikativen Kompetenz kann das Leiden des Patienten und seine Erkrankung zureichend erfasst und behandelt werden.

Da uns dieses Zusammenspiel von klinischer und kommunikativer Kompetenz in diesem Lehrbuch durchgehend beschäftigt, sollen hier wenige Illustrationen aus der klinischen Praxis genügen, die uns die Klassiker des „klinischen Zugangs zum Patienten“ (Morgan, Engel 1969/77) (Box 21.11) geben, der von ihnen zugleich als kommunikativer Zugang erläutert wird (§ 1). Die Illustrationen beziehen sich auf die Passung der nötigen Informationsfragen, die nach Morgan und Engel immer schon die Kenntnis der klinischen Krankheitsbilder voraussetzen.

Box 21.11 Kenntnis der klinischen Krankheitsbilder und Fragekompetenz

Kenntnis der klinischen Krankheitsbilder erlaubt dem Arzt, gezielte Fragen zu stellen. So weiß er, daß der Schmerz bei Angina pectoris beim Gehen auftritt und bei Ruhe innerhalb weniger Minuten aufhört, oder daß Vertigo und Nausea bei Labyrinthitis durch leichte Kopfbewegungen

21. Details explorieren

ausgelöst werden können. Der Wortlaut der Fragen darf die Antworten jedoch nicht beeinflussen. So fragt er bei Verdacht auf Angina pectoris: „Welchen Einfluss hat das Gehen, das Stillsitzen oder Absitzen?“ oder bei der Untersuchung des Schwindels: „Was geschieht, wenn Sie den Kopf bewegen?“ „Wie stark müssen Sie sich bewegen, bis Sie die Symptome spüren“ (...) Die Kenntnis der klinischen Krankheitsbilder erlaubt ihm, nach Symptomen zu forschen, die der Patient nicht erwähnt. Besteht z.B. Verdacht auf Diabetes, fragt er den Patienten nach Polyurie und Polydipsie, vermutet er, daß einem bestimmten Schmerz eine Konversion zugrunde liege, so forscht er nach weiteren Symptomen der Konversion, wie Globus, Hyperventilation oder Episoden mit Paralysen oder Anästhesien.

Morgan, Engel 1977: 47f

Über das Zusammenwirken klinischen Wissens und kommunikativen Handelns hinaus wird uns hier zugleich aus der Sicht erfahrener Kliniker erneut eine Maxime über Frageformen bei Informationsfragen vermittelt, die keineswegs suggestiv gestellt werden sollten. Das Problem der *suggestiven* Frageformen war vorausgehend schon ausführlich erörtert worden (§ 21.2.6), so dass wir hierauf nur zurückkommen, wenn sich in weiteren Beispielen Problemfälle ergeben. Für den Moment ist hier nur die obige Empfehlung von Morgan und Engel erneut festzuhalten: „Der Wortlaut der Fragen darf die Antworten jedoch nicht beeinflussen“ (Box 21.11). Damit wird nochmals die *Hypermaxime* zur Geltung gebracht, dass im Anamnesegespräch wesentlich „unverstellte“, „freie“ oder „authentische“ Patientenauskünfte zu gewinnen sind, das heißt dass bei klärenden Nachfragen zu den „subjektiven“ Beschwerden- und Symptomschilderungen die Antworten eben nicht „in den Mund gelegt“ werden sollten.¹⁵

Unter dieser Voraussetzung geht es im Folgenden primär um die Themen-Struktur des ärztlichen Fragens, das sich an klinischen Interessen und Erfahrungen zur Detailexploration orientiert. Hier können wir erneut von den „Klassikern“ profitieren, wenn es um die Strukturierung der Beschwerdeschilderungen der Patienten geht. Die von Morgan und Engel (1977) unterschiedenen *sieben Dimensionen*, die auch in an-

¹⁵ Zur Unterscheidung von „subjektiven“ (*symptom*) und „objektiven“ Symptomen (*sign*) sei an dieser Stelle auf von Uexküll und Wesiack (1992: 19ff) verwiesen, die diese Unterscheidung aus semiotischer Perspektive (§ 7.2) begründen und an einem empirischen Fallbeispiel erläutern, dessen Analyse wir im Rahmen einer *biopsychologischen* Medizin (§ 4) ausführlich auch für didaktische Zwecke aufbereitet hatten.

deren Lehrbüchern mit Varianten differenziert werden (z.B. Adler, Hemmeler 1989, Fortin et al. 2012, Cole, Bird 2014), sind auch Grundlage des 4. Schrittes unseres Manuals (§ 21.1). Bevor die Dimensionen im Einzelnen anhand von Ankerbeispielen erläutert werden, sollen sie hier vorweg in einer ungekürzten Beschreibung von Morgan und Engel (Box 21.12) wiedergegeben werden.

Box 21.12 Die 7 Dimensionen zur Beschwerden-/Symptomexploration

Symptome sind subjektive Veränderungen, welche der Patient an sich wahrnimmt. Der Arzt versucht nun, aus den Äußerungen des Patienten die körperlichen und geistigen Vorgänge zu eruieren, die den Symptomen zugrunde liegen. Dabei betrachtet er jedes der Symptome nach den folgenden Dimensionen:

1. Die *Lokalisation*. Wo ist das Symptom lokalisiert?
2. Die *Qualität*. Wie ist es?
3. Die *Intensität* oder *Quantität*. Wie stark ist es?
4. Die *zeitlichen Zusammenhänge*. Wann ist das Symptom aufgetreten und wie war sein Verlauf?
5. Die *Begleitumstände*. Unter welchen Umständen ist das Symptom aufgetreten?
6. *Einflüsse, welche die Beschwerden verstärken oder erleichtern*. Was erleichtert oder verstärkt die Beschwerden?
7. Die *Begleitsymptome*. Welche anderen Beschwerden begleiten das Symptom?

Diese sieben Dimensionen sind grundlegend für alle diagnostischen Überlegungen. Sie lassen den Arzt entscheiden, ob einer vom Patienten bemerkten Veränderung eine Abnormalität zugrunde liegt, wo sie lokalisiert ist und welcher Natur die zugrunde liegenden funktionellen und strukturellen Störungen sind.

Morgan, Engel 1977: 38f

Wie Morgan und Engel weiter ausführen, geht der „erfahrene Arzt dank jahrelanger Übung“ diesen Dimensionen beim Zuhören routiniert nach und bemerkt jede *Auslassung* oder *Doppeldeutigkeit* des Patienten. Demgegenüber müssen sich Anfänger (Studierende) erst „darauf konzentrieren, alle sieben Dimensionen vor Augen zu haben und jedes Symptom danach zu klären“ (1977: 43). Die schwierige Aufgabe, „alle sieben Dimensionen vor Augen zu haben“, wird allerdings dadurch erleichtert, dass viele Informationen von den Patienten im laufenden Ge-

21. Details explorieren

sprach schon eigeninitiativ gegeben werden, so dass gegebenenfalls „nur“ die Lücken zu füllen sind (§ 21.6). Wie vorausgehend ebenfalls schon mit Morgan und Engel begründet worden war, werden bei einem narrativen Ansatz der Anamneseerhebung wertvolle Informationen wie beiläufig vermittelt, so dass sie nicht eigens erfragt werden müssen.

Allerdings werden die Informationen nicht unbedingt in der Ordnung angeboten, wie sie vielleicht aus differenzialdiagnostischer Sicht des Arztes sinnvoll wäre. Patienten folgen ihrer eigenen Ordnung bei der Schilderung ihrer Beschwerden und Erzählung der Krankengeschichte, die nach der Handlungslogik ihrer Leidensgeschichte erzählt wird (§ 9). Eine solche narrative Handlungslogik folgt nur bedingt der anamnestischen und diagnostischen Handlungslogik des Arztes. Deswegen besteht die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung zunächst aus einer guten Mischung aus aktivem Zuhören und Nachfragen, wenn sich Lücken nicht von selbst schließen sollten. Keinesfalls sollte eine Gesprächsstruktur erzwungen werden, die etwa der Ordnung der sieben Dimensionen rigide folgt.

Wenn wir bei den anschließenden Beispielen eine Reihenfolge in der notwendig linearen Darstellung wählen (müssen), soll damit also keine Reihenfolge im Gespräch nahegelegt werden. Die Beispiele selbst sind entwickelten Gesprächen entnommen, in denen ihrerseits keine lineare Folge entlang von sieben Dimensionen eingehalten wurde, was gerade die *Flexibilität* in der Gesprächsführung ausmacht (§ 17.1). Schon gar nicht wurden die sieben Dimensionen in den Gesprächen etwa paarweise oder schwerpunktmäßig so behandelt, wie es uns in dem folgenden Überblick entlang des Manuals und für die Lehre zweckmäßig erschien. Dabei werden hier ausgewählte Beispiele mit einer Kommentarspalte zusammengestellt, deren Einträge den Kategorien aus dem 4. Schritt des Manuals (auch nummerisch: 4.1) entsprechen. Wir folgen im Wesentlichen den sieben Dimensionen, wie sie vorausgehend mit Morgan und Engel differenziert wurden (Box 21.12), wobei wir leichte Modifikationen (Zusammenfassungen, Unterscheidungen, Ergänzungen) vornehmen.

21.4.2 Lokalität und Temporalität

Fragen nach der Lokalität und Temporalität von Symptomen werden oft im Zusammenhang gestellt, sobald die fraglichen Beschwerden/ Symptome in den ersten Schilderungen der Patienten benannt sind. Neben

der Klärung des *Beginns* ist nach Morgan und Engel (1977: 39f) auch die *Dauer* und der *Verlauf* der Symptome bedeutsam (Verschlechterung, Besserung, Schübe etc.). Mitunter stellt sich schon die Klärung des Beginns der Beschwerden als schwierig dar, weil Patienten sich nicht hinreichend erinnern. So schließt der Arzt auch im folgenden Beispiel (B 21.31) nach seiner Vergewisserungsfrage zur *Lokalität* der „Schmerzen“ mit einer *Zeit-Frage* nach dem Beginn der Schmerzen an, der sich offenbar nicht ohne Weiteres klären lässt, wie die vielen Nachfragen und vagen Antworten des Patienten deutlich machen, die wir hier gekürzt wiedergeben. Trotz der Kürzung imponiert der Arzt durch seine Geduld beim Zuhören und Nachfragen, die schließlich zu einem relativen Erfolg führen.

B 21.31 „Seit wann haben Sie diese Schmerzen?“		Kommentar
01	A hm .	
02	P (...) und da hab ich hier so'n [fasst sich mit beiden Händen gekreuzt in die Achseln] . na wie soll ich jetzt ausreichend sagen ... (3) ... so Schmerzen hier in/in der Gegend drin [deutet auf rechte Achsel]	
03	A in den Achseln, in beiden? .	4.1 DE: BD erfragen: Lokalisation
04	P ja .	
05	A ja . seit wann haben Sie diese Schmerzen? .	4.1 DE: BD erfragen: Zeit (Beginn)
06	P ach, die kommen und gehen . dat is manchmal so, als ob mir die Luft wegbleibt .	
07	A und ja, jetzt noch mal die Frage, diese Schmerzen in den Achseln, haben Sie die seit Sie wissen, dass da (...) etwas nicht in Ordnung ist .	4.1 DE: BD erfragen: Zeit (Beginn)
08	P äh . deswegen, ne . vorher war da noch wat gewesen, da hab ich gedacht (...)	
09	A ja, ja . wie lange ist das denn etwa . mit diesen Beschwerden? .	4.1 DE: BD erfragen: Zeit (Beginn)
10	P dat war mal hier und da . für kurze Momente nur . ja dat war mal stark, mal weniger (...)	
11	A seit Wochen, seit Monaten? .	4.1 DE: BD erfragen: Zeit (Beginn)
12	P is ma ... zwei, drei Tage (...)	

21. Details explorieren

13	A	ja wann hat das angefangen . vor wieviel Wochen oder wieviel Monaten? .	4.1 DE: BD erfragen: Zeit (Beginn)
14	P	ich bin jetzt seit ... März wieder am Arbeiten ... vor zwei Jahren, wie ich da war, da war noch alles ... in Ordnung gewesen	
15	A	was arbeiten Sie denn? .	

Das Beispiel steht zugleich für die Schwierigkeiten mit Patienten, einfache Sachverhalte wie den Beginn von Beschwerden zu klären, was schließlich gelingt, weil eine Beschwerdefreiheit bis zu einem bestimmten „subjektiv“ relevanten Datum zurückverfolgt werden kann. So empfehlen auch Morgan und Engel (1977: 45f) bei vagen oder widersprüchlichen Zeitangaben direkt nach anderen lebensweltlich relevanten Daten zu fragen (Prüfung, Arbeit, Geburtstag, Heirat, Umzug usw.), die etwa mit einem Wechsel des Gesundheits- bzw. Krankheitserlebens zusammenfallen, so dass die Patienten sich entsprechend gut erinnern können, ob sie sich bis zu diesem „subjektivem“ Zeitpunkt noch gesund oder schon krank gefühlt hatten.

So datierte die Patientin, die unter massivem *Schwindel* litt, in ihren Erzählungen eigeninitiativ die („MS“-)Erkrankung ihrer Tochter mit dem Kommunionssonntag ihres Enkelkinds und konnte wiederum auf die entsprechende Nachfrage des Arztes den Beginn ihrer eigenen Erkrankung („Schwindel“) mit dem Beginn der Erkrankung ihrer Tochter verbinden (§ 19.7). So können „objektive“ Daten anhand von „subjektiven“ Daten, die wegen ihrer lebensweltlichen Relevanz gut erinnert werden können, leichter rekonstruiert werden. Entsprechend gehört es zur Kunst der ärztlichen Gesprächsführung, die klinisch relevanten Daten durch Umwege über persönliche, oft einschneidende Ereignisse und Erlebnisse von Patienten zu erhalten. Da diese ohnehin bei der Vervollständigung der Anamnese erhoben werden müssen (§ 21.6), können hier – salopp formuliert – gleich „zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen“ werden.

Im vorausgehenden Beispiel mit dem Patienten, der zunächst den Beginn seiner Schmerzen (in den Achseln) nicht datieren konnte, ergab sich wohl zusätzlich die Schwierigkeit, dass der Patient „unkonzentriert“ bis „desorientiert“ zu sein schien, was vom Arzt später auch indirekt zum Thema gemacht wird, indem er dem Patienten seinen Eindruck mitteilte („jetzt mal was ganz anderes ... Sie machen n sehr ... besorgten Eindruck . ne?“) (§ 20.6). Diesem Eindruck lag wohl die Wahrnehmung von Nervosität und Unkonzentriertheit zugrunde, was sich nicht nur

nonverbal, sondern auch schon am (Transkript-)Text nachvollziehen lässt. Dennoch erwies sich der Arzt in diesem Fall als geduldiger Zuhörer, bis er schließlich durch beharrliches Nachfragen eine halbwegs befriedigende Angabe zum Beginn der Symptome erlangte, der zumindest indirekt aus der Angabe einer Zeit (14P: „vor zwei Jahren“) geschlossen werden konnte, als noch „alles in Ordnung“ gewesen war.

Es sei dahingestellt, ob der Arzt mit einer gezielten Wort-Frage („Wann haben Sie sich zuletzt (ganz) gesund gefühlt?“) oder Entscheidungsfrage („Können Sie sich erinnern, wann ...?“) schneller zum Erfolg gekommen wäre. Derartige Fragen können sich verallgemeinernd auch in anderen Fällen beizeiten als zielführender erweisen, wenn Patienten – aus welchen Gründen auch immer (Gedächtnis-, Konzentrationsprobleme) – zunächst keine oder nur vage oder widersprüchliche Zeitangaben machen können.

Zumeist sind Informationen zur Lokalisation und Temporalität mit geringerem Kommunikationsaufwand zu erhalten. Das folgende Beispiel ist dem bereits ausführlich analysierten Gespräch entnommen (§ 19.6), in dem die Patientin über „Herzschmerzen“ klagt, woran der Arzt direkt mit der Zeit-Frage („seit wann ...?“) (B 21.32) anschließt, bevor er dann nach der Frage zum Verlauf („Besserung“) die Frage nach der Lokalität („Ausstrahlung“) stellt.

B 21.32 „und strahlt das irgendwohin aus?“		Kommentar
03	A wo sind Ihre Hauptprobleme, was/ oder Hauptbeschwerden, weswegen Sie kommen? .	2.2 AA: Frühe Unterbrechung/ Trichtern
04	P öfters schon mal Herzschmerzen, also Stiche in der Herzgegend .	Fokus: „Hauptbeschwerden“
05	A seit wann haben Sie diese Stiche? ... [3] ...	4.1 DE: BD: (Zeit, Beginn)
06	P schon etwas länger, also 2001 war es ganz schlimm, und da hab ich denn auch die Mandeln entfernt bekommen .	
07	A ja .	
08	P das war beim Dr. Müller noch .	
09	A ist es danach besser geworden? .	4.1 DE: BD: Zeit, Verlauf
10	P ja da war's dann wieder besser, und dann ist es wieder also aufgetreten jetzt, vor kurzem .	Besserung; Rückfall
11	A (...)	

21. Details explorieren

12	P	(...)	
17	A	und strahlt das irgendwohin aus diese Schmerzen? ...	4.1 DE: BD: Lokalisation
18	P	nein [schüttelt Kopf] [3 sec.]	

Auch die weiteren Beispiele aus diesem Gespräch, das als „Verhörgespräch“ analysiert wurde (§ 19.6), imponieren durch den raschen Wechsel von kurzen Arzt-Fragen und einsilbigen Antworten der Patientin, wobei sich die beiden Gesprächspartner durch das dominant *interrogative* Handlungsmuster alsbald in eine Gesprächsflaute manövrieren, nach der das Gespräch nach ca. 2 Minuten beendet wurde. Aber diese Kritik am *interrogativen* Gesprächsstil sollte „auf einem anderen Blatt stehen“, das zunächst von der Fragetechnik getrennt betrachtet werden kann. Allerdings ist anzumerken, dass die Fragen, auf die wir noch in den weiteren Dimensionen der Detailexploration zurückkommen, besser in eine spätere Gesprächsphase gepasst hätten, wenn die Patientin die nötigen Informationen nicht schon in narrativen Gesprächsräumen eigenständig beigetragen hätte. An dieser Stelle soll es aber nur auf die spezifischen Fragen in den sieben Dimensionen ankommen, deren frühe oder späte Platzierung im Gespräch ein anderes Thema der Gesprächsführung ist, das vorausgehend als *Passungsproblem* (§ 3, 17, 19, 20) ausführlich erörtert wurde.

21.4.3 Intensität, Quantität und Qualität

Abweichend von der Einteilung nach Morgan und Engel, die die *Quantität* und *Intensität* mehr oder weniger gleichsetzen (Box 21.12), soll an dieser Unterscheidung hier festgehalten werden. Zwar kann man etwa das *Volumen* (von Sputum, Blutverlust) oder die *Häufigkeit* (von Miktion, Stuhlgang) oder die *Anzahl* (von Krampfanfällen, Schmerzattacken) unter der Dimension der *Intensität* fassen (Morgan, Engel 1977: 39). Dennoch sollte der Begriff der *Intensität* nicht auf alle möglichen Phänomene (Essen, Trinken, Ausscheidungen, Schlaf usw.) angewandt werden, die mit den einschlägigen Begriffen der *Quantität* und *Qualität* zureichend erfasst werden können. Dagegen sollte der Begriff der *Intensität* für spezifische Phänomene wie *Depressionen* (§ 30), *Angst* (§ 31) oder *Schmerz* (§ 33) reserviert werden, bei denen allerdings ebenfalls graduelle Unterscheidungen getroffen werden können (*leicht*, *mäßig*, *stark*). Dabei sollte vom Arzt berücksichtigt werden, dass bei der Gradu-

ierung die entsprechenden verbalen Ausdrücke individuellen Gebrauchsweisen unterliegen, die gelegentlich einer „relativen“ Übersetzung oder spezifischen Nachfrage zur Klärung bedürfen, um das „rechte Maß“ für diesen individuellen Patienten mit ihm zusammen bestimmen zu können.

So können *aggravierende* Patienten leicht zu einer „starken“ Wortwahl neigen („unerträglich“), während es *dissimulierende* Patienten bei einer „schwachen“ Wortwahl („aushaltbar“) belassen können. Um die *inter- und intraindividuellen* Unterschiede kontrollierter erfassen zu können, hat sich die Nutzung von Skalen (1-10) etabliert (Box 21.13), die wir auch im Manual vorschlagen (§ 21.1). Diese Nutzung von Skalen soll gleich an einem Gesprächsbeispiel illustriert werden, bei dem es auch um den Vergleich von Schmerzen einer Patientin im „Hier und Heute“ der Sprechstunde im Verhältnis zu früheren „Messzeitpunkten“ geht.

Box 21.13 Quantität

Quantifizierung: “Wie schlimm ist das?” Für Schmerzen, „Auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 1 Schmerzfreiheit ist und 10 der schlimmste Schmerz, den sie sich vorstellen können, wie z.B. eine Operation ohne Narkose, welche Zahl würden Sie dann jeweils für ihre Schmerzen vergeben?“

- a. Häufigkeit des Auftretens?
- b. Intensität oder Schwere?
- c. Beeinträchtigung oder Behinderung?

Fortin et al. 2012: 70 (Übers. von uns)

Da wir die Komplexität und Vielfalt der Phänomene unter den Dimensionen Intensität bzw. Quantität und Qualität hier nicht sämtlich durch Beispiele belegen können, sollen für die Lehre tabellarische Überblicke vorangestellt werden, wie sie ohne direkten Bezug auf Morgan und Engel in den überaus differenzierten Lehrbüchern von Coulehan, Block (1992) (Tab 21.1) und Fortin et al. (2012) (Box 21.13) gegeben werden. Auch Fortin et al. (2012) scheinen die Dimensionen der Intensität und Quantität gleichzusetzen. Ebenso werden unter der Dimension der *Quantität* offensichtlich auch „Beeinträchtigungen“ subsumiert, die gesondert erfasst werden sollten, zumal sie auch die *Lebensqualität* von Patienten betreffen. Da in beiden Lehrbüchern keine entsprechend empirischen Beispiele gegeben werden, sollen zu einzelnen Kategorien aus-

21. Details explorieren

gewählte Beispiele aus unserem Gesprächskorpus nachgetragen werden.

	<i>Beschwerden</i>	<i>Quantitative Fragen</i>	<i>Qualitative Fragen</i>
1	Ich hatte Brustschmerzen	Wie lang hat das angehalten? Wie oft ist das aufgetreten?	Wie fühlt sich das an? Wo genau ist der Schmerz?
2	Meine Seite tut weh	Wie lange hat das angehalten?	Zeigen Sie mir, wo.
3	Ich habe Durchfall.	Wie oft am Tag?	Was meinen sie mit Durchfall?
4	Ich habe Blut erbrochen.	Wie viel?	Wie hat das ausgesehen?
5	Ich kann nicht mehr so weit gehen wie sonst, ohne müde zu werden.	Wie weit können Sie gehen?	Was meinen Sie mit "müde"?

Tab. 21.1: Patient complaints and possible quantitative or qualitative physician questions (Coulehan, Block 1992: 65) (Übers. von uns)

Wir beginnen mit der zentralen Dimension der *Intensität*, die hier abweichend von Morgan und Engel im *engeren* Sinn aufgefasst wird. Dabei geht es auch um den Einsatz einer (Schmerz-)Skala, der an einer onkologischen Sprechstunde erläutert wird. In weiteren Schritten sollen Beispiele zu den Beschwerden-Dimensionen der *Quantität* und *Qualität* angeführt werden. Da sich insbesondere die Exploration zur *Qualität* von Symptomen als schwierig erweisen kann, soll der Umgang mit „unklaren“ Symptomschilderungen an Beispielen erörtert werden, bei denen die ärztliche Fragekompetenz besonders herausgefordert wird. Zur Überwindung von Unklarheiten bieten sich nicht nur *begriffliche Klarstellungen* an, durch die Patienten auch oft überfordert werden können, sondern auch *narrative Illustrationen* (Beispiele, Ereignisse, Erlebnisse), deren exemplarischer Charakter begriffliche Unklarheiten zu kompensieren hilft.

An ausgewählten Beispielen besonders zur Beschwerde-Dimension der *Qualität* soll für die narrative Anwendung des Prinzips der „Ausdrückbarkeit“ plädiert werden. Nach Einbeziehung weiterer Dimensionen (Kondition, Begleitzeichen usw.) soll das Plädoyer für einen narrati-

ven Ansatz, der im Rahmen der narrativen Anamneseerhebung schon begründet wurde (§ 9), auch für die Detailexploration insgesamt abschließend (§ 21.4.6) nochmal resümiert werden.

Intensität und Skalierung

In einem Gespräch aus einer onkologischen Sprechstunde mit einer Patientin, die wegen eines Ovarialkarzinoms in Behandlung ist, eröffnet der Arzt das Gespräch mit dem Typ der Frage nach dem aktuellen Befinden (§ 18.2), um dann nach dem ersten verbalen Austausch der Patientin eine entsprechende *Skala* vorzulegen. Das Verfahren ist der Patientin offenbar geläufig, wie sich durch das Gespräch erschließen lässt. Wir geben hier den Gesprächsanfang mit einer kurzen Auslassung und geringfügigen Kürzungen in zwei Abschnitten (1)-(2) wieder, in denen die Sprache sehr schnell auf das („schlechte“) Befinden der Patientin kommt, bei der sich die Hoffnungen auf die Wirksamkeit der Schmerztherapie offenbar nicht zufriedenstellend erfüllt haben (1), so dass sich am Ende der Einleitungsphase (2) schließlich die Frage nach Behandlungsalternativen stellt.

B 21.33 (1): „es war furchtbar“

- 01 A so Frau Schmid . jetzt müssen Sie mal erzählen . wie ist denn so der Stand der Dinge? .
- 02 P schlecht .
- 03 A ist nicht gut, nä . hm .
- 04 P am Montag war ich hier .
- 05 A richtig .
- 06 P (...) nachts (...) die Tropfen haben überhaupt keine Wirkung gehabt .
- 07 A waren Sie schon wachgeworden mit Schmerzen schon .
- 08 P ja .
- 09 A und hatten sich direkt Hilfe erhofft .
- 10 P ja . es war eine schlimme Nacht (...) es war furchtbar .
- 11 A das ist keine gute Bilanz .

Aufgrund ihrer längeren Interaktionsgeschichte können beide Gesprächspartner „offene“ Worte wechseln, mit denen sie zwischen stärkeren und schwächeren Evaluationen oszillieren („schlecht“ – „nicht gut“ –

21. Details explorieren

„schlimm“ – „furchtbar“ – „keine gute Bilanz“). Trotz dieser „kleinen“ Unterschiede im Emotions- und Evaluationsvokabulars zwischen professionellem Helfer und Patientin, auf die wir vorausgehend schon grundsätzlich eingegangen waren (§ 21.3.2), befinden sich beide Gesprächspartner schnell im emotiven und evaluativen Einklang, bei dem der Arzt die Antworten der Patientin auf seine Eingangsfrage nach dem „Stand der Dinge“ dann ja auch treffend als „keine gute Bilanz“ (11A) resümiert.

Auf dem Weg zu dieser Bilanz kann die Patientin die Redegelegenheiten, die der Arzt durch eine offene Erzähleinladung, aktives Zuhören und empathische Rückmeldungen in mehreren Schritten anbietet, jeweils offen wahrnehmen, indem sie über das Ausbleiben der von ihr (und vom Arzt) erhofften therapeutischen Wirkungen klagt, was ihre besonders nachts zu schaffen gemacht hatte. Nach ihrer resümierenden Klage (10P: „es war furchtbar“) kommt der Arzt dann nach seiner eigenen Bilanz (und hier nach einer kurzen Auslassung) im zweiten Gesprächsabschnitt (2) direkt auf die „Skalierung“ zu sprechen, deren Kenntnis er offenbar voraussetzen kann (03A: „Sie kennen ja schon meine Skalierung“), wie sich auch durch die verbale und nonverbale Reaktion der Patientin erkennen lässt.

B 21.34 (2): „Sie kennen ja schon meine Skalierung“ – „das ist nicht gut“

- 01 A hm .
- 02 P ich merke, ich verkrampfe auch so im Gesicht . wenn man so ständig unter größeren Schmerzen steht . nachmittags geht's schon besser .
- 03 A hm . Sie kennen ja schon meine Skalierung . würden Sie vielleicht für den Moment noch mal . den aktuellen . [hält Skala über Schreibtisch entgegen]
- 04 P wie's jetzt im Moment ist . [beugt sich schon vorher vor]
- 05 A ja .
- 06 P so [zeigt] .
- 07 A das ist nicht gut, ja . trauen Sie sich denn zu, noch mal einen ganz anderen Weg zu versuchen . denn so ist es ja nicht, was wir uns beide gewünscht haben, dass es für Sie ein bisschen Beruhigung gibt . ich glaube, wir sind an dem Punkt, dass (...)

Inwieweit es sich hier um eine „routinierte“ Interaktion in einem „eingespielten“ Team handelt, erhellt aus der Reaktion der Patientin. Schon

während seines Redebeitrags kommt die Patientin dem Arzt in der Interaktion entgegen, indem sie ihm unter einer passgenauen Antizipation mit ihrer spontanen Redefortsetzung (*joint sentence production*) gleichsam „ins Wort fallen“ kann (03A: „den aktuellen .“ – 04P: „wie’s im Moment ist“). Dabei war die Patientin dem Arzt auch schon „körperlich“ entgegengekommen, indem sie sich beim Reden schon vorgebeugt hatte, als der Arzt ihr die Skala über den Schreibtisch entgegenhielt. Wie nicht nur der Verbalausdruck „so“, sondern die begleitende Zeigegeste auf die vom Arzt hingehaltene Skala deutlich macht, handelt es sich um die Variante einer Analog-Skala. Jedenfalls zieht der Arzt aus dem „angezeigten Wert“ erneut die entsprechenden evaluativen Schlüsse (07A: „das ist nicht gut“), aufgrund derer er dann unmittelbar anschließend einen neuen Therapievorschlagn unterbreitet („einen ganz anderen Weg“), worauf wir später (§ 22.6) unter dem Aspekt der *Aushandlung* von Therapieplänen noch ausführlich eingehen werden.

Quantität und Qualität

Während es in diesem Beispiel um die *Intensität* eines gravierenden Schmerzerlebens ging, durch das die Lebensqualität der Patientin erheblich eingeschränkt ist, geht es bei Fragen zur *Quantität* und *Qualität* oft auch um „banale“ Phänomene, wie bei der Klärung von intraindividuellen Gewichtsunterschieden bei einer insgesamt „normalgewichtigen“ Patientin (B 21.35) oder bei einer „Erkältung“ mit „Husten“ (B 21.36). Aber auch im ersten Fall muss etwa die *Quantität* in der „objektiven“ Differenz zu einem „subjektiv“ so erlebten Idealgewicht geklärt werden, bei dem sich die Patientin „gut“ zu fühlen beginnt.

B 21.35 „und wieviel sind Sie jetzt?“		Kommentar
01	A ja . das heißt mit andern verglichen, ist das gar nicht so schlimm .	
02	P is das gar nicht soo viel, es wären wieder mal ... mmh . so . wenn ich mal meine 63 Kilo wieder hätte, wär ich ja zufrieden . aber das ...	
03	A und wieviel sind Sie jetzt? .	4.1 DE: BD: Quantität (Gewicht)

21. Details explorieren

04 P 71 ... wenn isch so 63 Kilo wiege, da fühl ich mich gut . (...)

Im zweiten Fall der „Erkältung“ muss die *Qualität* des Auswurfs beim Husten aus differenzialdiagnostischen Gründen bis hin zur „Farbe“ im Detail erfragt werden, bis sich Arzt und Patientin nach kurzer verbaler Abklärung zunächst auf „Abhören“ einigen, um es dann bis zum nächsten Termin zunächst mal bei der Einnahme eines „Schleimlöser“ bewenden zu lassen.

B 21.36 „wie sieht er aus?“		Kommentar
03	A (...). ja .	
04	P ja . das ist klar, aber der Husten is immer noch nicht weg und der is auch noch'n bisschen verschleimt .	
05	A wie sieht er aus? .	4.1 DE: BD: Qualität (Husten)
06	P oh . was heißt, wie sieht er aus? äh ... der Husten? .	
07	A ja .	
08	P wenn ich das ausspucke? pff ... so'n bisschen grünlich ...	
09	A grünlich, ja . (...)	

In den beiden vorausgegangenen Beispielen konnte die Klärung durch Fragen nach der *Quantität* und *Qualität* jeweils zügig mit wenig Kommunikationsaufwand erreicht werden. Schwieriger wird es in der Regel bei Bedeutungskklärungen, worauf auch Morgan und Engel unter dem Aspekt der *Qualität* verweisen, zu der der Arzt bei unklaren Begriffen entsprechende Fragen und Nachfragen zum Verständnis stellen muss, um Missverständnisse und Pseudo-Verständigungen zu vermeiden. Wegen der differenzierten und konkreten Empfehlungen anhand von gängigen (wenn auch fiktiven) Beispielen sollen Morgan und Engel (1977) (Box 21.14) hier nochmal ausführlich zu Wort kommen.

Box 21.14 Fragen und Nachfragen zur Qualität eines Symptoms

Bei der Untersuchung der Qualität eines Symptoms fragt der Arzt meist: „Wie war (ist) es?“ Hat der Patient Mühe zu antworten, oder braucht er

unklare Begriffe, wie „Es tut weh“, „Übel“ oder „Benommen“, so kommt ihm der Arzt mit der Frage entgegen: „Was verstehen Sie unter ...?“ oder „War es wie etwas, das Sie schon früher einmal erlebten?“ Falls diese Fragen nicht weiterführen, stellt er dem Patienten eine Reihe von Begriffen zur Wahl: „Verstehen Sie unter ‚weh‘ einen plötzlich auftretenden Schmerz, einen Dauerschmerz oder etwas anderes?“ „Meinen Sie ‚übel‘ im Magen oder überall, oder wie?“ Ist das Symptom ein Schmerz, so fragt er: „Nun, war der Schmerz heftig, war er stechend oder dumpf, war es ein Dauerschmerz oder wie?“ ohne daß er jedoch eine einzelne Qualität gegenüber den andern besonders hervorhebt. So regt er den Patienten an, selber einen passenden Begriff zu finden. Vielleicht stimmt der Patient auch einem ihm vorgeschlagenen Begriff überzeugt zu.

Morgan, Engel 1977: 44

Gewiss besteht bei einem Wahlangebot zwischen verschiedenen „Qualitäten“ das Risiko einer Beschränkung auf eben diese Alternativen, aber wie Morgan und Engel betonen, geht es bei der möglichen Übernahme von „vorgeschlagenen Begriffen“ um eine „überzeugte“ Zustimmung. Es liegt auf der Hand, dass die rationale Wahl zwischen begrifflichen Optionen gegenüber der Beibehaltung von Unklarheiten die bessere Alternative ist. Dass Patienten „Mühe haben“, auf Fragen und Nachfragen nach der *Qualität* passend zu antworten, sollte nicht überraschen, sondern ins professionelle Kalkül genommen werden, was sich an vielen Beispielen aufzeigen lässt.

Da in weiteren Kapiteln des Lehrbuchs spezifische Probleme in der Kommunikation mit Schmerzpatienten (§ 33), *depressiven* Patienten (§ 30) und Patienten mit *Angststörungen* (§ 31) und *somatoformen* Störungen (32) behandelt werden, sollen an dieser Stelle vier ausgewählte Beispiele zur Exploration der *Qualität* bei unklaren Beschwerden- und Symptomschilderungen angeführt werden, bei denen die wesentlichen Kategorien des ärztlichen Handelns aus dem Manual in der Kommentarspalte mitgeführt werden.

Dabei soll die Aufmerksamkeit darauf gelenkt werden, dass Patienten eine unklare Begrifflichkeit häufig durch eine andere Unklarheit ersetzen, so dass weitere Nachfragen nötig werden. Führen diese nicht zum Erfolg, wird oft ein *traditionelles Verfahren* angewandt, Begriffsunklarheiten durch konkrete *Illustrationen* (Beispiele, Ereignisse, Erlebnisse) zu beseitigen oder doch zu mildern, mit denen sich beide Gesprächspartner zunächst zufrieden geben, solange die ausgehandelten Bedeutungen das weitere Gespräch tragen können. Diese Bedeutungs-

21. Details explorieren

aushandlungen sollen anhand von Ausschnitten aus vier Gesprächsbeispielen erläutert werden.

(1) Können Sie mal erklären, was Sie damit meinen?

Im ersten Beispiel (B 21.37) eröffnet eine Patientin das Gespräch gleich mit einer ganzen „Palette“ von Beschwerden- bzw. Symptomschilderungen, die sie dem Arzt gleichsam zur Auswahl stellt, der dann auch klärend nachfragen muss („drei Anfangssymptome, die müssen Sie mir nochmal'n bisschen erklären, Übelkeit und ...“). Kaum dass der Arzt mit seinem Klärungsversuch begonnen hat, beginnt die Patientin ihm mit weiteren „Symptom“-Schilderungen gleichsam „ins zu Wort fallen“, wobei die neuen Symptomangebote („Platzangst“, „Wechseljahresbeschwerden“) weitere Unklarheiten aufwerfen, der erneut eine Klärung erforderlich machen.

B 21.37 „Übelkeit“, „Schwindel“ usw.		Kommentar
01	A äh ... Frau Schulze, was führt Sie zu mir heute?	2.1 AA: Typ: Konsultationsgrund
02	P kann ich Ihnen sagen: Übelkeit, Schwindel, wenn ich tief atme, hinten rechts das Schulterblatt tut mir weh ... dann hab ich seit ... Donnerstag, Freitag, Samstag, Sonntag, joa seit 4, 5 Tachen ... dicken Fuß, der mir auch weh tut ... jo, dat isses . im Prinzip .	Vielfältige Symptome
03	A äh ... drei Anfangssymptome, die müssen Sie mir nochmal'n bisschen erklären, Übelkeit und ...	4.1 DE: BD: Qualität
04	P Schwindel . und und äh, jaa ... Platzangst will ich jetzt nicht sagen . äh . ach ich, ich weiß et nit . also ich habe das Gefühl ... als wenn ich momentan wieder inne Phase der Wechseljahresbeschwerden hätte .	Weitere Symptomangebote Platzangst Wechseljahresbeschwerden
05	A können Sie das ma erklären, so . was, was Sie damit meinen ...	4.1 DE: BD: Qualität
06	P ja . wie soll ich sajen ... mfh ... wie soll ich das ausdrücken ... heißt ... ja übel ... Weinen näher als alles andere, stellenweise, nicht immer . logisch ... äh ... ich weiß es einfach	Unsicherheiten und Konkretisierungen Übelkeit

nich, ich/ also ich hab das ewich nich mehr Weinen
gehabt .

Zunächst „demonstriert“ die Patientin ihre Schwierigkeiten der Formulierung durch ihre mehrfachen Verzögerungen, bevor das Formulierungsproblem dann schließlich auch bekundet wird (04P: „ich weiß et nit“ – 06P: „wie soll ich das ausdrücken“). Was sie ausdrückt, ist ein exemplarischer Fall (06P: „Weinen“), der aber weiterhin für eine unklare Gefühlslage steht, die ohnehin hypothetisch formuliert wurde (04P: „ich hab das Gefühl, als wenn ich ... hätte“). Auch der Schwindel wird später im Gespräch an einem exemplarischen Vorfall erläutert, bei dem ihr Mann sie wegen des Schwindels vom Büro abholen musste („So drehte sich alles“). Im weiteren Gesprächsverlauf kommen Arzt und Patientin dann auf das von beiden Gesprächspartnern als dominant erkannte Thema der „alten Angst“ vor Krebs zu sprechen, die die Patientin wegen ihrer Schmerzen trotz einer OP immer noch umtreibt („Du hast keinen Eierstock mehr links, wieso immer noch?“). Ohne hier in die Details des weiteren Gesprächsverlaufs gehen zu können, bleiben die genannten Anfangssymptome marginal und geht es wesentlich um die *Entscheidungsfindung* für die Einleitung weiterer Untersuchungen, die zur „Beruhigung“ der Patientin beitragen sollen („Ich denke einfach mal zur Beruhigung für mich selber“), worauf wir noch beim Thema „Vorgehen abstimmen“ (§ 22.4.4) zurückkommen werden.

(2) Was heißt denn ‚flapperich‘ sein?

Im zweiten Beispiel (B 21.38) berichtet die Patientin, die zunächst wegen ihres hohen Blutdrucks und herzbezogenen Beschwerden in die Praxis kommt, unter anderem von Gewichtsverlusten, auf die sie schon von ihrer Verwandtschaft angesprochen wurde, was zunächst auch vom Arzt als „riesen Sorge“ aufgenommen wird, bevor die Patientin dann ein weiteres Thema in einer vagen Form („da isch mit den Nerven sowieso’n bisschen flapperich bin“) anspricht.

B 21.38 „mit den Nerven sowieso flapperich“

Kommentar

01 A (...) noch weiter untersuchen, oder?

02 P tja (...) dat iss vom Abnehmen, nä, iss ja nu
schon 2 Jahre heer . dass isch das abge-

21. Details explorieren

		nommen hab.	
03	A	irgendwie macht Ihnen dat aber ne riesen Sorge, nä . dat da wat iss, nä ...	3.4 EZ: EÖF: Emotionen klären
04	P	ja . jaja ... irgendwie ... un da isch mit den Nerven sowieso'n bisschen flapperich bin ... iss dat bei mir .	
05	A	dat kommt dann noch dazu . jaa . wat heißt dat denn, so ‚flapperich‘ sein? . wie heut morgen, wie iss dat denn dann ...	4.1 DE: BD: Qualität
06	P	da muss ich ne [Medikamentenname] nehmen un dann beruhicht sich alles ...	
07	A	sind Sie sehr unruhig dann? .	4.1 DE: BD: Intensität
08	P	ja . dann beruhicht sich alles, dann jeht alles janz leise weg und ich war ja ... vor 14 Tagen ... 3 Wochen so weit, da hätte ich wirklich Sie anrufen, da iss bei uns was abjelaufen auf ... eine . eine Woche, das war nicht mehr zum Aushalten .	Erzählung Beginn
09	A	was war denn da? .	2.3 AA: AZ: Offen weiterfragen
10	P	der Schwiegersohn wurde mit em Krankewachen morjens . ich hatte noch zu der Tochter jesacht freitachs, hör ma . ihr geht arbeiten wie die Idioten (...) sach isch ihr, nachher liecht ihr inne Ecke (...) ich hatte mich so aufgerecht (...) sonntachs morjens fällt de Schwi . fällt der Schwiegersohn um . und da konnten wir kein Notarzt kriegen, mussten wir hier [Ortsname] anrufen, ja un die haben den eiskalt mitju ins Krankenhaus, nä .	Erzählung Fortsetzung
11	A	und was is draus geworden? .	2.3 AA: AZ: Offen weiterfragen
12	P	tja . sie haben (...) [Erzählfortsetzung] (...)ich war so fertich gewesen, dass ich mich nicht überjeben hab . dat war all . soo kotzelend war mir .	Erzählung (Forts) plus Schlussevaluation
13	A	war Ihnen elend dann, ja .	2.3 AA: AZ: Wörtlich wiederholen

Nach der Klärung der Emotion („Sorge“) wegen des Gewichtsverlustes erweitert die Patientin das Themenspektrum um ihr allgemeines Prob-

lem, das sie als Dauerproblem („sowieso“) einführt (04P: „isch mit den Nerven sowieso'n bisschen flapperich bin“), das vom Arzt zunächst auch als verstärkendes Problem eingeordnet wird („kommt dazu“), bevor er dann doch die Patientin angesichts ihrer „eigenwilligen“ Wortwahl um eine Klarstellung der Bedeutung bittet (05A: „wat heißt dat denn, so ‚flapperich‘ sein?“). Auch in diesem Fall werden von der Patientin die weiteren Bedeutungsangebote nicht direkt gemacht, sondern sie vermittelt ihr Verständnis im Kontext einer offenbar notwendigen Medikamenteneinnahme, deren „positive“ Folgewirkung kontrastiv beschrieben wird (06P: „dann beruhigt sich alles“). Damit wird von der Patientin eine Gegensatzrelation hergestellt („mit den Nerven flapperich sein“ versus „alles beruhigt sich“), die vom Arzt aufgenommen und weiterentwickelt wird, wenn er anschließend direkt nach der *Intensität* der „Unruhe“ fragt (07A: „sind Sie sehr unruhig dann?“). In diesem Kontrastrahmen so befragt, nutzt die Patientin ihr Rederecht nicht nur für ihre Bestätigung und Wiederholung („ja . dann beruhicht sich alles, dann jehet alles janz leise weg“), sondern zugleich für eine (hier gekürzte) Erzählung eines *exemplarischen* Ereignisses, das so dramatisch (*beunruhigend*) war, dass sie beinahe „wirklich“ ihren eigenen Arzt angerufen hätte, dem sie diese erlebte Geschichte im Hier und Jetzt der Sprechstunde gerade erzählt.

Mit dem starken *evaluativen* Zwischenresümee zum eigenen Erleben (08P: „das war nicht mehr zum Aushalten“) des bis dahin noch gar nicht erzählten Ereignisses kann sie den Arzt zugleich zur weiteren Erzähleinladung „provozieren“, der dann auch sein ärztliches Zuhörinteresse durch offenes Weiterfragen (09A: „was war denn da?“) bekundet, womit die Lizenz zum Weitererzählen der dramatischen Geschichte mit der notärztlichen Versorgung des Schwiegersohns endgültig erteilt ist.

Auch in diesem Fall wird eine *Belegfunktion* des Erzählens wahrgenommen (§ 9), mit der die Geschichte als weiteres Exemplar für die „Aufregung“ der Patientin dient, wie die Patientin dies selbst mitten in der Erzählung (10P: „ich hatte mich so aufgerecht“) erkennbar zum Ausdruck bringt. Wie durch die Schlussevaluation (12P: „ich war fertig (...) so kotzelend war mir“) der Patientin und das aktive Zuhören (13A: „war ihnen elend dann, ja“) des Arztes deutlich wird, haben beide Gesprächspartner ein geteiltes Verständnis von der aktuellen Aufregung der Patientin gewonnen, das in der weiteren Gesprächsentwicklung mit weiteren Erzählungen der Patientin noch vertieft werden konnte.

(3) Was meinen Sie denn, was ‚nervlich‘ ist?

Im dritten Beispiel (B 21.38b) präsentiert die Patientin zunächst ein herzbezogenes Symptom, das recht vage eingeführt („mit dem Herz“), aber nicht weiter ausgeführt wird, weil es wohl auch durch die Vorgeschichte als hinlänglich bekannt vorausgesetzt werden kann, und stellt dann eine Verbindung mit dem Begriff „Aufregung“ her, wobei sie allerdings ihr eigenes *Nicht-Wissen* betont (02P: „ich weiß auch net, ob’s Aufregung ist, oder w . ob’s von was es kommt“). Unabhängig vom (bloß) vermuteten Zusammenhang stellt der Arzt sofort die Frage nach der (Art der) der Aufregung, die er in der dafür etablierten Routineformel („Was für ...?“) formuliert. Das Gespräch ist zunächst dadurch gekennzeichnet, dass die Patientin eine Unklarheit („Aufregung“) durch eine andere Unklarheit („nervlich schlecht“) ersetzt, so dass der Arzt in dichter Folge gleich zweimal (03, 09) eine Nachfrage zu Klärung stellen muss.

B 21.38b „Aufregung“ – „Nervlich“ – „Stress“			Kommentar
01	A	Frau Schulz, was liegt an? .	2.2 AA: Typ Eröff- Frage: Anliegen
02	P	mit dem Herz . die letzte Zeit . ich weiß auch net, ob’s Aufregung ist, oder w . ob’s von was es kommt .	Beginn der Antwort
03	A	was für Aufregung? .	4.2 DE: BD: Qualität
04	P	(zuckt die Schultern) tjaa . allerhand ... ach is dat und dat is, es is eben nervlich ... is ... is schlecht .	
05	A	is schlecht? .	2.3 AA: Aktiv zuhören: Wiederholen
06	P	ja auch mit em Zucker is zu hoch .	
07	A	ja .	HS
08	P	isch kriegen net in‘ Griff [holt Heftchen aus ihrer Tasche] . kugge se ma do stehts [zeigt dem Arzt das Heftchen] ...	
09	A	ja ... (3) ... was ist denn, was meinen Sie denn nervlich was ist?	4.2 DE: BD: Qualität
10	P	tja isch war op (...) isch weiß net, wie ich’s ausdrücken soll ...	
11	A	ja? .	HS

12	P	ob es jetzt dass der Zucker so hoch is, also isch mer da Sorgen mach . und isch weiß jetch ouch net ob mer spritzen soll oder net . dass isch ins Krankenhaus muss isch da ins Krankenhaus zu . für? ...	
13	P	Sie überlegen, dass Sie sozusagen spritzen müssen .	2.3 AA: Aktiv zuhören: Paraphrasieren
14	P	ja .	
15	P	ja, und dass Se da ins Krankenhaus müssen . und dass Se da nich mehr von wegkommen, macht Ihnen das so Sorgen? .	3.4 EÖF: Wiederaufnahme und Klären von „Sorgen“
16	P	ja . mhm ... ja ... jaja ... (...) (...) (...)	
17	A	hm ...	
18	P	jede Aufregung ... jetzt hat die Schwester hat es Enkelsche von Amerika da, und jetzt spricht ma kein Englisch und der versteht einen net . und der iss so wild und ... und dann de Schwager dann ... dat ganze Physische drumherum ... isch hatt des vorher nie gehabt ...	Subjektive Erklärung der (Gründe für die) aktuellen Aufregungen Aktualität
19	A	das können Se nich mehr aushalten ...	3.3 EZ: EA: Belastungen anerkennen
20	P	nee . isch ... un jetzt von mei Mann muss ich sage kriegt ma ouch net viel Unnerstützung, ne, seite Rente ... ich hätt mer's Rentendasein besser vorgestellt ... wie so . des ... (3) ...	Klage übers Rentendasein

Bei diesem Beispiel verläuft das Spektrum der Klärungen von vagen Ausdrücken von der „Aufregung“ über „nervlich“ bis zu den konkreten „Sorgen“ der Patientin, die ihren Diabetes „nicht in der Griff kriegt“ und einen Krankhausaufenthalt sowie einen Therapiewechsel („Spritzen“) fürchtet. Später im Gespräch kommen noch Ausdrücke wie „Stress“ hinzu, die gleichfalls relativ vage bleiben, so dass der Arzt hier jeweils nach Konkretisierungen fragen muss („und was stresst Sie so zu Hause?“). Die weitere Exploration durch den Arzt führt zu einer Reihe von Ereignissen und Erlebnissen der Patientin, die „Stress“ bzw. „Aufre-

21. Details explorieren

gung“ synonym verwendet, wobei dann *exemplarisch* („Aufregung ... jetzt hat die Schwester“) das aktuelle Ereignis des (teils fremdsprachigen) Besuchs aus Amerika und das Erleben mit dem „so wilden Enkelchen“ angeführt wird, was die Patientin insgesamt in den Worten des Arztes „nicht mehr aushalten kann“ (19A). Darüber hinaus war vorausgehend unter dem Aspekt der *empathischen* Kommunikation schon die permanente „Enttäuschung“ durch den Ehemann ein exemplarisches Thema gewesen (§ 20.5), der sich entsprechend einer *iterativen Erzählung* zum gemeinsamen Rentenleben dauerhaft gegen die Erwartung der Patientin verhalten hatte (20P), was vom Arzt später wiederum pointiert („Das ist vom Eheleben her jarnix, nä?“) auf den Begriff gebracht wird.

Insgesamt zeichnet sich das Gespräch durch eine Reihe von unklaren Begriffen aus („Aufregung“ – „nervlich schlecht“ – „Stress“), so dass der Arzt jeweils erneut eine Nachfrage zur Klärung stellen muss, bevor sich beide Gesprächspartner auf das *Verfahren eines exemplarischen Erzählens* einlassen, das offenbar zur Klarstellung hinreichend beiträgt, wie auch der weitere Gesprächsverlauf zeigt. Über die Nachfrage zum häuslichen „Stress“ erweist sich das enttäuschende Eheleben der Patientin neben den *aktuellen* Belastungen gleichsam als *Dauer-Belastung*, deren Bewältigung sich die Patientin – in welchen Worten auch immer – nicht gewachsen sieht, zumal sie ja auch schon erhebliche *Grunderkrankungen* (u.a. KHK, Diabetes mellitus) (§ 29) zu bewältigen hat.

(4) Das ist ja nicht so einfach, das zu erklären

Das Problem von unklaren Formulierungen wird häufig von den Patienten selbst zum Thema gemacht, wie schon von der Patientin im Beispiel (B 21.37) („wie soll ich das ausdrücken?“) ebenso wie von der Patientin im Beispiel (B 21.30) („isch weiß net, wie ich’s ausdrücken soll“). Gelegentlich kommen Ärzte, die solche Probleme antizipieren können, ihren Patienten in der Interaktion entgegen, indem sie die Schwierigkeiten vorausseilend anerkennen, wie der Arzt im folgendem Beispiel (B 21.39), in dem eine junge Patientin über *Übelkeit* („mir ist manchmal ein bisschen schlecht“) und *Kopfschmerzen* (so’n Drücken“) vor allem vor und während der Schule klagt.

B 21.39 „mir is manchmal schlecht“ - „so'n Drücken“		Kommentar
01	A ja komm bitte Jana . setz dich (5) erzähl . die Mutter hat ja so S:orgen, dass du nicht alles sagst . jetzt versuchen wir zwei das mal .	2.1 AA: Eröffnung Erzähleinladung
02	P [lacht leise verlegen] .	
03	A jetzt versuchen wir zwei das mal . ne	2.3 AA: AZ: Ermuntern
04	P ja also mir is manchmal ein bisschen schlecht . ja . und Kopfschmerzen hab ich auch (...) (...)	
07	A was sind das für Schmerzen?	4.1 DE: BD: Qualität
08	P ja, so'n Drücken .	
09	A so'n Drücken .	2.3 AA: AZ: Wiederholen
10	P ja .	
11	A hör mal, wenn du sagst schlecht . was meinst du denn damit? .	4.1 DE: BD: Qualität
12	P ja . dass dass irgendwie hier am Hals . [Hand zum Hals] dass wenn ich ähm ...	
13	A ja versuch es mal . das ist ja gar nicht so . so einfach, das zu erklären, ne .	2.3 AA: AZ: Ermuntern
14	P ähm . das ist auch auf jeden Fall [Hand zum Hals] hier ist das .	
	A hm .	HM
	P das is dann ... ähm wie soll ich das jetzt sagen .	
15	A das ist schwe:r . ne	2.3 AA: AZ: Ermuntern
16	P ja .	
17	A [Hand zum Hals] das heißt du hast . das ist wie so'n Gefühl	4.1 DE: BD: Qualität
18	P ja .	
19	A schnürt dich da was ein oder hast du das Gefühl, du musst erbrechen oder ...	4.1 DE: BD: Qualität/Optionen
20	P ja . hab ich . aber dann is das nie .	

21. Details explorieren

21	A	das ist nicht so .	2.3 AA: AZ: Wiederholen
22	P	nee . das is nicht so .	
23	A	aber wann . in welchen Situatio:nen tritt das dann auf so? . ist das morgens . (...) Frühstück (...)	4.1 DE: BD: Konditionen

Das Gespräch stellt besondere Herausforderungen im sensiblen Umgang mit einer jungen Patientin, der das Gespräch, das von der Mutter initiiert wurde, ersichtlich unangenehm bis peinlich ist. Hier geht es zunächst um einen Ausschnitt des Gesprächs, das später insgesamt analysiert werden soll (§ 25). In dieser Beispielsequenz bemerkt der Arzt nach seiner Frage nach der Bedeutung des vorausgegangenen fraglichen Ausdrucks („mir ist schlecht“) die Unsicherheit, mit der die Patientin einen ersten Antwortversuch (12P: „ja . dass dass irgendwie hier am Hals . dass wenn ich ähm ...“) unternimmt.

Um ihr diese Unsicherheit zu nehmen, verbindet er seine Ermunterung („versuch es mal“) mit der Anerkennung der Schwierigkeiten, die er selbst mit der ärztlichen *Autorität* einräumt (13A: „das ist ja gar nicht so einfach, das zu erklären, ne“). Auch als die Patientin mit ihrer Erklärung erneut in Stocken gerät (14P: „ähm wie soll ich das jetzt sagen“), unterstützt er sie ermunternd mit der Anerkennung des Problems (15A: „das ist schwer“). Als die Patientin dies nur bejaht („ja“) und selbst nicht weiter fortfährt, erweitert der Arzt seine supportiven Aktivitäten, indem er ganz im Sinne der Empfehlung von Engel und Morgan (Box 21.14) alternative Begriffsangebote macht (19A: „schnürt dich da was ein oder hast du das Gefühl, du musst erbrechen oder ...“). Dabei ist die interessante Beobachtung zu machen, dass sich der Arzt spiegelnd selbst an den Hals fasst, worauf unter dem Aspekt der nonverbalen Interaktion an anderer Stelle des Lehrbuchs (§ 12) eingegangen wird.

Von den offerierten Optionen („einschnüren“ bzw. „erbrechen“) wird zumindest die zweite Option bestätigt, wenn auch in der schon vom Arzt angebotenen *Als-ob*-Form: Zwar muss die Patientin nicht faktisch erbrechen, aber sie hat das Gefühl, erbrechen zu müssen. Bei dieser vorläufigen Klärung zur *Qualität* des Symptoms ist eine gewisse Sättigung erreicht, mit der sich das Gespräch dann hinsichtlich anderer Beschwerden-Dimensionen fortsetzen lässt, wie hier mit der Frage nach den Bedingungen (23A: „Situationen“), unter denen das Symptom auftritt.

Im weiteren Gesprächsverlauf können dann die beiden Symptome *Übelkeit* („mir ist schlecht“) und *Kopfschmerzen* („so'n Druck“) in den größeren Zusammenhang einer *Schulangst* der Patientin gestellt werden, die beim kooperativen Erzählen vor allem als *Versagensangst* der Schülerin zur Sprache kommt, wobei diese mit einer *Verlustangst* einhergeht für den Fall, dass sie als Schülerin „sitzen bleibt“ und dadurch ihre Schulfreunde zu verlieren droht. In dieser narrativen Explorationsphase der Anamneseerhebung erfahren Begriffe wie „Druck“ dann auch einen Bedeutungswandel, der im schulischen Kontext mit „unter Druck stehen“ auf den Begriff gebracht wird.

Für die ausführliche Erzählanalyse dieser Sprechstunde sei auf Vorarbeiten verwiesen (Koerfer et al. 2010), deren Ergebnisse noch in der späteren exemplarischen Analyse zur hausärztlichen Kommunikation berücksichtigt werden (§ 25). An dieser Stelle sei lediglich festgehalten, dass die Befragung zur *Qualität* der Symptome zunächst einen gewissen Sättigungspunkt erreicht hat, so dass sich weitere Fragen zu anderen Dimensionen als zweckmäßig erwiesen, bevor die so erworbenen Informationen in eine *narrative* Gesamtanamnese überführt werden konnten.

Während in diesem Beispiel der Übergang zur narrativen Anamneseerhebung fließend organisiert wird, wurde er in den drei vorausgegangenen Beispielen *ad hoc* bei der Klärung vager Begrifflichkeiten hergestellt, bei der sich *narrative Verfahren* exemplarischer Illustrationen von vornherein als anschauliche Alternativen zur *abstrakten Begriffsklärung* erwiesen. Hier wechselten beide Gesprächspartner beizeiten das Klärungsverfahren, indem sie ihre Bedeutungsaushandlungen an konkreten Beispielen, Ereignissen und Erlebnissen der Patienten orientierten.

Auf dieses narrative Verfahren der gemeinsamen Bedeutungsaushandlung mit zunächst vagen Begrifflichkeiten bei der Detailexploration werden wir abschließend (§ 21.4.6) in einem Resümee zurückkommen, wenn die weiteren Dimensionen zur Beschwerdeschilderung differenziert wurden, bei denen ebenfalls klare von unklaren Fällen zu unterscheiden sind, die Probleme des Verstehens und der Verständigung aufwerfen.

21.4.4 Bedingungen und Begleitzeichen

Die Fragen nach den Bedingungen, unter denen die Symptome auftreten, sich verbessern, oder verschlechtern, werden häufig mit einer

21. Details explorieren

Standardformel realisiert, die wir so auch wörtlich ins Manual (§ 21.1: unter 4.1) aufgenommen haben: „In welcher Situation tritt das auf?“. Gegenüber dem Begriff der Bedingung ist der alltagssprachliche Situationsbegriff offenbar gut verständlich. Im Anschluss an die vorausgehende Einleitungssequenz des Gesprächs mit der Schülerin setzt der Arzt die Detail-Exploration (B 21.40) eben mit diesem Fragetyp fort.

B 21.40 „In welchen Situationen tritt das dann auf?“		Kommentar	
23	A	aber wann . in welchen Situatio:nen tritt das dann auf so? . ist das morgens . was ist denn das . beim Frühstück oder . wie ist das oder wenn du aufstehst oder .	4.1 DE: BD: Konditionen
24	P	das ist wenn ich ähm aufsteh eigentlich . und danach in der Schule meistens kommen dann . Kopfschmerzen dazu . wenn ich dann Zuhause bin . dann ... dann hab ich das i:immer noch . und dann is das so den ganzen Tag . manchmal ein bisschen schlimmer .	Schwankende Beschwerden im Tagesverlauf Klimax in Schule? („in der Schule meistens ...“)

Die Frage des Arztes nach den Bedingungen wird ganz im Sinne von Morgan und Engel (Box 21.14) mit vielen Optionen angeboten, so dass die Patientin eine Wahl hat, die typischerweise am Ende gleichsam mit einer „leeren“ Option („oder ...) weiter offen gehalten wird. Auf diese spezifische Ausleitung einer oder mehrerer Fragen, die auch in einem Paraphraseverhältnis stehen können, soll wegen ihres häufigen Vorkommens mit einer Funktionsbeschreibung als offene *Erzähleinladung* aufmerksam gemacht werden, die Bergmann (1981) (Box 21.15) bereits früh sowohl anhand von Alltagsgesprächen als auch von psychiatrischen Aufnahmegesprächen gegeben hat.

Box 21.15 Zur Funktion von offenen „oder“-Ausleitungen

Indem nämlich ein Sprecher seine Frage unmittelbar nach ihrem Abschluss durch eine Paraphrasierung korrigiert, stellt er seine erste Frage als korrekturbedürftig da, er liefert dem Rezipienten verschiedene Frageversionen und signalisiert ihm damit: ‚Erzähl mir, was immer du mir erzählen willst oder kannst, ich weiß so wenig von der Sache, daß ich nicht einmal präzis danach fragen kann‘. Zuweilen deutet ein Sprecher die Korrekturbedürftigkeit seiner Frage auch nur an, indem er an seine po-

tentiell abgeschlossene Äußerung ein intonatorisch in der Schwebelage gehaltenes „Oder-“ anhängt und damit dem Rezipienten zu verstehen gibt, dass die Frage – falls für die Beantwortung erforderlich – von ihm auch reformuliert werden kann.

Bergmann 1981: 134f

Als Ergänzung zur Beobachtung von Bergmann soll auf die Formulierungsvorschläge von Morgen und Engel zurückverwiesen werden, die aus klinischer Perspektive ohnehin eine imponierende Sensibilität für sprachliche und kommunikative Phänomene entwickelt haben, die wir uns vorausgehend schon oft zunutze gemacht hatten. Obwohl Morgan und Engel (1977) im theoretischen Teil ihrer Einführung „nur“ fiktive Beispiele geben (und ansonsten auf ein empirisches Modellgespräch im Anhang verweisen), hatten sie in ihrer letzten Empfehlung sogar in der schriftsprachlichen Formulierung eine offene „oder“-Ausleitung angehängt, um die mündliche Kommunikation hinreichend zu simulieren, so etwa in der mehrfachen Variante der Ausleitung durch „oder etwas anderes?“ bzw. „oder wie?“ (Box 21.14), mit der gleichsam ein *offener Platzhalter* zur Ergänzung durch Patienten angeboten wird. Wie an vielen vorausgehenden und nachfolgenden Beispielen deutlich wird, ist eine offene Ausleitung charakteristisch für zahlreiche Varianten von explorativen und interpretativen Verbalinterventionen, die eine proaktive Fortsetzung durch den Patienten innerhalb eines weitgesteckten Themenrahmens begünstigen.

Da der Arzt im vorausgegangenen Beispiel, das in der Ausleitung einen offenen *Oder-Platzhalter* anbietet, insgesamt auf eine Ergänzungsreihe fokussiert, die am Tagesbeginn mit exemplarischen Fragevarianten ansetzt, kann der gesamte Fragebeitrag des Arztes von der Patientin zur Darstellung der Schwankungen ihrer Beschwerden im Tagesverlauf genutzt werden. Angesichts der geschilderten Schwankungen im Tagesverlauf lässt sich vorläufig nur erkennen, dass mit dem Schulbeginn wohl eine *Klimax* eintritt, bei der zu der frühen Übelkeit dann die Kopfschmerzen „danach in der Schule meistes kommen“. Damit ist die Schule erstmals im Gespräch thematisch (als zukünftiges *Schlüsselsymbol*) eingeführt, auf deren Bedeutung für die Patientin und ihre „Erkrankung“ wir vorausgehend schon verwiesen hatten und später bei der Hausarztkommunikation (§ 25) noch ausführlich eingehen werden.

Auch beim zweiten Beispiel (B 21.41), das erneut dem ausführlich analysierten „Verhörgespräch“ mit der Patientin, die über „Herzschmer-

21. Details explorieren

zen“ klagte, entnommen ist (§ 19.6), benutzt der Arzt den einschlägigen Situationsbegriff in zwei Fragen (11A, 19A). Dabei hängt er allerdings an seine erste Frage („in welchen Situationen tritt das auf?“) eine zweite Frage an („tritt das auf bei Belastung oder-?“), die von der Patientin (trotz des offenen „oder“-Endes) als die „eigentliche“ Frage angenommen und beantwortet wird.

B 21.41 „haben Sie Situationen, wo ...?“		Kommentar
11	A in welchen Situationen tritt das auf? . tritt das auf bei Belastung oder- .	4.1 DE: BD: Kondition
12	P nein . [schüttelt Kopf].	
13	A nein .	
14	P in Ruhe mehr, in Ruhe . .	
15	A vorwiegend in Ruhe .	
16	P [nickt] hm [2 sec.] ... (...) (...)	
19	A haben Sie ... Situationen, wo Sie meinen, dass es besonders stark auftritt? Wenn Sie Ärger haben? [6 sec.]	4.1 Details explorieren (DE): BD: Kondition plus Intensität („stark“)
20	P das könnte sein, bei Aufregung vielleicht . ich weiß es jetzt nicht genau .	

Wie hatten schon bei der Gesamtanalyse des Gesprächs auf die kritische Gesprächssequenz (11-16) hingewiesen, auf die hier nochmal genauer fokussiert werden soll. Nach der offenen Situationsfrage verengt der Arzt den möglichen Antwortbereich mit seiner angehängten Zweitfrage auf eine Weise, dass der gemeinte und verstandene Inhalt mehrdeutig bleibt. Der Arzt führt den Begriff der „Belastung“ ein bzw. übernimmt den Begriff der „Ruhe“, ohne dass der Frage- und Antwortbereich jeweils hinreichend klar wäre. So kann am Ende weder aus der Teilnehmer- noch im Nachhinein aus der Beobachterperspektive zweifelsfrei entschieden werden, wie die Fragen und Antworten zur „Belastung“ bzw. „Ruhe“ jeweils gemeint und verstanden wurden, nämlich als Äußerungen entweder zur *körperlichen* oder zur *psychischen* Belastung/Ruhe.

Weil sich der Arzt gegenüber diesen Alternativen des Verständnisses nicht durch weitere Rückfragen vergewissert, kann er am Ende der Se-

quenz (11-16) keinen gesicherten Informationsgewinn verbuchen („Er ist so klug wie zuvor“). Rückblickend kann man unter einem evaluativen Aspekt vielleicht resümieren, dass der Arzt besser gefahren wäre, wenn er es bei der ersten offenen Situationsfrage („In welchen Situationen tritt das auf?“) zunächst belassen und auf eine Antwort der Patientin zu gewartet hätte, bevor er gegebenenfalls eine spezifische Frage (z.B. zur „körperlichen“ Belastung usw.) nachgeschoben hätte.

Offenbar ist der Arzt mit der bisherigen Informationsbilanz selbst nicht zufrieden, wenn er dann die Situationsfrage mit einer neuen Variante stellt („Haben Sie Situationen, wo ...?“), die mit dem Aspekt der Intensität („besonders stark“) verknüpft wird und im zweiten Teil einen eindeutig „psychischen“ Platzhalter hat (19A: „Wenn Sie Ärger haben“?). Dieser Platzhalter wird von der Patientin, die die in diesem Gespräch relativ lange Pause von 6 Sekunden offenbar als Bedenkzeit nutzen kann, dann auch relativ passend (20P: „bei Aufregung vielleicht“) ausgefüllt.

Während der Arzt im ersten Teil des Gesprächs nach den Bedingungen des Auftretens des Hauptsymptoms („Herzschmerzen“) fragt, stellt er im zweiten Teil Fragen nach den Begleitzeichen, die die Patientin „dabei“ haben könnte, was hier in Ausschnitten (B 21.42) des ohnehin kurzen Gesprächs wiedergegeben werden soll.

B 21.42		„Luftnot?“ – „Schwitzen?“ – „Angst?“	Kommentar
27	A	ah ja ... [2 sec.] ... ähm, haben Sie Luftnot dabei? .	4.1 DE: BD: Begleitzeichen
28	P	nein .	4.1 DE: BD: Begleitzeichen
29	A	Schweißausbrüche? .	4.1 DE: BD: Begleitzeichen
30	P	ja, Schwitzen, hm, also häufig . jeden Morgen ...	
31	A	hm ...	2.2 HS
32	P	ganz stark, und ... dann im Laufe des Tages nicht mehr, aber morgens ganz stark .	
33	A	also bei den Stichen haben Sie nich‘ so Schweißausbrüche? .	4.1 DE: BD: Begleitzeichen
34	P	nein, nein .	
35	A	haben Sie Angst dabei? .	4.1 DE: BD: Begleitzeichen + 3.4 EZ: Emotio-

36 P nein . [schüttelt Kopf dabei]

Der Arzt fragt hier nach den Begleitzeichen im schon etablierten interrogativen Gesprächsstil, auf den die Patienten knapp und bündig reagiert. Der kommunikative Austausch wird zunehmend „einsilbiger“, was schon als Vorzeichen der Gesprächsbeendigung erscheinen mag (§ 19.6). Wird die elliptische Frage des Arztes nach dem möglichen Begleitzeichen „Schwitzen“ von der Patientin noch relativ elaboriert beantwortet, wird die Frage nach dem möglichen psychischen Begleitzeichen („Angst“) lediglich verneint. Das Gespräch geht zu Ende, weil sich die beiden Gesprächspartner schließlich nichts mehr zu sagen haben. Bei einer frühzeitigen Öffnung für narrative Sequenzen wären die Bedingungen und Begleitzeichen der „Herzschmerzen“ wohl eher zur Sprache gebracht worden.

21.4.5 Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen

Symptomschilderungen werden von Patienten oft „in einem Atemzug“ mit Funktionsstörungen bzw. Beeinträchtigungen angeboten, so dass sie in diesen Fällen nicht eigens zum Thema gemacht werden müssen, das aber gegebenenfalls durch Fragen zu ergänzen und zu vertiefen ist. Fragen nach möglichen Funktionseinbußen und Beeinträchtigungen im Alltagsleben der Patienten können oft im Zusammenhang mit der Intensität von Symptomen gestellt werden. Je nach Stärke von Schmerzen, Schwindel, Depressionen usw. können Patienten ihren normalen Lebensgewohnheiten nicht mehr nachgehen. Erzählen Patienten nicht von selbst, in welchem Maße sie beeinträchtigt sind, helfen gezielte Fragen zu Themen wie Spaziergängen, Haushaltsführung, Einkaufsgängen, Orientierung im Straßenverkehr usw. Auch Vergleichsfragen zu früheren Gewohnheiten und Vorlieben, die eventuell schon aufgegeben wurden, können die aktuellen Defizite ebenso deutlich werden lassen wie Fragen nach der notwendigen Hilfe durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn, um das normale Alltagsleben zu bewältigen.

Manche Fragen können sich allerdings erübrigen, weil Patienten die Informationen von sich aus im laufenden Gespräch geben. Wenn man Patienten erzählen lässt, teilen sie oft schon selbstinitiativ das Ausmaß der Beeinträchtigungen mit, unter denen sie leiden. So hatte die Patien-

tin mit der Schwindelsymptomatik zugleich ihre lebensweltlich relevanten Beeinträchtigungen an einem Beispiel illustriert, das sie zugleich mit einem anschaulichen Appell an den Arzt („Sie sehen ja ...“) (B 21.43) verbindet.

B 21.43		„dermaßen schlimmer Schwindel, dass ...“	Kommentar
01	A	so, Frau K., jetzt schildern Sie mir Ihre Symptome . äh . Ihre Beschwerden .	2.1 AA: Eröffnung: Beschwerden (Typ 5) (§ 19.2)
02	P	Schwindel, dermaßen schlimmer Schwindel, dass ich kaum noch gehen kann . Sie sehen ja . meine Haare . Friseur . Haare waschen . alles nix . ich kann mich nicht mehr bücken, nix (...)	Erste Patientenangebote: Schwindel und Beeinträchtigungen

Im weiteren Gesprächsverlauf erfährt der Arzt, als er nach der Intensität des Schwindels fragt, dann wie beiläufig von weiteren Beeinträchtigungen der Patientin (B 21.44), die sie auch aus der Perspektive ihrer Großmutterrolle erzählt, der sie aus ihrer eigenen Sicht nicht mehr gerecht werden kann.

B 21.44		„also es ist so schlimm, Herr Doktor ...“	Kommentar
01	A	und ist der Schwindel jetzt stärker geworden? .	4.1 DE: BD: Intensität
02	P	also es ist so schlimm, Herr Doktor, ich jeh ungeheuerlich gegen mich an . et is so schlimm . ich kann die Kinder von meiner Tochter nicht mehr nehmen . und det heißt schon wat .	Beeinträchtigung Großmutterrolle

Erneut soll auf die multiple Selbstperspektivierung aufmerksam gemacht, bei der die Patientin – paradoxerweise – einen Kampf gegen sich selbst führt („ich jeh ungeheuerlich gegen mich an“), bevor sie einräumt, dass es so schlimm ist, dass sie ihre Enkelkinder nicht mehr nehmen kann („und det heißt schon was“). Später schildert die Patientin in ihrer dramatischen Erzählung (B 21.45) über einen nächtlichen Schwindel („todschlecht“) dann, wie sie trotz großer Anstrengungen ihrer schwer erkrankten Tochter nicht mehr wie bisher gewohnt bei der

21. Details explorieren

Haushaltsführung helfen kann, was sie in einer Evaluation resignierend („bis es nicht mehr ging“) resümiert.

B 21.45 „Bis es nicht mehr ging“		Kommentar
01	A dieser Schwindel, ging der . denn los, als Sie diese Diagnose [=Tochter hat MS] erfahren haben? .	4.1 Detail-Expl. (Zeit, Kondition) + Erzähleinladung
02	P ja, ich glaube, ja . da war mir mal nachts im Kopf was, äh . ich hab das meinem Mann nie gesagt, einmal nachts im Kopf war mir das ganz komisch im Kopf, todschlecht . ich wurde wach . denk ich: „ohje, ohje, was ist denn jetzt los?“. da is et mir mal richtig übel nachts im Bett geworden . da bin ich gegen angegangen, hab immer alles gemacht bei ihr zu Hause, bisschen halt den Haushalt versorgt, bi:s/bis es nicht mehr ging, ne .	Rahmung, Thema Orientierung Hörerprivileg Komplikation „unerhörtes Ereignis“ Evaluation Meistern <i>versus</i> Scheitern

Auch in weiteren Erzählungen zieht die Patientin immer wieder Vergleiche zwischen ihren früheren Fähigkeiten und heutigen Defiziten sowohl bei der Mit-Erziehung der Enkelkinder als auch bei der Versorgung ihres schwer herzkranken Ehemannes, der als Pflegefall ihrer Hilfe bedarf (§ 19.7). Dieses aktuelle Defiziterleben im Vergleich zu ihrer früheren Leistungsfähigkeit wird mit dem Beginn des Schwindels datiert, der aus ihrer Sicht durch die Erkrankung ihrer Tochter ausgelöst wurde, die eine Zäsur in ihrem Leben darstellt, mit der sie sich nicht abfinden kann („da werd ich nicht mit fertig“). In diesen Erzählungen wurden die Informationen zu Beeinträchtigungen von der Patientin gleichsam „frei Haus geliefert“, ohne dass der Arzt über die von ihm geschaffenen Erzählanlässe hinaus noch weitere Fragen hätte stellen müssen. Andererseits können solche Erzählanlässe gerade durch Fragen geschaffen werden, wie dies resümiierend an dem Typ der offenen und zugleich gezielten Frage nach dem *Tagesablauf* von Patienten verdeutlicht werden soll, mit der nochmals für eine narrative Anwendung des Prinzips der „Ausdruckbarkeit“ plädiert werden soll.

21.4.6 Narrative Anwendung des Prinzips der „Ausdrückbarkeit“

Aus guten Gründen sollten Unklarheiten – welcher Art auch immer – in der Sprechstunde nach Möglichkeit schon im Vorfeld vermieden und gegebenenfalls ausgeräumt werden, um in der weiteren Kommunikation nicht Missverständnissen oder einer Pseudoverständigung aufzusitzen. Von der kontrafaktischen Unterstellung, dass dem *idealen* Anspruch nach Klarheit im Prinzip keine Grenzen gesetzt sind, so dass die Explikation von Wissen und Erleben, Einstellungen und Meinungen nur eine Frage der Zeit, der Anstrengung und nicht zuletzt der Aufrichtigkeit zu sein scheint, lassen wir uns nicht nur in alltäglicher, sondern auch in institutioneller Kommunikation leiten (Koerfer 2013). Allerdings unterliegt das Prinzip der „Ausdrückbarkeit“ in vielen Kommunikationssituationen handlungspraktischen Beschränkungen, die zu akzeptieren ebenso gute Gründe haben kann.¹⁶

So sollte das Prinzip der „Ausdrückbarkeit“ auch in der Sprechstunde nicht überstrapaziert werden, sondern eine flexible Anwendung erfahren. Zwar müssen Ärzte aus differentialdiagnostischen Gründen bei bestimmten Symptomen klärende Fragen und insistierende Nachfragen stellen, um etwa dem Unterschied zwischen einem Lage- und Drehschwindel nachzugehen (wie etwa im Gespräch unter § 19.7). Allerdings wird auch immer eine Grenze der Bedeutungsexplikation zu respektieren sein, um für die Patienten nicht zugleich eine aktuelle Grenze des individuell Zumutbaren zu überschreiten.

Da *insistierendes* Fragen immer das Risiko einer Tendenz zur *Inquisition* birgt (Platt, Gordon 2004), sind auch Patienten vor einem Zwang zur Bedeutungserklärung bei der Versprachlichung ihres Leidens zu verschonen, der von ihnen möglicherweise als „Wortklauberei“ ausgelegt werden könnte. Auch in der Sprechstunde sollte eben nicht *jedes* Wort

¹⁶ Wenn hier von einem pragmatisch wirksamen „Prinzip der ‚Ausdrückbarkeit‘“ die Rede ist, dann in einem weniger präventiösen Sinne als in der Sprachakttheorie (Searle 1971: 34ff) (§ 7.3). Gemeint ist, dass wir trotz *idealer* Annahmen beim Verstehen und der Verständigung (§ 7.3, 7.5) an die Grenzen des Sagbaren und Verstehbaren geraten, ohne dass dies für alltagspraktische Zwecke zum Problem werden muss. Obwohl nicht alle, aber alle bedeutsamen Worte gerade in der Sprechstunde oder Therapiestunde nochmals auf besondere Weise gelegentlich auch mit der Goldwaage abgewogen werden (müssen), bleiben auch dort die unhintergehbaren Grenzen des fremdpsychischen Verstehens bestehen, was schon Thema bei der *empathischen* Kommunikation war (§ 20.3).

21. Details explorieren

auf die Goldwaage gelegt werden, von der nur in Ausnahmen gezielt Gebrauch gemacht werden sollte, um nicht von einer Kommunikationskrise in die andere zu geraten. Das ständige Hinterfragen von Bedeutungen von (Alltags-)Begriffen würde schließlich zum Ende jeder vernünftigen Verständigung auch in der ärztlichen oder therapeutischen Sprechstunde führen.¹⁷ Die Klärung des *Fraglichen* setzt immer gewisse Annahmen des *Selbstverständlichen* voraus, um nicht jeden Halt zu verlieren.

Insbesondere bei *psychischen* Begriffen wie „Aufregung“, „Stress“, „Nerven“, „Depressionen“, „Angst“ usw. ist eine behutsame, *tangentiale* Gesprächsführung angezeigt (§ 3, 17), die den Patienten genügend Eigeninitiative und Spielraum bei der gemeinsam Interpretationsarbeit lässt. Dabei sollte die gemeinsame Interpretationsarbeit nicht auf eine abstrakte Begriffsarbeit reduziert werden, sondern um eine narrative Gesprächsarbeit erweitert werden, die sich für persönliche Patientenerfahrungen öffnet (§ 9). Wie dies schon bei der Begründung einer *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung ausgeführt wurde: Was sich nicht in einem Begriff oder Satz abstrakt erfassen lässt, kann in einer Erzählung anschaulich zum Ausdruck gebracht werden.

Um die persönlichen Erfahrungsquellen zu stimulieren, bedienen sich Ärzte einer Reihe von *supportiven* Gesprächstechniken, die vorausgehend mit vielfältigen Formen des *aktiven Zuhörens* (§ 19) und der *empathischen* Kommunikation (§ 20) beschrieben worden sind. Zuletzt wurden *interpretative* und *explorative* Gesprächstechniken differenziert, die den Gedanken- und Erlebensfluss von Patienten in bestimmte thematische Richtungen zur Selbstexploration lenken sollten.

An dieser Stelle sei auf eine weitere Variante der Gesprächsstimulation aufmerksam gemacht werden, die durch einen „gezielten“ und zugleich „weiten“ Fragentyp erreicht werden kann, was eben kein Widerspruch sein muss. Um die verschiedenen, vorausgehend differenzierten

¹⁷ So gehört das ständige Hinterfragen von Bedeutungen zum methodischen Repertoire der Garfinkel'schen Krisen-Experimente, die dort zu Forschungszwecken in „künstlichen“ Kommunikationssituationen genutzt werden, um etwa von Kommunikationsstörungen auf die Normalität von Kommunikation schließen zu können. Selbst in der akademischen Diskussion, wo Begriffskritik gang und gäbe ist, oder in einer psychoanalytischen Therapie, in der es um die Interpretation latenten Sinns geht, gibt es Grenzen der (permanenten) Infragestellung von (Alltags-)Begriffen in der Kommunikation (Koerfer 2013: 179ff). Um etwas „Strittiges“ zu klären, muss man sich in einem gewissen Umfang auf „Selbstverständliches“ beziehen können, das nicht zugleich hinterfragt werden kann.

Dimensionen der *Beschwerden*-Schilderungen von Patienten im Zusammenhang zu erfassen, kann einer allgemeinen und zugleich sehr konkreten Empfehlung von Morgan und Engel (1977) (Box 21.16) gefolgt werden, nach der den Patienten ein weiter Erzähl- und Themenraum mit der besonders einladenden Frage zum *Tagesverlauf* zur freien Verfügung gestellt wird.

Box 21.16 „Schildern Sie Ihren Tagesablauf“

Bei Allgemeinsymptomen, wie Müdigkeit oder Angst, oder um die Belastung des Patienten durch eine Erkrankung zu beurteilen, lässt er [der Arzt] den Patienten den gesamten Ablauf eines Tages schildern (...) Er bittet den Patienten zum Beispiel: „Schildern Sie Ihren Tagesablauf am letzten Montag, vom Morgen als Sie aufstanden, bis zum Abend als Sie schlafen gingen.“ Anschließend fragt er ihn: „Wie hätte Ihr Tag ausgesehen, wenn Sie gesund gewesen wären?“ Es liegt auf der Hand, daß solche Schilderungen wertvollen Aufschluss über den Patienten und seine jetzige Lebenssituation geben, wobei der Arzt diese Angaben im Verlaufe der Anamnese noch weiter ausbauen kann.

Morgan, Engel 1977: 45

Gegenüber einer solchen Empfehlung mag sofort der Aspekt der Kommunikationsökonomie als Zeitökonomie geltend gemacht werden, insbesondere wenn die Frage nach dem Tagesablauf zusätzlich noch *kontrafaktisch* mit der Unterstellung einer (*früheren*) Gesundheit gestellt werden soll, bei der die Phantasien des Patienten „ins Kraut schießen könnten“. Es liegt aber ebenso auf der Hand, dass eine Menge Zeit dadurch gewonnen werden kann, dass sich weitere Fragen von selbst erübrigen, weil die entsprechenden Informationen „frei Haus geliefert“ werden, die auf lange Sicht – um es mit den Worten von Morgan und Engel zu sagen – „wertvolle Aufschlüsse“ über die Patienten und ihre Lebenssituation liefern, deren Kenntnis sich nicht nur in der aktuellen Sprechstunde, sondern auf Dauer für eine angemessene Behandlung des Patienten „amortisieren“ kann.

Dieser „Surplus“ an Informationen (durch Fragen zum *Tagesablauf*) kann auf allen Ebenen der Anamneseerhebung erzielt werden, deren *narrativer* Ansatz ebenfalls mit dem Ansatz einer *biopsychosozialen* Medizin verbunden wurde (§ 4, 9). Wie in den vorausgehenden Beispielen deutlich wurde und an weiteren Beispielen noch aufgezeigt werden soll, sollte gerade gegenüber der Unklarheit von „psychischen“ Begriffen ein

geläufiges, alltagsweltlich bewährtes Verfahren gewählt werden, die Begriffsunklarheit durch *Illustrationen* (Beispiele, Ereignisse, Erlebnisse) zu beseitigen. Bleiben *begriffliche* oder auch bloß *deskriptive* Klärungsversuche weiterhin vage, können sie beizeiten durch *narrative* Illustrationen ergänzt werden, zu denen die Ärzte durch aktives Zuhören oft selbst ermuntern, um von eher abstrakten Begrifflichkeiten zu konkreten Symptomschilderungen zu wechseln, zu denen Patienten mit und ohne *Fragen zum Tagesverlauf* eingeladen werden sollten.

21.5 Subjektive Vorstellungen explorieren

Eine besondere Herausforderung der *patientenzentrierten* Gesprächsführung, die sich an einer *biopsychosozialen* Medizin orientiert (§ 4), besteht in der Exploration der *subjektiven Vorstellungen* von Patienten, die dem Arzt hinreichend bekannt sein müssen, wenn seine späteren Therapievorschlüsse nicht an der Lebenswirklichkeit von Patienten und ihren Interessen, Einstellungen und Präferenzen vorbeigehen sollen (§ 10, 22). Diese subjektiven Patientenvorstellungen können sich sowohl auf Konzepte zur allgemeinen Lebensführung beziehen, die sich etwa konkret im Ehe- oder Berufsleben niederschlagen, als auch auf Konzepte zur Gesundheit im Allgemeinen oder zur aktuellen Erkrankung im Besonderen, die von Patienten ganz individuell erlebt und verarbeitet werden kann. Um nicht voreilig einer Generalisierung von vermeintlich typischen Vorstellungen und Einstellungen von Patienten aufzusitzen, bedarf es einer biopsychosozialen Anamneseerhebung, in der die *individuellen Bedeutungen* von lebensweltlich relevanten Ereignissen und Erlebnissen rekonstruiert werden.

Die Rekonstruktion der *individuellen Bedeutungen* gilt für alle lebensweltlich relevanten Themen, zu denen eben nicht nur bestimmte positive Ereignisse (Schulerfolg, Heirat, Beförderung usw.), sondern auch kritische Lebensereignisse gehören (Erkrankung, Tod von Angehörigen, Scheidung, Kündigung usw.), die mit einem persönlichen Erleben von Patienten verbunden sind, das bei allen typischen Erwartungen ganz individuell ausfallen kann. So kann der Kinderwunsch in der Partnerschaft ebenso zu Kontroversen führen wie der verdiente Ruhestand im fortgeschrittenen Alter sowohl ersehnt wie auch gefürchtet werden kann. Was jeweils der Fall ist, kann nur gesprächsweise exploriert werden, mit allen damit verbunden Risiken, an Tabuthemen zu

rühren. Trotz dieser Risiken, die ja auch zu einem tieferen Verständnis des Patienten führen können, muss die biopsychosoziale Anamneseerhebung über die bloße Faktensammlung (Heirat, Scheidung, Beruf, Arbeitslosigkeit, (Vor-)Erkrankungen usw.) weit hinausgehen, was an mehr oder weniger gelungenen Ankerbeispielen verdeutlicht werden soll.

21.5.1 Biopsychosoziale Gesprächsführung

Der Paradigmenwechsel zu einer *biopsychosozialen* Medizin, wie er im Theorieteil ausführlich begründet und an einem Fallbeispiel erläutert wurde (§ 4), beginnt sich in der Gesprächspraxis erst allmählich umzusetzen. Bei einer weiterhin traditionellen Ausbildung bleibt die Anamneseerhebung dem ebenso traditionellen biomedizinischen Verständnis verhaftet, nach dem weitere psychosoziale „Daten“ als reine Fakten (wie Familienstand, Ausbildung, Beruf, Vorerkrankungen usw.) bloß additiv ergänzt werden, ohne ihre spezifischen Bedeutungen für diesen individuellen Patienten zu erfassen.

Dagegen haben Morgan und Engel (1977) bereits früh die passende Art der Gesprächsführung beschrieben, die vorausgehend schon für die Formulierung von *Gesprächsmaximen* genutzt wurde (§ 3.4, 17.4, 21.1, 21.4). Aus ihrer langjährigen klinischen Berufserfahrung haben sie viele, wenn auch bloß erinnerte Beispiele angeführt, die über die bloße Sammlung der „äußeren“ biopsychosozialen Daten hinausgehen. Eine *biopsychosoziale* Anamneseerhebung kann sich eben nicht einfach nur auf die Erhebung von *faktischen* Veränderungen im Leben von Patienten beschränken, sondern verlangt nach Morgan und Engel (1977) (Box. 21.17) ein ärztliches Verständnis der *subjektiven Bedeutungen* der Veränderungen für diesen individuellen Patienten.

Box 21.17 „Was bedeutet das für Sie?“

Jede Änderung in der zwischenmenschlichen Beziehung des Patienten, wie Trennungen, Krankheiten, Todesfälle, Pensionierungen, hält der Arzt mit genauem Datum fest und er versucht zu verstehen, wie der Patient diese Änderung erlebt hat. Durch Fragen wie: „Was bedeutet das für Sie?“ oder bei einem offensichtlich einschneidenden Ereignis: „Das muß eine schwierige Erfahrung für Sie gewesen sein“, erfährt der Arzt, was der Patient gefühlt hat und wie er reagiert hat. *Um den Patienten zu verste-*

21. Details explorieren

hen, ist die Art seiner Reaktion auf ein solches Ereignis wichtiger als das Ereignis selbst. Deshalb darf sich der Arzt nie nur das Ereignis merken, ohne seine Wirkung auf den Patienten zu kennen.

Morgan, Engel 1977: 52 (dort auch kursiv)

Obwohl zunächst alle persönlichen Veränderungen „in der zwischenmenschlichen Beziehung“ akribisch (mit „genauem Datum“) festgehalten werden sollen, wird hier ein Unterschied in der *Relevanz* von Ereignissen und ihrem Erleben gemacht, was bei Unklarheit mit einer gezielten Nachfrage nach der individuellen Bedeutung geklärt werden muss („Was bedeutet das für Sie?“). In der (*kursiven*) Hervorhebung wird von Morgan und Engel gleichsam eine Relevanzumkehr gefordert, nach der die „Art der Reaktion“ des Patienten auf Ereignisse „wichtiger“ ist als diese selbst. Dabei muss der Arzt bei ähnlichen oder sogar gleichen (Typen von) Ereignissen bei verschiedenen Patienten mit individuell sehr unterschiedlichen bis gegensätzlichen Reaktionen rechnen, die kaum antizipiert werden können. Selbst wenn aufgrund allgemeiner Erwartungen ein bestimmter Reaktionstyp (*Trauer, Angst*) wahrscheinlich ist, muss eben der Einzelfall immer wieder auf Devianzen geprüft werden. Wie wir an einem Beispiel gesehen haben (§ 20.9), muss selbst ein Todesfall naher Angehöriger (wie hier der Mutter) keineswegs die Trauerreaktion auslösen, die bei diesem Typ von Ereignis im Allgemeinen erwartet werden kann.

Dass Menschen auf ein und dasselbe Ereignis ganz unterschiedlich reagieren können, lehrt bereits die Lebenserfahrung, deren Geltung in der ärztlichen Sprechstunde allerdings besonders zu überprüfen ist, damit die weitere Kommunikation nicht voreilig sozialen Erwartungsnormen aufsitzt. *Individuelle* Reaktionen können von den *typischen* Reaktionen erheblich abweichen, was nur gesprächsweise geklärt werden kann.

Einerseits wissen Ärzte schon qua Lebens- und Berufserfahrung, was ein belastendes Lebensereignis sein kann, insbesondere wenn diese (nach Folter, Missbrauch, Gewalt, Unfall usw.) zu posttraumatischen Störungen führen, die einer *besonderen* Behandlung bedürfen (Filipp, Aymanns 2010, Maercker, Gurriss 2017). Auch gehört es schon zum Alltagswissen, dass etwa Tod, Trennungen, Kündigungen als belastend erlebt werden können. Dies gilt auch für die eigenen mehr oder weniger schweren Erkrankungen der Patienten und ebenso in schweren Krankheitsfällen naher Angehöriger. So war der Schwindel einer Patientin

„losgegangen“, als sie von der schweren Erkrankung („MS“) ihrer Tochter erfahren hatte, was sie ihrem Arzt ausführlich erzählte, bevor dann der Zusammenhang in einer weiteren Erzählung von ihrem eigenen Krankheitserleben („todschlecht“) (§ 19.7) hergestellt wurde.

Andererseits können sich die allgemeinen Reaktionserwartungen im Einzelfall als falsch herausstellen, wenn etwa unterschiedslos nach dem Motto geurteilt wird: „Der Tod eines nahen Angehörigen muss Trauer auslösen“ oder: „Nach einem langen Arbeitsleben freut man sich auf die wohlverdiente Rente.“ Bei vielen Themen hilft weder die allgemeine Lebens- noch die spezifische Berufserfahrung des Arztes bei der konkreten Zuschreibung von individuellen Bedeutungen, deren Differenzen nur über eine aktive Beteiligung der Patienten zu gewinnen ist, die allein darüber befinden können, wie sie bestimmte Ereignisse eines bestimmten Typs subjektiv erleben. Aus der Reihe der vielen Beispiele, die vorausgehend von Morgan und Engel gegeben wurden (Box 21.17), fokussieren wir hier exemplarisch auf die lebensweltlich relevante Veränderung am Ende des Berufslebens, was von Patienten sehr unterschiedlich erlebt werden kann. So fürchten die einen Patienten die drohende *Pensionierung*, während andere sie herbeisehnen oder sogar aktiv herbeizuführen suchen. Die individuell konträren Einstellungen zu Beruf und Ruhestand sollen in kurzen Gesprächsausschnitten mit unterschiedlichen (Typen von) Patienten exemplarisch aufgezeigt werden, bei denen die Ärzte ihre Patienten jeweils auf „geschickte“ Weise „in ein Gespräch ziehen“, in dem sie dann ihre beteiligten Emotionen zum Thema offenbaren können.

21.5.2 Ereignisse und Erlebnisse

Ein und derselbe Typ von Ereignis kann bei verschiedenen Patienten als *Glücksfall* oder aber als *Katastrophe* erlebt werden. Was jeweils der Fall ist, hängt nicht zuletzt von der bisherigen Lebensgeschichte von Patienten ab, die durch eine Vielzahl von mehr oder weniger kritischen Lebensereignissen bestimmt sein kann, die wiederum individuell erlebt und verarbeitet wurden. Da man bekanntlich viele Arten von Ereignissen auch mit einem „weinenden und lachenden Auge sehen“ kann, werden sie oft mit Ambivalenzen erlebt.

In den folgenden beiden Fällen zeugen die Reaktionen, mit denen sich die beiden Patienten auf ein relativ normales Ereignis wie die „Rente“ einstellen, eindeutig von extrem negativen bzw. positiven Emotionen,

21. Details explorieren

die sie erst nach und nach im Gespräch mit dem Arzt kundtun. Die scheinbar „harmlose“ Frage von Ärzten nach dem Beruf ihrer Patienten kann beim Nachfragen schnell zu einem „heiklen“ Thema führen, bei dem sich die „Geister scheiden“ und die Gespräche ganz unterschiedliche Entwicklungen nehmen können.

Beruf als Gesundbrunnen

Für den (Typ von) Patienten, für den das Berufsende einer „Katastrophe“ gleichzukommen scheint, soll das folgende Beispiel aus der Visitenkommunikation angeführt werden, das an anderer Stelle ausführlich analysiert wird (§ 24.7) (Koefer et al. 2005). In der Visite mit einem Patienten (nach Herzinfarkt) wird das Thema der weiteren Berufsausübung angesprochen (B 21.46), an der der 61-jährige Patient, der zuvor voller Stolz von seiner frühen „Selbstständigkeit“ schon in der Jugend erzählt, unbedingt festhalten möchte, auch wenn seine längst erwachsenen Söhne den Betrieb während seiner Erkrankung schon „ohne ihn“ weiterführen können.

B 21.46 „ich bin nur gesund, wenn ich kann schaffe ...“

- 41 A was arbeiten Sie? .
42 P ich hab halt ein Baugeschäft .
43 A ein Baugeschäft? .
44 P ja . mit die Kinder .
(...)
(...)
55 A führen die [Kinder] das Geschäft schon ganz ohne Sie, wenn Sie krank sind? .
56 P ja ich merk schon, dass es auch geht ohne mich .
57 A ja .
58 P ich merk schon, dass es auch geht ohne mich .
59 A sehen Sie das gern oder nicht so gern? .
60 P i:ch? .
61 A ja .
62 P also offen gestanden . ich bin nur gesund, wenn ich kann schaffe . viel, viel, viel schaffe [ballt die Fäuste] .
63 A ja .
64 A ja . dann bin ich abends glücklich .

An der markierten Reaktion des Patienten, die nach dem ärztlichen Hörsignal (57A: „ja“) durch Wiederholung der identischen Formulierung noch verstärkt wird, lässt sich die subjektive Relevanz der Äußerung für das Selbstverständnis des Patienten ablesen. Zwar macht er zweimal ein Zugeständnis an eine faktische Ablösung durch seine Kinder (56, 58P: „ich merk schon, dass es auch geht ohne mich“), aber man kann beim Zuhören schon die Ambivalenz heraushören, die mit dem drohenden Autonomieverlust verbunden ist. Diese Ambivalenz wird auch vom Arzt so gehört bzw. geschlossen, der die Emotionen des Patienten zu klären sucht, indem er ihn im Sinne einer Selbstexploration nach seinen Präferenzen fragt.

Ohne hier suggestiv einen Erwartungsdruck für eine bestimmte Antwort aufzubauen, stellt der Arzt mit seiner klärenden Intervention eine echte Alternative zur Wahl (59A: „sehen Sie das gern oder nicht so gern?“), die vom Patienten frei entschieden werden kann. Der Patient scheint oder spielt zunächst überrascht, indem er erstaunt eine Pseudo-Vergewisserungsfrage stellt (60P: „ich?“), mit der er sich vielleicht eine Denkpause verschaffen will, bevor er dann verbal und nonverbal engagiert antwortet (Wiederholung von „viel“ und Faustballen). Nach einer besonderen Markierung des Wahrheitsgehalts (62P: „also offen gestanden“) formuliert der Patient gleichsam sein Lebensmotto, nach dem er in seinen eigenen Worten nur durch Arbeit „gesund“ und „glücklich“ bleiben kann.

Pensionierung als Erlösung

Während bei diesem Patienten die berufliche Arbeit gleichsam als *Lebenselixier* dient, stellt sie für einen anderen Patienten, dessen ursprünglicher beruflicher Lebensentwurf (als „Naturwissenschaftler“) durch „Prüfungsversagen“ gescheitert war, eine erhebliche *Belastung* dar, von der er sich möglichst bald zu befreien wünscht. Die stark emotionshaltige Erzählung selbst, die vorausgehend ausführlich analysiert wurde (§ 19.8), wird hier gekürzt (B 21.47) wiedergegeben.

B 21.47 „den ersten Knacks bekommen“

- | | | |
|----|---|---|
| 01 | A | (hm) . was machen Sie denn beruflich? . |
| 02 | P | ich bin Beamter bei der Stadt A . |
| 03 | A | und was für'n Tätigkeitsbereich? . |

21. Details explorieren

- 04 P ich sitz im Büro rum .
- 05 A (ja) . das macht keinen Spaß? .
- 06 P tja . sagen wir mal so ... [lächelt] äh . ich bin eigentlich nicht der Typ des Beamten .
- 07 A hm . hm . sondern eher was/was (würden Sie sagen, was) [leiser bis zum Verstummen] .
- 08 P [-] ich hatte an' für sich was ganz anderes vor, das .. hat mal (4) irgendwo hat's angefangen (...) wahrscheinlich hab ich ... (3) ... irgendwo den ersten Knacks bekommen (4) ich wollte an' für sich Naturwissenschaften studieren, hatte/hab dat auch angefangen, hab aber dann im Vorexamen dann geschmissen [-] (...) ..
und hab dann kurz so mit links ne Verwaltungsgeschichte gemacht, hab mich zum Beamten ausbilden lassen (...)
und mach dat dann [+] jetzt mehr oder weniger so, weil's mir auch net Spaß macht, leider ...
- 09 A ja, so dass Sie auch immer das Gefühl haben . sich eigentlich unter Wert zu verkaufen, ne?.
- 10 P das sowieso . ich würd am liebsten würde ich sagen ... ich würde /sagen wir mal so . ich kann's mir finanziell leisten, sagen wir mal, nicht zu arbeiten, sagen wir so betrachtet . ich würd' am liebsten au:fhören ... und würd vielleicht noch mal anfangen zu studieren, nur so aus Hobby, irgendwie .

Dieses Beispiel, dessen narrative Interaktionsgeschichte vorausgehend schon ausführlich analysiert worden war, macht deutlich, wie sich die *Empathie-in-Interaktion* entwickeln kann (§ 19.8, 20.4). Der Patient hatte die Frage des Arztes nach seinem Beruf relativ vage beantwortet („ich sitz im Büro rum“), was der Arzt auch entsprechend seiner Körperhaltung-Haltung im „Hier und Jetzt“ der Sprechstunde im Sinne des „szenischen Verstehens“ (§ 9.2) als „lustloses Rumsitzen“ wahrnehmen konnte. Das stimulierende *Emotionswort* (05A: „Spaß“ – „kein Spaß“) war vom Arzt in seiner empathischen Rückmeldung eingeführt worden, das jetzt vom Patienten als Evaluation seiner dramatischen Erzählung ca. 1. Minute später (sic) mehr oder weniger bewusst wiederaufgenommen wird (08P: „net Spaß“), bevor der Arzt den entwickelten Emotionsgehalt gekonnt in einer Satzvervollständigung (*joint sentence production*) resümiert (09A: „ja, so dass Sie auch immer das Gefühl haben . sich eigentlich unter Wert zu verkaufen, ne?“). Mit dieser außerordentlich ökonomischen Intervention *reflektiert* der Arzt im Sekundenbruchteil auf die Patientengeschichte in einer Art und Weise, die das Emotionser-

leben des Patienten als Dauergefühl (09A: „immer“) mit einer hohen *Passgenauigkeit* voll zu treffen scheint, was dieser mit seiner Affirmation auch klar markiert so zu erkennen gibt (10P: „das sowieso“). Die vollständige Gesprächsgeschichte erschließt sich aus der vorausgehenden Gesprächsanalyse (§ 19.8), in deren Zentrum die dramatische Patientenerzählung mit dem Abbruch des Studiums und der Aufnahme eines unbefriedigenden Berufs als Verwaltungsbeamter stand, der bis heute *ohne Spaß* ausgeübt wird.

Beginnt man die Gesprächsgeschichte der *Empathie-in-Interaktion* mit der unterbestimmten, weil vagen Antwort des Patienten auf die ärztliche Fragen und Nachfragen nach dem Beruf, so befinden wir uns nach dem Ende der dramatischen Patientenerzählung, die mit einem expliziten *Bedauern* ausgeleitet wird („net Spaß macht, leider“), sowie nach der aktuellen ärztlichen empathischen Intervention und der affirmativen Rückmeldung des Patienten („das sowieso“) inzwischen in der 10. Position eines empathischen Kommunikationsmusters, das dann noch in derselben Sprechstunde mehrgliedrige Fortsetzungen erfährt (§ 19.8). Einmal mit seinem Dauergefühl konfrontiert (sich „immer unter Wert“ zu „verkaufen“), wird der Patient offenbar hinreichend stimuliert, seinen Phantasien für eine alternative Zukunft jenseits des Beruf entsprechend Raum zu geben, indem er seine Präferenzen artikuliert (10P: „ich würd am liebsten aufhören und ...“). Diese Präferenzen werden noch in derselben und in der folgenden Sprechstunde wiederaufgenommen und weiterbearbeitet, in der offenbar eine Vorentscheidung für eine „Frühpensionierung“ reifen konnte.

Wie bereits vorausgehend (§ 19.8) dokumentiert, hatte der Patient die Sprechstunde mit dem Anliegen einer „Magenspiegelung“ aufgesucht, die zwar auch durchgeführt wurde, aber ohne auffälligen Befund geblieben war. In einer katamnestischen Befragung hatte der Patient später berichtet, dass er sich für eine Frühpensionierung entschieden und mit Freude seinen Hobbys zugewandt habe. Seither seien keine „Magenbeschwerden“ mehr aufgetreten, unter denen er ja schließlich über 30 Jahre lang gelitten hatte.

Themenrelevanz des Berufslebens

Diese ganze Kranken- und Lebensgeschichte wäre „unentdeckt“ geblieben, hätte sich der Arzt nach seiner Frage zum Beruf mit der erstbesten Antwort des Patienten (02P: „ich bin Beamter bei der Stadt A“) schon

21. Details explorieren

„zufrieden“ gegeben, weil er vielleicht auch als Arzt dem verbreiteten Klischee vom „sorglosen“ Beamtenberuf gefolgt wäre. Erst seine insistierenden Nachfragen haben die jahrzehntelange Krankengeschichte als Leidensgeschichte des Patienten offengelegt, der den Beruf als Dauerbelastung erlebt hat.

Während wir in diesem Fall erfahren haben, dass der Patient seinen Präferenzen für eine Frühpensionierung auch faktisch gefolgt ist, ist uns nicht bekannt, inwieweit der andere Patient sein „glücklich“ machendes Arbeitsleben nach der Krankenhausentlassung auch fortgesetzt hat. Auch in diesem Visiten-Gespräch wäre die für den Patienten positive Bedeutung des Berufslebens im Sinne einer salutogenetischen Perspektive „unentdeckt“ geblieben, wenn der Arzt es bei der ersten Antwort des Patienten (42P: „ich hab halt ein Baugeschäft“) belassen und nicht weiter nachgefragt hätte. In beiden Gesprächen haben jedenfalls die Patienten ihre Chancen zur narrativ-emotionalen Selbstexploration in der Kooperation mit ihren Ärzten jeweils intensiv wahrnehmen können, die sich ihrerseits bei der Offenlegung der individuellen Bedeutungen ihrer Patienten zu einem „sensiblen“ Thema erkennbar engagiert haben.

21.5.3 Subjektive Krankheitstheorien

Patienten bieten ihre subjektiven Vorstellungen nicht nur zur allgemeinen Lebensführung an, die sie dann etwa als belastendes Ehe-, Familien- oder Berufsleben spezifizieren, sondern verknüpfen ihre lebensweltlichen Vorstellungen mit ihren Laintheorien über Gesundheit und Krankheit. Diese Laintheorien werden in Abgrenzung zu den *objektiven* Krankheitstheorien der medizinischen Experten auch als „subjektive Krankheitstheorien“ gekennzeichnet und in ihrer Relevanz für die Arzt-Patient-Kommunikation beschrieben (Flick 1998, Birkner 2006, Kruse, Wöller 2010, Birkner, Vlassenko 2015, Albus et al. 2018). Mögen diese subjektiven Krankheitstheorien auch noch so irrational, widersprüchlich bis mystisch sein, so müssen sie doch in der Arzt-Patient-Kommunikation zu Sprache kommen, wenn die Gesprächspartner nicht langfristig aneinander vorbeireden oder handeln sollen. Werden die subjektiven Krankheitstheorien nicht selbständig von den Patienten eingebracht, so müssen sie nach Kruse, Wöller (2010) im Gespräch aktiv erfragt werden (Box 21.18), ohne den Patienten mit voreiligen Interpretationen zu überfordern.

Box 21.18 Umgang mit subjektiven Krankheitstheorien

Patienten machen sich sehr intensiv Gedanken über die Ursachen ihrer Symptomatik. Sie entwickeln eine subjektive Krankheitstheorie, das heißt eine Vorstellung über die Entstehung, den Verlauf und die Aufrechterhaltung der Symptomatik. Diese Krankheitstheorie besagt zunächst nichts über die realen Ursachen. So sind zum Beispiel ein Drittel der Brustkrebspatientinnen überzeugt, dass ihre Krebserkrankung durch psychische Faktoren verursacht wurde, während viele Patienten mit depressiver Symptomatik von einer Hormonstörung sprechen (...) Die subjektiven Krankheitstheorien geben uns Aufschluss, in welchem Ausmaß die Patienten bereit sind, Zusammenhänge zwischen der Lebenssituation, Konflikten und der Symptomatik zu sehen. Sie sind im Gespräch aktiv zu erfragen, um den Patienten nicht mit voreiligen Interpretationen zu überfordern, sondern um ihn dort abzuholen, wo er im Augenblick steht.

Kruse, Wöller 2010: 59

Den Patienten mit seinen subjektiven Krankheitstheorien „dort abzuholen, wo er im Augenblick steht“, bedeutet oft im Detail, sich mit einer Reihe von mehr oder weniger „triftigen“ Erklärungskonzepten auseinandersetzen zu müssen, die von „genetischen“ Faktoren über den Einfluss des „Wetters“, von „Bakterien“ und „Umweltgiften“ bis hin zu interpersonellen „Konflikten“ und „Stress“ reichen (Albus et al. 2018). Bevor diese Krankheitstheorien gegebenenfalls korrigiert oder modifiziert werden können, müssen sie zuvor hinreichend exploriert sein. Andernfalls muss mit dem Risiko gerechnet werden, dass sie sich später „hinterrücks Bahn brechen“, was sich wiederum in einer irrationalen Non-Adhärenz niederschlagen kann.

Die entsprechenden Patientenangebote sollten also nicht zurückgewiesen werden, weil sie etwa nicht ins ärztliche Erklärungs- und Handlungskonzept passen, sondern gerade hervorgehoben (*elizitiert*) werden – gleichsam als Präventionsmaßnahme: Bei rechtzeitiger Kenntnis einer noch so irrationalen Krankheitstheorie kann einem möglichen irrationalen Krankheitsverhalten beizeiten entgegengewirkt werden. Patienten bieten ihre *subjektiven Vorstellungen* und *Krankheitstheorien* sowohl *gefragt* als auch *ungefragt* an. In beiden Varianten können Unsicherheiten mitschwingen, denen genügend Raum durch eine Relevanzhochstufung gegeben werden sollte, auch wenn sich die Laientheorien schon im An-

21. Details explorieren

satz als falsch oder korrekturbedürftig erweisen können. Nachfolgend sollen Ankerbeispiele für Formen der Relevanzrückstufung und Relevanzhochstufung von subjektiven Krankheitstheorien gegeben werden, mit denen sich die Patienten mehr oder weniger Gehör verschaffen können.

Relevanzrückstufung der subjektiven Krankheitstheorie

In der Gesprächspraxis werden die subjektiven Krankheitstheorien oftmals überhört oder ignoriert, wie in folgendem Beispiel für eine *Relevanzrückstufung* (§ 19.4), deren Tragweite hier nochmals ausführlicher dargestellt werden soll. Der Patient versucht hier eine Umweltbelastung („die ganzen Dämpfe ohne Maske“) (B 21.48) an seinem gegenwärtigen Arbeitsplatz als Erklärung für seine aktuellen Beschwerden (u.a. „Kreislaufstörungen“, „Schwindel“) geltend zu machen und scheitert mit diesem Versuch schon im ersten Anlauf.

B 21.48 „dat dat irgendwie damit wat zu tun hat“		Kommentar
01	A hm .	2.2 HS
02	P ... un ich kann mir eins/ ... also vom Kreislauf her war ich total fit, und auf einmal kommt so'n Mist, ne? ... un ich kann mir eins/ ... wat ich mir denke, ich war letzte Woche im [Werksname] und musste da: arbeiten , un da sind die ganzen Dämpfe ohne Maske .	Patientenseitige Formulierung einer subjektiven Theorie
03	A hm .	2.2 HS
04	P dat dat irgendwie damit wat zu tun hat .	Subjektive Theorie
05	A aber Luftnot, so was ham Sie nicht? .	Themenwechsel: 4.1 DE: BD: Begleitzeichen
06	P Luftnot hab ich keine .	
07	A hm .	2.2 HS

Obwohl der Patient seine subjektive Krankheitstheorie noch relativ zögerlich und moderat einbringt („ich kann mir eins/ ... wat ich mir denke“), wird sie vom Arzt auf eine Weise ignoriert, als habe er sie nicht gehört. Ohne einen dialogischen Rückbezug nimmt der Arzt eine Rele-

vanzurückstufung durch einen abrupten Themenwechsel vor, indem er nach einem Begleitzeichen fragt, und dies noch in suggestiver Form („aber Luftnot, so was haben Sie nicht?“). Macht man eine *Weglassprobe* (§ 19.2), so könnte die gesamte Sequenz zu diesem Thema getilgt werden, ohne dass man die entsprechenden Äußerungen des Patienten vermissen würde. De facto wird die Kommunikation mit der Frage und der Antwort zum Begleitzeichen so fortgesetzt, als hätte der Patient vorausgehend nichts gesagt, was irgendwie von Belang gewesen wäre.

Ohne hier in der Sache Partei ergreifen und darüber entscheiden zu müssen, ob der Patient mit der Umweltbelastung („Dämpfe ohne Maske“) einen „triftigen“ Grund für seine Beschwerden angeführt hat oder eben nicht, kann unter einem Evaluationsaspekt der Gesprächsführung geurteilt werden, dass der Arzt dem Patienten eine dialogische Rückmeldung – in welcher Form und mit welchem Inhalt auch immer – hätte geben müssen.

Wie bei allen Relevanzrückstufungen dieses Typs, der sich durch einen radikalen Themenwechsel auszeichnet (§ 19.4), geht es nicht nur um die Ignoranz gegenüber Inhalten, sondern auch gegenüber Personen, die diese Inhaltsangebote als Patienten machen. Gegenüber der bloßen Ignoranz, die einer persönlichen *Entwertung* des Gesprächspartners gleichkommen kann, wäre die Verwerfung oder bloße Modifikation der subjektiven Theorie des Patienten die bessere Alternative der Gesprächsführung gewesen, weil mit der inhaltlichen Auseinandersetzung zugleich eine Anerkennung und Aufwertung des Gesprächspartners als Person verbunden ist. Hier sei nochmals mit Watzlawick et al. (1967/2011) an den Zusammenhang von *Inhalts-* und *Beziehungsaspekten* erinnert (§ 7.4), wonach es wechselweise auf beiden Kommunikationsebenen zu Störungen kommen kann.

Diese Störungen werden zunächst oft *latent* ausgetragen, bevor sie dann *manifest* werden, so etwa in der aus ärztlicher Sicht oft als „überraschend irrational“ eingeschätzten Non-Adhärenz von Patienten, die bis dahin doch so „vernünftig“ mitgearbeitet hätten. Solche Entwicklungen sind dann zwar alles andere als erwartungskonform, können aber im Nachhinein als „angebaut“ erkannt werden, weil etwa Patienten mit ihren subjektiven Vorstellungen nicht hinreichend Gehör finden konnten.

Dabei geht es nicht allein auf der Beziehungsebene um persönliche Kränkungen qua Ignoranz, sondern auf der Inhaltsebene um die Ausblendung von „Überzeugungen“, die die Patienten mit ihren subjektiven Krankheitstheorien verbinden. Werden diese Überzeugungen „unter-

21. Details explorieren

drückt“, statt integriert oder gegebenenfalls korrigiert oder modifiziert, bleiben sie weiterhin *virulent* bis zur medizinischen Entscheidungsfindung (§ 10), bei der sich dann ein Pseudo-Konsens herausstellen kann, der auf einer zwischenzeitlichen *Überredung*, statt endgültigen *Überzeugung* des Patienten beruhte.

Was sich bei einem fortgesetzten Handlungsmuster der Ignoranz als mögliche Risikoentwicklung nur abschätzen lässt, kann schon im Vorfeld verhindert werden, wenn man bereits den Anfängen wehrt und die subjektiven Krankheitstheorien nicht unterdrückt, sondern gerade hervorlockt. Auch Patienten sind lernende Subjekte, die noch in der laufenden Sprechstunde erkennen, was aus der Sicht des Arztes „angesagt“ ist und was nicht. Aus diesem Lernprozess werden zugleich Konsequenzen für zukünftiges Gesprächsverhalten gezogen, die für die weitere Kommunikation prägend sein und kaum noch revidiert werden können, weil sie sich auch einer bewussten Kontrolle entziehen.

Die erste Konsequenz, die der Patient noch im Laufe des Gesprächs unterschwellig gezogen hat, manifestiert sich offenbar darin, dass er zu weiteren subjektiven Krankheitstheorien vorerst „verstummt“ ist. Auch später im Gespräch ist die vom Patienten angesprochene Umweltbelastung kein Thema mehr, zu dem er offenbar resignierend keine erneute Themen-Initiative wagt. Wenn man so will, hat der Arzt seinen Patienten durch Ignoranz erfolgreich „mundtot“ gemacht.

Welche Konsequenzen beide Gesprächspartner als lernende Subjekte aus ihrer bisherigen Kommunikation ziehen werden, muss sich erst in weiteren Gesprächen erweisen. Unter dem Aspekt der Offenlegung von subjektiven Krankheitstheorien wurden zumindest in diesem Erstgespräch die Weichen in die „verkehrte“ Richtung gestellt.

Relevanzhochstufung der subjektiven Krankheitstheorie

Werden subjektive Krankheitstheorien von den Patienten eigeninitiativ ins Gespräch gebracht, sollten sie von ärztlicher Seite nicht ignoriert, sondern als Interpretationsangebot respektiert und in der weiteren Gesprächsarbeit integriert werden – in welcher modifizierten Form auch immer. Sollte eine Klärung ad hoc nicht möglich sein, muss zumindest eine spätere Prüfung in Aussicht gestellt werden. Gegenüber einer rein defensiven Haltung, mit der auf die Patientenangebote lediglich reagiert wird, sollten Ärzte eine offensive Haltung einnehmen und aktiv nach

subjektiven Krankheitstheorien fragen, wie dies vorausgehend schon von Kruse, Wöller (2010) (Box 21.18) empfohlen wurde.

Weiterhin kann unter einem „kommunikationspsychologischen“ Aspekt von Relevanzhochstufungen in der Regel davon ausgegangen werden, dass ein vorausgehend bekundetes Interesse eine stärkere Relevanzhochstufung darstellt als ein nachträglich versichertes Interesse. Nach der „Subjektiven Theorie“ sollte jedoch nicht wörtlich gefragt werden, weil Patienten mit dieser Ausdrucksweise nicht vertraut sind („Welche subjektiven Krankheitstheorien haben Sie?“). Besser sollte nach möglichen „Erklärungen“ gefragt werden. Als Standardformulierungen haben sich die vorausgehend (§ 21.2.5) schon beschriebenen (*bedingten*) *Explanationsfragen* etabliert (wie „Können Sie erklären, warum ...“ oder „Haben Sie eine Erklärung, warum ...“), die sich gegebenenfalls bei Negation „unkomplizierter“ beantworten lassen („nein“) als die entsprechenden Wortfragen (A: „Welche Erklärungen haben Sie?“), die gegebenenfalls anders (P: „keine“) beantwortet werden müssten. Unabhängig von der Frageform ist selbst bei positiven Erklärungsversuchen oft mit vorausgehenden *Unsicherheitsmarkierungen* der Patienten zu rechnen („ich weiß es nicht, vielleicht ...“), mit der der „hypothetische“ Charakter der „subjektiven Theorien“ auch aus der Patientenperspektive betont wird.

In der Lehre wurde oft die folgende längere Gesprächssequenz (B 21.49) zur Offenlegung der subjektiven Krankheitstheorie benutzt, weil sich hier sowohl „Licht“- als auch „Schattenseiten“ der ärztlichen Gesprächsführung aufzeigen lassen. Die Patientin hatte zu Beginn des Gesprächs vor allem über „Angstzustände“ geklagt („die also aus heiterem Himmel mich überfallen“) und dabei schon eine erste zunächst biomedizinisch orientierte subjektive Krankheitstheorie („irgendwo denk ich dann, du hast was mit dem Herzen“) angeboten. Nach ersten Abklärungen der Qualität und der Bedingungen des Auftretens der Beschwerden richtet der Arzt dann die folgende Frage nach einer möglichen „Erklärung“ an die Patientin.

B 21.49 „ich weiß nicht, manchmal bilde ich mir ein, dass ...“

01 A haben Sie eine Erklärung, warum das jetzt so ist? .
02 P ich weiß nicht, manchmal bilde ich mir ein, dass ich irgendwo/dass das so mehr vom .. (2) .. vom Seelischen herkommt als vom Körperlichen . weil also dies Jahr ... [stößt Luft aus] ziemlich hart war, weil so einiges, was zu verarbeiten war, vielleicht hab

21. Details explorieren

- 03 A [ich das doch noch nicht so richtig verarbeitet ... dass ich-
[] dass heißt .
Sie haben das, was man so als Stress bezeichnet? .
- 04 P ja, Ärger in der Familie und ... ähm im Juni hatte ich ne Fehlgeburt und das vielleicht irgendwo ... noch nicht so verarbeitet ist, dass ich sagen kann, gut ich bin darüber weg .
- 05 A ja, diese Fehlgeburt hat ihnen sehr zu schaffen gemacht? .
- 06 P [ja das is-
- 07 A [] is das/hab'n Sie dar Probleme mit der Vaterschaft? .
- 08 P nee, überhaupt nicht, nee .
- 09 A Sie sind verheiratet? .
- 10 P nee, ich bin nicht verheiratet . ich hab allerdings schon ne Tochter, die is schon/ acht wird die jetzt . ich bin nicht verheiratet .

Diese Sequenz zur subjektiven Krankheitstheorie der Patientin wird vom Arzt selbst initiiert, indem er den Typ der bedingten Explanationsfrage stellt, bei der die *Warum*-Frage in die Entscheidungsfrage eingebettet ist („Haben Sie eine Erklärung, warum ...?“) (§ 21.2.5). Obwohl die Präferenz für eine positive Antwort bei solchen Fragen immer erkennbar mitschwingt, weil sie sonst in dieser Form und mit diesem Inhalt erst gar nicht gestellt würden, ließen sie sich einfach verneinen („nein“), möglicherweise auch verbunden mit einem Ausdruck des Bedauerns (z.B. „leider nicht“). Starten Patienten mit einer positiven Antwort, dann wird vorweg oft der Versuchscharakter der Erklärung hervorgehoben, wie auch in diesem Fall.

Die Patientin reagiert auf die Arztfrage mit einer Unsicherheitsmarkierung (02P: „ich weiß nicht“), bei der sie es ohne Not auch bewenden lassen könnte, bevor sie dann doch eine weiterführende Antwort mit einer Erklärung gibt, deren „Subjektivität“ einleitend nochmals äußert *defensiv* als gelegentliche „Einbildung“ charakterisiert wird (02P: „manchmal bilde ich mir ein, dass ...“). Schließlich wird die vom Arzt gestellte Frage dann doch von der Patientin zur Platzierung ihrer subjektiven Krankheitstheorie genutzt, die sie zwar *reaktiv* auf die Frage, aber *themeninitiativ* einführt, indem sie es ist, die zwar zögerlich, aber dann explizit in der Gewichtung („mehr“) einen Wechsel vom „Körperlichen“ zum „Seelischen“ vollzieht. Dabei unterbreitet die Patientin ihrerseits in Stichworten („ziemlich hart“, „einiges ... doch noch nicht so richtig verarbeitet“) weitere zunächst noch abstrakte Themenangebote, die der Arzt dann seinerseits mit entsprechenden begrifflichen Offerte („Stress“) zur weiteren Exploration aufnimmt. In deren Folge wird dann

über den „Ärger in der Familie“ hinaus das lebensweltlich bedeutsame Ereignis („Fehlgeburt“) auch von beiden Gesprächspartnern kooperativ als Erleben (04P: „noch nicht so verarbeitet“ – 05A: „zu schaffen gemacht“) zur Sprache gebracht.

Über die patientenseitig zunächst abstrakt angebotene und kooperativ konkretisierte Krankheitstheorie hinaus sei für weitere Lehrzwecke auf Problemstellen in der gesamten Sequenz hingewiesen, die teils durch voreilige *Unterbrechungen* (§ 19.3) und teils durch *Suggestionen* (§ 21.2) des Arztes bestimmt sind. Bei beiden Unterbrechungen (03, 07) hätte der Arzt besser auf eine selbstinitiierte Elaboration der Patientin zuwarten sollen, anstatt insbesondere mit der zweiten Unterbrechung die Patientin voreilig auf mögliche „Probleme bei der Vaterschaft“ anzusprechen.

Wie sehr der Arzt mit dieser „unpassenden“ Intervention „daneben“ liegt, erhellt aus der Reaktion der Patientin, die diese mit der Arzt-Frage verbundene „Unterstellung“ nach ihrer Tonlage empört und nach ihren Worten mehrfach markiert vehement zurückweisen muss (08P: „nee, überhaupt nicht, nee“). Ebenso wird die suggestive Informationsfrage des Arztes (09A: „Sie sind verheiratet?“), die als Frage-Typ grundsätzlich verpönt bleiben sollte (§ 21.2.6), von der Patientin entschieden verneint („nee, ich bin nicht verheiratet“), bevor sie weitere Informationen zu ihrer Familiensituation als „Surplus“ anbietet – möglicherweise auch als Strategie zur präventiven Konfliktreduktion, um den Arzt von seinem übergriffigen Kurs von Unterstellungen abzubringen.

Hier kann in der Lehre diskutiert werden, inwieweit der Arzt mit seinen Spekulationen zum Familienstand und vor allem zur Vaterschaft nicht nur unnötig Tempo und Thema verliert, jedenfalls hinter den erreichten Informationsstand zur subjektiven Krankheitstheorie der Patientin zurückfällt, sondern *suggestiv* eine eigene subjektive Krankheitstheorie als Arzt mit einer *Übergriffigkeit* verfolgt, die von der Patientin mit hohem kommunikativen und psychischen Aufwand zurückgewiesen werden muss. Ebenso sind die Alternativen der Gesprächsführung zu diskutieren, mit denen weitere Informationen zum Erleben der „Fehlgeburt“ einerseits und zum bisher unterbelichtet gebliebenen „Ärger in der Familie“ andererseits einzuholen wären, worauf wir unter dem Aspekt der Gesprächsbeendigung („Resümee ziehen“) (§ 23) noch mal zurückkommen werden.

Für dieses Gespräch kann jedenfalls das Zwischenresümee gezogen werden, dass nach einer anfänglich erfolgreichen Exploration der subjektiven Krankheitstheorie der Patientin die Anschlussmöglichkeiten der

weiteren Detailexplorationen zu den beiden lebensweltlich relevanten Ereignissen bzw. Erlebnissen durch voreilige Unterbrechungen und Suggestionen des Arztes verstellt wurden.

21.6 Anamnese vervollständigen

Das *Ideal* einer *vollständigen* Anamnese kann immer nur *approximativ* erreicht werden. Nach handlungspraktischen Maßstäben besteht die Kunst der Anamneseerhebung nicht nur darin, Lücken zu schließen, sondern zunächst auch Lücken zu tolerieren, die möglicherweise später und nur allmählich aufgefüllt werden können. Ohnehin muss eine Anamnese laufend aktualisiert werden, weil sich zwischen den Gesprächen Veränderungen ergeben haben können, die unbedingt zu berücksichtigen sind.

Insbesondere im *Erstgespräch* muss eine *Auswahl* getroffen werden, über die nicht vorab, sondern nur im laufenden Gespräch entschieden werden kann, in dem sich nach Möglichkeit eine Relevanzstruktur herausstellt, die sich bis zum nächsten Gespräch als tragfähig erweist, in dem wiederum die Lücken des vorausgehenden Gesprächs zu schließen sind usw. Bei der Kunst des Lückenschließens erweist sich besonders der Umgang mit „heiklen“ Themen als Herausforderung, weil hier von den Patienten oft mehr oder weniger bewusst Lücken gelassen werden, wenn sie die für sie sensiblen Themen zu vermeiden suchen.

21.6.1 Die Kunst des Lückenschließens: Das ZWECK-Konzept

Die Frage nach den Inhalten einer mehr oder weniger vollständigen Anamnese führt oft zu einem Expertenstreit, bei dem die jeweils eigene fachärztliche Orientierung zu dominieren scheint. Bei allen wechselseitigen Verweisen auf die Lücken der anderen Experten könnte zudem der *Mythos* einer vollständigen Anamnese genährt werden, wie dies schon von Lipkin et al. (1995) (Box. 21.19) betont wurde.

Box 21.19 Mythos des vollständigen Interviews

Many authorities feel that their particular interest is essential and must be explored with every patient. This fantasy of completeness contributes to the myth that there is ever a “complete” interview. There is not – only a more or less effective or thorough one. Each practitioner in each given case must decide how much time is available and how most sensibly to allocate it.

Lipkin et al. 1995: 77

Wenn ein Interview also auch nicht vollständig sein kann, so sollte es doch effektiv und gründlich sein, was nicht zuletzt nach handlungspraktischer Maßgabe zu entscheiden ist. Dabei können sich auch nach Lipkin et al. (1995) gewisse Listen von Fragen und Themen (*important topics*) als nützlich erweisen, die der Erinnerung und Orientierung dienen können, um noch offene Punkte in bestimmten Themenbereichen zu registrieren (z.B. *review of systems, past medical history, social, psychological, sexual history*).

So haben wir auch im Kölner Manual und Evaluationsbogen (KEK) eine solche Orientierungsliste zur *Vervollständigung* der Anamnese erstellt, auf die an dieser Stelle lediglich rückverwiesen werden soll (§ 21.1) (Anhang § 44.2). Allein der „Riesenposten“ der „Systeme“ macht schon aufgrund der metaphorischen Umschreibung („Von Kopf bis Fuß“) das große Spektrum der möglichen Themenfelder und Detailthemen deutlich, mit denen ein Fragenkatalog ein Ausmaß annehmen kann, das gesprächsweise, zumal in einem *Erstgespräch*, nicht zu bewältigen wäre. Auch hier sind allgemeine und fachspezifische *Schwerpunktsetzungen* der Anamneseergebung unerlässlich, die zugleich den nötigen Mut zur Lücke haben müssen.

Wie vorausgehend wiederholt beschrieben (§ 3, 17), verlangt die *Kunst* der ärztlichen Gesprächsführung eine *Flexibilität* gegenüber wechselnden Patienten als persönlichen Gesprächspartnern sowie ihren individuellen Anliegen und Krankengeschichten, mit denen sich spezifische Krankheitsbilder erkennen lassen, die weitere differenzialdiagnostische Detailexplorationen erforderlich machen. Ist das Gespräch einmal in Gang gesetzt und entwickelt, richtet sich die weitere Auswahl und Vertiefung von Themen sowohl nach den laufenden Patientenangeboten als auch den mitlaufenden Erkenntnissen des Arztes, der etwa

21. Details explorieren

Verdachtsdiagnosen abklärend nachgehen muss. Bei diesem fortlaufenden Prozess (ZWECK) von zirkulärem

- **Z**uhören
- **W**ahrnehmen
- **E**rinnern
- **C**odieren
- **K**ommunizieren

werden sich Lücken als *relevante* Lücken erweisen, die wiederum gesprächsweise zu schließen sind. Die *Kunst des Lückenschließens* besteht also darin, im *kommunikativen* „Vordergrund“ das laufende Gespräch zu führen und beim *Zuhören* im *kognitiven* „Hintergrund“ die Lücken *wahrzunehmen*, zu *erinnern* und nach Maßgabe klinischer Kompetenzen zu *codieren*, die *kommunikativ* noch zu schließen sind, wenn sie sich im laufenden Gespräch nicht *ad hoc* auffüllen sollten.

Manche Probleme lösen sich aber „von selbst“, weil Patienten die nötigen Informationen zwar nicht in der vom Arzt präferierten *klinischen Erkenntnislogik* der Anamneseerhebung, aber doch nach ihrer eigenen *lebensweltlichen Darstellungslogik* bei ihren Schilderungen und Erzählungen „frei Haus liefern“, wie dies in vielen Beispielen deutlich wurde. So werden von den Patienten die Schilderungen über ihre aktuellen Beschwerden oft mit Klagen über weitere (Vor-)Erkrankungen verbunden, bei denen auch zahlreiche Vorbehandlungen (OP, Medikamente) „nicht geholfen“ hätten usw. Ebenso erwähnen die Patienten bei den Erzählungen ihrer Krankengeschichten als *Leidensgeschichte* wie „beiläufig“ ihre wichtigen Bezugspersonen, die sich Sorgen machen oder von denen sie Unterstützung erfahren, so dass sich Fragen nach dem Familienstand oder der Rolle von Partnern, Angehörigen, Freunden usw. ebenso oft erübrigen.

Insofern ist das Zuwarten im Gespräch oft die bessere Alternative gegenüber voreiligen Fragen, durch deren Häufung ohnehin eine Konditionierung in Richtung auf eine *interrogative* Gesprächsführung erreicht wird (§ 9, 19.6), bei der die Patienten ihre narrativen Versuche alsbald einstellen und nur noch auf die nächste Arzt-Frage warten, die sie kurz und bündig in der Erwartung der weiteren Fragen beantworten usw. Sollten dagegen auch bei einem *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung relevante Informationslücken bleiben, müssen sie im kognitiven Hintergrund gut *wahrgenommen*, *erinnert* und *codiert* werden, um sie

dann *kommunikativ* im laufenden Gespräch passend integrieren zu können.¹⁸

Die zunächst beim *Zuhören* wahrgenommenen Lücken sind also nicht immer sofort zu schließen, sobald sie kategorial „sichtbar“ werden, sondern nach Maßgabe des zunächst *assoziativen* Erzähl- und Gedankenflusses des Patienten zu tolerieren, der nur im dringlichen Fall der *Verständnissicherung* (§ 19.5) zu unterbrechen ist, damit die beiden Gesprächspartner im weiteren Gesprächsverlauf keinen Missverständnissen aufsitzen.

Die *Kunst der ärztlichen Gesprächsführung* (§ 17) beginnt also im Sinne Balints (1964/88) zunächst als Kunst des *Zuhörens* (§ 9, 21.1), bei der zugleich die Lücken bemerkt und gemerkt werden, die der Patient lässt – aus welchen Gründen auch immer, so etwa wegen unterstellter Irrelevanz oder auch aus Scham usw., weswegen er das für ihn „heikle“ Thema (§ 21.6.3) zu vermeiden sucht. Dies bemerkt der Arzt etwa an zögerlichen oder ausweichenden oder vagen Antworten des Patienten, die *Anzeichen* einer (bewussten) *Vermeidung* oder auch (unbewussten) *Verdrängung* sein können, was vom aufmerksamen Zuhörer wiederum bemerkt und in seiner *klinischen* Bedeutung kategorial erkannt und entsprechend codiert wird.

Wenn der Arzt dann insgesamt über den fortlaufenden zirkulären (ZWECK)-Prozess des *Zuhörens*, *Wahrnehmens*, *Erinnerns* und *Codierens* die *relevanten* Lücken im Gespräch identifiziert hat, muss er in der *Kommunikation* die *passenden* Schaltstellen im laufenden Gespräch finden oder schaffen, an denen er seine Fragen zur Schließung von Lücken *platzieren* kann.

18 Gegenüber einer bloßen Linearität ist beim (ZWECK)-Prozess seine Zirkularität zu betonen, um die Abhängigkeit des *Zuhörens* sowie der *Wahrnehmung* und des *Erinnerns* von der Kategorienbildung (*Codieren*) zu berücksichtigen. Schließlich kann nur in Kategorien zugehört, wahrgenommen und erinnert werden. Ebenso ist alles, was letztlich kommuniziert wird, zuvor einer solchen Kategorienbildung unterworfen, was vorausgehend wiederholt mit dem metaphorischen Vorstellung erfasst wurde, dass die *kommunikativen* und *klinischen* Kompetenzen des Arztes „Hand in Hand gehen“ müssen.

21.6.2 Passende Platzierung von Fragen

Manche Lücken lassen sich durch „elegante“ Zwischenfragen *en passant* schließen, die den Erzähl- und Gedankenfluss des Patienten kaum stören, sondern eher befördern. Andere Lücken bleiben vorerst bestehen, so dass die entsprechenden Fragen zu einem späteren Zeitpunkt, wenn ein Thema gesättigt zu sein scheint oder eine „Gesprächsflaute“ entsteht, eingeschoben werden oder auch *en bloc* gestellt werden können, wenn ohnehin deutlich wird, dass das Gespräch eine andere *strukturelle* und *thematische Gestalt* annimmt (§ 17.3), weil der Doktor noch seine „typischen“ Arzt-Fragen stellt.

Diese „typischen“ Arzt-Fragen können vom Patienten ohnehin (qua *Sozialisation* in Sprechstunden) erwartet werden, auch wenn sie im Detail kaum antizipiert und in ihrer klinischen Funktion selten nachvollzogen werden können (und müssen). Wie schon die vielen Gesprächsausschnitte deutlich werden ließen, sind Patienten in der Regel nicht irritiert, wenn sie mit „Kopfschmerzen“ oder „Herzschmerzen“ in die Sprechstunde kommen und nach anderen Vorerkrankungen (auch ihrer Angehörigen) und weiterhin nach ihren Ess-, Trink- oder Schlafgewohnheiten oder nach ihrem Familien- oder Berufsleben gefragt werden. Können diese Fragen nicht „elegant“ in den Gesprächsverlauf integriert werden, werden sie vom Arzt oft mit einer Art *Metakommunikation* platziert, wenn sich eine passende „Schaltstelle“ im Gespräch ergibt, die auch aktiv hergestellt werden kann.¹⁹

Verfahren der Metakommunikation

Eine solche *Schaltstelle* eröffnet sich häufig, nachdem Arzt und Patient im ersten Anlauf schon mal einen Zwischenkonsens über ein Patienten-anliegen (z.B. zur Untersuchung) gefunden haben, wie in folgendem Beispiel, bei dem der Arzt noch „ein paar Fragen“ metakommunikativ ankündigt (03A: „ein paar Fragen hab ich noch“) (B 21.50), nachdem er dem Anliegen des Patienten („Magenspiegelung“) bereits zugestimmt hatte, der deswegen schon „nüchtern“ gekommen war.

¹⁹ Über die nachfolgenden Beispiele hinaus sei auf die vielen vorausgehenden Beispiele verwiesen, in die denen die Ärzte ihre Fragen zur Vervollständigung der Anamnese mehr oder weniger „elegant“ in das laufende Gespräch integriert haben (z.B. § 19.7-9, 20.5-9).

B 21.50 „nur ein paar Fragen hab ich noch ...“

- 01 A hm .
 02 P hab aus dem Grunde auch nichts mehr gegessen (...) nichts getrunken (...) das heißt also bin ich (...) bereit .
 03 A ja . okay . ja . können wir machen . nu:r'n paar Fragen hab ich noch .
 04 P ja .
 05 A seit'n paar Jahren läuft das . immer mal wieder, ne? .
 06 P das hat angefangen schon mehr oder weniger wie ich (...)

Obwohl der Arzt dem Anliegen des Patienten bereits entgegenkommt („okay, ja, können wir machen“) signalisiert er ihm mit seiner Metakommunikation zugleich, dass er das Gespräch mit diesem Konsens keineswegs schon für beendet hält, sondern mit ein „paar Fragen“ fortsetzen will, was vom Patienten auch schon akzeptiert wird (04P: „ja“), noch bevor der Arzt (05) die erste Frage stellt. Offenbar ist dem Arzt in der nächsten „Gesprächsrunde“ daran gelegen, nach dem bisher vom Patienten angetragenen *Beziehungsmodell* der reinen *Dienstleistung* („Magenspiegelung“) eine Transformation zu einem *Kooperationsmodell* zu vollziehen (§ 10, 22). Deswegen muss er auch die bisherige *biomedizinische* Anamnese, die wesentlich auf die „Magenbeschwerden“ und ihre Vorbehandlungen (Kliniken, OP) reduziert war, in Richtung auf eine *biopsychosoziale* Anamnese entwickeln, die über die bloße Vervollständigung von psychosozialen Daten hinausgeht, die bisher noch nicht einmal tangiert sind.

Aus den anschließenden „paar Fragen“, zu denen auch die spezifische Frage nach den „Auslösern“ für die Beschwerden gehört, und den entsprechenden Antworten entwickelt sich dann in der zweiten Gesprächshälfte eine ganze Reihe von Themen, die auch zum Beruf des Patienten führen, der dann seine dramatische Geschichte zum Abbruch des Studiums erzählt, die mit allen Leidensfolgen bis in die Gegenwart andauert (§ 19.8). Am Ende eines bloß achtminütigen Erstgesprächs lässt sich die Bilanz einer zwar nicht vollständigen, aber hinreichend gesättigten Anamneseerhebung ziehen, die darüber hinaus schon einen therapeutischen Gehalt erkennen lässt.

Metakommunikative Verfahren werden in vielen Varianten genutzt, in denen der Arzt selbst (*ego*) der Akteur der zukünftigen Handlungen ist, wie im vorausgehenden Fall, in dem der Arzt seine „paar Fragen“ an-

kündigte, die er dann auch realisierte.²⁰ Eine andere Variante der metakommunikativen Verfahrens besteht darin, dass zukünftige Handlungen beider Gesprächspartner thematisiert werden („Wir müssen noch klären/entscheiden .../X tun“). Prototypen dazu ergeben sich beim „Vorgehen abstimmen“ (§ 22) und „Resümee ziehen“ (§ 23), wo es etwa um die gemeinsame Entscheidung und Durchführung von Diagnoseverfahren und Therapiemaßnahmen oder um Terminabsprachen geht. In den Fällen, in denen die Gesprächsarbeit wesentlich beim Patienten liegt und liegen soll, der bestimmte Sprechhandlungen (Antworten, Schilderungen, Erzählungen usw.) zu „vollziehen“ hat, gibt der Arzt (*ego*) das Rede- und Themenrecht an den Patienten (*alter*) mit bestimmten restriktiven Handlungsobligationen weiter. Ein etabliertes Verfahren dabei ist die *themenspezifische Erzähleinladung*, die über ihre Funktion als Gesprächseröffnung (§ 19.2) weit hinausgeht.

Verfahren der themenspezifischen Erzähleinladung

Während in der vorausgehenden Gesprächssequenz an einer passenden Schaltstelle *metakommunikativ* eine ganze Reihe von „typischen“ Arzt-Fragen angekündigt wurde, werden an anderen Schaltstellen spezifische *Erzähleinladungen* zu bestimmten Themen ausgesprochen. Erzähleinladungen gelten also nicht nur am Gesprächsbeginn (§ 19.2), sondern können auch im fortgeschritten Gesprächsverlauf immer wieder erneuert werden. Wer als Arzt mitten im Gespräch eine weitere Erzähleinladung zu einem Thema ausspricht, gibt seinem Patienten explizit eine Relevanzhochstufung zu erkennen, mit der bei einem alltagsweltlichen Erzählbegriff ein weiter Gesprächsraum zum betreffenden Thema eröffnet wird. Zu diesem *Verfahren* einer *themenspezifischen Erzähleinladung* sollen vier kurze Beispiele mit unterschiedlich weitem Themenfokus angeführt werden.

Im ersten Beispiel (B 21.51) aus einem Gespräch, bei dem nach der Anamneseerhebung zu „Unterleibsbeschwerden“ einer jungen Patientin auch schon eine längere Sexualanamnese im Detail erhoben wurde, offeriert der Arzt mitten im Gespräch mit seiner Erzähleinladung einen wei-

²⁰ Wir vernachlässigen an dieser Stelle den Abgleich von Ähnlichkeiten und Unterschieden in den Gebrauchsweisen der Begriffe „Metakommunikation“ und „Formulierung“, wobei der Formulierungsbegriff auch schon vorausgehend im Lehrbuch (§ 8.4, 20.4) und an anderer Stelle zur Analyse institutioneller Kommunikation (Koerfer 2013: 150ff) benutzt wurde.

ten Themenfokus („über sich erzählen“), den die Patientin dann zu ihrer freien Verfügung nutzen kann. Sie ergreift die Erzählchance, indem sie zunächst (hier gekürzt) von ihren Eltern und Geschwistern zu erzählen beginnt, bevor sie dann zu sich selbst („ich bin das jüngste Kind“) kommt.

B 21.51 „können Sie etwas so über sich erzählen?“

- 01 A (...) ähm, ja . können Sie mir so'n bisschen . ich möcht mir gern so'n Bild von Ihnen machen, ja . weil ich erstmal so verstehen will, we:r Sie sind und/und können Sie etwas so über sich erzählen? .
- 02 P pfh ja, meine Eltern ... haben mittlerweile eine Firma . früher war mein Vater Handwerker, der iss jetzt früher in Rente, weil er (...) und deshalb nicht mehr arbeiten konnte ... das ist wohl auch irgendwie stressbedingt, weil ... je nachdem, wenn der sich aufregt, dann ist das schlimmer, als sonst ... ich . bin das jüngste Kind zu Hause [Weitere Ausführungen mit ärztlichen Nachfragen]

Im zweiten Beispiel (B 21.52) ist die längere Phase der Detailexploration zu den Beschwerden des Patienten, in der schließlich die einsilbigen Fragen auch nur noch einsilbig beantwortet werden, aus der Sicht des Arztes offenbar hinreichend gesättigt, so dass er nun umstandslos einen Themenwechsel einleitet, indem er eine Erzähleinladung zum spezifischen Thema „Beruf“ ausspricht.

B 21.52 „erzählen Sie mal, was Sie beruflich machen“

- 01 A (...) Kribbeln gehabt? .
- 02 P nein .
- 03 A Taubheitsgefühle Mund? .
- 04 P nein ...
- 05 A erzählen Sie mal, was Sie beruflich machen .
- 06 P ich bin Anlagenberater . bei einer großen Firma im Baumaschinenbereich . bin dort verantwortlich für (...) [ausführliche Arbeitsplatzbeschreibung mit ärztlichen Nachfragen]

Im dritten Beispiel (B 21.53) befindet sich das Gespräch in einem fortgeschrittenen Stadium, in dem bereits das weitere Vorgehen abgestimmt werden soll. Während seiner Erläuterungen zu einem möglichen

21. Details explorieren

Untersuchungsverfahren wechselt der Arzt das Thema und kehrt gegen Ende seines Beitrags umstandslos zu den Beschwerden des Patienten zurück, an den er eine direkte Erzählaufforderung richtet („erzählen Sie noch mal Ihre Beschwerden“), wobei der Patient dieser Aufforderung zur *Rückkehr* („noch mal“) zum Thema seiner *Beschwerden* ausführlich nachkommt.

B 21.53 „erzählen Sie nochmal Ihre Beschwerden“

- 01 A (...) jede Methode hat ihre Fehler (...) es wird nicht alles dokumentiert (...) oder man macht gleich ne richtige Untersuchung im Schlaflabor . das wäre eine Möglichkeit . erzählen Sie noch mal Ihre Beschwerden .
- 02 P die Beschwerden sind einmal das Schnarchen . ziemlich laut . ich bekomme sehr schlecht Luft . in letzter Zeit . hab ich permanent auch Schmerzen im Brustkorb (...) ja . bin unkonzentriert . hab Sekundenschlaf so wie man das glaub ich nennt oder so . bin eigentlich auch jederzeit an jedem Ort in der Lage auch zu schlafen . weil ich total matt bin (...) ja . Konzentrationsschwierigkeiten . ich vergess unheimlich viel in letzter Zeit .
- 03 A hm . was zum Beispiel? .
- 04 P wichtige Dinge . unwichtige Dinge also kreuz und quer .

Im vierten Beispiel (B 21.54) ist es offenbar für den Patienten schwer zu erinnern, welche Medikamente er warum und seit wann einnimmt, so dass der Arzt zu diesem Thema eine weite Erzähleinladung ausspricht (05A), wohl auch um gegebenenfalls aus möglichen Informationen (über Vorbehandlungen anderer Ärzte/Kliniken) weitere Rückschlüsse zur *Medikation* ziehen zu können, was hier auch zu einem Teilerfolg führt.

B 21.54 „können Sie erzählen, wie Sie da jetzt dran gekommen sind“

- 01 A seit wann bekommen Sie diese Medikamente? .
- 02 P die bekomm' ich schon seit ... seit 2004 .
- 03 A hm . weswegen bekommen Sie die? .
- 04 P weswegen bekomm' ich die (5) ich weiß es nicht ... wenn ich ehrlich bin, weiß ich's nicht .
- 05 A ja . können Sie mir'n bisschen was erzählen von dieser ... wie Sie da jetzt dran gekommen sind, wer Ihnen zum ersten Mal verschrieben hat, diese Medikamente .
- 06 P zum ersten Mal sind die mir äh . von der Frau Doktor [Name X]

- bzw. Doktor [Name Y] verschrieben worden, die Ärzte im Krankenhaus sind .
- 07 A ja .
- 08 P und dann bin ich zur Zeit in Behandlung beim Herrn Doktor [Name Z], der ist auf der [Name]Straße .
- 09 A hm .
- 10 P und der hat mir zuletzt äh [Medikamentenname] verschrieben und das macht mich nur total kaputt . ne . das hilft mir keinen Deut weiter, ne .

Die vorausgegangenen vier Erzähleinladungen (B 21.51-54), die hier mit einem weiten alltagsweltlichen Erzählbegriff (§ 9) ausgesprochen werden, übernehmen hier spezifische Funktionen zur Vervollständigung der Anamneseerhebung zu spezifischen Themen (*Person, Beruf, Beschwerden, Medikation*). Die gegenüber den Patienten jeweils eingeführten Handlungsobligationen werden in unterschiedlichen *indirekten* und *direkten* Realisierungsformen vermittelt, wobei mit der indirekten Form („Können Sie erzählen ...?“) im Vergleich zur direkten (imperativischen) Form („Erzählen Sie ...“) eher eine Funktion der traditionellen *Höflichkeit* (§ 7.3) erfüllt wird

Die Patienten folgen der jeweiligen Aufforderung, Bitte oder Einladung zum Erzählen jeweils *kooperativ* ohne weitere Irritationen, obwohl der Themenwechsel in drei von vier Fällen relativ *abrupt* ist, was in der Regel trotz aller *Asymmetrie* zwischen den Gesprächspartnern keine *Akzeptanzprobleme* aufwirft.

21.6.3 Akzeptanz der Asymmetrie beim Frage-Antwort-Muster

Während im letzten Beispiel (B 21.54) die begonnene Anamneseerhebung zur *Medikation* durch die Erzähleinladung thematisch fortgesetzt und vertieft wird, ist den ersten drei Beispielen (B 21.51-53) bei allen Unterschieden gemeinsam, dass diese Erzähleinladungen nach der relativen Sättigung vorausgegangener Gesprächsphasen ausgesprochen werden und zu einem *Themenwechsel* führen. Die Erzähleinladungen werden an Schaltstellen des Gesprächs platziert, die dem Arzt für einen Themenwechsel hinreichend geeignet erscheinen, etwa weil sich aus seiner Perspektive ohnehin eine *Zäsur* („Gesprächsflaute“, „Themensättigung“) ergeben hat.

21. Details explorieren

Diese spezifische *Definitionsmacht* bei thematischen *Situationsdefinitionen* gehört zum *asymmetrischen* Rollenverständnis der beiden Gesprächspartner (§ 7, 10), dessen Geltung im Allgemeinen auch nicht hinterfragt wird.²¹ Die von Alfred Schütz (1955/1971) herausgestellte *Generalhypothese der Reziprozität der Perspektiven* beim sozialen Handeln kann auch in der *institutionellen* Kommunikation nicht prinzipiell außer Kraft gesetzt werden, wenn an einer Wechselseitigkeit des Verstehens und der Verständigung festgehalten werden soll (Koerfer 2013: 102ff). Die *Generalhypothese* erfährt aber in der Sprechstunde und Visite eine spezifische Ausprägung, die auch die *Themenorganisation* betrifft.

Die Patienten akzeptieren in der Regel mehr oder weniger *abrupte* Themenwechsel durch den Arzt, die für sie zunächst nicht sinnvoll erscheinen mögen, ohne Irritationen und kommen den themenspezifischen Erzähleinladungen kooperativ nach.

Diese *Kooperation* erfolgt im Vertrauen auf die *Generalhypothese* gemeinsamen Handelns, nach der der Arzt den Wechsel zu einem neuen Thema aus guten Gründen vollzieht, auch wenn diese Gründe im Einzelnen aus der Patientenperspektive nicht nachvollzogen werden können und auch nicht müssen. Die qua medizinischer Profession akzeptierten Privilegien ärztlichen Handelns erlauben bis zu einem gewissen Ausmaß eine *Non-Reziprozität*, die in der Handlungspraxis mit der Erwartung beansprucht und gewährt wird, dass die ärztlichen Privilegien nicht zum Nachteil, sondern im Interesse des Patienten wahrgenommen, solange das allgemeine *Transparenzgebot* ärztlichen Handelns (§ 10.5) im Wesentlichen eingehalten wird.

Obwohl also nicht jede singuläre Arzt-Frage einzeln zu rechtfertigen ist, sollte das *Gesamtinteresse* bei der Anamneseerhebung und späteren Entscheidungsfindung beizeiten für den Patienten *erkennbar* sein, der *cum grano salis* nachvollziehen können muss, „woraufhin“ die ärztlichen Fragehandlungen insgesamt zielen sollen, deren Sinnhaftigkeit

²¹ Dass sich die ärztlichen Privilegien und Kompetenzen (§ 3, 7, 10, 21) durch *strategisches* Handeln (Interrogation, Manipulation, Suggestion, Ignoranz, Instruktion usw.) auch gegen die Interessen ihrer Patienten richten können, steht auf einem anderen (empirischen) Blatt, das in diesem Lehrbuch auch mit vielen Beispielen unter einer kritischen Evaluationsperspektive beschrieben wird. Nur gelegentlich werden die Hintergründe auch von den Patienten selbst hinterfragt („Warum fragen Sie mich das?“). Aus praktischen Gründen sollten nicht alle, aber die wesentlichen Themen und Belange in der Sprechstunde und Visite weiterhin unter das *Transparenzgebot* (§ 10.5) ärztlichen Handelns fallen.

sich auf lange Sicht erweisen muss. Dies ist der Vertrauenskredit, den der Patient gegenüber den ärztlichen Handlungsprivilegien gewährt und den der Arzt in die „Investierungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit“ (Balint 1964/88: 335ff, 373ff) zum Nutzen beider gewinnbringend einsetzen muss und nicht verspielen darf.

Wie in vielen vorausgegangenen und in den letzten Beispielen (B 21.51-54) deutlich wurde, manifestiert sich die handlungspraktische Wirksamkeit der *Generalhypothese* in der Regel in einem reibungslosen Wechsel zwischen Themen, deren „Sprunghaftigkeit“ auf der manifesten „Oberfläche“ des Gesprächs wegen eines unterstellten Gesamtsinns ärztlichen Handelns weiterhin als *rational* akzeptiert werden kann.

Dabei darf der Bogen der Zumutungen allerdings weder formal durch eine dominant *interrogative* Gesprächsführung überspannt werden, bei dem die Patienten den ärztlichen Verhörfragen passiv „hinterherspringen“ müssen, ohne selbst aktiv zum Zuge zu kommen (§ 19.6), noch inhaltlich mit einer *konfrontativen* Gesprächsführung überzogen werden, bei der der Arzt mit seinen invasiven Fragen dem Patienten „zu nahe treten“ kann.

In der Regel finden Ärzte aufgrund ihrer *solidarisch-helfenden* Gesprächshaltung (§ 3, 8) das individuelle Maß an Zumutungen, die für Patienten gerade noch auszuhalten sind, was abschließend an Beispielen zu den sog. „schwierigen“ oder „heiklen“ Themen erläutert werden soll.

21.6.4 Umgang mit „schwierigen“ Themen

Themen können ebenso als „schwierig“ erlebt werden wie Personen. In der Sprechstunde und Visite fällt der Umgang mit „schwierigen“ Themen und „schwierigen“ Patienten häufig zusammen (§ 34). Manche Patienten reagieren auf bestimmte Themen einerseits (*abwehrend*) leicht überhörbar „verstockt“, „zögerlich“ oder „ausweichend“, aber auch (*aggressiv*) besonders unüberhörbar „laut“ und „deutlich“. Unterschiedliche Themen können sich für unterschiedliche Patienten als mehr oder weniger „schwierig“ oder „heikel“ erweisen, was jeweils nicht immer vorab antizipiert werden, sondern erst gesprächsweise zutage treten kann.

So lehrt uns ja schon die Lebenserfahrung, dass Menschen zwar offen über ihre Eheprobleme reden können, nicht aber über ihre Geldprobleme, weil bekanntlich gilt: „Bei Geld hört der Spaß auf“. Allerdings sind finanzielle Probleme auch in der ärztlichen Sprechstunde oft ein

21. Details explorieren

Thema, weil sich „Sorgen“ und „Stress“ von Patienten etwa bei Arbeitslosigkeit oder Scheidung eben auch auf materielle Verhältnisse erstrecken können. Darüber hinaus sind Ärzte mit spezifischen Problemen etwa der *Altersarmut* vertraut, wenn schon die „Zuzahlungen“ bei Medikamenten „schmerzlich“ sein können usw.

Weiterhin gibt es je nach fachärztlichem Gebiet verschiedene Themen, die aus Patientenperspektive als „heikle“ Themen angesehen werden können, so etwa *Alkoholkonsum* und (*Fehl-*)*Ernährung* in der Inneren Medizin, *Hygiene* in der Dermatologie oder *Sexualität* in der Gynäkologie bzw. Urologie. In der hausärztlichen Praxis oder Psychosomatik können natürlich alle „heiklen“ Themen vorkommen, so auch Gewalt, Suizidalität, Missbrauch usw.

Wenn also das Spektrum der „schwierigen“ Themen umfangreich und vielfältig ist, lassen sich doch „klassische“ Themen benennen etwa beim kommunikativen Umgang mit *Alkohol-* und *Sexualproblemen*, die hier abschließend mit kurzen Beispielen und exemplarisch für viele weitere Probleme angeführt werden sollen.

Kommunikativer Umgang mit Sexualproblemen

Sexualität ist zweifellos nicht nur im Alltag, sondern auch in der ärztlichen Sprechstunde ein *heikles* Thema, das oft vermieden wird. Wir hatten schon bei der Unterscheidung von Fragetypen hervorgehoben (§ 21.2), dass es keine *Standardfragen* zur Sexualität gibt, die für alle Situationen und gegenüber allen Kulturen und Patienten jeden Alters und Geschlechts passend wäre. So können allein Fragen wie

- Haben Sie schon Geschlechtsverkehr?
- Haben Sie noch Geschlechtsverkehr?
- Sind Sie sexuell (schon/noch) aktiv?
- Wie oft haben Sie (noch) Geschlechtsverkehr?
- Haben Sie Verkehr mit wechselnden Partnern?
- Mit wie vielen Partnern haben Sie Geschlechtsverkehr?

Verlegenheit bis Empörung auslösen. Aber auch scheinbar offene bzw. neutrale Fragen wie

- Wie sieht's mit Sexualität aus?

können je nach Alter, Religions- und Kulturzugehörigkeit schon als „übergriffig“ erlebt und als „ungehörig“ zurückgewiesen werden. Angesichts der Bedeutung des Themas mag es überraschen, dass Sexualität

auch in den allgemeinen Lehrbüchern zur Gesprächsführung eine marginale bis gar keine Rolle spielt.²² Dies ist umso mehr verwunderlich, als das Thema Sexualität ja nicht nur etwa für die Gynäkologie oder Urologie, sondern in vielen (hausärztlichen, internistischen usw.) Behandlungskontexten relevant ist, so etwa bei chronischen Erkrankungen (KHK, Diabetes mellitus), bei denen zudem wegen der Nebenwirkungen von Medikamenten mit *sexuellen Funktionsstörungen* zu rechnen ist (Ladwig et al. 2013). So stellte sich in einem Erstgespräch unter dem Aspekt der *Relevanzaushandlung* (§ 19.4) mehr oder weniger beiläufig heraus, dass ein Patient ein Medikament („Beta-Blocker“) (B 21.55) entsprechend seiner Besorgnis aufgrund seines Erlebens („Erektionsstörungen“) in Abstimmung mit dem vorbehandelnden Hausarzt bereits abgesetzt hatte.

B 21.55 „ich hatte Erektionsstörungen“			Kommentar
01	A	welche Medikamente nehmen Sie? .	4.3 DE: AV: (Medikamente)
02	P	Beta-Blocker, ACE Hemmer und Herz-ASS und dann noch Magentabletten .	Infos zur Medikationeneinnahme
03	A	hm ...	2.2 HS
04	P	ich weiß nicht, ob das jetzt hierher gehört .	Relevanztest
05	A	ja? .	2.2 HS (Frageintonation)
06	P	mein Hausarzt wollte, dass ich mit den Beta-Blockern aussetze .	Information
07	A	warum? .	4.3 DE: AV: (Medikation)
08	P	na ja ich hatte ihm erzählt, dass ich Schwierigkeiten hatte ... ich hatte Erektionsstörungen . und ich wollte dann auch mal aufhören mit den Tabletten . dass das wieder besser wird . hab mich wie ein halber Mensch gefühlt (...)	Erzählbeginn: Lebensweltliche Relevanz der erlebten Sexualstörungen

²² Während das Thema der Sexualität in „älteren“ Lehrbüchern auch (wohl der damaligen Tradition noch verhaftet) weitgehend ausgespart blieb (z.B. Morgan, Engel 1977, Adler, Hemmeler 1989, Dickson et al. 1991, Silverman et al. 1998), wird es auch in „neueren“ Lehrbüchern oft vernachlässigt oder nur marginal behandelt (z.B. Platt, Gordon 2004, Tate 2004, McCorry, Mason 2011, Fortin et al. 2012, Brown et al. 2016).

21. Details explorieren

Die lebensweltliche Relevanz wird hier vom Patienten in einer starken Metapher ausgedrückt (08P: „hab mich wie ein halber Mensch gefühlt“), die nach Absetzung des Medikaments auf einen gravierenden Zielkonflikt verweist: Es handelt sich um ein Konfliktpotential zwischen lebensweltlich motivierten Patienten-*Präferenzen* und *evidenzbasierten* Erfordernissen der Medizin (§ 10, 22), dem offenbar bereits in der Vorbehandlung durch den Hausarzt Rechnung getragen wurde, was jetzt erneut zum Thema wird. Hätte der Patient nicht eigeninitiativ einen Relevanztest vorgenommen (04A: „ich weiß nicht, ob das jetzt hierher gehört“), wäre der Konflikt möglicherweise verdeckt geblieben. Das Beispiel macht deutlich, wie befürchtete oder erlebte Störungen der Sexualität vom *latenten* Problem zum *manifesten* Hauptthema werden können, wenn etwa Zielkonflikte dieser Art unter dem Aspekt der *Adhärenz* (§ 10, 26) bei Wahrung einer (gleichberechtigten) Lebensqualität unterschieden werden müssen.

Während in diesem Beispiel die *Sexualität* von einem *latenten* Problem erst durch Eigeninitiative des Patienten in den *expliziten* Gesprächsfokus gerückt wurde, liegt sie im folgenden Beispiel von vornherein im möglichen Themenspektrum der Gesprächspartner, das aber auch erst aus der Latenz verbal „abgerufen“ und in die manifeste „Gesprächsoberfläche“ überführt werden muss. Die junge Patientin hatte den Arzt wegen „ziemlich starker Unterleibsschmerzen“ aufgesucht, derentwegen der behandelnde Gynäkologe sie zur Mitbehandlung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 15, 25) überwiesen hatte. Die Anamneseerhebung ist schon fortgeschritten, als der Arzt nach Fragen zu ihrer Partnerschaft auch das Thema der *Sexualität* (B 21.56: 03A: „Intimleben“) direkt anspricht.

B 21.56 „und wie ist das Intimleben . geht das?“

- 01 A hm ... jaa ... also is ne richtig enge Beziehung schon? .
02 P ja doch . ziemlich . ja er is um einiges älter als ich . er is jetzt 26, etwas mehr als 7 Jahre und ... mal sehn ...
03 A ähm ... und wie ist das Intimleben . geht das? .
04 P so normalerweise keine Probleme . das einzige, was jetzt war äh ... in letzter Zeit konnt ich nicht mit ihm schlafen wegen dieser Schmerzen . weil das war dann zu stark und äh ...
05 A das heißt, die Beschwerden sind bei/ vor allen Dingen beim Verkehr aufgetreten .
06 P hm .

- 07 A äh . is das jetzt so, dass ich mir das so vorstellen muss, dass das äh . neu hinzugetreten ist, und vorher war das nicht so? .
- 08 P nee, vorher war das nicht so, das ist auch jetzt nicht immer so, aber manchmal häufiger und manchmal nicht ...
- 09 A und dann macht das . macht das beim Verkehr Beschwerden? .
- 10 P hm .
- 11 A in äh . darf ich da weiter nachfragen? .
- 12 P aber sicher .
- 13 A ja? . geht das? . die äh . is das so, wenn das Glied eingeführt wird oder . wird ... das . die Scheide nicht feucht, oder was macht Beschwerden? .
- 14 P hm . ja . also . ich mein, beim Einführen . das äh . tut schon irgendwo weh . und äh . er meinte wohl auch, dass ich dann mit der Zeit immer enger würde . also er . er käme dann auch gar nicht mehr so richtig rein . (...)

Aufgrund einer offenbar schon hinreichend vertrauensvoll entwickelten Beziehung kann das Thema der Sexualität hier vom Arzt offen angesprochen und von beiden Gesprächspartnern „ohne Scheu“ fortgeführt werden. Dennoch ist sich der Arzt der „heiklen“ Thematik bewusst, wenn er sich zwischendurch bei weiterer Detaillierung quasi der „Erlaubnis“ der Patientin versichert (11A: „darf ich da weiter nachfragen?“). Selbst wenn diese Frage „nur“ rhetorisch gemeint sein sollte, offenbart sie doch die Sensibilität des Themas für beide Gesprächspartner. Die Besonderheit erhellt allein aus der *Bitte* um *Erlaubnis*, die Ärzte ansonsten bei anderen Themen kaum stellen, weil sie sich in der Regel qua Profession auch ohne ausdrückliche Erlaubnis das Rede- und Themenrecht zur weiteren Detailexploration nehmen. Hier behält das Thema der Sexualität einen Sonderstatus der *(Un-)Aussprechbarkeit* im Vergleich zu anderen „heiklen“ Themen, zu denen etwa auch der Umgang mit (Problemen beim) *Alkoholkonsum* gehört, obwohl auch hier eine „behutsame“ Kommunikation angesagt ist, um nicht unnötige Abwehrprozesse zu riskieren.

Kommunikativer Umgang mit Alkoholproblemen

Ärzte sind keine „Sittenrichter“ oder „Gesundheitsapostel“, aber doch Berater, die auch gefährdete Patienten auf bestimmte Risiken aufmerksam machen müssen, zu denen in erster Linie natürlich die persönli-

21. Details explorieren

chen Gesundheitsrisiken zählen sind, die allgemein bei Suchterkrankungen bestehen. Dabei geht es nicht nur um unmittelbare Gesundheitsrisiken etwa durch übermäßigen Alkoholkonsum, sondern auch um Selbst- und Fremdgefährdungen wie bei „Alkohol am Steuer“ oder auch (Nach-) und Nebenwirkungen bei Gebrauch bzw. Missbrauch von *Schlaf-* und *Schmerzmitteln* etwa bei der Maschinenbedienung am Arbeitsplatz usw.

Obwohl in Hausarztpraxen und Kliniken je nach Behandlungsschwerpunkt von Prävalenzzahlen für Alkoholabhängigkeit von 10-20% auszugehen ist (Helmich 1991: 207 ff, Fritzsche et al. 2003: 296ff, Ärztekammer Nordrhein 2015: 46ff), gestaltet sich das Gespräch zu diesem Thema oft als schwierig, wenn es vom Patienten oder beiden Gesprächspartnern nicht schon ganz vermieden wird. Für den kommunikativen Einstieg in das „heikle“ Thema „Alkoholkonsum“ soll nochmals das Beispiel von Boyd, Heritage (2006) (B 21.57) angeführt werden, in dem der Patient die entsprechende Arzt-Frage vage beantwortet.

B 21.57 „Alcohol use?“ – „Hm:: moderate I'd say“

01 D Alcohol use? (1.0)

02 P Hm:: moderate I'd say. (0.2)

03 D Can you define that, hhhehh (laughing outbreath)

Boyd, Heritage (2006: 174)

Obwohl Patienten die ärztlichen Frage nach dem *Alkoholkonsum* ebenso wie die nach dem *Rauchen* oder der *Ernährung* (qua Sozialisation in vielen Sprechstunden) durchaus erwarten (müssen), antworten sie wie in diesem Beispiel oft vage und ausweichend (02P: „moderate I'd say“), so dass sich hier von ärztlicher Seite die Alternative stellt, es zunächst dabei bewenden zu lassen oder gleich gezielt nachzufragen. Im vorliegenden Fall wurde die unmittelbare Nachfrage des Arztes (03A: „Can you define that“) mit einem Lachen begleitet, das offenbar ein (*An-*)*Zeichen* dafür ist, dass es sich um ein „heikles“ Thema handelt, und zwar für den Befragten wie für den Fragenden. Leider wissen wir nicht, wie der Patient die „definitorische“ Nachfrage des Arztes schließlich beantwortet hat, da Boyd und Heritage (2006) über die Gesprächsfortsetzung ebenso wenig berichten wie über den medizinischen Kenntnisstand des Arztes in diesem spezifischen Fall.

Für den Fall, dass die „Laborwerte“ später „Bände sprechen“ sollten, geraten Ärzte ohnehin in einen kommunikativen Zugzwang, das „heikle“ Thema zu vertiefen und detaillierend nachzufragen, was nicht von ungefähr als notwendiges „Gamma-GT-Gespräch“ beschrieben wird (Hellich et al. 1991, Fritzsche et al. 2003/2016, Schweickhardt, Fritzsche 2007/2009). Allerdings gibt es auch bei medizinischen Vorkenntnissen keine kommunikativen Patentrezepte, mögliche Abwehrprozesse der Patienten zu überwinden.

Damit kommen wir auch auf den Unterschied von *Entscheidungs-* und gezielten *Wortfragen* zurück (§ 21.3), der gerade bei „heiklen“ Fragen zu berücksichtigen ist. Wer als Arzt eine spezifische Wortfrage zum Alkoholkonsum stellt, die bereits auf die Menge abzielt, gibt damit gewisse Erwartungen zu erkennen, denen etwa schon ein konkreter „Verdacht“ zugrunde liegen kann. Für solche Fälle geben Coulehan und Block in ihrem frühen, überaus differenzierten Lehrbuch (1992) die konkrete Empfehlung (Box 21.20), eine durchaus gezielte Wortfrage zur („täglichen“) Alkoholmenge zu stellen.

Box 21.20 Gezielte Wortfrage zum Alkoholkonsum

One does not ask „yes/no“ questions in situations when information may be sensitive, because a lie will close off all access to that information. For example, it is not useful to say, „Do you drink alcohol?“ if one suspects alcohol may be a problem; try, “How much alcohol do you usually drink in a day?”

Coulehan, Block 1992: 63f

Eine solche Empfehlung sollte in der Lehre ergebnisoffen diskutiert werden: Es muss im Einzelfall dahingestellt bleiben, inwieweit bei einem sensiblen Thema wie dem Alkoholproblem mögliche „Lügen“ eher mit der einen oder anderen Frageform begünstigt bzw. verhindert werden können. Wer aufgrund seiner spezifischen (Sucht-)Erkrankung den ärztlichen Fragen „ausweichen“ will, kann zunächst auch gegenüber einer augenscheinlich „besseren“ Fragetechnik „immun“ bleiben. So mag es schon als *relativer* Informationsgewinn „verbucht“ werden, wenn Patienten überhaupt den Konsum einer bestimmten (täglichen) Alkoholmenge einräumen, auch wenn die angegebene Menge noch nicht der „vollen“ Wahrheit entspricht.

21. Details explorieren

Neben der *Frageform* kommt erneut die *Wortwahl* ins Spiel, auf die der Arzt unter beiden Beteiligungsperspektiven (*ego*, *alter*) zu achten hat (§ 21.3.2). Hier sollte der Arzt bei seiner eigenen Wortwahl nicht zu *Übertreibungen* neigen („saufen“, „schlucken“ statt „trinken“) noch beim Patienten *Untertreibungen* unhinterfragt hinnehmen, wenn sich dieser in die gängigen Sprachfloskeln flüchtet („Ein Gläschen in Ehren ...“ usw.). Gegenüber einem solchen *Diminutivum* (Verkleinerungsform: *-lein* oder *-chen*) sollten zumindest bei „verharmlosenden“ Formulierungen („ein paar Bierchen/Weinchen“) die Mengenangaben durch entsprechend insistierende Nachfragen des Arztes für beide Gesprächspartner erkennbar „objektiviert“ werden.

Das „offene“ Wort, das zwischen Übertreibungen und Untertreibungen angesiedelt sein sollte (§ 21.3.2), gilt nicht nur unmittelbar gegenüber suchtgefährdeten Patienten, sondern auch gegenüber ihren Angehörigen, wenn diese etwa in der Rolle als *Ko-Alkoholiker* angesprochen werden müssen (Helmich et al. 1991, Fritzsche et al. 2003/2016). In dieser Rolle befand sich offensichtlich auch die Patientin, deren Ambivalenzkonflikt vorausgehend vom Arzt schon mit seinen *Interpretationen* thematisiert worden war (§ 20.6). In derselben Sprechstunde hatte der Arzt zuvor ebenso offen den Begriff „alkoholkrank“ als Zuschreibung auf den Partner gebraucht (B 21.58), gegenüber dem die Patientin zwischen Trennung und Fortsetzung der Beziehung schwankte.

B 21.58 „... schon mal überlegt, ob Ihr Mann alkoholkrank sein könnte?“

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | A | haben Sie schon mal überlegt, ob ihr Mann alkoholkrank sein könnte? ... |
| 02 | P | ja doch, das ist der . |
| 03 | A | das ist der . |
| 04 | P | ja, doch, das ist der, das hat man schon vor, äh . Jahren in dieser Therapie ihm ja gesacht ... das ist der und dessen ist der sich auch bewusst ... |
| 05 | A | was bedeutet das denn jetzt für Sie? . |
| 06 | P | also ich find es nicht unbedingt gut . aber ähm . ich sach mir andererseits, das ist heute in der Gesellschaft so'ne ver ... das ist so'ne verbreitete Sache . warum muss so ein Mensch denn in de Gosse landen, man sollte da schon solchen auch ne Hand hinreichen und äh festhalten ... |
| 07 | A | Sie wollen ihm eigentlich helfen? . |

08 P ja doch ... das war von Anfang an immer meine Absicht . isch
meine ... ähm ... isch (...)

Eben weil Arzt und Patientin in einer klaren Sprache schnell eine Verständigung erzielen, kann der Arzt das Thema mit seinen Fragen nach der individuellen Bedeutung und den Intentionen der Patientin ebenso zügig vertiefen und den Grundkonflikt mit der Patientin gemeinsam herausarbeiten, den er dann später mit den *thematischen Schlüssel-symbolen* („Spannung“, „Klemme“) interpretierend auf den Begriff bringt (§ 20.6.4). Mit dieser vorläufigen *Versprachlichung* des Grundkonflikts am Ende der Sprechstunde waren die Voraussetzungen für eine Weiterbehandlung des Themas in Folgegesprächen geschaffen, für die auch Paargespräche vereinbart wurden. Die rasche Öffnung und Verständigung zu diesem „heiklen“ Thema verdankte sich sicherlich einer bereits gut entwickelten Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patientin aufgrund einer gemeinsam entwickelten Interaktionsgeschichte, in der die Wege für eine *offene* Kommunikation bereits geebnet wurden.

Die Kunst des Lückenschließens

In Erstgesprächen liegen die Hürden für eine *offene* Kommunikation über Suchtthemen sicher höher und ist oft mit einer *Verleugnung* der betroffenen Patienten, aber auch ihrer Angehörigen zu rechnen, weil die Zurückhaltung aus vielen Gründen (Stolz, Angst, Scham usw.) gegenüber dem zunächst noch *fremden* Arzt starker ausgeprägt sein mag. Diese Hürden im offenen Umgang mit Suchtproblemen sind selten *konfrontativ* („mit der Brechstange“) zu überwinden, sondern verlangen unter Umständen wiederholte Anläufe in einer *tangentialen* Gesprächsführung (§ 3, 17). Dabei sollte der Arzt im Sinne der Empfehlung von Morgan und Engels (1977) bei einer deutlich erkennbaren *Abwehr* des Patienten das „heikle Thema vorerst fallen“ lassen, um „später auf einem Umweg darauf zurückzukommen“ (Box 20.11) (§ 20.3.4). Von daher kann gerade bei *heiklen* Themen nach dem Motto gehandelt werden:

„Aufgeschoben ist nicht Aufgehoben!“

Diese langfristige Gesprächshaltung des abwägenden Zuwartens verlangt (1) ein gutes *Gedächtnis*, (2) viel *Geduld* und (3) ein feines *Gespür* dafür, wann Gespräche für die Platzierung und Vertiefung auch von „heiklen“ Themen hinreichend „gereift“ sind. Ein solches 3G-Konzept

21. Details explorieren

der Gesprächshaltung korrespondiert mit dem vorausgehend beschriebenen Zirkel von *Zuhören, Wahrnehmen, Erinnern, Codieren und Kommunizieren* (ZWECK), bei dem die *Kunst der ärztlichen Gesprächsführung*, wie sie vorausgehend (§ 17) ausgeführt und an vielen Beispielen illustriert wurde, zuletzt als *Kunst des Lückenschließens* bei der Vervollständigung der Anamnese spezifiziert wurde.

Zur Kunst der ärztlichen Gesprächsführung gehört aber zunächst, Gespräche hinreichend lange (ergebnis-)offen zu führen, um voreilige Abschlüsse von Themen zu vermeiden. Selbst wenn am Ende der Sprechstunde aus handlungspraktischen Gründen der zeitlichen Befristung – wie auch immer vorläufig – Schlusspunkte zu setzen sind, sollten die noch offenen Themen als solche im *Resümee* (§ 23) formuliert und nach Möglichkeit im Folgegespräch als gemeinsame Aufgabenstellung zur weiteren Klärung wiederaufgenommen werden.

Insgesamt kann die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung eben auch beim Lückenschließen nur in *sukzessiven* Prozessen und nach Maßgabe der Bereitschaft des Patienten zur *aktiven Mitarbeit* ausgeübt werden, die ohnehin nicht erzwungen, sondern nur durch wiederholte Versuche der Persuasion im positiven Sinn von *Überzeugung* gefördert werden kann.

21.7 Weiterführende Hinweise

Zur Aufgabenstellung der Detailexploration waren vorausgehend Formen und Funktionen ärztlichen Fragens an einem didaktischen Modell mit Ankerbeispielen differenziert worden. Bei weitergehendem Interesse sei auf die dort angeführte Literatur verwiesen, wie sie am Anfang (in Anm. 2) zusammengestellt und unter bestimmten Aspekten (Suggestivität, Formen, Inhalte und Funktionen von Fragen, Interpretationen) wiederaufgenommen wurde. Wer weniger Zeit hat, sollte diese unbedingt zur Lektüre der „Klassiker“ Morgan und Engel (1977) nutzen, deren ausgezeichnetes Lehrbuch wir hier ja ebenfalls schon ausgiebig genutzt haben. Wer sich für feinsinnige Beobachtungen zur Obszönität des Fragens überhaupt interessiert, findet viele Anregungen in der Abhandlung von Bodenheimer (2011), die sich von Alltagskommunikation auf medizinisch-therapeutische Kommunikation übertragen lassen.

Zu spezifischen Aspekten der psychotherapeutischen Interpretationen und Deutungen seien in Auswahl nochmals exemplarisch der

Sammelband von Peräkylä et al. (eds.) (2008) sowie die Monographien von Pawelczyk (2011), Scarpvaglieri (2013), Grimmer (2014) angeführt, darüber hinaus auf die empirischen Arbeiten von Buchholz (2014a,b), (2017), Buchholz, Kächele (2013) und (2016) verwiesen, die wesentlich einem konversationsanalytischen Ansatz folgen.

Zu den Dimensionen der Beschwerdenexploration sei über das schon erwähnte, unübertroffene Lehrbuch von Morgan, Engel (1977) hinaus exemplarisch auf das ältere Lehrbuch von Adler, Hemmeler (1989) und das neuere Lehrbuch von Fortin et al. (2012) und Cole, Bird (2014) verwiesen. Zum wichtigen Thema des Umgangs mit subjektiven Theorien von Patienten seien die Arbeiten von Flick (1998), Birkner (2006), Kruse, Wöller (2010), Birkner, Vlassenko (2015), Albus et al. (2018) genannt.

Thematische Überschneidungen dieses Kapitels (§ 21) gibt es sowohl mit dem vorangegangenen Kapitel (§ 20) zum Umgang mit Emotionen, die oft einer Detailexploration unterzogen wurden, als auch zum anschließenden Kapitel „Vorgehen abstimmen“ (§ 22), in dem es im Zusammenhang mit der Aufklärung und Entscheidungsfindung erneut um Detailexplorations des subjektiven Wissens sowie der Interessen und Präferenzen von Patienten geht.

Als Anregung für die fortgeschrittene Lehre und Fortbildung haben wir im Angang dieses Kapitels (§ 21.8) in Auszügen Freuds (1985) Gespräch mit Katharina wiedergegeben, das sich für eine vollständige Lektüre anbietet, um es auch unter den vorausgehend differenzierten Aspekten und Kategorien kritisch als Modellgespräch diskutieren zu können.

21.8 Freuds Gespräch mit Katharina: Ein Lehrstück

Die vorausgehend (§ 21.2-3) behandelten Probleme und Aspekte des Fragens und Interpretierens sollen hier für die fortgeschrittene Lehre und Fortbildung an einem Gesprächsbeispiel zur Diskussion gestellt werden, das uns von Freud (1895) als ein ausgezeichnetes Dokument seiner Art der Gesprächsführung überliefert ist.

Natürlich ist es kein Dokument im Sinne eines aufgezeichneten Gesprächs (§ 2), wie es später unter Zuhilfenahme von Tonbandaufnahmen etwa von Rogers (1942/1985) für die Untersuchung seines *non-direktiven* Gesprächsstils benutzt werden konnte (Koerfer et al. 1996,

21. Details explorieren

2010) (§ 19.3, 40). Vielmehr handelt es sich bei Freud um ein Gespräch, das er im Nachhinein aus der Erinnerung an seine (Zufalls-)Begegnung mit der jungen „Patientin“ Katharina rekonstruiert und schriftlich nachgezeichnet hat („Die Unterredung, die jetzt zwischen uns vorfiel, gebe ich so wieder, wie sie sich meinem Gedächtnisse eingeprägt hat, und lasse der Patientin ihren Dialekt“) (Freud 1895: 185) (B 21.59). Bei allem empirischen Mangel an Authentizität kann davon ausgegangen werden, dass das Gespräch so oder so ähnlich abgelaufen ist, wie es uns von Freud überliefert wurde.

Die Simulation der mündlich-dialogischen Eigenschaften eines Gesprächs lassen jedenfalls den Rückschluss zu, dass es sich um eine von Freud eigens autorisierte Fassung eines Gesprächs handelt, das er nicht nur nach bestem Wissen und Gewissen aus der Erinnerung wahrheitsgetreu wiedergegeben hat. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass die Wiedergabe des Gesprächs zugleich seinen normativen Vorstellungen der Gesprächsführung entspricht:

Trotz der empirischen „Abstriche“ an einem Gespräch, das aus dem Gedächtnis reproduziert wurde, stellt die *Publikation* zugleich eine *Autorisierung* eines Gesprächsexemplars dar, das als Modellgespräch für ein Gesprächsmodell gelten kann. Sonst wäre es nicht in dieser Gestalt so publiziert worden.²³ Von daher können wir das Gespräch – bei allen empirisch-methodischen Einschränkungen – „für bare Münze nehmen“: Das Gespräch erlaubt einen Einblick in eine Gesprächswirklichkeit, wie sie von Freud schließlich in seiner Doppelfunktion als gesprächsführender Arzt und Autor persönlich ausgestaltet wurde. Unter dieser Voraussetzung seien zum besseren Verständnis die hier gekürzten Informationen mitgeteilt (Box 21.21), die Freud seiner Wiedergabe des Gesprächs voranstellt.

²³ Bei der Beurteilung dieser Art der Gesprächsführung muss allerdings die frühe Zeit (1895!) berücksichtigt werden, so dass das Gespräch mit Katharina nur bedingt als typisch für die spätere Entwicklung der „psychoanalytischen“ Gesprächsführung genommen werden kann. Für einen kurzen Überblick über die Entwicklung der Gesprächsführung in dieser Tradition sei auf Lorenzer (2002: bes. 63ff) (mit dort weiterführender Literatur) verwiesen.

Box 21.21 Vorgeschichte zum Gespräch mit Katharina

In den Ferien des Jahres 189* machte ich einen Ausflug in die Hohen Tauern, um für eine Weile die Medizin und besonders die Neurosen zu vergessen. Nach anstrengender Wanderung oben angelangt, gestärkt und ausgeruht, saß ich dann, in die Betrachtung einer entzückenden Fernsicht versunken, so selbstvergessen da, dass ich es erst nicht auf mich beziehen wollte, als ich die Frage hörte: „Ist der Herr ein Doktor?“ Die Frage galt aber mir und kam von dem etwa achtzehnjährigen Mädchen, das mich mit ziemlich mürrischer Miene zur Mahlzeit bedient hatte und von der Wirtin „Katharina“ gerufen worden war (...) Da war ich also wieder in den Neurosen (...) Es interessierte mich, daß Neurosen in der Höhe von über 2000 Metern so wohl gedeihen sollten, ich fragte also weiter.

Freud 1895/1952: 185

Wir geben das Gespräch hier nur stark gekürzt in exemplarischen Ausschnitten wieder und empfehlen für die Lehre und Fortbildung die vollständige Fassung im Original. Wir fügen Freuds Dialogtext alternierend in unser Transkript-Formular wortgetreu ein, wobei wir den jeweiligen Redebeiträgen die Sprechersiglen F(reud) und K(atharina) voranstellen. Gelegentliche Kommentare von Freud, die *Gesprächsreflexionen* im Sinne eines „Meta-Arzt“ (von Uexküll, Wesiack (1991) (§ 3.3) darstellen, werden entsprechend gekennzeichnet (R) eingefügt. Kurze Überleitungen zwischen den Beiträgen (z.B. „ich sagte also: ...“ – „Sie darauf: ...“) wurden hier weggelassen. Ansonsten ist alles wörtlich (entsprechend der Freudschen Simulationen mündlicher Rede (z.B.: „packt’s“) wie im Original übernommen worden.

B 21.59 Ein „Lehrstück“: Freuds Gespräch mit Katharina (Auszüge)

- R Die Unterredung, die jetzt zwischen uns vorfiel, gebe ich so wieder, wie sie sich meinem Gedächtnisse eingeprägt hat, und lasse der Patientin ihren Dialekt.
- 01 F An was leiden Sie denn?
- 02 K Ich hab‘ so Atemnot, nicht immer, aber manchmal packt’s mich so, daß ich glaube, ich erstick‘.
- R Das klang nun zunächst nicht nervös, aber es wurde mir gleich wahrscheinlich, dass es nur eine ersetzende Bezeichnung für einen Angstanfall sein sollte. Aus dem Empfindungskomplex der Angst hob sie das eine Moment der Atembeengung ungebührlich

21. Details explorieren

- hervor.
- 03 F Setzen Sie sich her. Beschreiben Sie mir's, wie ist denn so ein Zustand von Atemnot?
- 04 K Es kommt plötzlich über mich. Dann legt's sich zuerst wie ein Druck auf meine Augen, der Kopf wird so schwer und sausen tut's, nicht auszuhalten, und schwindlig bin ich, daß ich glaub', ich fall um, und dann preßt's mir die Brust zusammen, daß ich keinen Atem krieg.
- 05 F Und im Halse spüren Sie nichts?
- 06 K Den Hals schnürt's mir zusammen, als ob ich ersticken sollt!
- 07 F Und tut es sonst noch was im Kopfe?
- 08 K Ja, hämmern tut es zum Zerspringen.
- 09 F Ja, und fürchten Sie sich gar nicht dabei?
- 10 K Ich glaub immer, jetzt muss ich sterben, und ich bin sonst couragiert, ich gehe überall allein hin, in den Keller und hinunter über den ganzen Berg, aber wenn so ein Tag ist, an dem ich das hab, dann trau ich mich nirgends hin, ich glaub immer, es steht jemand hinter mir und packt mich plötzlich an.
- R Es war wirklich ein Angstanfall, und zwar eingeleitet von den Zeichen der hysterischen Aura oder, besser gesagt, ein hysterischer Anfall, dessen Inhalt Angst war. Sollte kein anderer Inhalt dabei sein?
- 11 F Denken Sie was, immer dasselbe, oder sehen Sie was vor sich, wenn Sie den Anfall haben?
- 12 K Ja, so ein grausliches Gesicht sehe ich immer dabei, daß mich so schrecklich anschaut, vor dem fürcht' ich mich dann.
(...)
(...)
[längere Auslassungen]
- 13 F Wenn Sie's nicht wissen, will ich Ihnen sagen, wovon ich denke, daß Sie ihre Anfälle bekommen haben. Sie haben einmal, damals vor zwei Jahren, etwas gesehen oder gehört, was Sie sehr geniert hat, was Sie lieber nicht möchten gesehen haben.
- 14 K Jesses ja, ich hab' ja den Onkel bei dem Mädal erwischt, bei der Franziska, meiner Cousine!
- 15 F Was ist das für eine Geschichte mit dem Mädal? Wollen Sie mir das nicht erzählen?
- 16 K Einem Doktor darf man ja alles sagen. Also wissen Sie, der Onkel, er war der Mann von meiner Tant', die Sie da gesehen haben, hat damals mit der Tant' das Wirtshaus auf dem **kogel gehabt, jetzt sind sie geschieden, und ich bin schuld daran, daß sie geschieden sind, weil's durch mich aufgekommen ist, daß er's mit

- der Franziska hält.
- 17 F Ja, wie sind Sie zu der Entdeckung gekommen??
- 18 K Das war so. Vor zwei Jahren sind einmal ... [längere Geschichte]
(...)
(...)
[längere Auslassungen]
- 19 F Wenn Sie drei Tage später erbrochen haben, so glaube ich, Sie haben sich damals, wie Sie ins Zimmer hineingeschaut haben, geekelt.
- 20 K Ja, geekelt wird‘ ich mich schon haben [sagt sie nachdenklich]
Aber wovor denn?
- 21 F Sie haben vielleicht etwas Nacktes gesehen? Wie waren denn die beiden Personen im Zimmer?
- 22 K Es war zu finster, um was zu sehen (...)
(...)
(...)
[längere Auslassungen u.a. von indirekter Redewiedergabe]
- 23 R (...) Das Rätsel war damit gelöst, sie hatte sich nicht vor dem Anblick der beiden geekelt, sondern vor einer Erinnerung, die ihr jener Anblick geweckt hatte, und alles erwogen, konnte dies nur die Erinnerung an den nächtlichen Überfall sein, als sie „den Körper des Onkels spürte“. Ich sagte ihr also, nachdem sie ihre Beichte beendet hatte:
- 24 F Jetzt weiß ich schon, was sie damals gedacht haben, wie sie ins Zimmer hineingeschaut haben. Sie haben sich gedacht: jetzt tut er mit ihr, was er damals bei Nacht und die anderen Male mit mir hat tun wollen. Davor haben Sie sich geekelt, weil Sie sich an die Empfindung erinnert haben, wie Sie in der Nacht aufgewacht sind und seinen Körper gespürt haben
- 25 K das kann schon sein, dass ich mich da vor geekelt und dass ich damals das gedacht hab‘.
- 26 F Sagen Sie mir einmal genau, Sie sind ja jetzt ein erwachsenes Mädchen und wissen allerlei -
- 27 K Ja, jetzt freilich.
- 28 F Sagen Sie mir genau, was haben Sie denn in der Nacht eigentlich von seinem Körper verspürt?
- 29 R Sie gibt aber keine bestimmtere Antwort, sie lächelt verlegen und wie überführt, wie einer, der zugeben muß, daß man jetzt auf den Grund der Dinge gekommen ist, über den sich nicht mehr viel sagen läßt. Ich kann mir denken, welches die Tastempfindung war, die sie später deuten gelernt hat; ihre Miene scheint mir auch zu sagen, daß sie von mir voraussetzt, ich denke mir

21. Details explorieren

das Richtige, aber ich kann nicht weiter in sie dringen; ich bin ihr ohnehin Dank dafür schuldig, daß sie so viel leichter mit sich reden läßt als die pruden Damen in meiner Stadtpraxis, für die alle *naturalia turpia* sind.
Somit wäre der Fall geklärt; aber halt (...)

Freud 1895/1952:185ff

Anm. von uns: *Naturalia non sunt turpia* (lat.: Das Natürliche ist nicht anstößig)

Zum besseren Verständnis der ganzen Krankengeschichte von Katharina sollten das vollständige Gespräch, die reflexiven Kommentare sowie eine faktische Korrektur berücksichtigt werden, die Freud aus Gründen der „Diskretion“ erst später vornimmt. Wie Freud in einem „Zusatz“ aus dem Jahre 1924 zur (*Authentizität* der) Krankengeschichte korrigierend ergänzt, war Katharina nicht die Nichte, sondern die Tochter der Wirtin, was in diesem Fall einen erheblichen Unterschied macht, wie Freud (Box 21.22) in seinem Vergleich selbst betont.

Box 21.22 Aufhebung der Diskretion

Nach so vielen Jahren getraue ich mich die damals beobachtete Diskretion aufzuheben und anzugeben, dass Katharina nicht die Nichte, sondern die Tochter der Wirtin war, das Mädchen war also unter den sexuellen Versuchungen erkrankt, die vom eigenen Vater ausgingen. Eine Entstellung wie die an diesem Falle von mir vorgenommene sollte in einer Krankengeschichte durchaus vermieden werden. Sie ist natürlich nicht so belanglos für das Verständnis wie etwa die Verlegung des Schauplatzes von einem Berge auf einen anderen.

Freud 1895/1952: 196

Die hier vorausgehend dokumentierten kurzen Gesprächsausschnitte, die vor allem auf den Anfang und dann auf kurze Auszüge aus dem weiteren Gesprächsverlauf fokussieren, sollen nur eine erste Anregung dafür sein, die ganze Gesprächsentwicklung und die analytischen Kommentare und Gesprächsreflexionen von Freud als „Lehrstück“ der Gesprächsführung zu nutzen, womit wir in der Lehre und Fortbildung gute Erfahrungen gemacht haben. Insbesondere unter der vorausgehend mit Morgan, Engel (1977) (Box 21.1) aufgeworfenen Fragestellung, inwieweit eine „Beeinflussung“ des Patienten zulässig und sinnvoll ist o-

der eben nicht, sollten die einzelnen Gesprächssequenzen nach Redezug um Redezug reflektiert werden.

Dabei können die kategorialen Unterscheidungen hilfreich sein, die vorausgehend (§ 21.2-3) anhand von Ankerbeispielen differenziert worden sind (nach mehr oder weniger offenen bzw. geschlossenen Wort-, Entscheidungs- bzw. Suggestiv-Fragen und Interpretationen). Bei der Evaluation ist letztlich auch der von Freud erzielte Erfolg in Rechnung zu stellen, dessen Gespräch mit Katharina die „Krankengeschichte“ zutage förderte, unter der seine junge „Patientin“ schon so lange zu leiden hatte.

Da Freud das Mädchen „nicht wiedergesehen“ hat, kann er zum Schluss nur resümieren: „Ich hoffe, die Aussprache mit mir hat dem in seinem sexuellen Empfinden so frühzeitig verletzten Mädchen in etwas wohlgetan“ (193). Dass es sich bei der kurzen Begegnung auch nach der kritischen Einschätzung von Freud insgesamt nur um einen Teilerfolg handeln kann, steht auf einem weiteren (*psychotherapeutischen*) Blatt, das von Freud (1985: 194f) (unter dem Stichwort „Epikrise“) abschließend kurz beschrieben wird, womit sich über die Gesprächsführung hinaus ein weiterer Diskussionsstoff für die fortgeschrittene Lehre und Fortbildung anbietet.

22 Vorgehen abstimmen

Armin Koerfer, Thomas Reimer, Christian Albus

22.1	Manual-Schritt 5: Vorgehen abstimmen	1243
22.2	Erwartungen klären	1245
22.2.1	Vorstellungen und Wünsche abklären	
22.2.2	Kontrollüberzeugungen erkunden	
22.2.3	Ambivalenzen berücksichtigen	
22.3	Bisherige Befunde erklären	1259
22.3.1	Aufklärungsmonologe vermeiden	
22.3.2	Dialogische Aufklärung: <i>Ask-Tell-Ask</i>	
22.3.3	Wissen erkunden und vermitteln	
22.3.4	Vertrauen und Wissen sichern	
22.4	Diagnose- und Therapieverfahren planen	1279
22.4.1	Transformationen zum Kooperationsmodell	
22.4.2	Diagnoseplanung in Erstgesprächen	
22.4.3	Entscheidungsfindung in Folgegesprächen	
22.4.4	Konsensaushandlungen	
22.5	Wechsel des Therapieverfahrens	1300
22.5.1	Dienstleistungsmodell: „Umstellung auf Pumpe“	
22.5.2	Wandel zum Kooperationsmodell: „Schwierigkeiten“	
22.5.3	Biopsychosoziale Anamnese: „Seelische Geschichte“	
22.5.4	Konsens: „Wir können das ausprobieren“	
22.6	Lebensqualität am Lebensende	1315
22.6.1	Bestandsaufnahme: „Das ist keine gute Bilanz“	
22.6.2	Entscheidungsfindung: „Keine Chemotherapie“	
22.6.3	Akzeptanz: „Okay, wenn es zu Ende geht“	
22.6.4	Konsensprüfung: „Da stehen Sie auch dahinter““	
22.7	Entscheidungsfindung als Aushandlungsprozess	1326
22.7.1	Paradoxien und Ambivalenzen	
22.7.2	Die „allmähliche Verfertigung“ von Entscheidungen	
22.7.3	Repetitive Kommunikationsmuster	
22.8	Weiterführende Hinweise	1331

Dialogues, as opposed to monologues, are much more effective means of education and conveying vital information. A dialogue with the patient facilitates patient interaction, participation, understanding, and adherence.

Benzel 2016: 190

Abstract: In einem fünften Gesprächsschritt des Manuals sind die nötigen Informationen auszutauschen, die der Vorbereitung der medizinischen Entscheidungsfindung dienen können (§ 22.1). Zunächst sollten die Erwartungen des Patienten vorgeklärt werden, die seine Vorstellungen und Wünsche sowie seine Kontrollüberzeugungen betreffen, auch wenn diese noch erheblichen Ambivalenzen unterliegen können (§ 22.2). Bei der weiteren Patientenaufklärung sind monologische Informationen „am Stück“ zu vermeiden, die von den meisten Patienten ohnehin nur fragmentarisch verstanden und verarbeitet werden können. Vielmehr sollte eine dialogische Aufklärung nach der „Ask–Tell–Ask“-Methode praktiziert werden, mit der der Arzt an dem Vorwissen des Patienten anknüpft und dessen Wissensbedarf erkundigt, um dann das Patientenwissen schrittweise und dosiert zu erweitern und in einer vertrauensvollen Beziehung zu sichern (§ 22.3). Bei der weiteren Diagnose- und Therapieplanung können Arzt und Patient unterschiedlichen Beziehungsmodellen folgen, wie sie vorausgehend in der Theorie zur medizinischen Entscheidungsfindung schon differenziert wurden (*Paternalismus, Dienstleistung, Kooperation*) (§ 10). In der Praxis kommt es oft zu *Mischformen*, in denen die Partizipation des Patienten mehr oder weniger ausgeprägt ist (§ 22.4). Während die frühen Diagnose- und Therapieplanungen vor allem in Erstgesprächen oft noch ganz der „Entscheidungshoheit“ des Arztes unterliegen, kann die *Partizipative Entscheidungsfindung* (PEF) in Folgegesprächen bereits deswegen eher zum Zuge kommen, weil die Patienten in der Zwischenzeit schon erste „eigene“ Erfahrungen gemacht haben, aufgrund derer sie zum weiteren Vorgehen aktiv und qualifiziert „mitreden“ können.

Ihr Mitspracherecht sollten die Patienten in einem „echten“ Gespräch wahrnehmen können, das man nach Martin Buber (1954/1986) nicht „vordisponieren“ darf (§ 7.5). Wenngleich bei der medizinischen Entscheidungsfindung die Aushandlungsspielräume im Rahmen einer *evidenzbasierten* Medizin begrenzt sind (§ 10.3), sollten die Gespräche

22. Vorgehen abstimmen

innerhalb dieses Rahmens zunächst *ergebnisoffen* geführt werden. Anhand von drei Gesprächen sollen dialogische Aushandlungsprozesse exemplarisch aus verschiedenen Praxisfeldern analysiert werden, bei denen es um unterschiedliche Themenschwerpunkte und Zielsetzungen geht. Während sich in einer hausärztlichen Sprechstunde eine Patientin durch ein weiteres diagnostisches Verfahren („Kernspintomographie“) eine Überwindung ihrer „Angst vor Krebs“ erhofft (§ 22.4.4), wird im Fall aus einer Medizinischen Poliklinik von einem Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ein Wechsel des Therapieverfahrens („Spritze“ versus „Pumpe“) gewünscht wird, um seine Lebensqualität zu verbessern (§ 22.5). Abschließend geht es in einer onkologischen Sprechstunde um die spezifische Verbesserung der Lebensqualität einer Patientin am Lebensende, zu der eine optimale Schmerztherapie beitragen soll (§ 22.6). In allen drei Gesprächen sollen die Partizipationschancen der Patienten im Detail rekonstruiert werden, die von den Ärzten mehr oder weniger aktiv gefördert werden, was abschließend (§ 22.7) resümiert werden soll.

22.1 Manual-Schritt 5: Vorgehen abstimmen

Wie mit der Diskussion um die *Beziehungsmodelle* bei der Entscheidungsfindung ausgeführt wurde, ist auch die Aufklärung des Patienten als dialogischer Prozess zu betrachten, in dem die Informationen entsprechend dem Wissensstand und Wissensbedarf individuell zu dosieren sind (§ 10). Wegen der Komplexität der dialogischen Aufklärung haben wir in unserem Gesprächsmanual (auf der Rückseite) weitere 6 Schritte differenziert, die spezifisch auf die *Mitteilung schwerwiegender Diagnosen* zugeschnitten sind (Köhle et al. 2010). Da diese Schritte andernorts ausführlich dokumentiert, illustriert und kommentiert wurden (Köhle, Obliers, Koerfer 2010, Köhle 2017), beschränken wir uns nachfolgend (§ 22.3) auf wesentliche Aspekte einer dialogischen Aufklärung:

- Aufklärungsmonologe vermeiden
- Dialogische Aufklärung: „Ask-Tell-Ask“
- Wissen erkunden und vermitteln
- Vertrauen und Wissen sichern

Für weitere Aspekte des Aufklärungsgesprächs sei auf andere Kapitel des Lehrbuchs verwiesen: Das Problem des Umgangs mit Emotionen

war zuvor ein wesentliches Thema bei der Vermittlung besonders schwerwiegender Diagnosen (*breaking bad news*) etwa in der *onkologischen* Gesprächspraxis (§ 16) und wurde dann als Aufgabe der *empathischen* Kommunikation (§ 21) anhand von empirischen Ankerbeispielen zum Gesprächsmanual konkretisiert. Da spezifische Probleme der patientenorientierten Informationsvermittlung und Risikokommunikation später im *Verordnungsgespräch* (§ 26) und bei der *Fachkommunikation* (§ 27) behandelt werden, können wir uns hier auf ausgewählte Aspekte der dialogischen Aufklärung und Entscheidungsfindung konzentrieren, wie sie dem 5. Gesprächsschritt des Gesprächsmanuals (Abb. 22.1) entsprechend vorgestellt und mit mehr oder weniger gelungenen Praxisbeispielen konkretisiert werden sollen.

Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)	5 Vorgehen abstimmen	⁵ 2010
	<p>1 Evidenzbasiertes Vorgehen planen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was ist gesichert? • Hat Diagnose Konsequenzen? 	
	<p>2 Erwartungen klären</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellungen, Wünsche, Hoffnungen abklären: „Was haben Sie sich vorgestellt?“ „Was könnte Ihrer Meinung nach helfen?“ • Kontrollüberzeugungen erkunden „Was könnten Sie selbst ändern?“ 	0 1 2 3 4
	<p>3 Bisherige Befunde erklären</p> <ul style="list-style-type: none"> • (s. Rückseiten des Manuals) • (Beispiele s. unten) 	0 1 2 3 4
	<p>4 Diagnose/Therapie planen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Präferenz für Beziehungsmodell beachten: Paternalismus – Kooperation – Dienstleistung • Vorschläge und Risiken besprechen • Reaktionen berücksichtigen • Konsens anstreben („concordance“) 	0 1 2 3 4
¹ 1998	EVALUATION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12

Abb. 22.1: Auszug (aus: Manual bzw. KEK): Schritt/Funktion 5: „Vorgehen abstimmen“

22. Vorgehen abstimmen

Aus der Praxis der Aufklärung und Entscheidungsfindung sollen zunächst kürzere Gesprächssequenzen als Ankerbeispiele angeführt werden, bevor dialogische Aushandlungsprozesse an längeren Gesprächsentwicklungen im Detail analysiert werden, die exemplarisch für eine *Partizipative Entscheidungsfindung* (PEF) stehen können.

Wie auch schon in den vorausgegangenen Manual-Schritten, beschränken wir uns auch bei diesem 5. Gesprächsschritt auf *beobachtbares* Gesprächsverhalten, für das in der Evaluation nach KEK (s. Anhang § 44.2) insgesamt 12 von 50 Punkten vergeben werden können (Abb. 22.1). Darüber hinaus kann die Frage, inwieweit bei den im Gespräch „ausgehandelten“ Diagnose- und Therapieverfahren auch Kriterien einer evidenz-basierten Medizin erfüllt wurden, durchaus in den Nachbesprechungen etwa bei OSCE-Verfahren (§ 13, 41) gesondert zum Thema gemacht werden. Bei der Evaluation geht es aber wesentlich um die ärztliche Gesprächsführung, die bei diesem Gesprächsschritt gerade an dem Ausmaß der Förderung einer *partizipativen Entscheidungsfindung* (PEF) (§ 10) „bemessen“ werden soll.

22.2 Erwartungen klären

Mitunter kommen Patienten mit einem schon vorher fixierten Anliegen für ein bestimmtes Diagnose- bzw. Therapieverfahren, das sie schon gleich zu Gesprächsbeginn dezidiert fordern, noch bevor sie ihre Beschwerden mitgeteilt haben (§ 22.4.1). In vielen dieser Fälle wird der Arzt hier als Dienstleister aufgesucht, der eine bestimmte Dienstleistung erbringen soll. Hier muss der Arzt gegebenenfalls gegensteuern und zunächst auf einem Anamnesegespräch beharren, aus dem sich der Sinn und Zweck des weiteren Vorgehens ableiten und sich diagnostische und therapeutische Maßnahmen evidenzbasiert begründen lassen. Um zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (SDM) zu kommen (§ 10), ist in diesen Fällen ein Wechsel vom Dienstleistungs- zum Kooperationsmodell zu vollziehen (§ 19.8, 22.4.1, 22.5), in dem die *Patientenpräferenzen* mit den Erfordernissen einer *evidenzbasierten* Medizin in Einklang zu bringen sind (§ 10.3), bei dem die *lebensweltlich* orientierten Interessen von Patienten hinreichend berücksichtigt werden sollen, aber gegebenenfalls auch zurückgewiesen werden müssen.

Andererseits halten sich Patienten mit ihren eigenen Ideen zum weiteren Vorgehen oft weitgehend zurück und überlassen mit einer pater-

nalistischen Einstellung dem Arzt die Initiative zur Darstellung einer Behandlungsoption, der sie dann augenscheinlich zustimmen, ohne mögliche Bedenken zu äußern. Um einer späteren Non-Adhärenz beizeiten entgegenzuwirken, sollten die Vorstellungen, Wünsche sowie Möglichkeiten von Patienten hinreichend bekannt sein, noch bevor der Arzt seinerseits die weiteren Optionen mit dem Patienten bespricht. So erhält der Arzt noch „unbeeinflusste“ Informationen, die sich ein Patient unter Umständen später nicht mehr zu äußern traut, wenn dann nur noch die ärztlich autorisierten Optionen zur Disposition stehen. Hier sind ebenfalls Ermunterungen zur Offenlegung von Vorstellungen und Wünschen zum weiteren Vorgehen nötig, wie dies bereits bei der Exploration der „Subjektiven Krankheitstheorien“ (§ 21.5) von Patienten erforderlich war.

22.2.1 Vorstellungen und Wünsche abklären

Die Vorstellungen, Wünsche sowie Möglichkeiten des Verhaltens von Patienten müssen hinreichend bekannt sein, um Widerstände gegenüber medizinischen Maßnahmen beizeiten erkennen zu können, die später zu einer Non-Adhärenz führen könnten. Die einfachste Art der Exploration von subjektiven Vorstellungen zum weiteren Vorgehen sind die direkten Fragen nach den Erwartungen von Patienten. Allerdings muss bei der Überlassung von Themeninitiativen gelegentlich auch mit *Abwehr*-Reaktionen insbesondere von Patienten gerechnet werden, die einem *paternalistischen* Beziehungsmodell folgen, in dem sie die Initiative an den Arzt zurückgeben möchten. Im folgenden Beispiel (B 22.1a), bei dem der Arzt auf seine begrenzten Möglichkeiten am Ende des Tages verweist, unterläuft der Patient das Angebot des Arztes, indem er auf der traditionellen Rollenverteilung beharrt, die er zudem mit seinem Nicht-Wissen begründet.

B 22.1a „Was kann ich konkret für Sie tun“ – „Sie sind der Doc“

- | | | |
|----|---|---|
| 01 | A | (...) ich hab jetzt nicht viele Möglichkeiten ... weiter zu forschen .
was kann ich jetzt für Sie tun? . |
| 02 | P | Sie sind der Doc ... |
| 03 | A | das ist natürlich die richtige Antwort . |
| 04 | P | ja, das is/ Sie sind der Doc, ich weiß es nicht . |

22. Vorgehen abstimmen

- 05 A nach der Untersuchung, soll ich Ihnen ein Spritze geben? .
06 P wenn das hilft ja .

In diesem Fall bleibt unklar, was schließlich nach der angekündigten Untersuchung im Untersuchungsraum entschieden wurde. Auch in anderen Fällen werden Fragen nach den Erwartungen gelegentlich als „Rollenumkehr“ zurückgewiesen, so wie in folgendem Beispiel (B 22.1b), in dem die Patientin mit Humor auf die Profession des Arztes qua Ausbildung verweist.

B 22.1b „Was soll ich Ihnen raten?“ – „Sie sind der Arzt“

- 01 A ja ... in eh ... was soll'n wa machen? was soll ich Ihnen raten? .
02 P Herr Doktor ... Sie sind der Arzt . Sie haben studiert . gut nä? ...
[lacht]
03 A die äh ... wie wichtich ist denn die Untersuchung für Sie? .
04 P ich denke einfach mal zur Beruhigung für mich selber sehr .

Wie wir an diesem Beispiel noch im Detail herausarbeiten werden (§ 22.4.4), hat die Patientin wegen ihrer anhaltenden Unterleibsbeschwerden ziemlich klare Wünsche und Vorstellungen für eine weitere Untersuchung, von der sie Klarheit und letztlich eine Beruhigung erwartet. Um dieses Anliegen kreist der Großteil des Gesprächs mit dem Arzt, dem sie hier kokett lachend begegnet, nachdem sie seine professionelle Autorität verbal herausgefordert hat. Wie durch die wiederholten Nachfragen des Arztes offenbar wird, versucht sie den Arzt für ihr Anliegen einer weiteren „Kernspin“-Untersuchung zu gewinnen, ohne dieses Anliegen direkt vorzubringen. Vielmehr werden indirekte Hinweise (*cues*) (§ 20) in der mehr oder weniger bewussten Absicht gegeben, dass sich der Arzt ihr Anliegen zu Eigen machen möge. Mit seiner Frage (01) gibt der Arzt ihr Gelegenheit zur Klarstellung, der sie aber gerade mit der Berufung auf die ärztliche Autorität ausweicht, so dass beide Gesprächspartner erneut in einen Aushandlungsprozess treten müssen (§ 22.4.4), an dessen Ende eine gemeinsame Entscheidung getroffen wird.

Im folgenden Beispiel (B 22.2a) nimmt die Patientin die vom Arzt offerierte Gelegenheit zur Darstellung ihrer Vorstellungen an, bleibt aber zunächst recht vage:

B 22.2a „Was erwarten Sie von mir, was ich tun kann für Sie?“

- 01 A was ist jetzt Ihr Wunsch an mich . was erwarten Sie von mir - was ich tun kann für Sie? .
- 02 P ja ... da hab ich selber keine richtige Vorstellung ... ich hab nur einfach gedacht äh . gut dass du den Termin gemacht hast äh . weil mir auch klar ist, dass ich mir. dann äh . auch Hilfe holen . muss . is ja was, was ich also auch früher nicht gemacht habe ... immer alles so für mich alleine ...

Vorausgehend hatte die Patientin – wie sie selbst sagt – eine ganze „Palette“ von Beschwerden (u.a. Essstörungen, Magenschmerzen. Übelkeit, Herzrasen) geschildert, bevor sie dann in diesem Erstgespräch allmählich ihr „eigentliches“ Anliegen zu erkennen gibt, vor allem wegen ihrer „Depressionen“ eine langfristige Behandlung zu erfahren. Dieses Anliegen, das hier von der Patientin zunächst noch abstrakt formuliert wird („... auch Hilfe holen muss ...“), wird dann nach weiteren Nachfragen des Arztes deutlich, der mit ihr dann einen zweiten Gesprächstermin zur weiteren Klärung einer längerfristigen Behandlung vereinbart. Wie in diesem Fall fungieren die Fragen nach den Erwartungen oft als „Türöffner“ für Formulierungen von Anliegen der Patienten, die im bisherigen Gesprächsverlauf latent blieben und nun manifest und zum Gegenstand von *Aushandlungen* des weiteren Vorgehens werden können.

Neben den komplexen Fällen, in denen das weitere Vorgehen sukzessive ausgehandelt werden muss (§ 22.5-6), gibt es die zahlreichen Fälle einer relativ zügigen Einigung zwischen Arzt und Patient. Häufig nehmen die Patienten die ärztlichen Einladung zur Offenlegung ihrer Erwartungen auch unmittelbar zielführend an, so wie in folgendem Beispiel (B 22.2b), in dem sich Arzt und Patient schnell einig werden, eine begonnene Therapie fortzusetzen.

B 22.2b „Was hatten Sie jetzt von mir erwartet?“

- 01 A tja, Herr S . müssen wir ma gucken ...
- 02 P hm .
- 03 A die ... was hatten Sie jetzt von mir erwartet? . dass wa ...
- 04 P hm . also mehr oder weniger äh Ratschläge oder ob ich doch mit irgendeinem Medikament / Medikament irgendetwas äh . probiere . oder (...) trotzdem ich mir viel, viel Mühe gegeben hab mit der

22. Vorgehen abstimmen

- Gymnastik, die ich machen sollte ...
- 05 A also ich würde auf jeden Fall vorschlagen, dass Sie ein Medikament nehmen zur Unterstützung, dass sie die Schmerzen etwas lindern, ja . und dass auch die Krankengymnastik weitergeht, ja . dass da keine Unterstützung ist, aber die Überlegung war ja auch, dass Sie Cortison, das ist ja, das ist ja auch etwas Stärkeres .
- 06 P ja .
- 07 A also muss es ja auch von den Beschwerden her etwas stärker sein, äh ich würde sagen, wir versuchen zunächst das über Medikamente nochmal .
- 08 P hm . hm
- 09 A ja, und über die Krankengymnastik . obwohl Sie die ja schon sehr viel gemacht haben .
- 10 P ja . ja.

Während Arzt und Patient in dieser kurzen Gesprächssequenz das weitere Vorgehen „positiv“ festlegen, wird in dieser Festlegung zugleich „negativ“ entschieden, dass mit einer spezifischen Behandlungsoption („Cortison“) zugewartet wird, bis die Beschwerden stärker werden sollten. Mit dieser eher „beiläufigen“ Entscheidung und Begründung, der der Patient mehrmals zustimmt, wird allmählich das Ende des Gesprächs angesteuert, an dem noch weitere Vereinbarungen („Vorsorge“) getroffen werden.

Auch wenn Einladungen zur Offenlegung der Erwartungen von Patienten nicht immer sogleich „zielführend“ sind, sollten sie möglichst bald ausgesprochen werden, damit sie sich nicht „hinterrücks“ immer wieder Bahn brechen, etwa durch verstärkte Klagen über Beschwerden. Zumeist dient die Thematisierung der Erwartungen der Klarheit im weiteren Gesprächsverlauf, weil beide Gesprächspartner im gelingenden Fall der Verständigung „wissen, woran sie sind“, auch wenn dies noch nicht automatisch zur Einigung beim weiteren Vorgehen führen muss.

22.2.2 Kontrollüberzeugungen erkunden

Über die Erwartungen von Patienten hinaus sollten ihre *Kontrollüberzeugungen* bekannt sein und in der Planung des weiteren Vorgehens berücksichtigt werden. Die Förderung des Gesundheitsverhaltens von Patienten setzt die Kenntnis ihrer Einstellungen und Verhaltensmöglichkeiten voraus (Kulzer et al. 2016, Martin 2014, Harvey 2014) (§ 29).

Wer mit seinen Patienten im Falle einer Diabeteserkrankung eine Diät oder im Falle einer Herzerkrankung die Teilnahme an einer Herzsportgruppe vereinbart, sollte ihre Einstellungen und praktischen Möglichkeiten bei der Umsetzung einer solchen therapeutischen Maßnahme kennen. Dabei muss mit *instabilen* Patienteneinstellungen gerechnet werden, die mit *Ambivalenzen* gegenüber der Erkrankung selbst, aber auch gegenüber ihren Behandlungsmöglichkeiten zu tun haben, bei denen oft eine aktive Mitarbeit erforderlich ist, durch die sich Patienten leicht überfordert fühlen können.

Die Ambivalenzen manifestieren sich etwa in einer zwischenzeitlichen Verleugnung der Erkrankung oder in einer Angst vor Kontrollverlust, die mit der Fehleinschätzung der eigenen Ressourcen einhergehen kann. Die Ängste vor Kontrollverlust können sich auf die Beziehung zum professionellen Helfer selbst beziehen, dessen Hilfe oft nur schwer angenommen werden kann, wie dies Wöller, Kruse (2010) (Box 22.1) für die psychotherapeutische Beziehung beschrieben haben.

Box 22.1 Kontrolle und Kontrollverlust

Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen. Nicht wenige Patienten haben zu Beginn einer Behandlung das beschämende Gefühl des Kontrollverlusts. Das Gefühl, in der aktiven Lebensbewältigung versagt zu haben und nun passiv auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, kann das Wohlbefinden nachhaltig beeinträchtigen. Hier kann es im Sinne des Wirkfaktors der Ressourcenaktivierung wichtig sein, den Patienten das Gefühl der aktiven Gestaltung und Mitwirkung zurückzugeben. Die Einbeziehung des Patienten in die Ziel- bzw. Focus-Formulierung wie auch die Informationen vor Beginn der Behandlung darüber, wie die Störung zu verstehen ist, wie sie behandelt wird und was er selbst dazu beitragen kann, können dabei helfen, das Gefühl des Kontrollverlusts zu verringern.

Wöller, Kruse 2010: 104

Das Bedürfnis von Patienten nach Orientierung und Kontrolle kann unterschiedlich ausgeprägt sein, wodurch die Beziehungsgestaltung besonders herausgefordert werden kann. Hier muss sich der Arzt auch auf sog. „schwierige“ Patienten einstellen, bei denen sich verschiedene Gruppen unterscheiden lassen, so etwa „abhängige“ Patienten von „vorwurfsvoll-aggressiven“ oder „entwertenden“ Patienten. Da die Probleme der Beziehungsgestaltung im Umgang mit „schwierigen“ Patienten

22. Vorgehen abstimmen

noch gesondert behandelt werden (§ 34), soll hier exemplarisch das Spektrum von Kontrollüberzeugungen von Patienten illustriert werden, die sich wesentlich auf sie selbst als erkrankte Personen mit ihren eigenen Ressourcen bei der angestrebten Verhaltensänderung beziehen.

In den empirischen Beispielen kann nur einer enger Themenfokus berücksichtigt werden, der stellvertretend für andere Themenbereiche steht, in denen die Kontrollüberzeugungen von Patienten eine entscheidende Rolle bei der Gesundheitsförderung spielen (Kulzer et al. 2016, Harvey 2014, Heather, Hönekopp 2014, Albus, Köhle 2017). Die Gesundheitsförderung erstreckt nicht nur auf den Wandel im Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten erwachsener Patienten, sondern ebenso im Sinne der *Prävention* bereits auf die Phase der *Adoleszenz* (Schorr 2014, Wallander et al. 2014). In der Forschung zu *Health-Belief-Modellen* werden *internale* und *externale* Kontrollüberzeugungen unterschieden (Box 22.2), die bei der Edukation von Patienten in den entsprechenden Aufklärungs- und Motivationsgesprächen hinreichend berücksichtigt werden müssen, um beizeiten einer „irrationalen“ Überzeugung in Bezug auf die (kausale) Entstehung einer Erkrankung und die Aufrechterhaltung eines gesundheitsriskanten Verhaltens entgegenwirken zu können.

Box 22.2 Health locus of control

Causal beliefs focus on the cause of past events. Locus-of-control beliefs relate to expectancies for future events. Health locus of control (HLC) may be considered as internal or external. Internal refers to control by self, whereas external includes the influence of powerful others or of chance or fate.

Harvey 2014: 180

In der Regel wird es in der Gesprächspraxis zu Mischungen von *externalen* und *internalen* Kontrollüberzeugungen kommen, deren Verhältnis bzw. Gewichtung in den Aufklärungs- und Motivationsgesprächen gegebenenfalls unter aktiver Einflussnahme des Arztes zu ändern ist. Allerdings ist hier mit unterschiedlichen Hürden und Herausforderungen an die ärztliche Aufklärungs- und Motivationskompetenz zu rechnen. Wer sich als Patient von der Überzeugung leiten lässt, dass seine Erkrankung „Schicksal“ oder gar eine „Gottesstrafe“ sei, wird sich selbst, aber auch „mächtigen“ Anderen nur geringe Möglichkeiten der Einflussnah-

me einräumen. Wer allerdings überhaupt den Arzt als *signifikanten* Anderen in seiner spezifischen *Helferrolle* aufsucht, billigt nicht nur, sondern erhofft und erwartet eine mehr oder weniger aktive Einflussnahme, die zur Besserung seines Allgemeinbefindens und Gesundheitszustandes beitragen soll.

In den nachfolgenden Beispielen geht es zunächst um mehr oder weniger stabile *Kontrollüberzeugungen*, die Patienten in Bezug auf (den Entzug vom) *Nikotinkonsum* haben, was ja in den Sprechstunden neben den Risikofaktoren *Fehlernährung*, *Alkoholkonsum* und *Bewegungsmangel* immer wieder als eine der vier zentralen „Stellschrauben“ für notwendige Verhaltensänderungen thematisiert wird (Albus, Hermann-Lingen 2017, Piepoli et al. 2016). Um den gesundheitsschädlichen Auswirkungen derartigen Risikoverhaltens auf anderweitige Grunderkrankungen (*Diabetes*, *KHK* usw.) entgegenzutreten zu können, muss die Förderung des Gesundheitsverhaltens zugleich an der Veränderung bisheriger Gewohnheiten und Einstellungen ansetzen, die zunächst für beide Gesprächspartner hinreichend zu explorieren sind. Dabei können Ärzte bei ihren Patienten nicht immer von stabilen Kontrollüberzeugungen ausgehen, sondern müssen oft mit erheblichen Ambivalenzen rechnen.

Im ersten Gespräch, dessen Entwicklung in mehreren Teilschritten dargestellt werden soll, handelt es sich um den Fall einer *Raucherentwöhnung*, bei der es u.a. um die Einsicht, Motivation und Verhaltensänderung einer Patientin geht, die seit dem 16. Lebensjahr und inzwischen seit mehr als 30 Jahren raucht. Nach einem Klinikaufenthalt wegen einer Lungenentzündung hat man ihr dringend dazu geraten, mit dem Rauchen aufzuhören. Die ausführlichen Gesprächspassagen zur Einsicht und Motivation können hier nur in Auszügen und gekürzt (B 22.3) wiedergegeben werden.

B 22.3 „ich möchte schon lange, aber ich schaffe das alleine nicht“

01 A wieso kommen Sie zu mir? .

02 P ich hatte jetzt ne starke Lungenentzündung und hab dann im Krankenhaus gelegen (...) und im Krankenhaus hat man mir Sie empfohlen . ich möchte gern vom Rauchen abkommen .

03 A hm . seit wann rauchen Sie? .

04 P mit dem 16. Lebensjahr . also über 30 Jahre .

05 A wie viel rauchen Sie? .

06 P nun ja, im Schnitt ne Packung . ist auch schon mal ein bisschen mehr, aber man kann sagen . ne Packung .

22. Vorgehen abstimmen

- 07 A eine Packung? .
08 P ja .
09 A warum wollen Sie jetzt wegkommen vom Rauchen? .
10 P ich möchte schon lange, aber ich schaffe das alleine nicht .
11 A weshalb? .
12 P ja, weiß ich nit .
13 A haben Sie schon mal versucht? .
14 P ja . entweder fehlt der Wille so richtig . oder . ich weiß- . [schüttelt Kopf]

Nach den ersten Schritten der Anamneseerhebung, die der Klärung der bisherigen Raucher-„Karriere“ sowie des Anlasses und der Motivation für die *Raucherentwöhnung* dienen,¹ wird die Hilfsbedürftigkeit der Patientin deutlich („ich schaff das nicht alleine“), der in der Vergangenheit offenbar „der Wille gefehlt“ hat. Entsprechend schließt der Arzt nun die Frage nach ihren bisherigen Erfahrungen zur Raucherentwöhnung an, bei der die Patientin offenbar wiederholt einen bedrohlichen *Kontrollverlust* erlebt hat, den sie gegenüber dem Arzt in einer sprachlich dramatischen Form (04P: „dann dreh ich durch“) schildert (B 22.4). Nach dem Alltagsverständnis von „Durchdrehen“ verliert man bekanntlich jede „innere“ und „äußere“ Kontrolle, was von der Patientin im direkten Anschluss mit weiteren Begriffen („nervös“, „aggressiv“) treffend umschrieben wird.

B 22.4 „dann dreh ich durch ... da werd ich nervös ... aggressiv .“

- 01 A was passiert, wenn Sie nicht rauchen? .
02 P wenn ich nicht rauche? .
03 A hm .
04 P dann dreh ich durch ... (3) ... da werd ich nervös ... aggressiv .
A (...)
P (...)
05 A ich will wissen: wie weit sind Sie zur Einsicht gekommen, dass Rauchen schlecht ist? .

¹ Die Raucherentwöhnung wird vom Arzt wesentlich mit einer Akupunkturbehandlung verbunden, derentwegen die Patienten auch seine Praxis aufsuchen. Unabhängig von Fragen der Evidenz der Akupunkturbehandlung geht es nachfolgend um die spezifische Art der Arzt-Patient-Kommunikation zur Raucherentwöhnung, in der die Kontrollüberzeugungen arztseitig erkundet und patientenseitig bekundet werden.

- 06 P ja, erstens weil ... im Krankenhaus hat man mir gesagt äh . ich soll möglichst sorgen ... nicht mehr zu rauchen, ne .
- 07 A hm .
- 08 P und dat weiß ich auch vorher . und man weiß ja wie schädlich dat es ist . und dann immer das Husten (...)

Im Anschluss an die dramatische Schilderung negativer Erfahrungen beim Nikotinentzug erkundigt sich der Arzt noch mehrmals im Gespräch nach der *Stabilität* ihrer bisher bekundeten *Einsichten* und *Absichten*, wie er dies schon vorausgehend begonnen hatte (05A: „ich will wissen: wie weit sind Sie zur Einsicht gekommen“). Hier bringt die Patientin einerseits ihre *subjektiven* Erfahrungen zum Ausdruck, bei denen auch die Begleiterscheinungen des Hustens schon im Alltag (hier ausgelassen in Familie, Beruf, usw.) als störend eingeschätzt werden, andererseits zitiert sie *objektivierend* die dringlichen Warnungen der ärztlichen Autoritäten, die sie sich ganz zu Eigen macht (B 22.5). Dabei geht die *mentale* Übernahme der ärztlichen Warnungen einher mit einem *emotionalen* Erleben der drohenden körperlichen Gesundheitsstörungen, so dass die Patientin „irgendwie Angst bekommen“ hat.

B 22.5 „und da hab ich irgendwie Angst bekommen“

- 01 P und äh kann das sein . auch irgendwie ne Durchblutungsstörung durch's Rauchen? . wie ich im Krankenhaus jetzt jelegen hab . hier die linke Seite, ne? ... da wurde das Bein und der Fuß
- 02 A hm . hm .
- 03 P so die äh Reflexe abgehört, ne? . und irgendwie war der linke ganz anders wie der rechte . und da hab ich irgendwie Angst bekommen [...]
- 04 A [...]
- 05 P und da hab ich irgendwie'n bisschen Angst bekommen .
- 06 A berechtigte Angst .

In den hier ausgelassenen Sequenzen bejaht der Arzt die Frage der Patientin (01) nach möglichen Durchblutungsstörungen, die bei Rauchern gehäuft auftreten würden, und kündigt seine eigenen Untersuchungen im Anschluss an das Gespräch an. Zugleich nimmt er die *Angst* der Patientin auf, indem er sie als „berechtigte Angst“ qualifiziert. Anders als in idiomatischen Wendungen, nach denen „Angst“ häufig als „schlechter Ratgeber“ charakterisiert wird, kann die „Angst“ nach dieser Relevanz-

22. Vorgehen abstimmen

hochstufung („berechtigte Angst“) in diesem Fall auch als „guter Ratgeber“ für eine dringliche Verhaltensänderung fungieren; jedenfalls kann dies vom Arzt so gemeint und von der Patientin auch so verstanden worden sein. Nach weiteren Sequenzen kommt es im Folgenden zu einer Zwischenbilanz, in der der Arzt erneut nach der *Einsicht* und dem *Willen* fragt, woraufhin die Patientin erneut ihre Motivation bekundet (B 22.6), das Rauchen „hauptsächlich der Gesundheit wegen“ aufzugeben.

B 22.6 „also . ich möchte wirklich aufhören“

- 01 A also, ich habe viele Patienten behandelt, auch Kettenraucher (...) aber der Wille muss selbstständig sein .
- 02 P ja .
- 03 A man kann nicht einfach probieren, man muss selbst wollen . muss wirklich zu der Einsicht gekommen sein, dass Rauchen nicht nur äh . Geld wegschmeißt und äh . sondern auch wegen der Gesundheit .
- 04 P ja .
- 05 P ach wegen Geld nicht, also hauptsächlich wegen der Gesundheit . also . ich möchte wirklich aufhören .

Der mehrmalige Appell des Arztes an den „Willen“ und die „Einsicht“ der Patientin wird von ihr offenbar ohne Einschränkung verstanden und entsprechend beantwortet, indem sie nochmals eine dezidierte Erklärung und Begründung ihrer Absicht gibt, deren *Glaubwürdigkeit* und *Ernsthaftigkeit* noch verstärkt („wirklich“) *beteuert* wird. Mit dieser Beteuerung hat das Aufklärungs- und Motivationsgespräch vorerst eine hinreichende Sättigung erreicht. Unter vielen Aspekten der Kontrollüberzeugung haben sich beide Gesprächspartner im Prozess einer gemeinsamen Entscheidungsfindung verständigen können, in deren Verlauf sich die *Einsicht* und der *Wille* der Patientin als hinreichend tragfähig erwiesen hat. Der Arzt setzt dann unter ausgewählten biopsychosozialen Aspekten die Anamneseerhebung fort, bevor er wie angekündigt zur körperlichen Untersuchung übergeht.

Während im vorausgegangenen Gespräch eine große Bandbreite von Kontrollüberzeugungen zur Sprache kam, soll im folgenden Gespräch, in dem derselbe Arzt die Raucherentwöhnung ebenfalls ausführlich mit einer anderen Patientin bespricht, lediglich auf den Aspekt der Ge-

wichtskontrolle fokussiert werden (B 22.7), der für die Patientin von besonderer Relevanz ist.

B 22.7 „also es liegt an einem selber?“

- 01 A hm .
- 02 P was muss man, was müsste ich dagegen tun, um mein Gewicht behalten zu behalten, wenn ich jetzt aufhöre zu rauchen .
- 03 A warum meinen Sie äh . werden Sie dicker? .
- 04 P weil allgemein gesagt wird . jeder, der aufgehört hat, ist dicker/ wird dicker .
- 05 A gut ... viele kompensieren sich nach der Raucherentwöhnung, indem sie ein bisschen mehr essen .
- 06 P aha . nee .
- 07 A aber Sie äh ...
- 08 P also ich mach äh . nebenher Fitnessstraining ... äh . esse bewusst . weil ich eben auch letztes Jahr ne Diät gemacht haben und hab bis jetzt mein Gewicht immer so behalten können ... also es liegt an einem selber? .
- 09 A hm .

Offenbar fürchtet die Patientin zunächst einen Kontrollverlust, bei dem sie ihr Gewicht nicht mehr selbst regulieren könnte. Der Arzt versucht hier eine Beruhigung unter der Voraussetzung, dass sie bei der Raucherentwöhnung nicht der Kompensation durch vermehrtes Essen unterliegen würde. Da das Gewicht in Abhängigkeit von ihrem eigenen Verhalten nunmehr allein wieder unter ihrer Kontrolle steht, kann die Patientin ihrer Zuversicht mit einer *internalen Kontrollüberzeugung* Ausdruck verleihen. Aufgrund einschlägiger Vorerfahrungen (*Fitnessstraining, Diät*) kann sie im Sinne einer *Selbstwirksamkeit* durchaus selbstbewusst auf eine entsprechende Selbstdisziplin setzen, mit der sie die anstehenden Probleme, die sich als Versuchungen beim Essverhalten darstellen könnten, entsprechend zu meistern glaubt.

In einem immer noch fragenden Tonfall zieht die Patientin als Vergewisserung gegenüber ihrem Arzt schließlich eine Schlussfolgerung, nach der sie selbst das allein *verantwortliche Handlungssubjekt* bleibt („also es liegt an einem selber?“). Auch im weiteren Gesprächsverlauf bleibt die vom Arzt „verordnete“ gesunde Ernährung (nichts „Fettiges“ oder „Süßes“) für die Patientin ebenso handhabbar wie die „empfohlene“ zusätzliche Bewegung an der „frischen Luft“. Auch hier hat die Patientin

die stabile Kontrollüberzeugung, die ärztlichen Verhaltensanweisungen entsprechend befolgen zu können.

22.2.3 Ambivalenzen berücksichtigen

Je nach Patiententyp und Behandlungsmaßnahme muss nicht nur mit *interindividuellen*, sondern auch *intraindividuellen* Unterschieden bei den Kontrollüberzeugungen von Patienten gerechnet werden, die Auswirkungen auf ihre spätere (Non-)Adhärenz haben können. Wer als Patient ohne weiteres eine Diät einhalten oder sich dauerhaft einer Herzsportgruppe anschließen kann, wird vielleicht bei der Verordnung von Medikamenten dennoch non-adhärent sein (§ 26). So können Patienten die Einnahme bestimmter Medikamente ablehnen, weil sie bestimmte Nebenwirkungen befürchten, bei denen der Kontrollverlust als Identitätsverlust erlebt werden kann („Ich bin nicht mehr ich selbst“). Ein solcher Kontrollverlust, der die eigene Selbstwahrnehmung betrifft, mag etwa bei der Einnahme von Schmerzmitteln (Analgetika) oder Psychopharmaka (u.a. Anxiolytika, Antidepressiva, Neuroleptika) so erlebt werden, etwa bei der Krankheitsverarbeitung nach Herzinfarkt (Albus, Köhle 2017) (§ 29). Der befürchtete oder auch schon erlebte Kontrollverlust wird dann etwa von den Patienten in vielfältigen *idiomatischen Wendungen* zum Ausdruck gebracht wird („nicht mehr der Alte sein“, „neben sich stehen“, „sich wie fremdgesteuert fühlen“, „wie in Watte gepackt sein“ usw.). Unabhängig von solchen spezifischen Kontrollverlustängsten gibt es weiterhin inter- und intraindividuelle Unterschiede, nach denen Patienten etwa bei Schmerzen sofort den Arzt aufsuchen, weil sie das „Schlimmste“ befürchten, aber Vorsorgetermine verstreichen lassen, weil sich die damit verbundenen „Unannehmlichkeiten“ und „Sorgen“ eher „verdrängen“ lassen.

Dass bei ein und demselben Patienten nicht in allen Gesundheitsbelangen von homogenen Kontrollüberzeugungen mit einem entsprechend allgemeinen Gesundheitsverhalten ausgegangen werden kann, wird im weiteren Gesprächsverlauf am vorausgegangenem Beispiel zur Raucherentwöhnung deutlich. Ohne besonderen Themenanlass macht dieselbe Patientin, die zuvor gerade ihre Einsichten und Absichten hinsichtlich der Raucherentwöhnung entschieden erklärt hat, ihrem Arzt gegen Ende des Gesprächs eine Art „Geständnis“, nach dem sie sich selbst insgesamt explizit als „schlechte“ Patientin (B 22.8) einschätzt.

B 22.8 „ich bin ein schlechter Patient, ne“

- 01 A hm .
- 02 P ich bin, bin'n schlechter Patient, ne ? .äh . ich brauche lange, um . den Mut aufzubringen . wenn ich irgendwas habe, zum Arzt zu gehen .
- 03 A hm .
- 04 P zum Beispiel nur, nächste Woche gehe ich seit zehn Jahren zum ersten Mal zur Vorsorge .
- 05 A (oh je!) .
- 06 P aber momentan . ich ... weiß nicht . ich hab momentan den Gesundheitstrip drauf ... und ich will das ... ich hab jetzt nun nen richtig sturen Kopf und ich möchte das und will das .
- 07 A das ist auch sehr schön .

Was der Patientin offenbar bisher generell sehr schwer fiel, scheint ihr im aktuellen Fall besonders leicht zu fallen. Insgesamt entbehren ihre offenen Bekundungen nicht einer gewissen Selbstwidersprüchlichkeit, die auch dem Arzt nicht entgangen sein dürfte. Einerseits beklagt die Patientin ihren allgemeinen Mangel an Mut für Arztbesuche, wofür sie selbst als Beispiel die langjährige Vermeidung der Vorsorge anführt, während sie andererseits mit einer adversativen Überleitung („aber ...“) ihren „momentanen Gesundheitstrip“ *kontrastiv* dagegen setzt, den sie mit „sturem Kopf“ zu verfolgen beabsichtigt. Gerade weil sie in dieser selbstkritischen Perspektive eine allgemeine Vermeidungstendenz gegenüber Arztbesuchen mit ihrem aktuellen „Gesundheitstrip“ vergleicht, könnten beim Arzt gewisse Zweifel aufkommen, welche Verhaltensweise sich angesichts ihrer *kognitiven Dissonanzen* schließlich zukünftig durchsetzen wird, oder anders: ob sie ihren „sturen Kopf“ im aktuellen Fall der Raucherentwöhnung beibehalten wird.

Auch bei individuellen Patienten kann selten von einem generellen Gesundheitsverhalten qua *stabiler* Kontrollüberzeugungen ausgegangen werden. Vielmehr sind Ambivalenzen gegenüber verschiedenen Herausforderungen an das konkrete Gesundheitsverhalten zu berücksichtigen, auf die der Arzt in seiner Rolle als *signifikanter Anderer* ja durchaus in „positiver“ Richtung Einfluss nehmen kann. Diese Einflussnahme sollte sich in dialogischen Prozessen vollziehen, in denen die Kongruenz von Einstellungen und Verhaltensweisen nachhaltig gesichert wird.

Ambivalenzen kommen in Gesprächen selten so manifest zum Ausdruck wie im vorausgegangenen Beispiel, in dem die Patientin ihre wi-

derstreitenden Tendenzen offen formuliert. Insofern sollten Ärzte auch für latente Ambivalenzen hellhörig sein. Ob sie die wahrgenommenen Ambivalenzen ihrerseits gegenüber ihren Patienten explizit kommunizieren, ist sicher auch eine Frage des Entwicklungsstandes einer vertrauensvollen Beziehung, worauf wir ebenfalls noch mit einem Beispiel zur Patientenaufklärung zurückkommen (§ 22.3). Gegebenenfalls sind Ambivalenzen nicht *konfrontativ*, sondern in einer *tangentialen* Gesprächsführung zu thematisieren (§ 3, 17), die die Reflexionen von Patienten anregen, aber nicht erzwingen soll. Im vorliegenden Fall reagiert der Arzt auf das Vermeidungsverhalten der Patientin mit einer kurzen Rückmeldung, die wie ein „oh je!“ klingt, belässt es aber zunächst dabei und verstärkt (07A: „das ist auch sehr schön“) dann die aktuelle Entscheidung der Patientin, deren Gültigkeit eben nicht hinterfragt, sondern für ihr zukünftiges Verhalten anerkannt wird.

Insgesamt sollten Ärzte zwar nicht grundsätzlich gegenüber den explizit erklärten Einsichten und Absichten von Patienten misstrauisch werden, aber doch für mögliche Ambivalenzen sensibel bleiben, mit denen in der Gesprächspraxis immer wieder zu rechnen ist. Unter diesen Ambivalenzen können Patienten ebenso selbst leiden wie infolgedessen ihre Ärzte mitbetroffen sind, zumal wenn sich die Folgen in einer Non-Adhärenz niederschlagen sollten. Da in Sachen „Kontrollüberzeugung“ nicht immer mit den ersten Initiativen der Erkundung und Bekundung zugleich „das letzte Wort gesprochen“ sein muss, sollten sich Ärzte auf die Ambivalenzen ihrer Patienten professionell einstellen. Wie an weiteren Beispielen deutlich wird, können sich die Ambivalenzen selbst dann noch „Bahn brechen“, wenn Entscheidungen schon endgültig gefallen zu sein scheinen, was dann zu erneuten Aushandlungsprozessen führt.

22.3 Bisherige Befunde erklären

Während die *Kunst einer dialogischen Aufklärung* schon im Theorieteil des Lehrbuchs ausführlich erörtert wurde (§ 10.5), sollen nachfolgend mehr oder weniger gelungene Praxisfälle vorgestellt werden. Dabei orientierten wir uns an dem „Ask-Tell-Ask“-Schema der Gesprächsführung, das inzwischen eine breite Anwendung erfahren hat (z.B. Barrier et al. 2003, Back et al. 2005, 2008, Kemp et al. 2008, Goodlin et al. 2008, Schell, Arnold 2012, Hausteiner-Wiehle, Henningsen 2015, NKLM 2015). Im Kontrast zu *positiven* Anker-Beispielen (*best practice*) einer

dialogischen Aufklärung soll aber zuvor am *negativen* Fall einer *monologischen* Aufklärung aufgezeigt werden, wie Ärzte sich ihrer juristischen Aufklärungspflicht in „Vortragsform“ entledigen können, ohne sich dabei „in ein Gespräch ziehen“ zu lassen.

22.3.1 Aufklärungsmonologe vermeiden

Dass eine *dialogische* Aufklärung, die sich zunächst am Wissensstand und Wissensbedarf individueller Patienten orientiert, keine Selbstverständlichkeit ist, lässt sich an einem empirischen Beispiel aus einer älteren Studie von Mann (1984) illustrieren. Obwohl die einzelnen Maßnahmen bzw. Operationen unter einem rein medizinisch-chirurgischen Aspekt inzwischen „überholt“ sein mögen, kommt der Studie von Mann das Verdienst zu, bereits in einem frühen Stadium der empirischen Forschung zur Arzt-Patient-Kommunikation verschiedene Fälle *dialogischer* und *monologischer* Aufklärung in einer empirischen Materialsammlung zu Übungszwecken auch in der Lehre kontrastiv gegenübergestellt zu haben. Wir geben hier zu Illustration lediglich den gekürzten Anfang eines 7,5 Minuten dauernden präoperativen Ausklärungsgesprächs wieder (B 22.9), in dem ein Patient über eine bevorstehende Kniegelenksoperation aufgeklärt werden soll. Das Aufklärungsgespräch wird in Anwesenheit eines zweiten Arztes durchgeführt, der über seine Funktion als „Zeuge“ der Aufklärung hinaus gelegentlich (18 A2) unterstützend eingreift.

B 22.9 „was rausgenommen, am Calcaneus, das ist also eine Bursa“

01 A1 Herr X., folgendes, wir haben also doch da unten was rausgenommen, am Calcaneus, das ist also eine Bursa. Und dann haben Sie wohl einen Anfang einer PCP, d.h. so‘ ner rheumatischen Erkrankung, und die fängt sehr häufig an auch sich auszubreiten in Gelenksschleimhäuten, und deshalb muß man annehmen, daß das an den Kniegelenken genauso wie an den, an den Fingern diese Veränderungen zu diesem Krankheitsbild gehören. Und jetzt ist es sinnvoll, die Gelenksschleimhaut zu entfernen, der betroffenen Gelenke, weil da Antikörper oder ... die Krankheit unterhaltende äh Partikel gebildet werden. Und aus dem Grunde war empfohlen worden, Ihnen am Kniegelenk ne Synovektomie

22. Vorgehen abstimmen

zu machen, das heißt, diese Gelenksschleimhaut zu entfernen ... In seltenen Fällen gibt's dann Komplikationen, die ich hier aufgeschrieben hab, das ist einmal die der Wundheilungsstörung, Nervenstörung, da gibt es einen Nerv, der die Vorderseite des Schienbeins mit versorgt. Das kann nach der Operation, und wenn man den, je nachdem, wenn der atypisch verläuft, durchschneidet, beim Hautschnitt, dann kann das taub werden [...] sondern man macht das subdotal, nicht, soweit man's bekommen kann. Und dann als weitere Komplikation Bewegungseinschränkungen, die bis zur Versteifung des Kniegelenkes führen kann. Das sind mehr juristisch angesprochene Komplikationen, können aber durchaus auftreten.

02 P Ja ist denn eine Operation unbedingt nötig?

03 A1 Sollte man, ja und zwar aus dem Grunde: [...] [...] [...]

12 P Doch, mit der Operation, das möchte ich mir noch mal überlegen.

13 A1 Hmm, äh, hm, wie lange glauben Sie, daß Sie sich das noch mal überlegen wollen?

14 P Ein, zwei Tage.

15 A1 Hmm. Wir müssen dann nur gucken, daß wir Sie dann wieder vom Op.-Plan runterkriegen, nich.

16 P jaa.

17 A1 Und die Chance, Sie dann wieder drauf zu kriegen, ist immer unheimlich schlecht [...]

18 A2 Ja nun muß man klarstellen, daß es um einen, einen prophylaktischen Eingriff geht, um spätere Schäden zu verhüten [...] Das ist ähnlich wie ein Unterbodenschutz im Auto, nicht, das äh äh ist zwar kein gutes Beispiel, aber, das muß auch nicht sein. /Hm/, nicht, aber das hat schon seinen Sinn [...]

Die dialogische *Asymmetrie* des Gesprächs bzw. ärztliche *Dominanz* wird allein im Verhältnis der Redeanteile der Gesprächspartner manifest. Dem ersten hier schon gekürzt wiedergegebenen Redebeitrag des aufklärenden Arztes, der von einem zweiten Arzt [=A2] noch unterstützt wird, folgen weitere lange Beiträge, die nur von kürzeren Fragen bzw. Antworten des Patienten „unterbrochen“ werden. Obwohl in einer Aufklärungsphase der Sache nach das Wort zwischenzeitlich wesentlich dem Arzt zufallen kann (§ 17.3), sollte er dieses *Redeprivileg* keineswegs

zu „Vorträgen“ nutzen, denen ein Laie ohnehin nicht folgen kann, zumal wenn sie durch spezifische Fachbegriffe geprägt sind (in weiteren Gesprächsverlauf z.B.: *chronische Polyarthritits, progredient, Antikörper* usw.). Zwar werden in wenigen Fällen Übersetzungen/Paraphrasen („das heißt ...“) angeboten, deren Verständnis aber weder implizit durch Hörersignale des Patienten angezeigt wird noch explizit durch Rückfragen des Arztes gesichert wird.

Wie schon am Ende des ersten ärztlichen Beitrags deutlich wird, geht es dem Arzt funktional wesentlich um eine juristisch relevante Aufklärungspflicht, bei der mögliche Komplikationen zumindest Erwähnung finden müssen („Das sind mehr juristisch angesprochene Komplikationen, können aber durchaus auftreten“). Dabei wird die *Risikokommunikation* (z.B. über Wahrscheinlichkeiten) nicht weiter vertieft, wie es eigentlich zum Aufklärungsstandard bei medizinischen Maßnahmen gehört (§ 3, 10, 26). Über die formal-dialogische und inhaltlich-funktionale Dominanz des Arztes hinaus wird schon im hier wiedergegebenen Ausschnitt der Entscheidungsdruck spürbar, den der Arzt auf den Patienten interaktiv ausübt, nicht zuletzt durch die Hinweise auf die OP-Planung (15A1), aus der der Patient herauszufallen droht.

Insgesamt wird im Laufe des Gesprächs auch nach Mann (1984) die Bemühung des Arztes deutlich, „mit allen möglichen Argumenten nicht ohne Anwendung von Druck den Patienten von der Notwendigkeit der Operation bzw. von den negativen Folgen eines Rücktritts von der Operation zu überzeugen“ (1984: 127). Dass es prinzipiell auch anders gehen kann, zeigen andere Fälle seiner Materialsammlung von empirischen Gesprächen, auf die wir hier als positive Beispiele von dialogischer und verständlicher Aufklärung nur verweisen können. Empirische Gesprächsanalysen zu speziellen Problemen der Verstehenssicherung bei *präoperativen anästhesiologischen* Aufklärungsgesprächen finden sich in Klüber (2015), deren Thematik sich von der Gesprächseröffnung über die Struktur und Funktion des Aufklärungsverfahrens bis zur schriftlichen Einwilligung des Patienten erstreckt. Dem spezifischen Problem der schriftlichen Einwilligung („Unterschrift“) gehen auch Bührig, Meyer (2007) nach. Weitere zumeist „problematische“ Beispiele zur Patientenaufklärung werden bei der Visitenkommunikation angeführt (§ 24). Im Folgenden soll jedoch der Mangel an Aufklärung anhand von „positiven“ Beispielen aus der hausärztlichen Gesprächspraxis aufgezeigt werden, in der die Hausärzte die „Versäumnisse“ ihrer Kollegen aus der Klinik und Facharztpraxis häufig „stellvertretend“ kompensieren müssen. Dabei müssen die Versäumnisse als Wissensdefizite der

Patienten oft erst durch Nachfragen exploriert werden, bevor sie dann durch entsprechende Informationen behoben werden können.

22.3.2 Dialogische Aufklärung: Ask–Tell–Ask

Die Asymmetrie des Wissens zwischen Laien und Experten kann nicht prinzipiell aufgehoben, aber der notwendige Informationsaustausch zwischen den Gesprächspartnern zu beider Nutzen in dialogischen Formen vermittelt werden (§ 10). Die Aufklärung von Patienten kann kaum in einer *monologischen Ein-Weg-Kommunikation* gelingen, in dem sie mit einem quasi-wissenschaftlichen Vortrag („ex cathedra“) konfrontiert werden, der einem bloß „objektiven“ Standard einer „vollständigen“ Informationsvermittlung genügt, die zwar einer juristischen Aufklärungspflicht entsprechen mag (§ 39), aber die Rezeptionsfähigkeit von Patienten schnell übersteigt.

Insofern Patienten durch eine Informationsflut auch „schwindlig“ geredet werden können, droht die Gefahr einer „Zustimmung aus Verwirrung“ (*confused consent*) (§ 10.7). Um einen Pseudo-Konsens zu vermeiden, muss sich der Arzt auf die *individuelle Wirklichkeit* seiner Patienten gesprächsweise einlassen, das heißt die Form des Dialogs wählen, in der *Mitteilen* zu einem „Mit-einander-teilen“ führt (Uexküll 1987). Bevor es schließlich zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (*shared decision making*) kommen kann, sind die Informationen zwischen den beiden Gesprächspartnern (*shared information*) so auszutauschen, dass vor allem der individuelle Wissensstand und Wissensbedarf des Patienten berücksichtigt werden kann.²

Die wesentlichen Aspekte eines dialogischen Prozesses des Verstehens und der Verständigung sind mit dem *Ask–Tell–Ask*-Schema der Gesprächsführung beschrieben worden, das inzwischen eine breite Anwendung gefunden hat (z.B. Barrier et al. 2003, Back et al. 2005, 2008, Kemp et al. 2008, Goodlin et al. 2008, Schell, Arnold 2012, Hausteiner-Wiehle, Henningsen 2015, NKLM 2015). Zur weiteren Orientierung ge-

² Dass der Wissensbedarf nicht konstant ist, sondern sich bei einer guten strukturierten und motivierenden Gesprächsführung laufend steigern kann, hatten wir vorausgehend (§ 10) bei der Begründung einer dialogischen Aufklärung und Entscheidungsfindung ausgeführt. Auch in einer patientenorientierten Aufklärung müssen bei der Vermittlung der notwendigen Informationen grundsätzlich auch die juristisch relevanten Aufklärungspflichten (§ 10, 39) wahrgenommen werden.

ben wir hier in Auszügen die Überblicksdarstellung von Back et al. (2005) (Box 22.3) wieder, in der zugleich eine Reihe von konkreten Arzt-Fragen enthalten sind, deren Beantwortung wiederum die weiteren patientengerechten Informationsvermittlungen anleiten können.

Box 22.3 Ask – Tell – Ask

Ask the patient to describe his/her current understanding of the issue. This will help you craft your message to take into account the patient's level of knowledge, emotional state, and degree of education. Some sample questions to open your conversation include:

- What brings you here today?
- What is the most important issue for us to talk about today?
- To make sure we are on the same page, can you tell me what your understanding of your disease is?
- What have your other doctors been telling you about your illness since the last time we spoke?

Tell the patient in straightforward language what you need to communicate - the bad news, treatment options, or other information. Stop short of giving a long lecture or huge amounts of detail. Information should be provided in short, digestible chunks. A useful rule of thumb is not to give more than three pieces of information at a time. Avoid medical jargon.

Ask the patient if he/she understood what you just said. This gives you the opportunity to check his/her understanding. Did he/she get the facts straight? Is his/her understanding appropriate? Did he/she hear what was said? Consider asking the patient to restate what was said in his/her own words. This will give him a chance to ask questions, which will tell you where to go next – what details to elaborate, what implications to discuss, what things to repeat. For example, you could say, “Who are you going to tell about this visit when you get home?” or “To make sure I did a good job of explaining this to you, can you tell me what you are going to say?”

Back et al. 2005: 166

Einige der Frage-Typen vor allem aus der ersten Frage-Runde sollten natürlich schon im Anamnesegespräch (§ 9, 19-21) gestellt und beantwortet worden sein, so etwa auch die Frage nach dem *subjektiven Krankheitsverständnis* von Patienten (§ 21.5). Ebenso stellen Fragen zur Verständnissicherung zwischen Arzt und Patient eine Daueraufgabe dar

22. Vorgehen abstimmen

(§ 9.2, 19.5), die allerdings in Aufklärungsphasen von Gesprächen eine besondere Rolle spielt, weil Patienten mit den dort verhandelten Themen zumeist unvertraut sind. Hier können in der 2. Fragerunde spezifische Fragen nach dem Verständnis durch Wiederholung „in den eigenen Worten“ von Patienten ein nützliches Verfahren zu Verständnissicherung überhaupt sein. Dass die ärztliche Informationsvermittlung selbst in kleinen und „verdaulichen“ Portionen (*digestible chunks*) zu erfolgen hat und der Gebrauch eines „medizinischen Jargons“ zu vermeiden bzw. entsprechend alltagssprachlich verständlich zu erläutern ist (§ 10, 26, 27), bedeutet in der Gesprächspraxis gegebenenfalls, zunächst einen kommunikativen *Mehraufwand* leisten zu müssen,

Sobald Ärzte den Informationsbedürfnissen und Rezeptionsfähigkeiten ihrer Patienten zu folgen bereit sein, müssen sie deren Verständnis im laufenden Gespräch durch Nachfragen entsprechend regelmäßig kontrollieren und ihre weiteren Informationen schrittweise darauf abstimmen, das heißt je nach erkennbarem (Un-)Verständnis ihrer Patienten den aktuell erreichten Wissenstand korrigieren, modifizieren, komplettieren usw. So kann sich eine ausgeprägt *repetitive* Struktur (Ask-Tell-Ask-Tell-Ask etc.) entwickeln, die wie bei allen dialogischen Kommunikationsprozessen zunächst als zeitintensiver erscheinen mag, jedenfalls im unmittelbaren Vergleich zur monologischen Aufklärung (§ 22.3.1), in der die Informationen *en bloc* vermittelt werden – mit welchen kurz- und langfristigen Rezeptionseffekten auch immer.

Der Mehraufwand bei der dialogischen Aufklärung kann sich jedoch beizeiten „amortisieren“, wenn Patienten zu einer „informierten Zustimmung“ (*informed consent*) gelangen, die sich etwa bei ihrer späteren *Adhärenz* als langfristig tragfähig erweist. Dagegen sind „schlecht“ informierte Patienten erwiesenermaßen Kandidaten für eine *Non-Adhärenz*, mit allen negativen Folgen für ihre individuelle Gesundheit und die gesellschaftlichen Folgekosten (§ 10, 26). Die Defizite bei der Aufklärung schlagen sich allerdings nicht nur in objektivierbaren Folgekosten nieder, sondern in den Sprechstunden selbst, in denen beide Partner gleichermaßen unter ihrer *Unzufriedenheit* leiden können. Aufseiten der Patienten führt die Unzufriedenheit nicht selten zum Abbruch und Wechsel der Beziehung („*doctor hopping*“), der wiederum mit weiteren Folgekosten (allein durch Mehrfachbehandlungen) verbunden sein kann.

Für Forschungszwecke zur defizitären Aufklärung erweisen sich allerdings gerade solche Sprechstunden als ausgezeichnete „Studienobjekte“, in denen Patienten das inadäquate Aufklärungsverhalten von

vorbehandelnden Ärzten gegenüber ihrem aktuell behandelnden Arzt in der laufenden Sprechstunde beklagen. Auslöser für die Klagen sind oft die ärztlichen Fragen, die der aktuelle Behandler nach dem *Ask-Tell-Ask*-Schema stellt, so etwa mit dem einschlägigen Fragentyp aus der 1. Frage-Runde: „What have your other doctors been telling you about your illness since the last time we spoke?“ (Box 22.3). Sollte vom Vor- oder Mit-Behandler bereits eine bestimmte Verordnung eingeleitet oder gar eine Operation anberaumt worden sein, stellen sich in Abwandlung des Grundtyps etwa Fragen dieser Art: „Was haben Sie verstanden, warum und wie Sie die Medikamente einnehmen sollen?“ oder im Falle einer Operation: „Wissen Sie, was mit Ihnen (aus welchen Gründen) gemacht werden soll?“ Sind Patienten nicht in der Lage, ihr Verständnis „in ihren eigenen Worten“ mitzuteilen (Box 22.3), kommt der aktuell behandelnde Arzt automatisch unter eine entsprechende Aufklärungspflicht. Hier werden oft Hausärzte besonders herausgefordert, die die mangelhafte Aufklärung der *klinikseitigen* oder *fachärztlichen* Vor- oder Mit-Behandler „stellvertretend“ kompensieren müssen.

Ihre Kompensation besteht dann in der Initiierung oder Fortsetzung des *Ask-Tell-Ask*-Schemas, dessen patientengerechte Anwendung „andernorts“ mehr oder weniger „versäumt“ wurde. Ohne in ein Kollegen-„Bashing“ zu verfallen, lässt sich hier für Forschungszwecke methodisch ein „natürliches“ Design nutzen, in dem die andernorts entstandenen Defizite der ärztlichen Aufklärung gleichsam „im Spiegel der aktuellen Sprechstunde“ studiert werden. Dazu sollen nachfolgend auch die empirischen Gesprächsanalysen aus verschiedenen hausärztlichen Sprechstunden beitragen, in denen sich das problematische Verständnis von ungenügend aufgeklärten Patienten offenbart.

Dabei geht es nicht nur in einem ersten Schritt um die Erkundung und Vermittlung des *Wissens* (§ 22.3.3), sondern in einem zweiten Schritt auch um das *Vertrauen* zum Arzt (§ 22.3.4), das dieser über die „reine“ Informationsvermittlung hinaus aufbauen muss, um dem Patienten hinreichende *Wissenssicherheit* zu geben.

22.3.3 Wissen erkunden und vermitteln

Wer Wissen vermitteln will, muss den Wissensstand seines Gesprächspartners kennen, um daran anknüpfen zu können. In ärztlichen Sprechstunden bringen Patienten ihr „Vorwissen“ oft in terminologischen Formen ein, die sie aus ihren Vorbehandlungen gleichsam zitie-

22. Vorgehen abstimmen

rend übernehmen, ohne über das entsprechende Verständnis zu verfügen. Dabei kommt es oft zu einer Mischung von Alltags- und Fachsprache, die zu pseudo-professionellen Kategorisierungen führen kann (Löning 1994, Brüner, Gülich 2002). Vor einem Pseudo-Verständnis und –Gebrauch von Fachtermini haben bereits Morgan und Engel gewarnt, insbesondere wenn dies mit einer unkritischen Übernahme der vom Patienten genannten Diagnose verbunden ist: „Denn vielleicht hat der Patient etwas falsch verstanden oder die Diagnose kann aufgrund neuer Erkenntnisse unvollständig oder falsch sein“ (1977: 52). Allein um derartige Risiken von Missverständnissen und Pseudo-Verständigungen zu begegnen, ist das verbalisierte Wissen von Patienten auf einen „Prüfstand“ zu stellen, von dem beide Gesprächspartner profitieren können, wenn die Ergebnisse der Prüfung zu mehr Klarheit führen. Die Relevanz der Wissensprüfung vor der Wissensvermittlung soll exemplarisch in folgenden Gesprächsbeispielen aufgezeigt werden.

Kardiologischer Befund: „Wie haben Sie das verstanden?“

Im folgenden Beispiel stellt der Arzt das Vorwissen der Patientin auf den Prüfstand, indem er nach dem *Ask–Tell–Ask*-Schema wiederholt das Patienten-Verständnis erfragt und hinterfragt. Im Erstgespräch beim Hausarzt erzählt die Patientin eine lange Patientengeschichte mit vielen Stationen und Behandlungen/Operationen in Kliniken und Facharztpraxen (u.a. beim „Kardiologen“), wobei es unter anderem um – wie sie selbst sagt – ihre „Herzrhythmusstörungen“ ging. Zum Hausarztbesuch hat sie nachträglich zugeschickte „Befunde“ vom „Kardiologen“ mitgebracht, die der Hausarzt während der Sprechstunde im laufenden Gespräch kaum rezipieren kann oder will (B 22.10: 05A: „das muss ich mir noch mal detailliert zu Gemüte führen“). Vielmehr fragt der Arzt in einer Variante der Fragetypen aus dem *Ask–Tell–Ask*-Schemas (Box 22.3) die Patientin nach ihrem subjektiven Verständnis, wobei er zugleich sich selbst als Hörer anbietet (07A: „Und wie haben Sie das verstanden, wenn Sie’s mir erklären müssten?“) und später (B 22.10) noch alternativ den Ehemann als potenziellen Adressaten ihrer Erklärung ins Spiel bringt.

B 22.10 „Und wie haben Sie das verstanden, wenn Sie’s mir erklären (...)?“

- 01 A [Sie haben- .
02 P [jetzt weiß ich nicht, der EK/Langzeit-EKG-Befund, da werde ich auch nicht schlau draus ... (3) ...
03 A vom siebten März? .
04 P hm .
05 A ah so, das ist dasselbe, ja (6) da muss ich mich vielleicht dann noch mal ah ja ... (3) ... da müsst/da müsste ich mir noch mal äh . das muss ich mir noch mal detailliert zu Gemüte führen . hat Ihnen äh . der Doktor X das erklärt? .
06 P ja .
07 A und wie haben Sie das verstanden, wenn Sie’s mir jetzt erklären müssten? .
08 P er hat gesagt, es nicht gefährlich, und ... nach’m Jahr soll ich noch mal vorbeikommen, aber nun schickte er mir noch dieses Langzeit-EKG zu, und ich weiß nicht, daraus wurde ich nicht schlau, da ist noch irgendwas dazu gekommen .
09 A hm .
10 P oder nicht? . ich wollte das sowieso mal erklärt haben .

Die Patientin meldet zunächst eigeninitiativ ihren Klärungsbedarf an (02: „da werde ich auch nicht schlau draus“). Nachdem sie die Frage des Arztes (05), ob ihr „der Doktor X das erklärt“ hat, durchaus bejaht (06), stellt der aktuelle Arzt seine erste Frage nach ihrem Verständnis, wobei er zunächst sich selbst auf dem Niveau eines professionellen Hörers anbietet (07: „Wenn Sie’s mir jetzt erklären müssten“). So nach ihrem Verständnis gefragt, bekundet die Patientin nach dem Zitat einer generellen Einschätzung des Kardiologen (08: „er hat gesagt, es ist nicht gefährlich“) erneut ihr spezifisches *Nicht-Wissen* („daraus wurde ich nicht schlau“) in Bezug auf eine unklare Zusatzinformation aus dem nachträglich zugeschickten Befund, die sie offensichtlich irritiert bis besorgt sein lässt („aber [...] da ist noch irgendwas dazu gekommen“). Obwohl die Patientin erneut Klärungsbedarf anmeldet (10P: „ich wollte das sowieso mal geklärt haben“), unternimmt der Arzt zur Vergewisserung einen weiteren Anlauf (B 22.11), sich nach dem Vorwissen und Verständnis der Patientin zu erkundigen.

22. Vorgehen abstimmen

B 22.11 „so verstanden (...) haben Sie's nicht“ – „nee!“

- 11 A ja . also sagen wir mal . so verstanden, dass sie es jetzt Ihrem Mann oder mir erklären könnten .
- 12 P hm .
- 13 A haben Sie's nicht .
- 14 P nee! .
- 15 A verstehen Sie . ich will Sie nicht examinieren .
- 16 P hm .
- 17 A sondern ich will verstehen, was Sie für eine Vorstellung von dem Befund haben .

Wiederum in Abwandlung der Fragetypen aus dem *Ask-Tell-Ask*-Schema (Box 22.3) baut der Arzt mit diesem weiteren Gesprächsschritt (11A) eine *alltagssprachliche* Brücke zum *Alltagsverständnis* der Patientin: Indem der Arzt noch hinter sein eigenes Niveau eines *professionellen* Hörers zurückgeht und ihren Ehemann als exemplarischen Adressaten der Erklärung imaginiert, könnte die Patientin nun „in ihren eigenen Worten“ auf dem Niveau eines *Laien* für einen *Laien* (ihren Ehemann) ihr Verständnis darlegen. Aber trotz der „niedrigen Hürden“ wird auch hier die Frage nach der Möglichkeit einer Erklärung durch die Patientin kurz und bündig verneint („nee!“). Damit ist vorläufig ein Resümee gezogen, zu dem der Arzt dann im Nachhinein noch mit einem *Metakommentar* den Sinn und Zweck seiner Fragen zum Patientenverständnis erläutert, um offenbar mit einem Appel (15A: „Verstehen Sie ...“) einem möglichen Missverständnis vorzubeugen: Er wolle nicht „examinieren“, sondern „verstehen, was Sie für eine Vorstellung von dem Befund haben.“ Mit diesem *Metakommentar* formuliert der Arzt mitten im laufenden Gespräch eine allgemeine *Gesprächsmaxime*, die in der ärztlichen Gesprächsführung eine besondere Geltung haben sollte, nämlich das *Verständnis* von Patienten zu *verstehen*.

Reziprok sollten Patienten aufgrund der gemeinsamen Gesprächsarbeit die Erfahrung machen, dass ihre Ärzte dieser Gesprächsmaxime folgen, weil sie aus professionellen Gründen ein Interesse am subjektiven Verständnis ihrer Patienten haben – was im aktuellen Fall exemplarisch zum Ausdruck kam. Wie überall beim Handeln, sind die Handelnden zugleich lernende Subjekte, so dass langfristig auch von einer reziproken Einsicht in den Gesprächsnutzen gewonnen werden kann, der

durch eine Offenlegung des subjektiven Verständnisses von Patienten in der Sprechstunde möglich ist.

Im Anschluss an den längeren Exkurs des Arztes zur Exploration des subjektiven Verständnisses der Patientin wird das ausführliche Anamnesegespräch fortgesetzt, in dem die Beschwerden und die weitere Kranken- und Lebensgeschichte umfänglich zur Sprache kommen. Zum Ende des Gesprächs erneuert der Arzt seine bereits gegebene Zusage der weiteren *Klärung* der *Befunde* (05A: „mal detailliert zu Gemüte führen“), bevor er dann seinerseits die körperliche Untersuchung der Patientin noch im selben Sprechzimmer einleitet.

Operation: „Haben Sie verstanden, was da gemacht wird?“

Während im vorausgegangenen Fall der Mangel an Aufklärung lediglich festgestellt, aber noch nicht unmittelbar im laufenden Gespräch kompensiert werden konnte, gelingt dem Arzt im folgenden Gespräch eine „stellvertretende“ Aufklärung, die offensichtlich bei der Patientin zur Zufriedenheit, weil auch zur Beruhigung beitragen kann. Zuvor ist aber schon das Wissen zu prüfen und zu sichern, mit dem die Patientin zu ihm in die hausärztliche Sprechstunde kommt. Gleich zu Gesprächsbeginn wird der defizitäre Wissensstand der Patientin deutlich, mit dem sie offenbar aus den Sprechstunden der vorbehandelnden Ärzte „entlassen“ worden war. Die Unsicherheit der Patientin zeigt sich bereits im Umgang mit den Unterlagen („Formularen“) (B 22.12), die sie ihrem Hausarzt gleich nach der Gesprächseröffnung zukommen lässt.

B 22.12 „ja, den Hautkrebs“

- | | | |
|----|---|---|
| 01 | A | Frau X, bitte, nehmen Sie doch Platz . |
| 02 | P | äh ... ich komm am Montag nach (Orts- bzw. Klinikname), ne . |
| 03 | A | was wird da gemacht? . |
| 04 | P | [zeigt an die Nase] . |
| 05 | A | mit der Nase? . |
| 06 | P | ja . den Hautkrebs, ne ... und jetzt hab isch hier'n Formular gekriescht ... isch weiß nich, ob dat zum Ausfüllen is, oder was das is ... |
| 07 | A | ja ... die haben Ihnen das da so einfach mitgegeben? . |
| 08 | P | ja . |

22. Vorgehen abstimmen

Ohne dass hier auf den ersten Blick spezifische Anzeichen einer Berührungsangst mit einem „Tabuwort“ erkennbar wären, wird gleich zu Beginn das Grundthema der Sprechstunde auf den Begriff („Hautkrebs“) gebracht. Allerdings ist „unübersehbar“, dass die Patientin sowohl durch ihre unbestimmte Ankündigung („ich komm am Montag nach ...“) als auch durch ihre Zeigegeste zur Nase den Arzt in gewisser Weise „raten“ lässt (05A: „Mit der Nase?“), bevor sie den entsprechenden alltagsprachlichen Krankheitsnamen einführt. Ebenso ist „unüberhörbar“, dass als erstes „Anliegen“ nicht etwa mögliche Sorgen um diese aktuelle Erkrankung und ihre Behandlung vorgebracht werden, sondern die mit der Behandlung einhergehenden Organisationsprobleme, die vielleicht auch vom Arzt schon als „vorgeschobene“ Probleme wahrgenommen werden mögen.

In den hier ausgelassenen Gesprächspassagen geht es dann im Wesentlichen zunächst um weitere *Organisationsprobleme*, nämlich um Fahrten zwischen den verschiedenen Behandlern (Dermatologe, Klinik) sowie um die Fragen der Zuständigkeit für Überweisungen bzw. Einweisungen, bevor das Thema wieder auf die „Unterlagen“, die der Arzt zwischenzeitlich durchblättert, und die Erkrankung („Hautkrebs“) kommt. In seinen anschließenden Fragen (B 22.3) nach dem *subjektiven Verständnis* variiert der Arzt auch in diesem Beispiel die Grundtypen des *Ask-Tell-Ask*-Schemas (Box 22.3) in alltagsweltlich leicht verständlichen Formen: „haben Sie denn verstanden, was da gemacht wird und warum das gemacht wird . wenn die sagen ‚Hautkrebs‘, was heißt das denn jetzt für Sie?“ (A07). Obwohl gut verständlich, ist diese Anfangsfrage zugleich komplex, weil sowohl nach dem „Was“ als auch nach dem „Warum“ gefragt wird, verbunden mit der Frage nach dem subjektiven Verständnis dessen, was es für die Patientin „heißt“, wenn die [Ärzte] „sagen: Hautkrebs“. Vielleicht ist die Patientin bei aller Verständlichkeit im Einzelnen durch die komplexe Mehrfachfrage überfordert; jedenfalls verlegt sie den Fokus ihres defizitären Verständnisses zunächst auf die Unkenntnis der von den Ärzten benutzten Fachbegriffe.

B 22.13 „haben Sie denn verstanden, was da gemacht wird und ...“

- 01 A von mir jetzt? .
02 P ja . hier steht so allerhand drin . äh ...
03 A kommen Sie gar nicht mit klar...
04 P nee .
05 A was das ist, das ja auch viel Papiere und Formulare ... Jesses! .

- 06 P nee, und Sie wissen jetzt nich, was Se damit machen sollen?
nee! . und isch kann das auch nich sehen (...) krieg ich dann erst
ne neue Brille . jetzt seh ich das auch noch nicht .
- 07 A haben Sie denn verstanden, was da gemacht wird und warum
das gemacht wird . wenn die sagen: ‚Hautkrebs‘, was heißt das
denn jetzt für Sie? .
- 08 P ja ich wa ... isch kann das Fremdwort nicht behalten, das war'n
Fremdwort ... jetzt weiß isch nicht .

Angesichts der Reichhaltigkeit und Vielschichtigkeit des gesamten Gesprächs können wir hier nur auf wenige Aspekte fokussieren. Für die nachfolgend benutzen *Kategorien* aus dem Gesprächsmanual sei auf vergleichbare Ankerbeispiele zum aktiven Zuhören (§ 19) und zur *empathischen* Kommunikation rückverwiesen (§ 20). Zunächst reagiert der Arzt mit einer angemessenen *Anerkennung* der Belastungen der Patientin durch die anstehenden Organisationsprobleme. Mit der Anerkennung wird einerseits ihr Unsicherheitsgefühl an- und ausgesprochen (03A: „kommen Se gar nich mit klar“). Zum anderen gibt er authentisch seine eigenen Emotionen in einem *empathischen* Response mit einem alltagssprachlichen „Ausruf“ zu erkennen (05A: „Jesses!“). Als die Patientin offenbar verstärkt von weiteren (hier gekürzten) Organisationproblemen zu erzählen beginnt, die mit der Anpassung ihrer Brille nach Augenoperation zusammenhängen, leitet der Arzt einen Themenwechsel in Richtung des zu Beginn eingeführten Grundthemas („Hautkrebs“) ein.

Mit seinen zentralen Fragen nach dem subjektiven Verständnis der Patientin, die sich sowohl auf das Krankheitsverständnis selbst (07A: „Hautkrebs“) als auch auf die anstehende Operation (07, 09) beziehen, könnte das Gespräch schon eine Wende nehmen, die von dem vorhandenen Unsicherheitsgefühl im Umgang mit den Unterlagen allmählich zu den *primären Emotionen* der Patientin führt, wie sie später im Gespräch noch zur Sprache kommen werden. Diese ärztliche Themeneinladung wird aber von der Patientin nur bedingt angenommen, wenn sie zunächst nur ihr *Nicht-Wissen* qua Unkenntnis des „Fremdwortes“ bekundet („isch kann das Fremdwort nicht behalten (...) ich weiß es nicht“). Um von dieser *begrifflichen* Art des *Nicht-Wissens* dennoch zum *subjektiven Verständnis* der Patientin zu kommen, erneuert der Arzt in der folgenden Gesprächssequenz (B 22.14) seine spezifische Frage mit einem engeren Themen-Fokus auf ihre *Vorstellung* davon, „was da weggenommen wird“. Aber auch hier bekundet die Patientin zunächst ihr *Nicht-Wissen*, sowohl nonverbal durch Achselzucken als auch verbal:

22. Vorgehen abstimmen

„ich weiß es nicht“. Anschließend verlegt sie sich thematisch auf jenen Teil ihres Wissens, der ihr wohl noch gut in Erinnerung ist, nämlich die *Warnung* des Hautarztes, den sie in dramatischer Weise zitiert („Hautarzt hat ja jesacht ...“), um dann nach einem weiteren *empathischen* Response des Arztes (03) ihre „schreckliche Angst“ zu offenbaren.

B 22.14 „wie stellen Sie sich das denn vor, was da weggenommen wird?“

- 01 A hm . wie stellen Sie sich das denn vor, was da weggenommen wird? .
- 02 P [Achselzucken] ich weiß . ich weiß es nicht ... das is . der Haut ... der Haus ... ach ... Hautarzt hat ja jesacht, wenn ich da nichts dran machen ließ, dann hätt ich in 5 Jahren keine Nase mehr ... und das war ja n bisschen ...
- 03 A na . das hört sich ja schlimm an, ne .
- 04 P und äh . das is auch immer rot und dann kommen die ... die Knötchen da ... aber. ich muss ja nun was dran machen lassen ... aber isch hab schreckliche Angst .
- 05 A Sie haben Angst, ja
- 06 P [nickt] ...
- 07 A was denken Sie, was passieren könnte? .
- 08 P ja, dass es erstens wiederkommt ... könnte ja sein ... und ... und auch für die Operation selbst ...
- 09 A vor der Operation, ja .

In dieser Gesprächssequenz vollzieht sich nun endgültig die Wende zu einer neuen Gesprächsqualität, mit der die *primären Emotionen* der Patientin zum Ausdruck kommen. Dabei forciert der Arzt diese Entwicklung durch mehrfache Relevanzhochstufungen, indem er auf die dramatischen Schilderungen der negativen Folgen einer möglichen Nicht-Behandlung eine *empathische* Rückmeldung gibt („das hört sich ja schlimm an“) und auf die Offenlegung der „schrecklichen Angst“ zunächst mit dem einfachen Mittel der Wiederholung („Sie haben Angst, ja“) im Sinne des *aktiven Zuhörens* reagiert (§ 19, 20). Nachdem die Patientin bloß zustimmend nickt, interveniert der Arzt in die Pause hinein mit seiner Frage nach ihren Vorstellungen darüber, „was passieren könnte“. Derart zur weiteren Selbstexploration stimuliert, offenbart die Patientin ihre Angst sowohl vor einem Rezidiv („das es erstens wiederkommen könnte“) als auch ihre Angst vor der Operation selbst, die Teil der allgemeinen Angst von Patienten vor und im Krankenhaus ist (§

24.1). Mit dieser Offenlegung ihrer doppelten Angst sind die Themen vorgegeben, die von beiden Gesprächspartnern in weiteren Gesprächsverlauf wiederaufgenommen und bearbeitet werden. Da die Patientin die notwendige Behandlungseinsicht ja schon selbst formulierte („04P: „ich muss ja nun was dran machen lassen“), richtet sich die weitere Aufklärung des Arztes zunächst auf die Befürchtung eines Rezidivs, die er in mehreren Schritten auszuräumen sucht, deren Tendenz, ihre „schreckliche Angst“ zu reduzieren, schon in der folgenden Gesprächssequenz (B 22.15) deutlich wird.

B 22.15 „dass Sie also keine Angst haben müssen, dass (...)

- 01 A ja. das heißt, das wäre sozusagen nur an Ort und Stelle, und wenn es beseitigt ist, ist es dann auch gut . es muss nur vollständig rausgeschnitten werden, ja . dass Sie also keine Angst haben müssen, dass daraus sozusagen ein Streukrebs wird, der weiter wuchert im ganzen Körper, ja . äh . das was sonst bei so Krebsarten immer die Gefahr ist ...
- 02 P ja es gibt ja auch, wie man hört, so verschiedene .
- 03 A ja .
- 04 P Arten von Hautkrebs .
- 05 A ja . und was haben Sie jetzt verstanden, was Sie für einen haben? .
- 06 P dat kann isch Ihnen leider nich sagen ... ich weiß es nich ...

Der Arzt stellt gegenüber der Patientin zunächst die aus seiner Sicht der Dinge „gute“ Prognose dar, die sich wohl aus der Vorgeschichte und Einsicht in die „Aktenlage“ rechtfertigen lässt, auf die er nach beiläufiger Durchsicht der von der Patientin mitgebrachten Unterlagen auch später noch direkt Bezug nimmt. Im *Ask-Tell-Ask*-Schema der dialogischen Aufklärung werden nunmehr auch die informativen Redebeiträge des Arztes länger, mit denen er zugleich die Angst der Patientin zu mildern sucht (01A: „so dass Sie also keine Angst haben müssen“). Allerdings ist die verbleibende Skepsis der Patientin unüberhörbar.

Der Arzt geht auf ihre „Einwände“ unmittelbar ein, zunächst durch Hörersignale („ja“) und dann durch die abermalige Frage nach ihrem Verständnis (05A: „was haben Sie jetzt verstanden, was Sie für einen haben?“), worauf die Patientin wiederum ihr Nicht-Wissen bekundet, und zwar mehrfach und mit einem spezifischen Ausdruck des Bedauerns („leider“) markiert („dat kann isch Ihnen leider nich sagen ... ich

weiß es nicht“). Offenbar sind die Gesprächspartner hier an einen kritischen Entwicklungspunkt des Aufklärungsgesprächs gelangt, an dem nicht nur der Informationsaustausch einfach *ad infinitum* fortgesetzt werden kann, sondern die beteiligten Emotionen berücksichtigt werden müssen.

Auch in diesem Gespräch können die Skepsis und Angst der Patientin offenbar nicht durch die bloße Steigerung des Informationsumfangs überwunden werden. Vielmehr wird durch Initiative des Arztes über das Wissen hinaus die Vertrauensbeziehung selbst auf den Prüfstand gestellt, um bei der Patientin eine hinreichende Wissenssicherheit zu erreichen, mit der sie der anberaumten Operation einigermaßen zuversichtlich entgegensehen kann, die beide Gesprächspartner vorausgehend schon als notwendig erachtet hatten.

22.3.4 Vertrauen und Wissen sichern

Im dialogischen Aufklärungsgespräch wird das Vertrauen oft vor besondere Herausforderungen gestellt, wenn Ärzte ihre Patienten von der Sinnhaftigkeit einer medizinischen Maßnahme zu überzeugen suchen. Dabei müssen auch mögliche Zweifel der Patienten ausgeräumt werden, die auch den Beziehungsaspekt der ärztlichen Wahrhaftigkeit betreffen können. Gerade bei den „existenziellen“ Themen in der Sprechstunde kann sich die Skepsis von Patienten in der Sache leicht in Skepsis gegenüber dem Arzt als Person wandeln. Ein solcher Wandel kann sich hinter dem Rücken der Handelnden vollziehen, ohne von ihnen unmittelbar bemerkt zu werden.

Im vorliegenden Fall führt die Wahrnehmung des Arztes zu einer doppelten Strategie: Er verbindet seine weitere „Aufklärungsarbeit“ mit der „Vertrauensfrage“. In der Fortsetzung des bisherigen Gesprächs initiiert er eine *Metakommunikation*, in der er mit dem Problem des Vertrauens offensiv umgeht (B 22.16), indem er die Patientin direkt nach ihrem „Glauben“ in der Sache und zugleich nach ihrem „Gefühl“ ihm gegenüber fragt.

B 22.16 „haben Sie das Gefühl, dass ich Sie nur trösten will?“

- 01 A die eh, also ich nehme an, dass Sie so‘ne Krebsform haben, ja .
die nur operiert werden muss, ja . und wo der Krebs dann auch
beseitigt ist, ja . also etwas, was man se:hr gut heilen kann heu-
te, ja . so dass Sie da sehr gute Aussichten haben . ist Ihnen das
verständlich? .
- 02 P ja .
- 03 A ja? . können Sie das denn glauben, oder haben Sie das Gefühl,
dass ich Sie nur trösten will? .
- 04 P och nö, das glaub ich nicht ... trösten wollen ... ich meine, sonst
sachten Sie’s ja auch .
- 05 A ja, ich würd Ihnen das auch sagen, ja, aber es sieht so aus, dass
Sie‘ne Krebsform haben, die sehr gut heilbar ist, ja (...)

Nimmt man allein den „Wortlaut“ der ersten Gesprächssequenz (01-02), hätte der Arzt „auf den ersten Blick“ in seiner Aufklärung berechtigterweise ohne Weiteres nach dem erweiterten *Ask-Tell-Ask-Tell*-Schema fortfahren können: Nach einer langen Kette von Informationen und Fragen schließt er seinen relativ kurzen, gut dosierten Aufklärungsbeitrag explizit mit einer Frage nach ihrem Verständnis ab, die die Patientin wiederum explizit bejaht („ja“). Offenbar interpretiert der Arzt diese Art der Bejahung aber als zu „schwach“, um einfach fortfahren zu können. Bei der Interpretation *singulärer* Äußerungen im Kontext geht es immer auch um die gesamte Vorgeschichte der Interaktion, die in die Wahrnehmung einzelner Phänomene eingeht. Die *Angst* und *Skepsis* der Patientin war vorausgehend überdeutlich geworden, so dass hier von einer „Nachwirkung“ in der aktuellen Gesprächssituation ausgegangen werden kann. Zudem kann sich der Arzt auch von seinem „szenischen Verstehen“ (§ 9.2) leiten lassen, in das auch die Wahrnehmung *nonverbaler* Phänomene eingeht (§ 12). Schließlich fließt in die Interpretation bestimmter Gesprächsentwicklungen immer das spezifische Professionswissen ein, das eben nicht nur klinisches Wissen (i.e.S.), sondern auch kommunikatives Erfahrungswissen bei der Gesprächsführung in „schwierigen“ Gesprächssituationen umfasst.

Als erfahrener Hausarzt weiß er um die anhaltenden Befürchtungen von Patienten, die nicht nur den Sinn und Zweck von medizinischen Eingriffen, sondern auch die Beziehung zum Arzt selbst betreffen können. Deswegen stellt der Arzt mit seiner Gesamtinterpretation dieser

22. Vorgehen abstimmen

Gesprächssequenz, für die sich die sparsame Bejahung („ja“) der Patientin wohl als zu „dürftig“ erwies, genau diese Beziehung auf den Prüfstand, wenn er sie nach ihrem *Glauben* und *Gefühl* fragt (03A: „können Sie das denn glauben, oder haben Sie das Gefühl, dass ich Sie nur trösten will?“). Hier wird genau der Unterschied zu Pseudo-Handlungen des Tröstens markiert, die aus sachlichen Gründen nicht gerechtfertigt wären.

Der Arzt versucht genau diesen möglichen Vorbehalt der Patientin auszuräumen, indem er das Thema offensiv angeht. Dabei kann er für seine eigene Glaubwürdigkeit die bisherige gemeinsame Erfahrung zwischen ihnen beiden „in die Waagschale werfen“, wonach die Patientin ersichtlich auf das offene Wort ihres Arztes vertrauen kann (04P: „sonst sachten Se’s ja auch“). Dies ist natürlich ein „Vertrauensbeweis“, der in dieser Form wohl nur in einer langfristigen Interaktions- und Beziehungsgeschichte sowohl „abgerufen“ als auch „erbracht“ werden kann.

Dieser Vorteil einer langfristigen Arzt-Patient-Beziehung, die ja schon von Balint (1964/88) wiederholt als „Investierungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit“ charakterisiert worden war, entlastet jedoch nicht von der notwendigen Ausklärungspflicht und Vertrauensbildung in weniger langfristigen Versorgungen. Hier kann der Mangel an Aufklärung und unterstützender Vorbereitung auch kurzfristig zu Folgekosten für alle Beteiligten führen, wenn die Absetzung von geplanten Operationen droht (§ 22.3), etwa weil die Zweifel von schlecht aufgeklärten und motivierten Patienten schließlich doch „Oberhand gewinnen“ sollten.

Das Beispiel der „Hautkrebs“-Patientin aus der Hausarztpraxis macht deutlich, wie sich *Zweifel* zu *Verzweiflung* entwickeln kann, mit der der Hausarzt in einer fürsorglichen Aufklärung umgehen musste, in der er schließlich die eigene Beziehung auf den Prüfstand stellt. Nach seinem Exkurs einer *Metakommunikation* zum *Glauben* in der Sache und *Gefühl* in der Beziehung setzt sich die weitere dialogische Aufklärungsarbeit sukzessiv Schritt für Schritt fort, indem die Wissensvermittlung durch beständige Vergewisserungsfragen zum Verständnis der Patientin gesichert wird. Die weiteren Aufklärungsthemen reichen von kosmetischen Problemen und den Verheulungen über Befürchtungen bei der Operation und Narkose bis zu ihren eigenen Vorerkrankungen, was hier nur exemplarisch in Auszügen (B 22.17) wiedergegeben werden kann.

B 22.17 „was Ihnen aber Sorgen macht, ist die Operation und Narkose“

- 01 A (...) weggenommen, ja, in e, äh, das wird kosmetisch am Anfang vielleicht nicht gut aussehen, aber - das kann im Laufe der Zeit sehr schön einheilen . ja ... das was Ihnen aber noch mehr Sorgen macht, ist die Operation und die Narkose, ja.
- 02 P [nickt]
- 03 A in, und dat sind hier auch die Formulare, ja...die Sie über das [Risiko, was da passiert . aufklären . ja
- 04 P [ahso .
- 05 A das heißt, die haben Ihnen hier so'n Zettel gegeben, wo das Risiko über Operation und das, was gemacht wird . drinsteht, ja .
- 06 P aahja .
- 07 A jetzt stöhnen Sie .
- 08 P eins mit'em anderen . zuerst et Herz, dann die Augen [=OP] . jetzt das . nee also .
- 09 A ja . da kommt viel zusammen .
- 10 P ja .
- 11 A haben das Gefühl . Sie schaffen es nicht mehr? .
- 12 P genau .
- 13 A hm . ja .

Nach der erneuten *empathischen Anerkennung* der Belastungen erkundigt sich der Arzt nach möglichen Hilfen durch Angehörige und versucht weiterhin, die Probleme im Umgang mit den belastenden „Unterlagen“, die er nochmals kurz durchgeht, zu sondieren und zu reduzieren und die Patientin darin zu bestärken, die Lücken gemeinsam mit den behandelnden Ärzten im Krankenhaus zu schließen, die sie ohnehin vor der Operation nochmal gründlich befragen und untersuchen würden usw.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs mit dem Hausarzt wird deutlich, dass die Patientin ihre „schreckliche Angst“ vor der Operation selbst wie vor einem Rezidiv wenn nicht gänzlich überwinden, so aber doch mildern und mit einer gewissen Zuversicht der Operation entgegen sehen kann, wobei die Einsicht in deren Notwendigkeit nochmals gestärkt wurde.

In einem Aufklärungsgespräch, das im Kern etwa 8 Minuten dauert, hat der Hausarzt in einem repetitiven Durchgang durch das dialogische *Ask-Tell-Ask*-Schema eine *vor- und fürsorgliche Aufklärungsarbeit* der

Fachkollegen übernommen, von denen die Patientin offenbar vor der Operation ungenügend aufgeklärt und vorbereitet worden war. Dieser Mangel manifestierte sich „im Spiegel der aktuellen Sprechstunde“, in der die Patientin ihre Zweifel und Verzweiflung angemessen „zur Sprache bringen“ konnte. In ihrer Not musste sich die Patientin hilfesuchend an ihren Hausarzt wenden, der die mangelhafte Aufklärung und OP-Vorbereitung gleichsam „stellvertretend“ *kompensieren* musste.

22.4 Diagnose- und Therapieverfahren planen

Bei allen möglichen Varianten der Beziehungsgestaltung waren vorausgehend drei Grundmodelle bei der Entscheidungsfindung unterschieden worden: *Paternalismus*, *Dienstleistung* und *Kooperation* (SDM) (§ 10.4). Während Patienten mit einer paternalistischen Beziehungspräferenz sich mit ihren eigenen Erwartungen zurückhalten und die Entscheidung für das weitere Vorgehen ihrem Arzt überlassen möchten (§ 22.2), kommen andere Patienten mit einem fixierten Anliegen in die Sprechstunde, in der sie den Arzt als Dienstleister für bestimmte Diagnose- oder Therapieverfahren aufsuchen. Wenn der Arzt die angetragenen paternalistischen oder dienstleistenden Rollen nicht ohne weiteres annehmen will, muss er eine Transformation zum Kooperationsmodell erst gesprächsweise herstellen.

Aber auch hier wird es in der Gesprächspraxis zu Mischformen kommen (§ 10.4), in denen beide Gesprächspartner in der Sache wie in der Beziehungsgestaltung Kompromisse eingehen, die gegebenenfalls langwierig auszuhandeln sind, solange der Entscheidungsdruck dies sachlich überhaupt noch zulässt. Nachfolgend sollen die Mischformen bzw. Transformationen zwischen den Beziehungsmodellen zunächst in kürzeren Gesprächssequenzen (B 22.4) und dann an längeren Gesprächsverläufen (B 22.5-6) exemplarisch aufgezeigt werden.

22.4.1 Transformationen zum Kooperationsmodell

Patienten können ihre Anliegen in unterschiedlichen Formen in die Sprechstunde einbringen, in denen sie gleichsam ihre persönliche „Eintrittskarte“ (*ticket of entry*) abgeben (§ 19.4). Diese „Eintrittskarte“ kann in dramatischen Klagen über starke Beschwerden wie etwa unerträgli-

che „Schmerzen“ oder „Übelkeit“, aber auch „Unruhe“ oder „Angst“ bestehen. Die entsprechenden Beschwerdeschilderungen gelten als traditionelle Konsultationsgründe für eine Sprechstunde.

So eröffnete die Patientin in einem ausführlich dokumentierten und analysierten Fall (§ 19.7) das Gespräch mit ihrer Klage über „dermaßen Schwindel, dass ich kaum noch gehen kann“. Über die weitere Exploration der Beschwerden gelangen Arzt und Patient zu einer biopsychosozialen Anamnese, in der die aktuellen Belastungen der Patientin deutlich wird, deren Tochter an einer erst kürzlich „ausgebrochenen“ „MS“-Erkrankung leidet, was zu einer erheblichen Zäsur im bisherigen Lebensnarrativ und Selbstverständnis der Patientin geführt hat. In diesem Gespräch konnten die Beschwerdeschilderungen der Patientin direkt in eine biografisch-narrative Anamneseerhebung überführt werden.

Dagegen eröffnete der Patient im ebenfalls ausführlich dokumentierten und analysierten Fall (§ 19.8) das Gespräch mit dem Anliegen einer spezifischen Untersuchung („ambulant ne Endoskopie“) (B 22.18), derentwegen der Arzt von einem Kollegen eigens empfohlen worden war.

B 22.18 „ambulant ne Endoskopie“

- 01 A ja, Herr B . was liegt an? .
02 P ja ich . bin . hier . gekommen, weil mein Kollege . [Name] . gesagt hat, dass sie äh . äh . so besondere Untersuchungsmethoden haben . unter anderem machen Sie ambulant ne Endoskopie und äh . stellen fest, dass . wie heißt das . Bakterien und so .
03 A hm .
04 P en Zeug .
05 A hm .
06 P im Magen sind .
07 A hm . hm ...

In diesem Fall ist die *Eintrittskarte* in die Sprechstunde zunächst ein biomedizinisches Untersuchungsbegehren gegenüber dem Arzt als Dienstleister. Im weiteren Verlauf werden dann durch Nachfragen des Arztes auch die Beschwerden des Patienten ebenso zum Thema gemacht wie seine bisherige 30-jährige Behandlungsgeschichte, die aus der Sicht des Patienten bei kurzen Phasen der Besserung insgesamt nicht befriedigend verlaufen ist. Deswegen kommt er erneut auf die Untersuchung zu sprechen, derentwegen er eigens „nüchtern“ geblieben ist, um aus seiner Sicht schon die „formalen“ Bedingungen für eine

22. Vorgehen abstimmen

„Magenspiegelung“ zu erfüllen. Zwar kommt der Arzt dem Patienten anschließend zunächst durchaus entgegen („ja, okay, ja, können wir machen“), kündigt aber die Fortsetzung des Gesprächs mit weiteren Fragen an.

B 22.19 „nur ein paar Fragen hab ich noch ...“

- 01 A hm .
02 P hab aus dem Grunde auch nichts mehr gegessen (...) nichts getrunken (...) das heißt also bin ich (...) bereit .
03 A ja . okay . ja . können wir machen . nu:r'n paar Fragen hab ich noch .
04 P ja .
05 A seit'n paar Jahren läuft das . immer mal wieder, ne? .

Diese „paar Fragen“, die Arzt dann nach und nach stellt, und ihre entsprechenden Antworten führen dann zu einer ganz anderen inhaltlichen und kooperativen Qualität des Gesprächs, in dessen Entwicklung das dramatische Lebensnarrativ vom Patienten erzählt wird, nach der er wegen eines Prüfungsversagens die Berufsperspektive wechseln musste, worunter er bis heute leidet.

Wie vorausgehend im Detail herausgearbeitet wurde (§ 19.8, 21.6), erstreckte sich die anschließende Kooperation zwischen Arzt und Patient auf die Entstehung und Entwicklung der Lebenserzählung, deren gemeinsame Bearbeitung in weiteren Gesprächsverlauf wie auch in einer Folgestunde zu einer neuen Lebensorientierung des Patienten führte. Diese Gesprächsentwicklung ist wesentlich auf die Interventionsleistungen des Arztes zurückzuführen, ohne dessen Konstruktionsbeteiligung an der Geschichte des Patienten die Anamneseerhebung auf dem Niveau einer Rekonstruktion der „Behandlungskarriere“ eines „Magen“-Patienten verharret geblieben wäre.

Im folgenden Beispiel (B 22.20) eröffnet ein Patient das Gespräch ebenfalls zunächst mit einer „biomedizinischen“ Eintrittskarte nach dem Dienstleistungsmodell, indem er vom Arzt einen „Totalcheck“ machen lassen will, und zwar aufgrund einer Empfehlung eines Freundes, der ebenfalls bei diesem Arzt in Behandlung ist.

B 22.20 „ich wollte eigentlich mal'n Totalcheck bei Ihnen machen“

- 01 A ja, Herr F . was liegt an? .
02 P ich wollte eigentlich mal'n Totalcheck bei Ihnen machen .
03 A hm .
04 P so komplett . n Freund von mir ist auch bei Ihnen .
05 A hm .
06 P der Herr K .
07 A ja .
08 P und der hat mir also empfohlen, dass das hier . gut gemacht wird und so . in der Form wollte ich das auch machen, mit Belastungs-EKG und äh . die Lunge äh röntgen und so weiter .

Auch in diesem Beispiel trägt der Patient ein bestimmtes biomedizinisch orientiertes Anliegen („Totalcheck, so komplett“) in einer Art und Weise vor, nach der sich das Arzt-Patient-Verhältnis auf eine reine Dienstleistung reduzieren ließe, wenn der Arzt dem Patientenbegehren ohne weiteres nachkäme.³ Allerdings macht auch hier die erste Intervention des Arztes deutlich, dass er nicht bereit ist, sich ohne eine entsprechende Anamneseerhebung auf die bloße Rolle des Dienstleisters reduzieren zu lassen. Schon mit seiner einfachen *Warum*-Frage (B 22.21: 09: „warum wollen Sie das?“) entlockt der Arzt dem Patienten ein ganzes Bündel von *Motiven* für den Arztbesuch, die von der noch vordergründigen „Vorbeugung“ bis zum subjektiven Beschwerde- und Krankheitserleben und („Stress“, „Substanz abgebaut“, „Herzschmerzen“) reichen.

B 22.21 „und warum wollen Sie das?“

- 09 A ja . hm . und warum wollen Sie das? .
10 P öff [atmet aus] . ich bin jetzt 38 und möchte da also ein bisschen vorbeugen .
11 A hm .

³ In der Lehre und Fortbildung wenden wir das vorausgehend (§ 13.5) beschriebene didaktische Verfahren der Gesprächssimulation an, bei der die Gruppenmitglieder an einer solchen richtungsrelevanten Gesprächsstelle ihre eigenen Vorschläge für eine Intervention machen („it's your turn“). Ihre Vorschläge können dann mit der jeweils nachfolgenden realen Gesprächsfortsetzung des realen Arztes kritisch verglichen werden, um die optimale Intervention („best practice“) herausfinden zu können.

22. Vorgehen abstimmen

- 12 P und ich hab also in letzter Zeit durch'n bisschen Stress und dann auch so manchmal das Gefühl, dass so meine Substanz'n bisschen abgebaut wird .
- 13 A ja .
- 14 P dass ich teilweise manchmal Herzschmerzen habe . so hab ich jedenfalls das Gefühl .
- 15 A hm .

Hier kommen auf engem Gesprächsraum bereits die *subjektiven* Konsultationsgründe hinter der biomedizinischen Eintrittskarte („Totalcheck“) zum Vorschein, die sich erst durch die ärztliche Warum-Frage „Bahn brechen“ können. Im weiteren Gesprächsverlauf werden dann die spezifischen Beschwerden und die Stresssituationen (in Beruf, Familie usw.) als Themen einer biopsychosozialen Anamneseerhebung vertieft, bei der sich der Patient zunehmend offen und kooperativ zeigt. Beim Thema des stressigen Berufs kommt auch die subjektive Beteiligungsperspektive zur Sprache, die beim Patienten durch einen „gewissen Ehrgeiz“ gekennzeichnet ist, wie dies vom Arzt nach den Patientenschilderungen zur „Berufskarriere“ auf den Begriff gebracht und vom Patienten ausdrücklich bestätigt wird („ein gewisser Ehrgeiz ist da, gar keine Frage“). Zum Ende des Gesprächs wird dann bereits einvernehmlich zu einem Teil der körperlichen Untersuchungen übergeleitet, die in einem Nebenraum schon begonnen werden.

In den vorangegangenen Gesprächen wird das anfänglich an der Dienstleistung orientierte Beziehungsangebot der Patienten von ihren Ärzten im Verlauf des Gesprächs allmählich in ein Kooperationsmodell transformiert, in dem zugleich narrative Selbstexplorationen gefördert werden, die das biomedizinische Behandlungsbegehren für beide Gesprächspartner verständlicher macht. Der professionelle Umgang mit „behandlungstechnischen“ Eintrittskarten sollte diese nicht „entwerten“, sondern „aufwerten“ im Sinne einer biopsychosozialen Anamneseerhebung, an deren Ende sich letztlich auch das gewünschte Behandlungsverfahren als sinnvoll erweisen kann, wenn es denn evidenzbasiert ist.

Unter dieser Voraussetzung kann es gegebenenfalls auch hilfreich sein, wenn Ärzte schon frühzeitig ihre mögliche *Zustimmung* zum begehrten Behandlungsverfahren signalisieren, sofern sie es denn verantworten können, so wie offenbar im vorausgehenden Beispiel (B 22.19) oder in andernorts angeführten Beispielen (§ 20.7, 25). In diesen Fällen lässt sich der „Druck“ aus dem Gespräch nehmen, das viel „entspann-

ter“ geführt werden kann, wenn die Patienten im weiteren Gesprächsverlauf nicht mehr „unnötig“ um die Gewährung ihres Anliegens „kämpfen“ müssen.

22.4.2 Diagnoseplanung in Erstgesprächen

Im Normalfall sollten sich die Gesprächspartner jedoch bei der Entscheidungsfindung für oder gegen bestimmte Behandlungsoptionen bis zu einem gewissen Zeitpunkt „gedulden“, zu dem das Gespräch hinreichend „gereift“ ist. Bei der Entscheidungsfindung lassen sich grob zwei typische Gesprächsverläufe danach unterscheiden, ob die Entscheidung eher zügig zustande kommt, indem der eine Partner der Initiative des anderen problemlos folgen kann, oder ob ein längerer Aushandlungsprozess nötig wird, weil es echte Alternativen zwischen Behandlungsoptionen gibt, bei denen es wesentlich auf die Präferenzen des Patienten ankommt.

Unabhängig von besonders komplexen Fällen, in denen es auch sinnvoll ist, eine „zweite Meinung“ einzuholen, sind schon die Fälle ein Problem, in denen von einer annähernden *Gleichwertigkeit* („*equipoise*“) von Behandlungsoptionen ausgegangen werden kann (§ 10.3). Bei einfachen Entscheidungen fallen Präferenzen und Evidenzen zusammen, bei komplexeren Entscheidungen müssen Arzt und Patient erst in einen mehr oder weniger langwierigen Aushandlungsprozess treten, in dem eine *Balance* zwischen Präferenzen und Evidenzen erst noch zu finden ist. Wir können das breite Spektrum von mehr oder weniger *kooperativen* Entscheidungsfindungen (§ 10.4-7) hier nur mit wenigen kürzeren Beispielsequenzen illustrieren, bevor längere Aushandlungsprozesse an exemplarischen Gesprächsverläufen aufgezeigt werden sollen. Wir beginnen mit den relativ einfachen Fällen, in denen ein Konsens „kurz und bündig“ hergestellt wird.

Zunächst sei auf das vorausgegangene Gesprächsbeispiel (B 22.2) rückverwiesen, bei dem der Arzt nach den *Erwartungen* des Patienten gefragt hatte und beide Gesprächspartner sich schnell auf die Fortsetzung der begonnenen Therapie (Schmerz-Medikation, Krankengymnastik) einigen konnten. Wenn sich in einer konsekutiven Sprechstunde bei einer ebenfalls kürzeren Anamneseerhebung keine wesentlichen Veränderungen ergeben sollten, kann die Verlängerung einer Therapie entsprechend zügig entschieden werden, sofern dies mit den Präferenzen und Erwartungen des Patienten übereinstimmt.

22. Vorgehen abstimmen

In den folgenden Beispielen geht es sowohl um *Erstgespräche*, in denen diagnostische und therapeutische Schritte erst noch sondiert und initiiert werden müssen, als auch um *Folgegespräche*, in denen vor allem Fortsetzungen und Modifikationen von begonnenen Therapien konsentiert werden. Für Erstgespräche unterstellen wir zunächst eine diagnostische Schwerpunktbi­dung, wobei sich die Verhältnisse auch umkehren oder mischen können: Je nach Entwicklungsstand können natürlich auch in Erstgesprächen schon Therapieentscheidungen und in Folgegesprächen erneut Diagnoseentscheidungen getroffen werden. Gerade wenn die erhofften Therapieerfolge ausbleiben, müssen oft weitere Diagnoseschritte eingeleitet werden, die zur Erprobung weiterer Therapien führen usw. In allen Fällen stellt sich dabei jeweils die Frage nach dem *Ausmaß* der *Partizipation* von Patienten und ihren *Beteiligungsrollen* bei der Entscheidungsfindung zur weiteren Diagnostik und Therapie, was natürlich auch von unterschiedlichen „sachlichen“ Bedingungen abhängt, unter denen das *Mitspracherecht* von Patienten mehr oder weniger herausgefordert wird.

Wie schon in vorausgegangenen Gesprächen deutlich wurde (§ 22.2), wird der ärztlichen Kompetenz in Erstgesprächen zumeist deswegen von den Patienten ein besonderer Vertrauens­kredit eingeräumt, weil sich die Vorschläge zu Diagnostik oder Therapie erst noch in der weiteren Behandlungspraxis bewähren müssen, in der die Patienten dann später aufgrund eigener Erfahrungen qualifiziert „mitreden“ können. Im folgenden Erstgespräch (B 22.22) unterbreitet der Arzt nach einer gründlichen Anamneseerhebung eine größere Reihe von Vorschlägen zu weiteren Diagnoseverfahren, die vom Patienten eine uneingeschränkte Zustimmung erfahren, ohne dass er den Sinn und Zweck der Einzelmaßnahmen weiter hinterfragen müsste. Wohl ganz im Vertrauen auf die ärztliche Kompetenz kann der Patient seine „sparsamen“ Zustimmungen in Form von bloßen Hörerrückmeldungen (*ja, hm*) geben, die er nur in zwei Sequenzen nach ärztlichen Informationsfragen (03, 15) durch kurze Informationen ergänzt.

B 22.22 „wir müssen natürlich trotzdem die somatische Seite abklären“

- 01 A ja. und äh wir müssen natürlich trotzdem die somatische Seite abklären . das würd ich Ihnen auch noch vorschlagen . weil wir insgesamt kaum Befunde haben jetzt . ne .
- 02 P [nickt] .
- 03 A also . wie war das mit Lungenfunktion . war das schon gemacht

- worden .
- 04 P das hat der Herr Doktor G gemacht .
- 05 A ja . das würde ich aber auch gern noch mal machen .
- 06 P hm .
- 07 A und dann würde ich mal'n Belastungs-EKG machen .
- 08 P ja .
- 09 A dass wir einfach mal die/Ihre Lei/körperliche Leistungsfähigkeit quantifizieren, ja .
- 10 P ja .
- 11 A und wenn wir sehen, dass sie dann 200 Watt treten oder 300 [lacht] . oder so . dann ist das mehr eine objektive Wahrnehmung .
- 12 P ja .
- 13 A als als ne subjektive . und das sagt ja schon mal was aus . und . dann würde ich ruhig noch mal ein umfangreiches Labor machen .
- 14 P hm .
- 15 A also mit Entzündungszeichen . allem Pipapo . hatte der Doktor G die Lunge geröntgt auch? .
- 16 P nee . hat nur diesen Funktionstest in so'ner Kabine gemacht .
- 17 A ja .
- 18 P ja .
- 19 A würd ich auch noch mal machen .
- 20 P ja .

Die vom Arzt vorgeschlagenen Untersuchungsschritte werden in einer Reihe von Einzeluntersuchungen aufgelistet, deren Sinn und Zweck entweder gar nicht oder recht vage („mit allem Pipapo“) oder nur in Stichworten erläutert wird („Leistungsfähigkeit“, „objektiv“ vs. „subjektiv“, „Entzündungszeichen“ usw.). In diesem Beispiel beschränkt sich die „Mitarbeit“ des Patienten an der Entscheidungsfindung auf bloße Zustimmungssignale und zwei kürzere Antworten auf die ärztlichen Informationsfragen. Von diesen Antworten kann bestenfalls die Information (04) über die Vorbehandlung als möglicher „Einwand“ verstanden werden, nach dem eine Wiederholung der fraglichen Untersuchung obsolet erscheinen könnte. Diese mögliche Lesart wird aber vom Arzt erst gar nicht realisiert, so dass sich die *minimale Kooperation* des Patienten in diesem Beispiel schließlich in der Affirmation (*ja, hm*) der ärztlichen Untersuchungsvorschläge erschöpft.

Auch beim folgenden Beispiel handelt es sich um ein Erstgespräch, aber die beiden Gesprächspartner müssen sich mit den „möglichen Ri-

22. Vorgehen abstimmen

siken und Nebenwirkungen“ von Medikamenten beschäftigen, die von einem Vorbehandler verordnet wurden. Aufgrund eines Ortswechsels muss sich der Patient nun einen neuen Hausarzt suchen, demgegenüber er gleich zu Gesprächsbeginn über Hautveränderungen klagt und dann selbst den Verdacht äußert, diese könnten als Nebenwirkung von Medikamenten eingetreten sein. Der Arzt schaut sich zwischendurch die Hautveränderungen an, nimmt auch die vom Patienten mitgebrachten Medikamente in Augenschein und urteilt zunächst spontan über die Menge („Sie haben ne Menge Blutdruck- und Herz-Medikamente“), bevor er dann den Verdacht des Patienten zu möglichen Nebenwirkungen aufnimmt (B 22.23) und spezifiziert.

B 22.23 „... zur Klärung eine Blutuntersuchung bei Ihnen machen“

- 01 A ich glaub, Ihre/ Ihr Einfall ist sehr gut, ja . das ist eine Medikamenten-Nebenwirkung, ja .
- 02 P ja? .
- 03 A und zwar ist das auf mehrere Sachen, einmal auf das [Medikamentenname 1], sehr wahrscheinlich, ja . das andere ist aber auch . Sie sehen ja diesen Streifen, diese Hautveränderungen, ja . das is auf dieses [Medikamentenname 2] möglicherweise zurückzuführen, ja? . ich würde aber gerne zur Klärung auch ne Blutuntersuchung bei Ihnen machen .
- 04 P ja könn' wir machen .
- 05 A ja . dass wa das mal prüfen . (...)

In der Auslassung werden zugleich schon alternative Erklärungen geprüft, die aber bei der weiteren Detailexploration aufgrund der von Patienten gegebenen Informationen verworfen werden können. Nach dieser Zwischenbilanz, in der sich der Konsens bei der Entscheidungsfindung schon abzeichnet, erweitert der Arzt die Anamneseerhebung auch um weitere Beschwerden des Patienten („meine Probleme mit dem Rücken“) und seine familiäre und berufliche Situation, bevor er zum Ende des Gesprächs (B. 22.24) auf den aktuellen Konsultationsanlass des Patienten zurückkommt.

B 22.24 „dann machen wa Folgendes“

- 01 A dann machen wa Folgendes, machen wa heute nur so'n kurzes Gespräch . äh . nehmen Sie's (=Medikamente) bitte weiter, ich

- überprüf das nächste Woche in der Blutuntersuchung .
- 02 P alles klar .
- 03 A ja, und dann sind Sie so gut und machen sich'n Termin . mal für 20 Minuten etwa .
- 04 P ja, is kein Problem .
- 05 A dass wa uns'n bisschen besser kennenlernen .
- 06 P kein Problem Herr Doktor .
- 07 A einverstanden? .
- 08 P einverstanden .
- 09 A schön, mach ich Ihnen vorne den Termin .
- 10 P machen wa .

Gerade weil die Notwendigkeit einer weiteren Klärung der möglichen Nebenwirkungen von Medikamenten offenkundig ist, können beide Gesprächspartner in diesem Gespräch relativ „kurz und bündig“ einen Konsens erzielen, der auch die weitere Medikamenteneinnahme betrifft, die vorbehaltlich der Untersuchungsergebnisse fortgesetzt werden soll (02P: „alles klar“). Der Konsens erstreckt sich zugleich auf den nächsten Gesprächstermin, zu dem der Arzt über das heutige, explizit als „kurz“ charakterisierte Erstgespräch mit seinem neuen Patienten eine längere Gesprächszeit vereinbart, „damit wa uns ein bisschen besser kennenlernen“, was dann nochmals wechselweise mehrfach konsentiert wird.

In den vorausgegangenen Gesprächen ging es vor allem um Diagnoseplanungen, bei denen die Entscheidungen mehr oder weniger vom Arzt im „Alleingang“ qua professioneller Kompetenz getroffen wurden, weil die spezifischen Diagnoseverfahren selbst (Labor, EKG usw.) zunächst keine riskanten „Eingriffe“ in das Leben des Patienten darstellen. Im anderen Fällen, in denen mit erheblichen Risiken zu rechnen wäre oder möglicherweise gravierende Befunde das Wissen und das Leben des Patienten folgenreich tangieren würden, wäre der Konsens des Patienten für Diagnoseverfahren ebenso explizit vonnöten wie bei einem mehr oder weniger riskanten Therapieverfahren, das wie im letzten Beispiel allein schon bei der *Medikamentenverordnung* (§ 26) einem *Transparenzstandard* (§ 10.5) der Kommunikation genügen muss. Unter dem Aspekt der Transparenz ärztlichen Handelns gibt es keine prinzipiellen, bestenfalls graduelle Unterschiede zwischen Diagnose und Therapie.⁴ Je

⁴ Die prinzipielle Symmetrie von Diagnose und Therapie spiegelt sich „negativ“ im Recht auf Nicht-Wissen und Nicht-Behandlung des Patienten, das jeweils zu ignorieren einem Neo-Paternalismus gleichkäme (§ 10.6-7). So kann sich die „aktive“ Mitarbeit eines Patienten gegebenenfalls auf eben

bedeutsamer ihre „Wirkungen“ und „Nebenwirkungen“ für individuelle Patienten sind, desto mehr ist das ärztliche Handeln auf ihre aktive Mitarbeit angewiesen.

22.4.3 Entscheidungsfindung in Folgegesprächen

Die aktive Mitarbeit von Patienten stellt sich zumeist von selbst ein, wenn sie eigene Erfahrungen bei der Behandlung und mit dem Behandler gemacht haben. Insbesondere wenn Therapieerfolge ausbleiben, wächst das kritische Potential bei sog. „unzufriedenen“ Patienten. Während bei *Erstgesprächen* die ärztlichen Diagnose- und Therapievorschlänge oft im Vertrauen auf die professionelle Kompetenz zumeist noch ohne Vorbehalte angenommen werden, verfügen die Patienten bei laufenden Behandlungen schon über ein konkretes Erfahrungswissen, aufgrund dessen sie bei der Entscheidungsfindung schon „besser mitreden“ können – sei es noch *fragend* oder schon *kritisch*.⁵ In den folgenden Beispielen versuchen die Patienten ihre Erfahrungskompetenz bei der Entscheidungsfindung zur weiteren Behandlung mit unterschiedlichen Erfolgen zu nutzen.

Im ersten Beispiel (B 22.25) eines Folgegesprächs räumt der Arzt seiner Patientin nach einem konkreten Vorschlag für ein weiteres Diagnoseverfahren zunächst ein größeres *Mitspracherecht* ein, indem er sie explizit nach weiteren bzw. anderen „Wünschen“ fragt.

B 22.25 „Überweisung zum Radiologen“

01 A ja ja . passen Sie auf! . ich gebe Ihnen jetzt mal eine Überweisung [räuspert sich] . ich gebe Ihnen eine Überweisung zum Radiologen . seit Mai ist ein halbes Jahr vergangen . da können Ände-

diese Beanspruchung der Rechte auf Nicht-Wissen und Nicht-Behandlung beschränken.

⁵ Über dieses Erfahrungswissen können natürlich Patienten mit einer chronischen Erkrankung (§ 29) sowohl in Erst- als auch Folgegesprächen verfügen, in denen sie sich oft als „Experten“ ihrer eigenen Erkrankung ausweisen können, zumal wenn sie schon langjährige Erfahrungen in einschlägigen Selbsthilfe-/Gleichbetroffenengruppen gesammelt haben sollten. Je nach der Art und Weise der Nutzung dieses patientenseitigen Erfahrungswissens kann die Sprechstundenarbeit „erleichtert“, aber auch „erschwert“ werden, wenn diese Patienten etwa notorisch als „Besserwisser“ auftreten.

rungen eingetreten sein . und dann würde ich Sie dann, mit/ . wenn Sie das wünschen . mit diesen Unterlagen würde ich Sie mal nach [Klinikname] schicken . ja? .

02 P hm .

03 A oder haben Sie sonst noch Wünsche? oder wollen Sie woanders hingehen? .

Die Patientin wird zunächst mit einer Doppelfrage konfrontiert, die nicht einfach zu beantworten ist. Mit der ersten Frage werden mögliche weitere Wünsche („haben Sie *sonst noch* Wünsche?) angesprochen, während mit der zweiten Frage wohl Alternativen zur vorausgehend genannten Klinik zur Disposition gestellt werden („oder wollen Sie woanders hingehen?“). Obwohl die Patientin im direkten Anschluss (B 22.26: 04P) mit einer entschiedenen Verneinung („nee!“) antwortet, bleibt der Bezug auf eine oder beide Fragen unklar. Gleichwohl wird mit ihrer Redefortsetzung deutlich, dass die Patientin einen weiteren „Wunsch“ hat, der die Behandlung ihrer unerträglichen Schmerzen betrifft („ich halte das nicht mehr aus“). Damit übernimmt die Patientin die Entscheidungsinitiative in einem fortgeschrittenen Stadium des Gesprächs, das aus der Sicht des Arztes mit den Vorschlägen einer Überweisung zum Radiologen und Weiterbehandlung in einer bestimmten Klinik schon beendet zu sein schien. Mit einer *aber*-Einleitung formuliert sie in ihrem Folgebeitrag (04) einen *Einwand*, nach dem das Gespräch keineswegs schon beendet werden kann, bevor ihre „Schmerzen“ angemessen berücksichtigt werden.

B 22.26 „aber (...) was mach ich denn jetzt mit den Schmerzen?“

04 P nee! . jetzt . aber wie/was mach ich denn jetzt mit den Schmerzen? . ich halte das nicht mehr aus .

05 A heute? .

06 P [Nickt] .

07 A da müssen wir jetzt gleich noch mal eine Injektion machen, gezielt . ich weiß, dass Sie vorige Woche, oder vor 14 Tagen, nach zwei, drei Infusionen zunächst mal besser dran waren .

08 P ja . und ich habe eher vorige Woche eine In/ Injektion bekommen . ich glaub am Montagmorgen oder sowas . da hab ich ein, zwei Tage Ruhe gehabt . da hab/dachte ich, Mensch prima, die schlägt ein . und dann war ich Mittwoch hier . die hat auch über ein paar Stunden Besserung ... und Freitag nichts, gar keine Re-

09 A aktion, überhaupt nicht .
also . ziehen Sie mal bitte Ihren Mantel aus .

Durch die Initiative und Erweiterung des Entscheidungsthemas („Schmerzen“) gerät der Arzt unter Zugzwang, dem er zunächst mit einer spezifischen Frage nach dem aktuellen Behandlungsanliegen („heute?“) nachkommt, was von der Patientin ihrerseits nur noch mit Kopfnicken bestätigt zu werden braucht. Damit kommt der Arzt über den kommunikativen Zugzwang hinaus unter einen ärztlichen Behandlungsdruck, den er mit einem Behandlungsverfahren zu genügen sucht, das sich bereits in der jüngsten Vergangenheit mehrmals bewährt zu haben scheint (07A: „ich weiß, dass Sie (...) nach zwei, drei Infusionen besser dran waren“). Obwohl die Patientin ihr Mitspracherecht nicht nur in der Themeninitiative („Schmerzen“) wahrnimmt, sondern auch in der Kritik an der so von ihr erlebten Unwirksamkeit der letzten Behandlungsmaßnahme (08P: „gar keine Reaktion“), wird diese Maßnahme vom Arzt ohne weiteren Kommentar eingeleitet (09A: „also, ziehen Sie mal bitte den Mantel aus“). Dabei erweist sich diese „Anweisung“, die schon in der Einleitung („also“) wie eine Schlussfolgerung daherkommt, gegenüber den gerade von der Patientin formulierten Vorbehalten nicht nur sachlich, sondern auch sprachlich als unangemessen.

Unter dem Aspekt der *Kooperation* bei der Entscheidungsfindung kommt es in diesem Gesprächsbeispiel insgesamt zu Diskrepanzen zwischen dem zunächst gewährten und dann wieder beschnittenen *Mitspracherecht* der Patientin. Während zum ersten Entscheidungsthema („Überweisung zum Radiologen“ usw.) der Konsens „kurz und bündig“ gefunden werden konnte, wird beim zweiten Entscheidungsthema der aktuellen Schmerzbehandlung („heute“) die vom Arzt schon eingeleitete Behandlungsmaßnahme nicht nur von der Patientin nicht konsentiert, sondern der Dissens bleibt mehr oder weniger manifest bestehen.

Die Entscheidung zur weiteren „Infusion“ wird vom Arzt zwar „kurz“, aber nicht „schmerzlos“ getroffen, weil sie ersichtlich „über den Kopf der Patientin hinweg“ vollzogen wird. Damit fällt der Arzt in ein *paternalistisches* Modell zurück, in dem er seine ärztliche Autonomie in Richtung Autarkie steigert, während der entsprechende Autonomieverlust der Patientin ihre Anhängigkeit vom Arzt verstärkt (§ 10.4). Indem er die Vorbehalte der Patientin gegen die Behandlung („Infusion“) mit seiner direkten „Anweisung“ (den Mantel auszuziehen) vollkommen ignoriert, reduziert der Arzt seine zuvor unterbereitete *kooperatives* Beziehungsan-

gebot, das noch auf freie Wahl setzte, nunmehr auf bloßen Gehorsam. So bleibt das zunächst vom Arzt explizit („Wünsche“) gewährte und dann von der Patientin eigeninitiativ beanspruchte *Mitspracherecht* in diesem Beispiel „auf halber Strecke stecken“, weil das *kommunikative* Handeln und *instrumentelle* Handeln („Infusion“) (§ 7, 8) letztlich nicht *kongruent* sind.

Dagegen ist die Kongruenz zwischen kommunikativem und instrumentellem Handeln im folgenden Beispiel (B 22.27) ungleich größer. In der gemeinsamen Interaktionsgeschichte dieses Falles sind schon viele Diagnose- und Therapieschritte unternommen worden, was der Arzt zu Gesprächsbeginn resümiert, bevor die Patientin über anhaltenden Husten klagt.

B 22.27 „jetzt haben wir ja geröntgt und alles geklärt . ja .“

- 01 A jetzt haben wir ja geröntgt und alles geklärt . ja .
 02 P ja . das ist klar, aber der Husten is immer noch nicht weg und der is auch noch'n bisschen verschleimt .
 03 A wie sieht er aus? .
 04 P oh . was heißt, wie sieht er aus? äh ... der Husten? .
 05 A ja .
 06 P wenn ich das ausspucke? pff ... so'n bisschen grünlich ...
 07 A grünlich, ja . (...)

Obwohl zunächst „alles geklärt“ zu sein scheint, werden die *persistierenden* Beschwerden von der Patientin mit einer *aber*-Einleitung ihres Beitrags *insistierend* als bedeutsames Thema eingeführt (02P: „ja, das ist klar, aber der Husten is immer noch nicht weg ...“). Auf diese Weise erfährt das Thema eine Relevanzhochstufung, auf die der Arzt reagieren muss; jedenfalls sieht er sich zu einer Frage nach der „Qualität“ des Hustens veranlasst, die die Patientin erst nach einer Rückfrage ihrerseits beantwortet („grünlich“). Da wir auf diese Sequenz schon vorausgehend unter dem Aspekt der *Detailexploration* zur *Qualität* von Beschwerden/ Symptomen eingegangen waren (§ 21.4) und auf die nachfolgende, hier ausgelassene Sequenz unter dem Aspekt der *empathischen Rückmeldung* fokussiert hatten (§ 20.6), können wir hier nach Einführung des zentralen Beschwerdenthemas direkt zur Phase der Entscheidungsfindung übergehen, die die (Weiter-)Behandlung des anhaltenden Hustens betrifft. Dabei entsteht nach dem „Abhören“ durch den Arzt zunächst eine Unklarheit in der ärztlichen Ankündigung (B

22. Vorgehen abstimmen

22.28) (03A: „machen wir wieder (...) die Kontrollen“), die die Patientin sogleich *eigeninitiativ* durch eine entsprechende Verständnisfrage („was für Kontrollen?“) zu beseitigen sucht.

B 22.28 „was für Kontrollen?“

- 01 A dann hör ich Sie noch mal eben ab .
02 P ja gut .
[Gespräch aus dem Off, während der Arzt die Patientin abhört,
bevor dann beide wieder Platz nehmen] .
03 A machen wir nächste Woche wieder Kontrollen .
04 P äh . was für Kontrollen? .
05 A dass ich Sie noch mal abhöre .
06 P ja . und können Sie mir irgendwas aufschreiben noch, oder muss
ich alles selber holen? .
07 A (nee) .
08 P für'n Husten .
09 A schreib ich Ihnen auf, ja . was Schleimlösendes .
10 P ja . was Schleimlösendes wär gut, der ist noch sehr verschleimt
und tut auch noch'n bisschen weh . aber is kein Vergleich also .
und die . aber keine Antibiotika mehr, ne? .
11 A is nicht erforderlich .

Nach der Verständnisklärung, dass sich die Kontrollen aufs Abhören beziehen, initiiert die Patientin ein weiteres Anliegen, nämlich eine Verschreibung „für'n Husten“, was mit einer *indirekten* Klage im alternativen Falle einer Ablehnung verbunden wird („oder muss ich alles wieder selber holen?“). Obwohl der Arzt unmittelbar seine Einwilligung zur so „erbetenen“ Verschreibung gibt, trägt die Patientin im Nachhinein zur Rechtfertigung ihres Anliegens nochmals verstärkt ihre Beschwerden vor, um dann trotz einer relativen Verbesserung (10P: „aber ist kein Vergleich“) das Thema einer Antibiotikabehandlung ins Spiel zu bringen, indem sie eine Vergewisserungsfrage stellt („aber keine Antibiotika mehr, ne?“). Nachdem der Arzt diese Behandlungsoption klar verneint (11A: „ist nicht erforderlich“), scheint das Gespräch zu einem Abschluss gelangt zu sein, der jetzt nur noch vollzogen werden muss.

Entsprechend zieht der Arzt ein Resümee zum weiteren Vorgehen (B 22.29), wobei er allerdings durch die traditionelle Abschlussfrage nach möglicherweise noch *offenen Fragen* der Patientin eine weitere Themenofferte macht (05A: „Möchten Sie mich sonst noch was fragen?“). Diese

Themeneinladung wird von der Patientin proaktiv wahrgenommen, indem sie nach der Fortsetzung einer bisher praktizierten Behandlungsmaßnahme („Bestrahlung“) fragt, die in der heutigen Sprechstunde noch nicht thematisiert worden war.

B 22.29 „Möchten Sie mich sonst noch was fragen“

- 01 A dann machen wir nur das Schleimlösende .
02 P ja .
03 A und das nächste mal hör ich Sie ab .
04 P ja . komm ich nochma rein .
05 A möchten Sie mich sonst noch was fragen? .
06 P soll ich noch Bestrahlung weiter nehmen ? .
07 A das machen wir noch weiter durch .

Da der Arzt diese Vergewisserungsfrage der Patientin nach der Fortsetzung der Bestrahlung, die er vielleicht selbst nicht mehr „auf dem Schirm hatte“, ohne Einschränkung bestätigt, kann aus der Patientenperspektive insgesamt eine positive Bilanz gezogen werden. Durch ihre aktive und vom Arzt geförderte Mitarbeit konnte die Patientin maßgeblich Einfluss nehmen sowohl auf den Entwicklungsprozess der Entscheidungsfindung insgesamt als auch auf die Einzelmaßnahmen, die im Dialog von beiden Gesprächspartnern konsentiert wurden. Aus ärztlicher Sicht stellt die Stimulation der aktiven Mitarbeit von Patienten immer auch eine Herausforderung dar, wie sich auch in der Fortsetzung des Gesprächs zeigt, das eben noch nicht zu Ende ist, obwohl die Entscheidungsphase hinreichend gesättigt zu sein scheint.

Wie unter dem Aspekt der Gesprächsbeendigung („Resümee ziehen“) (§ 23) nach zu erörtern ist, birgt die Frage nach *offenen Fragen* immer auch das Risiko einer „never ending story“, so auch in diesem Gespräch, auf das wir deswegen noch mal zurückkommen werden (§ 23.4). Dabei wird deutlich zu machen sein, dass die Unterdrückung von Patienten Anliegen/Themen gegenüber einer dialogischen Aussprache auf Dauer keine erfolgreiche Alternative darstellen kann.

22.4.4 Konsensaushandlungen

Die vorausgegangenen Beispiele waren schon rudimentär durch Aushandlungsprozesse gekennzeichnet, in denen die Patientinnen aller-

22. Vorgehen abstimmen

dings zu unterschiedlichen Erfolgen kamen. Während die Vorbehalte der einen Patientin gegen eine bestimmte Behandlungsmaßnahme („Infusion“) ignoriert wurden, konnte die andere Patientin ihre Anliegen zur Weiterbehandlung ihres persistierenden Hustens weitgehend durchsetzen. Dabei können Aushandlungsprozesse jedoch nicht allein am Erfolg individueller Teilnehmer „bemessen“ werden.

Vielmehr müssen in einen dialogisch geführten Aushandlungsprozess immer „gute“ Argumente einfließen, die von den Gesprächspartnern als *pro* und *contra* in einer *Waagschale* gegeneinander abgewogen werden müssen, um die *partizipative Entscheidungsfindung* (PEF) in die eine oder andere Richtung voranzutreiben (§ 10.3). Im diesem Sinne sollten sich die Gesprächspartner auf ein „echtes“ Gespräch einlassen, das man nach Buber (1954/1986) eben nicht „vordisponieren“ darf (§ 7.5). Wenngleich bei der medizinischen Entscheidungsfindung die Aushandlungsspielräume im Rahmen einer *evidenzbasierten* Medizin begrenzt sind (§ 10.3), sind die Gespräche innerhalb dieses Rahmens zunächst *ergebnisoffen* zu führen.

Im Folgenden sollen an drei Gesprächen exemplarisch dialogische Aushandlungsprozesse aus verschiedenen Praxisfeldern (Hausarzt, Medizinische Poliklinik, Onkologie) rekonstruiert werden, bei denen es um unterschiedliche Themenschwerpunkte und Zielsetzungen geht. Während im Fall der Medizinischen Poliklinik von einem Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ein Wechsel des Therapieverfahrens („Spritze“ versus „Pumpe“) gewünscht wird (§ 22.5), geht es in der onkologischen Sprechstunde um die Verbesserung der Lebensqualität einer Patientin am Lebensende, zu der eine optimale Schmerztherapie beitragen soll (§ 22.6). Wir beginnen mit dem Beispiel aus der hausärztlichen Sprechstunde, in der schon bald das immer wiederkehrende Thema der „alten Angst“ vor Krebs aufkommt, die die Patientin wegen ihrer Schmerzen trotz einer OP immer noch umtreibt („Du hast keinen Eierstock mehr, wieso immer noch?“). Die vielschichtige Entwicklung des gesamten Gesprächs kann hier nur in groben Zügen wiedergegeben werden. Die Patientin kommt zunächst mit spezifischen *Eintrittskarten* (§ 19.4) in die Sprechstunde („Übelkeit“, „Schwindel“), wobei diese Symptome zunächst in den Zusammenhang mit ihren „Wechseljahresbeschwerden“ und „Hormonen“ gestellt werden. Obwohl der Arzt ihr das Angebot einer gründlichen Untersuchung macht (B 22.30), nimmt die Patientin eine Relevanzrückstufung vor, indem sie einen Themenwechsel einleitet (O2P), mit dem sie „momentan“ das „Einzige, was mir Kummer macht“ in den Gesprächsfokus rückt.

B 22.30 „es ist momentan es Einzige, was mir Kummer macht“

- 01 A die äh, was mich so interessieren würde is, haben Sie so das Gefühl, dass wir das mal gründlich untersuchen müssten? .
- 02 P [überlegt] . glaub ich weniger . weil ich einfach denke, es ist momentan es Einzige, was mir Kummer macht . sag ich ganz offen heraus, dass ich seit . circa . 4 Wochen, sag ich jetzt mal, wieder die gleichen Beschwerden habe, wie voriges Jahr, weswegen ich in der Klinik war. mit‘em Unterleib . und er hat mich . ähm . auch untersucht, der Doktor S und hat dann ne hochgradige Entzündung festgestellt, wie er sacht, hab ich auch wieder Antibiotika schlucken dürfen, is aber nich besser . und vor allen Dingen, was kurios is . wenn ich längere Zeit stehe ... is es schlimm .
- 03 A dann is was schlimm? .
- 04 P die Schmerzen .
- 05 A passen Se auf, das heißt also, Sie haben jetzt die Schmerzen wieder gespürt, ja, vor allen Dingen beim Stehen . und dann wird die alte Sache wieder wach, ja ...
- 06 P denk ich mal . denk ich mal ... dass ich mir doch Gedanken mach . vor allen Dingen, weil ne gute Freundin von mir hat auch Probleme . is zum Arzt (...) . die haben auch CT et cetera gemacht, Verwachsungen festgestellt, operiert, entfernt . Beschwerden immer noch da . isse hingegangen und hat dem Arzt erzählt . und da haben die gesagt: Schluss aus . hat keinen Wert . wir machen ne Kernspin, und dabei haben die dann festgestellt, dass die, fragen Se mich nich, wo irgendwas hat, was zweierlei Ursachen haben könnte . und das wird jetzt bei ihr durchgesehen .

Nach der Relevanzhochstufung des neuen Themas, dessen emotionaler Gehalt als „einzigster Kummer“ nochmals durch eine Beteuerung ihrer Offenheit in den Vordergrund gestellt wird („sag ich ganz offen“), entwickelt die Patientin nach und nach ein spezifisches Anliegen, dessen Formulierung sie *indirekt* über die Kurzerzählung zur Krankengeschichte ihrer Freundin zu „lancieren“ beginnt. Der Übergang wird in Kooperation mit dem Arzt hergestellt, der bereits die individuelle Bedeutung der von der Patientin eingebrachten eigenen Krankengeschichte aus ihrer Erlebensperspektive empathisch auf den Begriff bringt (05A: „dann wird die alte Sache wieder wach“). Die mehrfach wiederholende Reaktion der Patientin („denk ich mal . denk ich mal . dass ich mir doch Gedanken

22. Vorgehen abstimmen

mach“) belegt, wie sehr sich die beiden Gesprächspartner mit der Erinnerung der „alten Sache“ schon im mentalen und emotionalen Einklang befinden.

Diese gemeinsame Erinnerungsarbeit kann im Sinne der ursprünglichen Bedeutung von *Anamnese* (§ 9.1) bereits qua Stichwortkommunikation („alte Sache“) geleistet werden, weil beide Gesprächspartner in der hausärztlichen Sprechstunde auf eine langjährige Interaktions- und Wissensgeschichte zurückgreifen und den dazugehörigen Bedeutungskontext problemlos abrufen können. Ist die „alte Sache“ erst einmal im Gesprächsfokus etabliert, kann die Patientin gleichsam nach dem Prinzip der *Assoziation* (§ 9.3) ihre eigene Krankengeschichte mit der aktuellen Krankengeschichte ihrer Freundin auch sprachlich *assoziativ* verknüpfen (06P: „ich mir doch Gedanken mach, vor allen Dingen, weil ne gute Freundin ...“). Die schon eingeleitete „Lancierung“ ihres Anliegens kann die Patientin etwas später (B 22.31) dann weiter konkret ausgestalten, indem sie ihre Freundin als „Zitierautorität“ ins Gespräch einführt (02P), die sie indirekt sagen lässt, was sie sich selbst wohl noch nicht so direkt zu fordern traut.

B 22.31 „das hat Ihnen damals einen Schock versetzt“

- 01 A (...)
- 02 P (...) nur sie meinte, und das glaub ich auch bald selber, sie sachte, hör mal, sacht se . guck doch, dass de auch mal ne Kernspin machen lässt . weil, sachte se, du hast ja auch immer noch die Beschwerden .
- 03 A in äh . das heißt, das war auch so'ne Überlegung von Ihnen, dass wa da auch so'ne Untersuchung machen, ne Kernspin? .
- 04 P ja, weil ich denke einfach, ich bin doch nich hirnrissich . und Sie wissen doch, dass ich keiner bin, der krankfeiert . leg ich keinen Wert drauf, will ich nich . aber ... mich macht das verrückt, dass ich immer wieder die Beschwerden habe und denke: ‚Himmel Arsch und Zwirn . du hass keinen Eierstock mehr rechts, wieso immer noch?‘ .
- 05 A äh . und damals, die/die ganze Krankenhaussache, ja? .
- 06 P jaa .. .das steckt man nicht weg . steckt man nicht weg ... ich mein, de, de, das, das äh, äh . wat der [Name] sachte, die . es is ... Krebs . Gänsefüßchen auf, Gänsefüßchen zu . is innendrin, vor allen Dingen, wenn Se immer noch jetzt wieder die Beschwerden bekommen .
- 07 A ja, das heißt, das hat Ihnen damals einen Schock versetzt, dass .

- 08 P ja natürlich .
09 A es Krebs sein könnte, und wenn Se jetzt was spüren, da unten,
dann .
10 P denkt se halt, da is noch was .
11 A da is was, das wird wieder wach .
12 P ja . natürlich . ich denk einfach (...)

Trotz der Relativierungen der Patientin (02P: „das glaub ich auch bald selber“) versteht der Arzt, was „eigentlich“ gemeint ist, und kann stellvertretend für die Patientin deren Anliegen fragend formulieren (03A: „...ne Kernspin?“). Dies wird von der Patientin sofort bejaht und gleichsam mit der bisherigen leidvollen Krankengeschichte weiter begründet, zu der beide Gesprächspartner wieder einen mentalen und emotionalen *Einklang* finden, der inhaltlich mit den entsprechenden thematischen *Schlüsselsymbolen* („Schock“, „Krebs“) abgerufen und formal-dialogisch in einer wechselseitigen *Vervollständigung* von Sätzen (*joint sentence production*) manifest wird, in der die Gedanken des anderen antizipiert und vorausseilend formuliert werden.

Im weiteren Gesprächsverlauf tauschen Arzt und Patientin eine Reihe „guter“ Argumente aus, warum die vorangegangenen Untersuchungen nicht ausreichend gewesen sein könnten und durch eine Kernspintomographie zu ergänzen wären, wobei der Arzt sogar das „beste Gerät“ ganz in der regionalen Nähe erwähnt usw., aber zugleich den Verdacht äußert, „dass das Untersuchungsergebnis nichts bringen wird.“ Ohne hier in die Details des weiteren Gesprächsentwicklung gehen zu können, bei der auch die wiederkehrende „alte Angst“ der Patientin bei einer für sie „ergebnislosen“ Untersuchung thematisiert wird, kommt es dann zu einer weichenstellenden Gesprächssequenz (B 22.32), die bereits unter dem Aspekt der *Erwartung* (§ 22.2) von Patienten angeführt wurde und hier nochmals erweitert wiedergegeben werden soll.

B 22.32 „wie wichtig ist denn die Untersuchung für Sie?“

- 01 A ja ... in eh ... was soll'n wa machen? was soll ich Ihnen raten? .
02 P Herr Doktor ... Sie sind der Arzt . Sie haben studiert . gut nä? ...
[lacht]
03 A die äh ... wie wichtig ist denn die Untersuchung für Sie? .
04 P ich denke einfach mal zur Beruhigung für mich selber sehr .
05 A hm, das heißt, das wäre nötig, das würd Ihnen wirklich ne Beruhigung geben? ...

22. Vorgehen abstimmen

06 P ja . weil ich . weil ich einfach denke, genau wie mit meinem Fuß (...)

Obwohl die Patientin nun schon lange genug ihr Anliegen mit der spezifischen Untersuchungspräferenz mehr oder weniger zu erkennen gegeben hat, kann sie die ärztliche Einladung zur Offenlegung ihrer Erwartungen nicht annehmen. Vielmehr versucht sie, an ihrer Beziehungspräferenz mit einer traditionellen Rollenverteilung festzuhalten, indem sie – kokett lachend – mit Humor auf die Profession des Arztes qua Ausbildung verweist, der abermals als „offizielle“ Entscheidungsinstanz herausgefordert wird. Der Arzt spielt seinerseits nochmals den Ball zurück, indem er die Patientin erneut nach der Relevanz ihrer gewünschten Untersuchung fragt („wie wichtig ist denn die Untersuchung für Sie?“). Nachdem die Patientin wiederum zur Begründung ihre „Beruhigung“ anführt, die der Arzt noch mal nachfragend betont prüft („das würde Ihnen wirklich ne Beruhigung bringen?“), kommt es dann zur „offiziellen“ Entscheidung (B 22.33), die der Arzt auch für die Patientin deutlich erkennbar nur sehr verhalten mittragen kann.

B 22.33 „wir können die Untersuchung machen, empfehlen tu ich sie nicht“

- 01 A ich würd Folgendes sagen: wir können . die Untersuchung können wir machen, ja . empfehlen tu ich sie nicht, ja . ich glaub sogar, dass die eigentlich gar nich nötig wär . aber mir is wichtig, dass Sie beruhigt sind . vor allen Dingen, mir ist wichtig, dass Sie das Gefühl haben, Sie sind wirklich hundertprozentig, ja .
- 02 P durchgescheckt worden, ja.
- 03 A durchgescheckt, ja . und . wenn wa das Ergebnis haben, ja . und wir haben den Punkt, dann würd ich gern das Gespräch weiter fortführen .
- 04 P könn wa .
- 05 A ja? .
- 06 P ja sicher .
- 07 A dass wa dann mal gucken, wie isses dann ... ja . was halten Sie davon? .
- 08 P ja okay, einverstanden, warum nicht .
- 09 A ja?. soll'n wa so verbleiben? .
- 10 P sicher .
- 11 A schön . haben Sie sonst noch irgendwas zu . anzusprechen? .
- 12 P och nee, aber das Mädels kann mir'n Blutdruck messen, dann brauch ich Sie nicht belästigen (...)

Das Gespräch, das insgesamt ca. 10 Minuten dauert, kreist thematisch wesentlich um die „Angst vor Krebs“, die in der Krankengeschichte der Patientin tief verwurzelt ist. Darauf können die Gesprächspartner aufgrund einer langen Interaktionsgeschichte umstandslos zurückgreifen, wenn sie sich in wenigen *thematischen Schlüssel-symbolen* verständigen („alte Sache“, „Schock“, „alte Angst vor Krebs“). Der Arzt kann schließlich nach einem langen Aushandlungsprozess in das von der Patientin präferierte Untersuchungsverfahren („Kernspintomographie“) einwilligen, obwohl er es explizit „nicht empfehlen“ kann – was einer Paradoxie gleichzukommen scheint. Auch wenn die Vorbehalte des Arztes bei der nunmehr „offiziellen“ Entscheidung für die Patientin unüberhörbar sind, kommen beide Gesprächspartner zu einer einvernehmlichen „Lösung“ des Problems der Patientin, die vor allem in ihrer „Beruhigung“ besteht.

Diese Beruhigung wird nicht nur nach den ärztlichen Nachfragen wiederholt von der Patientin selbst als „wichtig“ herausgestellt, sondern auch vom Arzt spiegelnd als Zielsetzung übernommen („aber mir ist wichtig, dass Sie beruhigt sind“). Das hohe Ausmaß der Übereinstimmung manifestiert sich erneut in der wechselseitigen Übernahme eines weiteren zentralen Schlüsselbegriffs („durchgescheckt“), bevor dann der Grundkonsens wechselseitig durch eine Reihe von komplementären Bestätigungen und Rückbestätigungen „besiegelt“ wird (04-11). Der derart stark ratifizierte Konsens erstreckt sich nicht nur auf die nunmehr beidseitig akzeptierte und intendierte Untersuchung, sondern auf ihre Nachbesprechung in einem daran anschließenden Folgegespräch („dann würd ich gern das Gespräch weiter fortführen (...) dass wa dann mal gucken, wie isses dann“). Für dieses Folgegespräch ist zu hoffen, dass es ähnlich *ergebnisoffen* begonnen wird wie das vorrangegangene Entscheidungsgespräch, das am Ende dann doch einen Konsens gefunden hat, mit dem beide Gesprächspartner offenbar zukünftig auf ihre Weise „zurechtkommen“ können.

22.5 Wechsel des Therapieverfahrens

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist nicht außerhalb der Sprechstunde festgeschrieben, sondern sie wird zwischen den beiden Gesprächspartnern durch Kommunikation gestaltet und gegebenenfalls im Gesprächsverlauf verändert. Für die Forschung wie Lehre erweisen

22. Vorgehen abstimmen

sich gerade die Gespräche als interessant, in denen nicht etwa bestimmte Kommunikations- und Beziehungsmodelle vom Anfang bis zum Ende homogen, sozusagen in „Reinkultur“ realisiert werden, sondern „Brüche“ und „Mischungen“ auftreten. So gibt es relativ häufig Gespräche, in denen die Beziehungsangebote der Patienten von ihren Ärzten zwar zunächst nicht (gänzlich) verworfen werden, aber in einer mehr oder weniger ausgeprägten Aushandlungsphase durch entsprechend kommunikative Abstimmungen eine Transformation etwa vom *paternalistischen* Modell oder *Dienstleistungsmodell* zum *Kooperationsmodell* vollzogen wird.

Das folgende Gespräch aus einer Medizinischen Poliklinik repräsentiert zunächst einen Typ der Entscheidungsfindung, der durch einen kommunikativen Transformationsprozess gekennzeichnet ist, in dem sich der Patient mit seinem Arzt von einem anfänglichen *Dienstleistungsmodell* in Richtung eines *Kooperationsmodells* bewegt. Mit Balint (1964/88) ist davon auszugehen, dass Patienten ihrem Arzt gleich zu Konsultationsbeginn ein sog. *Patientenangebot* machen. Ein solches Patientenangebot beschränkt sich nicht nur auf einschlägige thematische *Präsentiersymptome* (z.B. „Schmerzen“, „Übelkeit“), mit denen „Eintrittskarten“ in die Sprechstunde gelöst werden (§ 19.4), sondern stellt zugleich ein Beziehungsangebot gegenüber dem Arzt selbst dar. Der Patient initiiert ein bestimmtes Modell der Arzt-Patient-Beziehung, indem er ein bestimmtes Anliegen in einer bestimmten Art und Weise zum Arzt in das Gespräch einbringt, mit der dem Arzt eine bestimmte Rolle angetragen wird. So kann der Arzt etwa vom Patienten von vornherein als *Helper* oder *Retter* (Paternalismus-Modell) oder aber als *Dienstleister* (Business-Modell) angegangen werden (§ 10.4). Das für den weiteren Gesprächsverlauf relevante Problem ist dann, wie der Arzt mit dem Patientenangebot als Beziehungsangebot umgeht, wofür vorausgehend (§ 19.8, 22.4.1) schon Beispiele mit einem Beziehungswandel angeführt wurden. Im folgenden Gespräch vollzieht sich der Wandel vom *Dienstleistungsmodell* zum *Kooperationsmodell*, in dem beide Gesprächspartner im Verlauf eines Erstgesprächs schließlich eine gemeinsame Entscheidung vorbereiten, die sie im Folgegespräch dann auch einvernehmlich treffen.

22.5.1 Dienstleistungsmodell: „Umstellung auf Pumpe“

Das Gespräch findet in einer poliklinischen Ambulanz statt, in der eine spezifische Sprechstunde für Patienten angeboten wird, die an *Diabetes mellitus* erkrankt sind. Es handelt sich in diesem Fall also um einen Patienten, der den Arzt mit einer „organisierten“ Krankheit im Sinne Balints (1964/88) aufsucht, bei der die Diagnose bereits gestellt und die Therapie erfolgreich eingeleitet ist. Dem ca. 25-jährigen Patienten ist die Diagnose („Diabetes mellitus Typ 1“) seit längerer Zeit bekannt und die Behandlung erfolgt mit Insulin. Der Patient kommt nun mit einem dezierten Anliegen (B 22.34) (06P:„gewünschte Umstellung auf Pumpe“) in die Sprechstunde, mit dem er gleichsam „mit der Tür ins Haus fällt“. Mit dieser spezifischen „Eintrittskarte“ wird dem Arzt offenbar gleich zu Gesprächsbeginn die Rolle eines Dienstleiters angetragen, der die „gewünschte“ Dienstleistung ohne weitere Beratung erbringen soll.

B 22.34 „Gewünschte Umstellung auf Pumpe“

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | A | Herr Müller! . was führt Sie zu uns? . |
| 02 | P | Diabetes Typ 1 |
| 03 | A | ja . |
| 04 | P | Bolus-Basis . |
| 05 | A | hm . |
| 06 | P | gewünschte Umstellung auf Pumpe |

Schon bei der Formulierung des Anliegens ist der *Geschäftston* auffällig, mit dem die ärztliche Eröffnungsfrage vom Patienten im elliptisch verkürzten „Telegrammstil“ beantwortet wird, in dem das „Gewünschte“ direkt zum Ausdruck gebracht wird. In verschiedenen Fortbildungsgruppen wurde diese Eröffnungssequenz zum Gegenstand von Reflexionen über mögliche Gesprächsfortsetzungen gemacht. In einer Simulationssituation reagierten die Gruppenmitglieder zumeist spontan sehr ungehalten, abweisend bis zurechtweisend auf diese Videosequenz, die zu einer stellvertretenden ärztlichen Intervention animieren sollte („It’s your turn“) (§ 13.5.2). Die Irritationen waren so groß, dass überwiegend keine direkten Interventionen zustande kamen, vielmehr in einer kritischen Metaperspektive auf diese Videosequenz evaluative Stellungnahmen abgegeben wurden. Deren Tenor war, dass der Arzt im realen Gespräch vom Patienten in einer bloßen Dienstleisterrolle (z.B. als „Ver-

22. Vorgehen abstimmen

käufer“) kontaktiert würde, was nicht ohne weiteres hinzunehmen wäre. In einer exemplarischen Liste sind einige ärztliche Reaktionen zusammengestellt (Box 22.4), die durchaus als typisch gelten können.

Box 22.4 Ärztliche Reaktionen aus Fortbildungsgruppen

1. Die Beziehung ist sehr distanziert
2. Wie eine SMS
3. Das ist eher wie bei der Bundeswehr
4. Als wenn einer Meldung macht
5. Wie im Ersatzteillager
6. ‚Wir sind hier nicht im Laden‘, würd ich dem sagen
7. Es wird eine reine Dienstleistung verlangt
8. Dem würd ich sagen, dass wir hier keine Waren haben
9. Der drängt mich als Arzt in die Rolle eines Verkäufers
10. Eine reine Geschäftsbeziehung
11. Wir beziehen uns hier auf Befindlichkeiten, nicht auf Dinge
12. Ich würd die Reißleine ziehen

Auch wenn die Konsequenzen nicht immer klar erkennbar sind („Reißleine ziehen“), ist der ärztliche „Unmut“ bei allen Stellungnahmen „unüberhörbar“, wenn imaginiert werden soll, diesem Patienten mit dieser Art von Anliegen in einem eigenen Gespräch begegnen zu müssen. Der Patient hätte mit starken „Sanktionen“ zu rechnen, mit denen er mehr oder weniger „in seine Schranken“ zu verweisen wäre, die er im ärztlichen Gesamturteil offenbar überschritten hat. Würde die ärztliche Intervention entsprechend einer der vorausgegangenen Stellungnahmen (1)-(12) ausfallen, müsste der Patient seinerseits auf die Thematisierung der (Un-)Angemessenheit seiner Äußerung reagieren usw. Bekanntlich können solche metakommunikativen Rückmeldeschleifen zu erheblichen Kommunikations- und Beziehungsstörungen führen, die dann durch aufwändige Korrekturarbeiten erst mühsam in Richtung auf eine neue Verständigung zu überwinden sind.

22.5.2 Wandel zum Kooperationsmodell: „Schwierigkeiten“

Während bei den vorausgehend nahegelegten Interventionen aus der Fortbildungssituation mit Risiken einer Metakommunikation auf der

Beziehungsebene zu rechnen ist, sucht der reale Arzt eine Verständigung auf einer *Inhaltsebene*. Mit seiner realen Intervention wählt der reale Arzt eine Gesprächsfortsetzung, bei der er das fragliche Beziehungsproblem erst gar nicht zum Thema macht, sondern sich *inhaltsbezogen* nach den „Schwierigkeiten“ des Patienten mit dem aktuellen Behandlungskonzept, das heißt nach seinem *subjektiven Erfahrungswissen* erkundigt, das der Patient dann ebenso bereitwillig kundtut (B 22.35). Mit dieser *patientenorientierten* Themenofferte wird hier schon eine *Transformation* vom *Dienstleistungsmodell* zum *Kooperationsmodell* angebahnt, in dem die ersten *lebensweltlichen* Bedingungen und individuellen *Präferenzen* des Patienten zur Sprache kommen.

Dabei lässt sich der Patient vom Arzt nach und nach „in ein Gespräch ziehen“, bei dem das augenscheinlich „biotechnische“ Anliegen eines Therapiewechsels („Spritze“ versus „Pumpe“) in einer „biopsychosozialen“ Anamneseerhebung allmählich zu einer komplexen Motivgeschichte erweitert wird, die die Lebensführung als „Diabetiker“ insgesamt betrifft. Diese Gesprächsentwicklung in einer ca. 30minütigen poliklinischen Sprechstunde kann hier nur rudimentär in Gesprächsausschnitten nachgezeichnet werden, in denen es wie schon im folgenden Übergang zu spezifischen thematischen Weichenstellungen kommt.

B 22.35 „das heißt, es gibt Schwierigkeiten ...“

- 07 A ja, das heißt . äh . es gibt Schwierigkeiten im Basis-Bolus-Konzept bei Ihnen? .
- 08 P sagen wir mal so . ich möchte eine Vereinfachung, mehr Variabilität ...
- 09 A ja .
- 10 P und größere Freiheit ...
- 11 A ja ...
- 12 P weil das Verschwinden mit dem Pen . und so . ist also .. manchmal in meinem Beruf spezifisch auch nicht so günstig .
- 13 A ja . ja .
- 14 P also .
- 15 A also, das Verschwinden heißt, dass Sie dann mal ab und zu weg müssen, weil Sie sich das Insulin injizieren müssen .
- 16 P richtig, zum Beispiel .
- 17 A ja .
- 18 P und das ist manchmal sehr schlecht . ich bin Industrie- und Werbefotograph ...
- 19 A ja .

22. Vorgehen abstimmen

- 20 P praktisch ist fast immer der Kunde dabei ..
21 A ja, ja .
22 P und so, also so was merkt er wohl weniger [deutet auf imaginäre Pumpe] oder wird eher nicht so sehr äh aufgenommen als wenn man verschwinden muss und so . und dann verstehen das die Leute nicht und dann muss man große Erklärungen führen oder so .
23 A ja, ja .
24 P ich denk mir . das könnte ne Erleichterung sein .
25 A ja .

Statt auf die Art der Formulierung des Patientenanliegens in der Einleitungssequenz zu reagieren, zieht der mit dem Krankheitsbild sehr vertraute Arzt die entsprechenden Schlussfolgerungen („das heißt ...“), die vom Patienten mit seiner „gewünschten Umstellung auf Pumpe“ schon nahegelegt werden. Der Arzt antizipiert die persönlichen „Schwierigkeiten“ des Patienten mit seiner aktuellen Behandlung als „Diabetiker“ und entlockt ihm mit seinen Interventionen schon die ersten lebensweltlich relevanten Informationen, mit denen der Patient seine Motivation für eine Umstellung im Therapieverfahren gegenüber dem Arzt zu plausibilisieren sucht.

Dazu werden vom Patienten gleich zu Beginn *thematische Schlüssel-symbole* eingeführt („Vereinfachung“, Variabilität“, „Freiheit“), deren persönliche Bedeutung zunächst über die bisherigen Beeinträchtigungen im Berufsleben begründet wird (12P: „weil das Verschwinden mit dem Pen ... ist ... in meinem Beruf nicht so günstig“). Wiederum zieht der Arzt eine entsprechende Schlussfolgerung (15A: „also, das Verschwinden heißt, dass ...“), mit der er dem Patienten ein „vorausseilendes Verstehen“ der Konfliktsituation signalisiert, die beim „Verschwinden mit dem Pen“ mitten im Kundengespräch entsteht. Die ärztlichen Interventionen haben jeweils eine hohe *Passgenauigkeit* (§ 3.3, 17.2), wie sich an den Reaktionen des Patienten erkennen lässt, der sich vom Arzt offensichtlich gut verstanden fühlt (16P: „richtig“).⁶ Die längeren Interventionen und zahlreichen, teils verdoppelten Hörerrückmeldungen (*ja, ja*) des Arztes stellen eine Relevanzhochstufung der vom Patienten

⁶ Ebenso passend war bereits vorausgehend die „stillschweigende“ Korrektur des Arztes von „Bolus-Basis“ (04P) zu „Basis-Bolus“ (07A), mit der er (hörbar unmarkiert) eine terminologische Klarstellung vornimmt, ohne den Patienten etwa belehrend in Verlegenheit zu bringen.

eingebrachten Themen ein, die zu einem kontinuierlichen Gesprächsfluss führt, in dem der Patient das weitere zentrale *Schlüsselsymbol* (24P: „Erleichterung“) ergänzt, womit er sich allerdings noch ganz auf sein Berufsleben beschränkt. Im weiteren Gesprächsverlauf wird dann deutlich, in welchem Maße der Patient seine *Lebensqualität* durch das aktuelle Therapieverfahren („Spritzen“) insgesamt beeinträchtigt sieht. Als Voraussetzung für die spätere Entscheidungsfindung muss die biopsychosoziale Anamneseerhebung zuvor um mehrere Aspekte erweitert werden.

22.5.3 Biopsychosoziale Anamnese: „Seelische Geschichte“

Nach den ersten Relevanzhochstufungen der *lebensweltlichen* „Stimme“ des Patienten (§ 10.2), der seine vom Arzt angesprochenen „Schwierigkeiten“ mit dem Basis-Bolus-Konzept zunächst vor allem als Fotograf im beruflichen Umgang mit seinen Kunden artikulierte, kommt es in weiteren Gesprächsrunden zu einem wechselseitigen Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient über die Vor- und Nachteile der beiden alternativen Behandlungskonzepte („Spritzen“ versus „Pumpe“), was hier nur in Auszügen wiedergegeben werden kann. Es handelt sich um erste Aufklärungsschritte des Arztes, mit denen nach dem dialogischen *Ask-Tell-Ask*-Schema (§ 22.3) die offenen Informationen vermittelt und das jeweilige „Pro“ und „Contra“ vorläufig abgewogen werden, bevor sich der Arzt erneut nach der Motivation des Patienten für einen Wechsel des Behandlungskonzepts erkundigt.

B 22.36 „... noch genauer zu verstehen, was Ihre Motivation ist ...“

01 A ja .

02 P und äh . () hört sich das alles mal an und so an .
[da muss man einfach ()

03 A [ja ja ja, das stimmt . es gibt außerordentlich überzeugte Pumpenträger . insbesondere wenn die merken, dass sie dadurch in der Lage sind, ihre Stoffwechselstörung besser hinzukriegen .

04 P hm .

05 A prinzipiell gibt es zwei Gründe ... [Störung von außen: Tür klopfen] ja bitte () guten Tag . ich bin noch im Patienten-Gespräch . es dauert noch eine Weile ... ähm . es gibt zwei wesentliche

22. Vorgehen abstimmen

- Gründe für eine Pumpe aus unserer Sicht .
- 06 P hm .
- 07 A dass entweder die Stoffwechseleinstellung zum durch das Basis-Bolus-Konzept nicht zufriedenstellend ist .
- 08 P hm .
- 09 A das ist der Hauptgrund . und der zweite Grund . wenn der Patient eine Pumpenbehandlung ausdrücklich wünscht [...] und äh es tut sich da auf dem Markt immer einiges . also mal gibt es ganz gute Pumpen . und mal gibt es nicht so gute Pumpen .
- 10 P hm .
- 11 A deswegen find ich, wäre zunächst mal ganz, ganz wichtig, noch genauer zu verstehen, was/was Ihre Motivation ist, dass Sie mit dem Basis-Bolus-Konzept unzufrieden sind .

Nach den ersten, hier gekürzten Aufklärungsschritten, die zuletzt mit der Darstellung der objektiven Lage am „Markt“ enden, auf dem mit Pumpen unterschiedlicher Qualität zu rechnen ist („mal ganz gute, mal nicht so gute Pumpen“), macht der Arzt erneut die „Motivation“ des Patienten zum Thema, das eine mehrfache Relevanzhochstufung erfährt. Mit einer kausalen Verknüpfung („deswegen“) und besonderen Betonung („ganz, ganz wichtig“) markiert der Arzt sein ärztliches Interesse am Verständnis („zu verstehen“) der Patientenmotivation für einen Wechsel des Therapieverfahrens („was Ihre Motivation ist“), wobei er hier als mögliches Thema auf die „Unzufriedenheit“ mit dem bisherigen Basis-Bolus-Konzept fokussiert. Über diese Markierungen hinaus übt der Arzt mit einem betonten Präzisierungsverlangen („*noch genauer* verstehen“) einen gesteigerten Druck zur weiteren Selbstexploration des Patienten aus, so dass nunmehr eine bloße Wiederholung oder Umschreibung der bisher bekundeten Motivlage nicht mehr ausreichen würde. Der auf diese Weise unter „Zugzwang“ gesetzte Patient offenbart dann auch weitere Motive, denen er im Nachhinein seinerseits eine Relevanzhochstufung verleiht (B 22.37), indem er sie wie beiläufig als erst-rangig („zuerst“) einordnet.

B 22.37 „das ist ne . ne innerliche, seelische Geschichte“

- 12 P na ja, zuerst mal ist es auch . äh vom Menschlichen her bin ich also nicht unbedingt, wie viele andere auch, so unbedingt mit der Nadel angetan, ne
- 13 A ja .

- 14 A das ist, das ist ne . ne innerliche, seelische Geschichte vielleicht auch, ne .
- 15 A ja .
- 16 P so . na gut, man hat sich nach nem halben Jahr dran gewöhnt, ne . so . aber . äh . ich denk mir, mit nem Katheter, den man ein paar Tage an derselben Stelle lassen kann, unter Umständen, komme ich vielleicht besser zurecht, ne . ohne dass ich immer Schme:rzüberwindungen hab . oder sowas in der Richtung .
- 17 A ja . ist das so bei Ihnen, dass Sie/dass Sie so . so'n . bevor Sie zum Stich . äh . schon die Schmerzen vorwegnehmen gedanklich . und davor Angst haben, sich zu stechen? .
- 18 P mehr oder weniger . ja . also ich hab mir ne Technik entwickelt . wo ich es schaffe den Körper zu entspannen, ne ... so ist denn auch die Muskulatur in der Bauchdecke nicht so angespannt, ne . so ist der Einstich nicht so schme:rhaft, ne .

Diese Reaktion des Patienten, seine „innerliche, seelische Geschichte“ (14P) zu offenbaren, verdankt sich unter dem Aspekt der *Passung* (§ 3, 17) zweifellos der vorausgegangenen Arzt-Intervention (11A), durch die der Patient im Sinne einer *konditionalen Relevanz* (§ 9.4) unter einen bestimmten – wie auch immer sanften – Fortsetzungszwang zur weiteren Selbstexploration gesetzt wurde. Die funktionelle Leistung der ärztlichen Intervention besteht genau darin, dass der Arzt an dieser Stelle des Gesprächs die Möglichkeit einer Themenerweiterung offeriert, die sowohl den Umfang als auch die Gewichte in der Bedürfnis- und Motivlage des Patienten betreffen. Diese ärztliche Themeneinladung kann nunmehr vom Patienten auf eine Weise angenommen werden, die erkennen lässt, dass der Arzt ersichtlich einen Kommunikationsbedarf beim Patienten getroffen hat.

Die Passgenauigkeit der Intervention (B 22.36: 11A) ist an der nachfolgenden Reaktion des Patienten (12P) gut erkennbar: Die psychodynamische Passung der Intervention besteht offensichtlich darin, dass der Arzt zu Recht antizipiert, dass die bereits vorerwähnte berufliche Beeinträchtigung als Patientenangebot (B 22.35: 12P: „: „das Verschwinden mit dem Pen ... ist in meinem Beruf ... nicht so günstig“) nicht das einzige und vielleicht nicht einmal das dominante Motiv des Patienten für den gewünschten Wechsel zu einer offenbar weniger invasiv imaginierten Behandlungsmethode ist. Die Zeitfolge der Darstellung entspricht offenbar nicht der Rangfolge, was häufig bei Patientenangeboten der Fall ist.

22. Vorgehen abstimmen

Mit diesen Selbstexplorationen des Patienten, der seine Motive für einen Therapiewechsel weiter offenlegt, wird die biopsychosoziale Anamneseerhebung, die bisher auf die Praktikabilität im Berufsleben beschränkt war, um eine „innerliche, seelische Geschichte“ erweitert, die die alltägliche Lebensführung des Patienten insgesamt erfasst. Dabei erfährt das Thema der „innerlichen, seelischen Geschichte“ eine unmittelbare Relevanzhochstufung, nachdem es initiiert und kaum unter dem Stichwort „Schmerzüberwindung“ konkretisiert ist. Der Arzt fördert die weitere emotionale Öffnung des Patienten mit einer spezifisch *empathischen* Intervention (§ 20.6), indem er die vom Patienten lediglich implizit ausgedrückte Emotion explizit auf den Begriff bringt (B.22.37: 17A: „... davor Angst haben, sich zu stechen“). Mit diesem Themenwechsel ist endgültig eine neue Gesprächsqualität erreicht, die sich allein schon in der Entwicklung der *thematischen Schlüsselsymbole* manifestiert, die hier bereits vorausgreifend in einem tabellarischen Überblick (Tab. 22.1) für das gesamte Gespräch zusammengestellt werden sollen.

Thematische Schlüsselsymbole	
Gesprächseröffnung	Gesprächsentwicklung
biomedizinisch	biopsychosozial
Diabetes Basis-Bolus Pumpe Vereinfachung	Größere Freiheit, Erleichterung, Menschliches, Innerliches, Seelisches, Schmerzüberwindung, Angst, Scham, Furcht, Hemmungen, Sich-Quälen

Tab. 22.1: Biopsychosoziale Themenentwicklung

Während die Eröffnung des Gesprächs noch von einem *biomedizinischen* Vokabular („Diabetes“, „Bolus-Basis“, „Pumpe“) geprägt war, wird im weiteren Gesprächsverlauf nach und nach ein *psychosoziales* Vokabular entwickelt, das gleich zu Gesprächsbeginn mit der ärztlichen Frage nach den „Schwierigkeiten“ und mit den weiteren Nachfragen zur „Motivation“ usw. stimuliert wurde („Freiheit“, „Erleichterung“, „Menschliches“, „Seelisches“, „Angst“). Ist eine derartige offene *biopsychosoziale* Themenentwicklung erst einmal angebahnt und etabliert, fällt es beiden Gesprächspartnern umso leichter, diese Entwicklung

fortzuschreiben und um weitere psychosoziale Aspekte zu erweitern, wie dies im anschließenden Gesprächsanschluss (B 22.38) deutlich wird.

B 22.38 „dann ist das natürlich nicht so doll“

- 19 A hm .
20 P nur äh . wodurch jetzt bedingt weiß ich auch nicht . äh . Injektionen auf den Oberschenkel sind also schon was schwieriger .
21 A ja .
22 P ja . ich mach das also so . tagsüber in die Bauchdecke .
23 A ja .
24 A und abends dann das Basisinsulin .
25 A ja .
26 A in den Oberschenkel .
27 P ja . ja .
28 P das is also denn auch so , dass es dann blaue Flecken oder so gibt . und dann ist das natürlich nicht so doll , wenn man baden gehen will .
29 A ja . ja
30 P oder schwimmen .

So kann der Patient unmittelbar im Anschluss an die Beschreibung seiner Schmerzüberwindung bei der Einstich-„Technik“ (18P) offen über eine Emotion sprechen, die sich indirekt als *Scham* vor der Öffentlichkeit darstellt, wenn er die psychosozialen Folgen seiner „blauen Flecken“ in der öffentlichen Wahrnehmung thematisiert (28P: „und dann ist das natürlich nicht so doll, wenn man baden gehen will“). Neben dem ästhetischen Aspekt spielt der Patient hier auch auf mögliche Missverständnisse an, denen Laien aufgrund ihrer Wahrnehmung der Einstich-Folgen unterliegen könnten, so dass insgesamt mit negativen persönlichen Zuschreibungen zu rechnen wäre. Da „Baden“ oder „Schwimmen“ lediglich exemplarische Anlässe für ein Schamgefühl darstellen, können von beiden Gesprächspartnern implizite Schlussfolgerungen auch auf vergleichbare Situationen nahegelegt bzw. gezogen werden, in denen die körperliche Wahrnehmung durch andere Personen (z.B. bei Sexualität) eine bedeutsame Rolle spielt.

Später im Gespräch kommt dann eine weitere Emotion des Patienten hinzu, nämlich seine „Furcht“ vor einer Infektion, die durch „dreckige Finger“ im „Beruf des Fotografen“ ausgelöst werden könnte, der „nicht immer so sauber“ sei, „wie man sich vorstellt“, so dass er „Hem-

22. Vorgehen abstimmen

mungen“ habe, „den Pen auszupacken“. Gerade in diesem Kontext bringt der Patient dann seine Präferenz für einen Therapiewechsel nochmals durch eine generelle Maxime zu Ausdruck: „Man muss sich ja nicht quälen“, worauf der Arzt wiederum mit voller Zustimmung („ja das ist richtig“) reagiert.

Im gesamten Gesprächsverlauf kommt also insgesamt eine ganze Reihe von *emotionsbezogenen Motiven* zur Sprache, mit denen sich die anfänglich „gewünschte Umstellung auf Pumpe“ vielfältig plausibilisieren lässt. Da eine solche Umstellung der Therapie jedoch ihrerseits nicht einfach „problemlos“ vollzogen werden kann, müssen Arzt und Patient in einen *Aushandlungsprozess* treten, in dem medizinische *Evidenzen* und persönliche *Präferenzen* des Patienten hinreichend in *Einklang* zu bringen sind.

22.5.4 Konsens: „Wir können das ausprobieren“

Im gesamten Gesprächsverlauf wird die *partizipative Entscheidungsfindung* (PEF) kumulativ immer wieder durch teils metakommunikative Schlüsselinterventionen mit jeweils besonderen Weichenstellungsfunktionen unter spezifischen Themenstellungen vorbereitet. Dabei wird vom Arzt sowohl die Gesprächsqualität einer *rationalen Kommunikation* betont, in der es um den Austausch von *Pro* und *Contra* geht („rationales Für und Wider“), als auch die aktive Beteiligungsrolle des Patienten beschrieben, der nochmals zur Offenlegung seiner Präferenzen für einen Therapiewechsel angehalten wird, zumal die bisherige Therapieform zu einer „optimalen Stoffwechseleinstellung“ geführt hat.

B 22.39 „rationales Für und Wider“

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | A | (...) ich denke, bevor wir so richtig in dieses rein rationale Für und Wider einsteigen . würd' mich doch noch mal interessieren . was sind das für Aspekte . die es Ihnen schwer machen . das Basis Bolus Konzept, was ja offensichtlich bei Ihnen zu einer optimalen . |
| 02 | P | hm . |
| 03 | A | Stoffwechseleinstellung führt, weiterhin so durchzuführen . |

In dieser Gesprächssequenz geht es um eine Zwischenbilanz mit einer Güterabwägung, bei der „objektive“ und „subjektive“ Gewichte in einer

„Waagschale“ der Entscheidungsfindung abgewogen werden müssen (§ 10.3). Die vom Arzt angesprochene „optimale Stoffwechseleinstellung“ war zuvor schon Thema gewesen, bei dem der Patient mit einem gewissen Stolz den bisherigen Therapieerfolg in einem prä-post-Vergleich der „HbA₁-Werte“ beschrieben hatte, wozu der Arzt seine *Anerkennung* gegenüber dem Patienten schon ausdrücklich mit einer *empathischen* Rückmeldung kundgetan hatte.

B 22.40 „Donnerwetter . das ist dann ein sehr, sehr guter Wert“

- 01 A (...) aber da tasten Sie sich denn so ran .
02 P ja das hab ich auch soweit gemacht . der letzte HbA₁-Wert war .
das ist vielleicht ganz gut .
03 A ja .
04 P zu wissen . weil der vorher immer noch recht hoch war . bei Dr. Z
und auch bei meinem Hausarzt . das sah so aus . dass ich ir-
gendwann mal mit 12,1 oder so was .
05 A hm .
06 P im Januar angefangen hab . und bin also jetzt am 26.4. bei 5,8
...
07 A Donnerwetter . Donnerwetter . das ist dann ein sehr, sehr guter
Wert . wann wurde bei Ihnen die Diagnose gestellt .
08 P äh . [greift nach Tasche] 7.10. vorigen Jahres (...)

Angeichts diese „objektiven“ Datenlage zur „Stoffwechseleinstellung“ wäre es vom „rein“ biomedizinischen Standpunkt durchaus „angezeigt“, am bisher erfolgreichen Behandlungskonzept festzuhalten, was bei einer erneuten Entscheidungsfindung bereits in einer *Waagschale* mitgewogen werden müsste, deren *Gegengewichte* erst noch gesprächsweise zu ermitteln waren.

Deswegen wurde es in diesem Gespräch immer wieder notwendig, die „subjektiven“ Gewichtungen des Patienten, d.h. seine *Präferenzen* („Motive“), die wesentlich durch lebensweltliche Erfahrungen und Einstellungen bestimmt sind, in die gemeinsamen Überlegungen („Deliberation“) (§ 10.4-6) einzubeziehen, um schließlich zu einer *partizipativen Entscheidungsfindung* (PEF) (§ 10.4) kommen zu können. Auf dem Wege dorthin war eine Reihe von lebensweltlich bedeutsamen Aspekten thematisiert und in ihrer spezifischen Relevanz für den Patienten in mehreren Gesprächsrunden zwischen Arzt und Patient offen erörtert worden, was sich in folgender Weise zusammenfassen lässt:

22. Vorgehen abstimmen

1. Die Beeinträchtigung und die Scham im Berufsleben („Verschwinden mit dem Pen“ mitten in Kundengesprächen)
2. Die Schmerzüberwindung bzw. Angst (vor dem „Spritzen“)
3. Die Scham vor der Öffentlichkeit („blaue Flecken beim Baden“)
4. Die Furcht vor einer Infektion („dreckige Finger im Beruf“)

Angesichts der Dispräferenzen des Patienten gegenüber der bisherigen Therapiemethode („Spritzen“) scheint die „gewünschte Umstellung auf Pumpe“ zunächst plausibel. Dabei muss allerdings der bisherige objektive Therapieerfolg ebenso in die Waagschale geworfen werden wie die „Contra“-Argumente der alternativen Therapieoption („Pumpe“), die im „rationalen Für und Wider“ (B 22.39) berücksichtigt werden müssen, um eine „echte“ *Risikokommunikation* führen zu können (§ 3, 10, 26). In mehreren Gesprächsrunden, in denen der Arzt die nötigen Informationen jeweils nach dem *Ask-Tell-Ask*-Schema (§ 22.3) patientengerecht dosiert, werden die beiden Therapiemethoden unter einer Reihe von komparativen Aspekten einer kritischen *Evaluation* unterzogen (Behandlungsfrequenz, Fremdkörpergefühl, Dosierung, Komfort, Wartungsökonomie, Hygiene, Phobien, Gewöhnungstoleranz usw.). In dem gemeinsamen Reflexionsprozess („Deliberation“) finden unter diesen Aspekten sowohl das Professionswissen des Arztes als auch das lebensweltliche Erfahrungswissen des Patienten Berücksichtigung.

Über Detailprobleme hinaus, bei denen es etwa um den „Kompatibilität“ im Zusammenhang mit dem Sicherheitsgurt beim Autofahren geht, wird vom Arzt unter anderem auch die „KruX“ der anstehenden Selbsterfahrung durch Versuch und Irrtum stellvertretend für den Patienten ausgesprochen, der eben noch nicht wissen kann, welche Erfahrungen er im Falle eines Therapiewechsels machen wird (B 22.41). Dieser Unsicherheitsfaktor wird reziprok auch in der Reflexion des Arztes gespiegelt, der die Toleranz des Patienten gegenüber dem neuen Therapieverfahren „im Moment“ ebenso wenig „abzuschätzen“ vermag.

B 22.41 „ich denke, dass es ums Versuchen geht“

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | A | ich denke, dass es auch ums Versuchen geht . |
| 02 | P | hm . |
| 03 | A | ich vermag zum Beispiel im Moment noch gar nicht abzuschätzen, ob Sie so einen Katheter mit entsprechender Stahlnadel unter der Haut . ob Sie das überhaupt tolerieren . |

- 04 P ja . das weiß ich auch nicht .
05 A das ist ein ganz wichtiger Aspekt .

Während sich hier trotz des schwer kalkulierbaren *Risikos* schon ein Konsens in Richtung auf ein *Probearbeiten* abzeichnet, soll es in der gemeinsamen Zielsetzung *expressis verbis* um eine individuelle Verbesserung der „Lebensqualität“ in der „Alltagssituation“ des Patienten gehen, in der eine „Erleichterung“ geschaffen werden soll. Gegen Ende des Gesprächs gelangen beide Partner zu der Übereinkunft (B 22.42), für eine Folgesitzung weitere Informationen einholen und austauschen zu wollen (z.B. Pumpentypen, Stellungnahme und Kostenübernahme des Versicherungsträgers), um schließlich eine Erprobungsphase mit einer Pumpenbehandlung des Patienten einleiten zu können (01A: „wir können das ausprobieren“). Diese Übereinkunft zwischen den beiden Gesprächspartnern wird zunächst in einer weiterhin *ergebnisoffenen* Perspektive getroffen, bei der der Arzt ganz im Sinne einer *partizipativen Entscheidungsfindung* das *Miteinander* in einem Gespräch betont („miteinander klären“), in dem der Patient die Möglichkeit hat, „wirklich zu besprechen, was Ihnen da am Herzen liegt“. Nach der Zustimmung durch den Patienten, der das ärztliche Angebot ebenso betont annimmt („hm . is klar“), leitet der Arzt zunächst zur Vervollständigung der Anamneseerhebung über, um dann anschließend (B 22.43) nochmal die Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient genauer zu charakterisieren.

B 22.42 „Wir können das ausprobieren“

- 01 A ja . Herr Müller . wir können das ausprobieren (...) vorab will ich Ihnen sagen . ich will Ihnen die Pumpe nicht ausreden . ich respektiere Ihren Wunsch . vollständig .
02 P hm . hm .
03 A vollständig . aber ich denke auch . dass es wichtig ist . dass wir im Gespräch miteinander klären . was Ihre Motivation ist und dass sie die Möglichkeit haben . wirklich zu besprechen . was Ihnen auf dem Herzen liegt .
04 P hm . das ist klar .
05 A gut . äh. ich hab zum Verständnis Ihrer Situation . weil ich nicht auf Daten zurückgreifen kann . noch ein paar allgemeine Fragen . wie hat sich Ihr Körpergewicht entwickelt in der letzten Zeit? .

22. Vorgehen abstimmen

Nach der Vervollständigung der Anamneseerhebung, die sich auf eine Reihe von *Detailexplorationen* (§ 21) erstreckt (Gewicht, Stuhlgang, Wasserlassen, Allergien, Stress usw.), kommt der Arzt nochmals auf den in dieser Sprechstunde zwischenzeitlich erreichten Konsens zurück und beschreibt erneut in einer Metakommunikation die Rollenverteilung ganz im Sinne der *Partizipativen Entscheidungsfindung* (PEF). Entsprechend wird dem Patienten die selbstreferenzielle *Expertenrolle* zugewiesen („Sie werden der Spezialist für sich selbst“), während die eigene ärztliche Beteiligungsrolle explizit als „Berater“ und „Begleiter“ des Patienten beschrieben wird.

B 22.43 „Sie werden der Spezialist für sich selbst“ – „Ärzte sind Berater“

01 A also auch das ist wiederum Ihre ganz persönliche Lebens-
erfahrung (...) die Selbstbeobachtung, die Selbsterfahrung in dem
Bereich . was passiert, wenn man was macht .

02 P ja . is klar .

03 A Sie werden der Spezialist für sich selbst .

04 P ja , ja klar .

05 A Ärzte sind die Berater . Begleiter für eine Weile .

Wie wir aus der weiteren Katamnese wissen, hat der Arzt den Patienten noch eine Weile *beraten* und *begleitet*, bis es schließlich zwischen den beiden Gesprächspartnern zu einer *einvernehmlichen Entscheidung* mit einem *nachhaltigen* Ergebnis kam. Nach mehreren Erprobungs- und Anpassungsphasen konnte sich der Patient seiner eigenen Aussage entsprechend nach über einem Jahrzehnt noch als „zufriedener Pumpenträger“ charakterisieren.

22.6 Lebensqualität am Lebensende

Während im vorausgegangenen Gespräch der Wechsel des Therapieverfahrens mit einem Wechsel des Arztes verbunden war, den der Patient eigens in einer spezialisierten poliklinischen Ambulanz aufgesucht hatte, geht es im folgenden Gespräch um eine Entscheidungsprüfung, die in der Hauptsache eine Schmerztherapie in ein und derselben onkologischen Praxis mit demselben Arzt betrifft. Zugleich wird aber kurzfristig auch eine Grundsatzentscheidung erneut zur Disposition gestellt, die

zwischen Arzt und Patientin im Rahmen der Palliativmedizin schon einvernehmlich getroffen worden war. In diesem Entscheidungsgespräch wird deutlich, dass sich die Gesprächspartner der Stabilität ihrer Entscheidungen gerade dann immer wieder vergewissern müssen, wenn die Lebensqualität von Patienten am Lebensende betroffen ist.

22.6.1 Bestandsaufnahme: „Das ist keine gute Bilanz“

Die ca. 65jährige Patientin, die unter einem fortgeschrittenen Ovarialkarzinom leidet, kommt regelmäßig zweimal pro Woche in die onkologische Praxis, in der sie eine vertrauensvolle, offene Beziehung zu ihrem Arzt entwickelt hat. Eine Chemotherapie wurde mit Bedacht beendet, die Patientin hat sich für eine „rein unterstützende“ Therapie entschieden, in der es um ihre „Lebensqualität“ gehen soll. Heute sucht sie wegen ihrer anhaltenden „Schmerzen“ den Arzt auf, der gleich zu Gesprächsbeginn eine offene Erzähleinladung zum „Stand der Dinge“ ausspricht. Zum besseren Verständnis des Gesprächs sollen hier nochmals die beiden Einleitungssequenzen angeführt werden, die vorausgehend bereits bei der *Detailexploration* (§ 21) unter den Aspekten der *Intensität*, *Quantität* und *Qualität* von Beschwerden angeführt wurden (§ 21.4.3). Die ersten verbalen Beschwerdenschilderungen der Patientin („schlecht“, „es war furchtbar“) lassen den Arzt bereits eine negative Bilanz ziehen, die er vorläufig in der Form einer Untertreibung (*Litotes*) („das ist keine gute Bilanz“) resümiert, bevor er dann von den verbalen Beschwerdeschilderungen (B 22.44) zur Anwendung einer *Analog-Skala* wechselt (B 22.45), die er der Patientin entgegenhält.

B 22.44 „es war furchtbar“ – „das ist keine gute Bilanz“

- 01 A so Frau Schmid . jetzt müssen Sie mal erzählen . wie ist denn so der Stand der Dinge? .
- 02 P schlecht .
- 03 A ist nicht gut, nä . hm .
- 04 P am Montag war ich hier .
- 05 A richtig .
- 06 P (...) nachts (...) die Tropfen haben überhaupt keine Wirkung gehabt .
- 07 A waren Sie schon wachgeworden mit Schmerzen schon .
- 08 P ja .

22. Vorgehen abstimmen

- 09 A und hatten sich direkt Hilfe erhofft .
10 P ja . es war eine schlimme Nacht (...) es war furchtbar .
11 P das ist keine gute Bilanz .

Trotz dieser ärztlichen Gesamtbilanz verlängert die Patientin nochmals ihre Beschwerdenschilderungen (B 22.45), indem sie die Folgen der „größeren Schmerzen“ beschreibt, die sich auf ihre Gesichtsmimik auswirken (02P: „ich verkrampfe auch so im Gesicht“). Daran anschließend wechselt der Art von den verbalen Beschwerdeschilderungen zur Anwendung einer *visuellen Analog-Skala*, die er der Patientin mit Kommentar entgegenhält. Vorausgehend (§ 21.4.3) war schon darauf aufmerksam gemacht worden, dass der Arzt nicht nur die Kenntnis des Skalierungsverfahrens voraussetzen kann, was er nochmals erwähnt (03A: „Sie kennen ja schon meine Skalierung“), sondern dass beide Gesprächspartner bereits ein „eingespieltes Team“ bei der Anwendung der *Analog-Skala* sind; jedenfalls beugt sich die Patientin schon zum Tisch und zeigt auf die Skala, kaum dass der Arzt sie ihr über den Tisch hinweg entgegenhält. Für beide scheint das Verfahren schon ein Routinehandeln zu sein, das keiner weiteren Begründung bedarf.

B 22.45 „Sie kennen ja schon meine Skalierung“ – „das ist nicht gut“

- 01 A hm .
02 P ich merke, ich verkrampfe auch so im Gesicht . wenn man so ständig unter größeren Schmerzen steht . nachmittags geht's schon besser .
03 A hm . Sie kennen ja schon meine Skalierung . würden Sie vielleicht für den Moment noch mal . den aktuellen . [hält Skala über Schreibtisch entgegen]
04 P wie's jetzt im Moment ist . [beugt sich schon vorher vor]
05 A ja .
06 P so [zeigt] .
07 A das ist nicht gut, ja . trauen Sie sich denn zu, noch mal einen ganz anderen Weg zu versuchen . denn so ist es ja nicht, was wir uns beide gewünscht haben, dass es für Sie ein bisschen Beruhigung gibt . ich glaube, wir sind an dem Punkt, dass wir das mit dem Schmerzpflaster versuchen sollten . sowohl von der Verträglichkeit wie auch von der Stärke her . [...]

Wieder reagiert der Arzt mit einer „Untertreibung“ (*Litotes*) („das ist nicht gut“), was aber als „Normalform“ nicht nur von Ärzten, sondern auch von Patienten angesehen werden kann, wenn diese nicht gerade (mehr oder weniger bewusst) aggravieren (wollen) und deswegen zu „Übertreibungen“ (*Hyperbeln*) neigen. Der Sinn und Zweck von unterschiedlichen Gebrauchsweisen von *Unter-* und *Übertreibungen* in der Arzt-Patient-Kommunikation war vorausgehend schon anhand von Beispielen im Detail kritisch erörtert worden (§ 21.3), in denen sich am Evaluationsvokabular eine Differenz von professioneller Einstellungsperspektive und subjektiver Erlebensperspektive von Patienten erkennen lässt.

Auch im vorliegenden Fall lässt der direkte Vergleich des Evaluationsvokabulars aus der Eröffnungsphase schon bestimmte Unterschiede in der Wortwahl zwischen Arzt und Patientin erkennen (Tab. 22.2), die nicht beliebig austauschbar ist. So wird etwa die ärztliche Vorwegnahme oder Übernahme einer „starken“ Wortwahl (wie: „furchtbar“) eher die Ausnahme bleiben, was nicht unbedingt als professioneller Zweifel an der Authentizität von Beschwerdenschildungen von Patienten auszulegen ist, deren „Übertreibungen“ zu nivellieren wären – was im Einzelfall bei „aggravierenden“ Patienten durchaus eine ärztliche Handlungsoption sein mag.

Evaluationsvokabular	
Patientin	Arzt
schlecht schlimme Nacht, furchtbar ständig unter größeren Schmerzen so [zeigt auf Skala]	nicht gut – keine gute Bilanz [Sie kennen ja meine Skalierung] das ist nicht gut

Tab. 22.2: Evaluationsvokabular („Schmerz“)

Ebenso sollen bei einem Wechsel von der verbalen Beschwerdeschilderung zur nonverbalen Form der Anwendung einer *Schmerz-Skala* keineswegs die subjektiven Bedeutungen in den Beschwerdeschilderungen von Patienten eliminiert werden. Natürlich könnten Nachfragen etwa zur *Intensität* von Schmerzen *ad infinitum* gestellt werden, aber auch hier kann die verbale Kommunikation an ihre Grenzen stoßen. Insistierende Nachfragen („Wie schlimm?“ – „Wieviel schlimmer als letzte Wo-

22. Vorgehen abstimmen

che?“) können auch zu Kommunikationskrisen führen, in denen der Detaillierungszwang schließlich als „Wortklauberei“ ausgelegt wird. Gegenüber möglichen Endlosschleifen der Verständigung zwischen Arzt und Patient stellen Schmerz-Skalen eine ökonomische Form der „Daten“-Erhebung dar, die zwar kein Ersatz, aber eine Ergänzung zur verbalen Kommunikation sein können.

Im vorausgegangenen Beispiel nutzt der Arzt beide Kommunikationsmodi, deren Ergebnisse ihn die Schlussfolgerung für eine neue Therapieform ziehen lassen. Jedenfalls werden die verbalen Beschwerdendarstellungen der Patientin bzw. ihre „angezeigten (Vergleichs-)Werte“ vom Arzt insgesamt als so „gravierend“ wahrgenommen, dass er unmittelbar anschließend einen neuen Therapievorschlag unterbreitet (07A: „einen ganz anderen Weg zu versuchen“). Diese Schlussfolgerung war schon durch seine *empathischen* Rückmeldungen nahegelegt worden, die über das explizite Evaluationsvokabular („nicht gut“ usw.) hinausgingen. So hatte der Arzt schon zu Beginn die enttäuschte „Hoffnung“ der Patientin auf eine „direkte Hilfe“ angesprochen, wobei er sich nun diese Enttäuschung in einer gemeinsamen Perspektivübernahme („wir“) zu Eigen macht: „denn so ist es ja nicht, was wir uns beide gewünscht haben, dass es für Sie ein bisschen Beruhigung gibt“ (07A). Bevor der neue Therapievorschlag („Schmerzpflaster“) gegen Ende des Gesprächs nochmals aufgegriffen wird, sondieren Arzt und Patient einige weitere Aspekte, zu denen auch die nochmalige Überprüfung der getroffenen Grundsatzentscheidung („keine Chemotherapie“) gehört.

22.6.2 Entscheidungsfindung: „Keine Chemotherapie“

Der weitere Gesprächsverlauf gilt zunächst der Aktualisierung der Anamneseerhebung. Hierbei werden spezifische Beschwerden wie die „Mundtrockenheit“ der Patientin sowie ihre „Schlafprobleme“ und „Darmprobleme“ angesprochen, bevor ihre „Mobilität“ zum Thema wird, bei der die Patientin zwar auf die Hilfe von Angehörigen und Nachbarn angewiesen ist, aber keine Taxifahrten beanspruchen möchte („nicht nötig“). Als durch eine kurze Pause eine Zäsur entsteht, eröffnet der Arzt ad hoc ein neues Thema, zu dem er nochmal die gemeinsam getroffene Entscheidung, „keine Chemotherapie zu machen“, zur Disposition stellt.

B 22.46 „ich will keine Chemotherapie“

- 01 A eins würd mich noch mal interessieren Frau Schmid, weil ich gedacht habe, so das könnte jetzt in diesen schwierigen zwei Wochen für Sie vielleicht noch mal Grund sein zu überlegen . die Entscheidung . äh . keine Chemotherapie zu machen .
- 02 P ja . nein .
- 03 A die ist ja jetzt ja jetzt ein bisschen anders wo .
- 04 P ich will keine Chemotherapie .
- 05 A wo auch die Beschwerden zunehmen . also ich .
- 06 P das ist mir klar .
- 07 A ich erinnere mich wohl an unsere Absprache . ich wollt es trotzdem nur noch mal einfach . ansprechen, ob das irgendwie für Sie jetzt noch mal ne andere Gewichtung .
- 08 P nein .
- 09 A gegeben hat .
- 10 P nein .

Der kurze Gesprächsausschnitt verweist auf eine bereits entwickelte gemeinsame Interaktionsgeschichte zwischen Arzt und Patientin, auf die sich nun beide Gesprächspartner als geteiltes Wissen in einer *gemeinsamen Wirklichkeit* (von Uexküll, Wesiack 1991, 2003, 2011) berufen können (§ 4.5). Der Arzt thematisiert den bereits *ausgehandelten Konsens* aus der Vergangenheit (07: „ich erinnere mich wohl an unsere Absprache“) und stellt ihn gleichwohl in der Gegenwart dieser Sprechstunde erneut zur Disposition (07: „ich wollt es trotzdem ... ansprechen, ob ...“). Damit initiiert der Arzt einen neuen Reflexionsprozess, wie er für die mittlere Phase der „Deliberation“ bei *partizipativen Entscheidungsfindungen* charakteristisch ist (§ 10.4-6). Das eingeleitete interaktive *Prüfverfahren* enthält insgesamt reziproke Rückversicherungen, inwieweit die getroffene Entscheidung bei bekannten Behandlungsoptionen, aber unter einem aktuellem Krankheitsverlauf noch ihre *Gültigkeit* bewahren kann.

Mit anderen Worten: Ein *abgeschlossenes* Entscheidungsverfahren wird mit einer *ergebnisoffenen* Perspektive *wiederaufgenommen*, in der die Gesprächspartner ihre jeweiligen Beteiligungsrollen auf ihre Weise erneut wahrzunehmen haben. In diesem *Wiederaufnahmeverfahren* kommen in mehreren Gesprächsrunden auch *Ambivalenzen* zum Vorschein, mit denen beide Gesprächspartner in einem dialogischen Aushandlungsprozess *reziprok* umgehen müssen.

22. Vorgehen abstimmen

Dass sich die bereits getroffene Entscheidung möglicherweise im *Deliberationsprozess* als *revisionsbedürftig* herausstellen könnte (01: „vielleicht noch mal zu überlegen ...“), begründet der Arzt einleitend mit den inzwischen schon eingetretenen bzw. zukünftig zu befürchtenden Veränderungen (01: „schwierigen zwei Wochen“, 05: „wo auch die Beschwerden zunehmen“). Die Patientin reagiert relativ spontan mit frühen Unterbrechungen, so dass der Arzt in seiner Rede nur schwer fortfahren kann, um seine *Gedanken am Stück* einzubringen. Obwohl die Patientin bereits mit einem dialogischen Pre-Start (02: „ja . nein“) und dann mit einer explizit verbalen Stellungnahme (04: „ich will keine Chemotherapie“) ihre Haltung hinreichend kundgetan zu haben scheint, insistiert der Arzt in Richtung auf eine mögliche Entscheidungskorrektur mit weiteren Einwänden (07: „andere Gewichtung“), wodurch die Patientin zunehmend unter Zugzwang für eine weitere Stellungnahme gebracht wird.

22.6.3 Akzeptanz am Lebensende: „Okay, wenn es zu Ende geht“

Der bisherige Beitrag des Arztes zur wiedereröffneten *Deliberationsphase* einer *partizipativen Entscheidungsfindung* war vorausgehend von der Patientin schon mit vielen Einwänden begleitet bzw. „unterbrochen“ worden, die von den kurzen Rückmeldungen („ja . nein“ – „nein“ – „nein“) über die Verständnissicherung („das ist mir klar“) bis zum primären Einwand („ich will keine Chemotherapie“) reichen. Als nun der Arzt zu einem relativen Abschluss seines Beitrags zu den initiierten „Überlegungen“ (A01) gekommen ist, die er offensichtlich dennoch fortsetzen will (11A: „als das-), beginnt die Patientin ihm endgültig „ins Wort zu fallen“ mit einer „Gegenrede“ (B 22.47: 12P), in deren Zentrum ihr klar formulierter und begründeter *Einwand* gegen eine „Chemotherapie“ steht.

B 22.47 „für mich ist es okay, wenn es zu Ende geht“

11 A also . das-

12 P für mich is es okay . wenn es zu Ende geht . aber ich will nicht mit Chemotherapie voll sein . nur um um vielleicht ein paar Wochen länger zu leben . nee . also das kommt für mich nich in Frage .

- 13 A gut . also wir hatten ja darüber gesprochen .
14 P ja .
15 A ich find das auch voll in Ordnung . und ich will Sie auch ganz ausdrücklich darin so unterstützen, ja . das ist, find ich, die angemessene Entscheidung . und da bleibt auch unsere Absprache bei, ja .

Nachdem der Arzt die bereits getroffene Entscheidung in einem offenen *Wiederaufnahmeverfahren* zur Disposition gestellt hatte, beschließt die Patientin den eröffneten Entscheidungsdialog mit einer komplexen *Stellungnahme*, mit der sie in einer Art mündlicher „Patientenverfügung“ ihren *Patientenwillen* nochmals *erklärt* und *begründet* („ich will nicht ..., nur um ...“). Die *Authentizität* ihrer *Präferenzen* und *Intentionen* wird abschließend nochmals dezidiert in einem *Resümee* unter Beweis gestellt, das in seiner kommunikativen *Klarheit* offenbar keinen Zweifel mehr zulässt (12P: „... das kommt für mich nicht in Frage“). Damit scheint der Schlusspunkt der Entscheidungsfindung endgültig gefunden, zu dem der Arzt nochmals seinerseits die *Akzeptabilität* der Entscheidung ausdrückt (13A: „gut“, 15A: „voll in Ordnung“, „angemessen“) und seine weitere Unterstützung zusichert (15A: „ausdrücklich darin so unterstützen“), bevor er die *Gültigkeit* der gemeinsamen Absprache nochmals affirmiert (15A: „und da bleibt auch unsere Absprache bei“). Der Entscheidungsdialog, der zur beidseitigen *Vergewisserung* gleichsam in *zweiter Auflage* geführt wurde, konnte offenbar zu einem markierten Ende gebracht werden.

22.6.4 Konsensprüfung: „Da stehen Sie auch dahinter“

Der Abschluss der zweiten Auflage der Entscheidungsfindung erweist sich im weiteren Gesprächsverlauf jedoch als trügerisch. Bekanntlich kann es zu einer dialogischen „Schraube ohne Ende“ kommen (Bühler 1934/1982: 25), wenn die Beteiligten ein weiteres Interesse an den in Rede stehenden *Dingen*, *Ereignissen* oder *Affären* haben und wachhalten (§ 7.1). Im vorliegenden Fall verlängert die Patientin das aktuelle Gesprächsthema, indem sie direkt nach dem ärztlichen Abschluss (15A) mit der Erzählung einer Kurzgeschichte beginnt (B 22.48), in der sie ihre eigene Geschichte kontrastiv mit der Geschichte ihres Bruders vergleicht.

B 22.48 „mein Bruder ... er wollte leben“

- 15 A (s.o.) (...) und da bleibt auch unsere Absprache bei .
 16 P da hab da heute noch mit meinem Neffen gesprochen .
 17 A hm .
 18 P da hat er gesagt: er hat seinem Vater auch gesagt: ich würde das doch aufhören . aber mein Bruder war darüber beleidigt . er wollte leben .
 19 A hm .
 20 P nech . aber bei mir ist das ein bisschen anders . ich weiß was Chemotherapie .
 21 A gut . Sie haben ja nun auch das das letzte Jahr selber nun . noch mal versucht . und wir dürfen ja auch nicht vergessen . dass das auch sehr problematisch für Sie war .
 22 P ja .
 23 A das hab ich auch wohl in Erinnerung so .
 24 P ja .
 25 A gut ().
 26 P die beiden letzten Jahre oder drei schon .

Der *Neustart* der Patientin zu einem Thema der Entscheidungsfindung, die nach einer mehrmaligen *Sättigung* abgeschlossen schien, mag *erwartungswidrig* sein, ist aber nach dem bisherigen Gesprächsverlauf nachvollziehbar. Werden die bisher angenommenen *Selbstverständlichkeiten* in Frage gestellt, können die Folgen einer weitergehenden *Verunsicherung* genügend Anlass für weiteren *Gesprächsstoff* geben. Einmal in Zweifel gezogen, reichen die überwiegend argumentativen Rückversicherungen beider Gesprächspartner offenbar nicht mehr aus, sondern ergeben sich neue Begründungsobligationen, die die Patientin in einer *narrativen* Form mit der Prima-facie-Evidenz einer *persönlichen Erzählung* zu erfüllen sucht (§ 9), in der sie die Erfahrungen und Einstellungen ihres Bruders mit ihren eigenen vergleicht (P 16ff.). Obwohl unklar bleibt, inwieweit der Arzt auch Kenntnis von der Krankengeschichte des Bruders hat, kann er den *emotionalen* Gehalt der vergleichenden Kurz-Erzählung seiner Patientin offenbar gut nachvollziehen, in dem er in einer *empathischen* Kommunikation nochmal die entsprechende *Anerkennung* ihrer *Belastungen* (§ 20.5) ausspricht.

Bei einer relativ „starken“ evaluativen Wortwahl („sehr problematisch“) kann der Arzt mit wenigen Worten das gemeinsame Wissen um

die Krankengeschichte der Patientin reaktivieren, was „wir nicht vergessen dürfen“ (21A) und „ich wohl auch (so) in Erinnerung hab“ (23A). Der *genaue* Umgang mit den *Worten* mag für die Beziehung inzwischen schon bezeichnend sein, wenn die Patientin ihren Arzt, der auf „das letzte Jahr“ fokussiert, hinsichtlich der Dauer ihrer Krankengeschichte entsprechend korrigiert (26P: „die beiden letzten Jahre oder drei schon“). Diese „Korrektur“ wird vom Arzt bestätigt („hm . hm“), bevor er einen „Kommunikationsstopper“ (*truncator*) setzt („gut“), um dann zum aktuellen Thema auf einer argumentativen Ebene zurückzukehren (B 22.49), auf der beide Gesprächspartner ihre „endgültige“ Entscheidung abermals zu *konsentieren* suchen.

B 22.49 „und da bleiben wir dann auch dabei . so . ja“

- 27 A hm . hm . gut . mir war das wichtig . weil ich hab gedacht . wenn sich die Situation ändert . dann macht es Sinn . einfach nur noch mal nachzufragen .
- 28 P ja .
- 29 A es könnt ja auch.
- 30 P nein .
- 31 A zu ner anderen Entscheidung zu kommen .
- 32 P nein .
- 33 A aber dann find ich das auch so in Ordnung . und da bleiben wir dann auch dabei . so . ja .

Der vom Arzt vormals gesetzte Impuls, bei dem er rückblickend in seinen jetzigen Worten „einfach nur mal nachfragen“ wollte, ist inzwischen zu einem „Denkanstoß“ geworden, der in der *Deliberationsphase* der Entscheidungsfindung „Wellen geschlagen“ hat, die kaum zu „glätten“ sind. Noch einmal rekapituliert der Arzt den Sinn und Zweck seiner „Nachfrage“, deren alternative Beantwortung er mit der Formulierung im Konjunktiv („könnte“) nochmal als *Hypothese* zur Disposition stellt. Da diese *Option* von der Patientin schon im Ansatz der ärztlichen Formulierung (30P: „nein“) und nach Abschluss (32P: „nein“) deutlich verneint wird, kann der Arzt nunmehr die Entscheidung als *gemeinsame* Entscheidung *ratifizieren*, was er in zwei Schritten vollzieht: (1) zum einen bekennt er sich mit persönlichem Subjektausdruck („ich“) ausdrücklich zu dieser Entscheidung („aber dann find ich das auch so in Ordnung“); (2) zum anderen betont er die Gemeinsamkeit („wir“) der Handlungsperspektive, die aus dieser Entscheidung folgt („und da blei-

22. Vorgehen abstimmen

ben wir dann auch dabei . so . ja“). Zu diesem Zeitpunkt des Gesprächs scheint der Entscheidungsknoten hinreichend gelöst, so dass hier vom Arzt die patientenseitige Ratifizierung durch eine minimale Rückmeldung („ja“, „gut“ usw.) erwartet werden könnte, die aber in dieser einfachen Form ausbleibt.

B 22.50 „ja aber ich glaube . da stehen Sie auch dahinter“

- 34 P ja aber ich glaube . da stehen Sie auch dahinter .
35 A ja . [nickt mehrmals]
36 P ja .
37 A ja .
38 P also ich will nicht auf jeden Fall . um jeden Preis da Chemotherapie . und nee . es ändert nichts daran dass es zu Ende geht . nur ... aber das verlängert ja auch die Leiden . [lehnt sich zurück] und das will ich nicht .
39 A es kann so sein . das ist richtig . ja . und ich denke, wir konzentrieren uns jetzt mal weiter dadrauf . das direkt so auszuprobieren .
40 P ja .
41 A mein Vorschlag . mein Vorschlag wie wir das direkt heute hier noch mal in der Praxis jetzt überprüfen können . das wir Ihnen nicht nur das Schmerzpflaster geben, sondern Sie können jetzt mal direkt das Mittel . das auch zur Sofortwirkung gedacht ist . können Sie auch hier direkt ausprobieren . (...) haben Sie soviel Zeit?
42 P ja (...)

Statt einer bloßen Affirmation schließt die Patientin ihren Redebeitrag mit einer *ja-aber-Formel* an, mit der in der Dialogverknüpfung komplexe *Allround-Funktionen* wahrgenommen werden können (Koerfer 1979). Die Funktion von „ja“ bleibt allein wegen des unklaren Bezugs oft vage, während nach dem adversativen *aber*-Anschluss vielfältige Inhalte als (mitbehauptete) Unterstellungen (*Präsuppositionen*) angesprochen werden können, die Gegenstand von weiteren Fragen, Einwänden, Zurückweisungen usw. werden können, so dass sich weitere Gesprächsthemen im Sinne einer „Dialogschraube ohne Ende“ (§ 7.1) eröffnen.

Der Arzt wird nochmals nach seiner Meinung gefragt, der sich die Patientin zu vergewissern sucht (34P: „ja aber ich glaube, da stehen Sie auch dahinter“). Obwohl der Arzt seine Zustimmung verbal und non-

verbal ausdrückt (35A, 37A), verlängert die Patientin das in Rede stehende Thema erneut, indem sie eine weitere Argumentation zur Disposition stellt. Der Arzt belässt es bei einer vagen und ambivalenten Antwort (39A: „das kann so sein ...“), bevor er an dieser Stelle zugleich einen pragmatischen Abschluss der Entscheidungsfindung vornimmt, indem er auf seinen aktuellen Therapievorschlag („Schmerzpflaster“) zurückkommt, zu dem dann beide Gesprächspartner einen schnellen Konsens mit einer konkreten Handlungsperspektive finden.

22.7 Entscheidungsfindung als Aushandlungsprozess

Wenn die Patientin im vorliegenden Fall ihren Glauben hinsichtlich der ärztlichen Einstellung eigens bekundet („aber ich glaube, da stehen sie auch dahinter“), ist der Zweifel nicht auszuschließen. Dieser Zweifel kann oft nicht vollständig ausgeräumt werden, auch wenn sich die beiden Gesprächspartner hinreichend „Zeit nehmen“ sollten, um zu einer gemeinsamen Entscheidung zu kommen. Vielmehr müssen Restzweifel unter Umständen als „Paradoxie“ ausgehalten werden, ohne dass dies einem der beiden Partner als Mangel an Verständigungsbereitschaft angelastet werden könnte.

22.7.1 Paradoxien und Ambivalenzen

Die Zweifel sind bei dieser Art von Entscheidung grundsätzlich berechtigt, weil die gemeinsame Entscheidung und die ärztliche Präferenz (im Sinne einer „1. Wahl“) nicht in jeder Hinsicht kongruent sein müssen. Wie unter dem Konzept der *partizipativen Entscheidungsfindung* ausgeführt wurde (§ 10.3-4), ist keine *vollständige Übereinstimmung* notwendig, sondern es genügt, wenn der Arzt die Entscheidung vor allem im Rahmen einer *evidenz-basierten* Medizin hinreichend mittragen kann. Gegebenenfalls müssen die beiden Partner „mit der Paradoxie leben“, sich schließlich mit einem Rest an Nicht-Übereinstimmung verständigt zu haben, der von beiden Entscheidungsträgern bis zu einem gewissen Umfang zu tolerieren ist.

So wird ein Patient mit einem ausgeschlagenen Versorgungsbegehren zurecht kommen müssen, wenn es einer evidenz-basierten Medizin entgegenstehen sollte, und ein Arzt wird eine aus seiner Sicht „zweit-

beste“ Lösung nicht prinzipiell verwerfen können, solange sie sich in eben diesem evidenz-basierten Rahmen bewegt. Insbesondere bei Entscheidungen, bei denen es um *gleichberechtigte Alternativen (equipoise)* geht (§10.3), müssen letztlich die Patientenpräferenzen den Ausschlag geben.

Erst recht werden bei existenziellen Entscheidungen, in denen etwa das Verhältnis von *Lebensquantität* und *Lebensqualität* auszubalancieren ist, die individuellen Präferenzen für eine persönliche Lebensführung ausschlaggebend sein, über die letztlich nicht ein anderer stellvertretend befinden kann. Zwar sollte in einer ärztlichen Sprechstunde alles zur Sprache kommen dürfen, was vom Patienten entsprechend gewünscht wird, aber nicht alles wird „bis zum Letzten“ so „ausdiskutiert“ werden können, dass die lebensweltlichen Orientierungen des Patienten, d.h. auch seine sozialen, kulturellen, religiösen Einstellungen selbst auf den Prüfstand gestellt werden. Versuchungen in dieser Richtung mit dem Ziel, verbleibende Diskrepanzen dieser Art zu überwinden, unterliegen dem Risiko der Übergriffigkeit auf beiden Seiten.⁷

Hier sollte es auch nicht zu einer Verwechslung von unterschiedlichen Kompetenzbegriffen kommen (Koerfer 1994/2013). Die *professionelle* Kompetenz, die in der ärztlichen *Aufklärung* und *Beratung* besteht, ist eine Sache, die Kompetenz im Sinne von *Zuständigkeit* eine andere Sache, die zu überschreiten einer Art „Amtsanmaßung“ in Sachen *Lebensführung* gleichkäme.⁸

22.7.2 Die „allmähliche Verfertigung“ von Entscheidungen

Von Notfällen abgesehen, sollten lebensweltlich relevante Entscheidungen mit *Bedacht* getroffen werden, was bekanntlich Zeit braucht („gut

⁷ Weil diese Diskrepanz oft nicht überwunden werden kann, fragen Patienten ihre Ärzte immer wieder, was sie entscheiden würden, wenn sie selbst oder ihre Angehörigen betroffen wären, um ihre „eigentliche“ Meinung zu hören. Wenn ein Arzt hier überhaupt zur persönlichen Auskunft bereit ist, würde er in diesem Fall gegebenenfalls antworten, dass seine Mutter aus bestimmten (religiösen usw.) Gründen ganz anders entscheiden würde, weil ihr an einer Lebensverlängerung „unter allen Umständen“ gelegen wäre usw.

⁸ Dabei gehört es selbstverständlich zur ärztlichen Kompetenz, auf Risiken einer „ungesunden“ Lebensführung hinzuweisen, wie die vorausgegangen Beispiele etwa zur *Raucherentwöhnung* (§ 22.2) exemplarisch deutlich machen.

Ding will Weile haben“). Die *Langsamkeit* einer Entscheidungsfindung, bei der zwischen den in Rede stehenden Alternativen eben entsprechend bedachtsam entschieden wird, sollte nicht nur in schwierigen Lebenslagen, sondern auch in der ärztlichen Sprechstunde *konstitutiv* sein (§ 10.6-7) (Koerfer 2013, Koerfer et al. 2005, Koerfer, Albus 2015). Die dort anstehenden Probleme können oft nicht *ad hoc* gelöst werden, sondern müssen laufend gesprächsweise *überdacht* werden. Analog zu Kleists Diktum „Über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden“ (1878/1966) müssen die Gedanken erst im Gespräch mit dem Arzt entwickelt werden, in dem sie hinreichend reifen müssen, um Bestand haben zu können.

Die gestern noch „fertigen“ Gedanken können sich in der heutigen Sprechstunde jedoch als „unfertig“ erweisen, zumal wenn neue Erfahrungen und Erkenntnisse hinzugekommen sind. Die erstbeste Entscheidung kann sich aufgrund neuer Entwicklungen als Irrtum herausstellen, der beizeiten zu korrigieren ist. In der Folge können die entwickelten Präferenzen und getroffenen Entscheidungen einem Wandel unterliegen, der wiederum gesprächsweise für eine Neuauflage der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen ist, solange der medizinische Sachstand dies noch zulässt. Dies zu beurteilen, fällt vor allem in die professionelle Kompetenz des Arztes, der gegenüber dem Patienten in der Pflicht steht, die Initiative für neue „Überlegungen“ zu ergreifen, das heißt den Entscheidungsprozess in einer Neuauflage wieder „ergebnisoffen“ zu eröffnen.

Genau in dieser Einstellung hatte der Arzt im vorausgehenden Fall die neue Themenofferte gemacht und sich als Gesprächspartner angeboten, der bei der weiteren Selbstexploration der Patientin behilflich war. In mehreren Gesprächsrunden hatten sich die (Dis-)Präferenzen der Patientin als hinreichend stabil erwiesen, so dass die alten „Beschlüsse“ nach der Wiederaufnahme des Entscheidungsverfahrens Bestand hatten.

Obwohl das Wiederaufnahmeverfahren zu keiner Revision geführt hatte, ist bei der Patientin jedoch offensichtlich eine *Irritation* eingetreten, die sie gesprächsweise zu überwinden sucht, indem sie den Arzt ihrerseits mehrfach *ins Gespräch zieht*, das zur wiederholten Affirmation der getroffenen Entscheidung führt. Obwohl zuletzt ein hinreichend gesättigter Entscheidungspunkt erreicht wurde, sieht sich die Patientin nun ihrerseits veranlasst, die Zustimmung ihres Arztes, obwohl diese schon überdeutlich war (B 22.47: 15A: „voll in Ordnung“), erneut auf den Prüfstand zu stellen (24P: „ja aber ich glaube, da stehen Sie auch

22. Vorgehen abstimmen

dahinter“). Offenbar ist der Patientin eine nochmalige, spezifische Art der ärztlichen Zustimmung in der weiteren Behandlungsperspektive unverzichtbar, die ihr dann vom Arzt ja auch noch mal mehrfach markiert gegeben wird (35A ff). Diese ärztliche „Versicherung“ dient offenbar der Wiederherstellung der „Sicherheit“ der Patientin, die durch die anfängliche Erkundungsinitiative des Arztes „verunsichert“ worden sein mag, weil von ihm im aktuellen Gesprächsverlauf etwas erneut in Frage gestellt wurde, was in vorausgegangen Gesprächen zuvor gesichert schien.

Es sei dahingestellt, ob die Art der ärztlichen Zustimmung den Erwartungen der Patientin voll entspricht, die aber nicht weiter fragend insistiert. Vielmehr erläutert sie ihrerseits in einer längeren Replik ihre Position (38P), worauf der Arzt vage bis ambivalent reagiert (39A: „es kann so sein, das is richtig, ja“), bevor er das Thema endgültig wechselt („ich denke, wir konzentrieren uns jetzt mal wieder darauf, das direkt so auszuprobieren“). Damit ist der große Exkurs zur Entscheidungsfindung abgeschlossen, und beide Gesprächspartner kehren an den Anfangspunkt des Gesprächs zurück, an dem angesichts der aktuellen Schmerzen eine neue Schmerztherapie erprobt werden sollte, wozu der Arzt seinen eingangs gemachten „Vorschlag“ erneuert.

22.7.3 Repetitive Kommunikationsmuster

Die *repetitive* Verlaufsform der *Deliberation* ist zugleich ein Zeichen dafür, dass Entscheidungsprozesse in der Regel nicht auf einfache Ja/Nein-Formulierungen im *Frage-Antwort-Muster* der Verständigung reduziert werden können, sondern als Aushandlungsprozesse zu gestalten sind, in denen das „Strittige“ nicht kaschiert wird, sondern eine wiederholte Relevanzhochstufung erfährt (§ 17.4, 19.4). Auch wenn die alternativen Therapieoptionen kognitiv und interaktiv durchaus in einer Entscheidungsfrage formulierbar wären, die ebenso einfach beantwortet werden könnte (*Chemotherapie? – Ja/Nein*), bedarf es offenbar weiterer *Kommunikationsmuster der Verständigung*, um die nötigen Gewissheiten für beide Gesprächspartner zu erhalten.

Neben *interrogativen*, *informativen* und *argumentativen* Kommunikationsmustern (§ 10) gehören dazu auch *narrative* Kommunikationsmuster (§ 9), die wie im vorliegenden Fall die Funktion erfüllen können, sich verloren gegangener Evidenzen erneut zu vergewissern, indem das emotionale Erleben in *Krankengeschichten* zum Ausdruck kommen kann.

So hatte die Patientin ihre eigene Entscheidung kontrastiv durch die Krankengeschichte ihres Bruders zu plausibilisieren versucht, der sich anders als sie selbst entschieden und verhalten hatte, wodurch beide Handlungsoptionen als mögliche Alternativen „ins Spiel kommen“, die grundsätzlich als *erzählenswert*, weil *bedenkenswert* dargestellt werden.

Die *eigene Krankengeschichte* der Patientin konnte von beiden Gesprächspartnern durch eine gemeinsame Erinnerung an eine langjährige *Leidensgeschichte* in wenigen Worten (21A: „sehr problematisch für Sie ... das hab ich auch wohl in Erinnerung so“) abgerufen und bei der anstehenden Entscheidungsfindung erneut „in die Waagschale geworfen“ werden, in der „subjektive“ und „objektive“ Gewichte gemeinsam *abzuwägen* sind (§ 10.3). Aushandlungsprozesse dieser Art, die sich durch hohe Redundanz von Vergewisserungen auf beiden Seiten auszeichnen können, sind eine allererste Voraussetzung für weiteres gemeinsames Handeln, wie an diesem Beispiel mit einem Resümee festgehalten werden kann:

In einem Exkurs hatte der Arzt eine Verständigungsinitiative eingeleitet, die ihm aufgrund des aktuellen Krankheits- und Behandlungsverlaufs zunächst sinnvoll erschien (B 22.45: 17A: „wenn sich die Situation ändert . dann macht es Sinn . einfach nur noch mal nachzufragen“). Dabei ging es erneut um die Klärung der „großen“ Endpunkte des weiteres Handelns (§ 8.1), die gleich zu Beginn von der Patientin *formuliert* wurden (12P: „für mich ist es okay, wenn es zu Ende geht . aber ich will nicht mit Chemotherapie voll sein . nur um/um vielleicht ein paar Wochen länger zu leben“). Diese bereits früh formulierten Endpunkte mussten aber kommunikativ weiter *ausformuliert* und *ratifiziert* werden, um das bisherige Verständnis zwischen Arzt und Patientin, das in Frage gestellt schien, erneut zu sichern.

Erst nach dieser relativen Klärung der „großen“, langfristigen *Endpunkte*, die schließlich die *Lebenserwartung* und zugleich *Lebensqualität* der Patientin betreffen, kann die Interaktion zu „nachgeordneten“ Endpunkten, nämlich zur Modifikation der *Schmerztherapie* zum Zwecke der kurz- bzw. mittelfristigen Schmerzlinderung fortgesetzt werden (39, 41A). Die Sprechstunde kann dann mit der einvernehmlichen Entscheidung abgeschlossen werden, kurzfristig („haben Sie Zeit?“) die vorgeschlagene *Schmerztherapie* auch zu erproben, die noch unmittelbar im Anschluss an die Sprechstunde eingeleitet wurde.

22.8 Weiterführende Hinweise

Wer an einer historisch-systematischen Darstellung und Begründung einer *dialogischen* Medizin sowie Aufklärung und Entscheidungsfindung interessiert ist, in der die verschiedenen Beziehungs- und Kommunikationsmodelle differenziert werden, sei auf die einschlägigen Kapitel (§ 7, 10) im Theorieteil des Lehrbuchs verwiesen. Dort waren auch weitere umfangreiche Literaturhinweise zu allgemeinen Überblicken und besonderen Themen gegeben worden. Spezifische Aspekte der Aufklärung und Entscheidungsfindung werden in den Kapiteln zur *Fachkommunikation* (§ 27) und zum *Verordnungsgespräch* (§ 26) behandelt, wo es auch um die *Risikokommunikation* bei der Medikation geht. Die Möglichkeiten einer *Patientenaufklärung* durch den Einsatz von *Multimedia*, wird gesondert (§ 39) erörtert. Die Themen der Vermittlung von schwerwiegenden Diagnosen und der Kommunikation mit Sterbenden werden schwerpunktmäßig in spezifischen Kapiteln des Lehrbuchs (§ 16, 38, 43) behandelt.

Für didaktische Zwecke gut geeignet ist die ältere Arbeit von Mann (1984), die eine empirische Materialsammlung von mehr oder weniger gelungenen Aufklärungsgesprächen enthält. Empirische Beispiele, die sich auch für didaktische Zwecke eignen, finden sich in den Arbeiten zu präoperativen, *anästhesiologischen* Aufklärungsgesprächen (Klüber 2015) und zur *schriftlichen* Einwilligung (Bührig, Meyer 2007). Den besonderen Gesprächstyp der *prädiagnostischen* Mitteilung mit vielen empirischen Beispielen untersucht Spranz-Fogasy (2014). Reichhaltige Beispiele und Beispielanalysen auch unter didaktischen Aspekten sind in den leicht zugänglichen Online-Publikationen von Becker (2015), Peters (2015) und Kliche (2015) enthalten.

Zum spezifischen *Ask-Tell-Ask*-Schema sei auf die vorausgehend angeführte Literatur verwiesen (§ 22.3), aus der hier exemplarisch Back et al. (2005), (2008), Hausteiner-Wiehle, Henningsen (2015) und der NKLM (2015) genannt seien. Das NURSE-Schema, das nicht nur bei der Aufklärung und Entscheidungsfindung, sondern durchgängig in Arzt-Patienten-Gesprächen zur Anwendung kommt, wurde im kritischen Vergleich mit unserem Gesprächsmanual ausführlich unter dem Themenkomplex der *empathischen* Kommunikation (§ 20.4) erörtert, exemplarisch seien Pollak et al. (2007) und Walczak et al. (2018) genannt. Zur Bedeutung und Erkundung *subjektiver Patientenvorstellungen* soll über die Ausführungen in diesem Kapitel (§ 22.2) hinaus auf

das einschlägige Unterkapitel zur *Detailexploration* (§ 21.5) rückverweisen und hier als weiterführende Literatur exemplarisch Flick (1998), Birkner (2006) und Birkner, Vlassenko (2015) angeführt werden.

23 Resümee ziehen

Armin Koerfer, Thomas Reimer, Christian Albus

23.1	Manual-Schritt 6: Resümee ziehen	1334
23.2	Gesprächsabbrüche	1337
23.2.1	Explizite ärztliche Abschlussformulierungen	
23.2.2	Abschluss durch Patienteninitiativen	
23.2.3	Direkter Übergang zur Untersuchung	
23.3	Gesprächsabrundungen	1344
23.3.1	Brückenfunktion des Helfens	
23.3.2	Zusammenfassungen	
23.3.3	Klärung offener Fragen	
23.3.4	Fragen nach der Patientenzufriedenheit	
23.3.5	Termin- und Notfallregelungen	
23.4	Gesprächsausweitungen	1359
23.4.1	Nachträge	
23.4.2	Neustarts	
23.5	Abschiedsrituale zur sicheren Bindung	1371
23.6	Dokumentation	1373
23.6.1	Notwendige Daten und Codierung	
23.6.2	Persönliche Gesprächseindrücke	
23.6.3	Themen für Folgegespräche	
23.7	Weiterführende Hinweise	1377

Closing clinical consultations has not been the subject of much analytic attention, particularly in comparison to other phases of the medical consultation.

White 2015: 170

Abstract: Eine wesentliche Funktion der Gesprächsbeendigung besteht darin, eine *Brücke* zu schlagen zwischen der aktuellen Sprechstunde und der Folgestunde, bis zu der eine helfende Beziehung möglichst

fortwirken und hinreichend tragen soll. Diese Brückenfunktion kann umso besser wahrgenommen werden, je mehr der Patient auch bei der Schlussphase des Gesprächs beteiligt wird. Im Idealfall werden die Interessen des Patienten unter allen Aspekten berücksichtigt, die im 6. Gesprächsschritt des Manuals (Abb. 23.1) differenziert werden sollen.

In der Praxis ist jedoch mit weniger ausführlichen Schlussphasen zu rechnen, die deswegen noch nicht notwendig defizitär sein müssen. Bei eher langfristigen Beziehungs- und Versorgungsgeschichten können die Gesprächsbeendigungen häufig kurz und bündig vollzogen werden, weil sich die Beteiligten bei ihrem Routinehandeln auf der Basis von geteiltem Vorwissen mit wenigen Stichworten verständigen können. Aber auch hier sind wie vor allem in Erstgesprächen oft mehrere Schritte und Anläufe der Verständigung nötig, damit hinreichend klar wird, welche Zielsetzungen zum nächsten Gespräch verfolgt werden sollen, bis zu dem die *helpende Beziehung* für den Patienten zufriedenstellend überbrückt werden muss.

Insgesamt sollen drei Typen von Gesprächsentwicklungen in der Schlussphase unterschieden werden: (1) *Gesprächsabbrüche*, (2) *Gesprächsabrundungen*, (3) *Gesprächsausweitungen*. Diese Typen der Gesprächsbeendigung und ihre Subtypen sollen anhand der entsprechenden Manual-Schritte nachfolgend ausdifferenziert und im Detail an Beispielen aus der Schlussphase von Gesprächen konkretisiert werden. Abschließend sollen Vorschläge zur Dokumentation nach Beendigung des Gesprächs gemacht werden, damit eine kontinuierliche Gesprächsfortsetzung gewährleistet wird, in der mögliche Anamneselücken zu schließen sind, wozu dann auch die Bilanzierung bisheriger Diagnose- und Therapiemaßnahmen gehört, die im aktuellen Gespräch eingeleitet wurden.

23.1 Manual-Schritt 6: Resümee ziehen

In der Praxis von realen Gesprächsverläufen werden häufig nicht alle Aspekte berücksichtigt, die wir im 6. Schritt des Manuals differenziert haben (Abb. 23.1). Während in Folgegesprächen abkürzende Verfahren der Gesprächsbeendigung toleriert werden können, sollte gerade in Erstgesprächen darauf geachtet werden, dass möglichst viele Aspekte hinreichend berücksichtigt werden, die zur Sicherheit des Patienten bis zum Folgegespräch beitragen können. Dazu gehören eben nicht nur die

23. Resümees ziehen

abschließenden Terminfestlegungen von Diagnose- und Therapiemaßnahmen, sondern auch die Fragen nach weiteren Anliegen sowie der Zufriedenheit des Patienten, der ja mit dem zwischenzeitlichen Ergebnis dieses Gesprächs die Zeit bis zum nächsten Arztbesuch überbrücken muss.

Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)	6 Resümees ziehen	⁵ 2010
	<ol style="list-style-type: none"> 1 Gespräch zusammenfassen <ul style="list-style-type: none"> • Konsultationsgrund, Beschwerden • Diagnose, Therapievereinbarung 2 Klärung offener Fragen anbieten <ul style="list-style-type: none"> • Information „Haben sie noch Fragen?“ • Zufriedenheit „Kommen Sie damit klar?“ 3 Folgetermine vereinbaren <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchungstermine vergeben • Gesprächstermin festlegen • Eventualitäten im Notfall regeln 4 Patient verabschieden 5 Dokumentation vervollständigen <ul style="list-style-type: none"> • Übliche Codierung • Persönliche Gesprächseindrücke • Themen fürs Folgegespräch 	<p>0 1</p> <p>0 1</p> <p>0 1</p> <p>0 1</p>
¹ 1998	EVALUATION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 04

Abb. 23.1: Auszug (aus: Manual bzw. KEK): Schritt/Funktion 6: „Resümees ziehen“

Wie schon vorausgehend (im Motto) deutlich wurde, ist die Beendigungsphase von Gesprächen im Vergleich zu anderen Gesprächsphasen auch aus der Perspektive von Expertinnen bisher erst ungenügend untersucht worden (West 2006, White 2015). Dieser Mangel kann hier mit den wenigen ausgewählten Aspekten und Beispielen, die der didaktischen Orientierung bei der Gesprächsbeendigung dienen sollen, kaum überwunden werden. Dabei ist die Relevanz der *Brückenfunktion* der

Beendigungsphase übersehbar, in der die Wirksamkeit einer *helfenden Beziehung* bis zum nächsten Arztbesuch zu sichern ist (§ 3, 8). In der Praxis lassen sich mehr oder weniger gelungene Fälle unterscheiden, die in einer funktionalen Gesprächsanalyse weiter auszudifferenzieren wären, in der schließlich ganze Interaktionengeschichten von Folgegesprächen berücksichtigt werden müssten. Hierzu kann die Betrachtung exemplarisch ausgewählter Gesprächsausschnitte immer nur ein Anfang für eine breiter angelegte, *komparative* Gesprächsanalyse sein, wie sie an anderer Stelle des Lehrbuchs (§ 2, 10, 17, 19, 40) skizziert wird.

Für didaktische Zwecke einer Orientierung in der Lehre und Fortbildung gruppieren wir die Aspekte im 6. Schritt des Manuals nach drei Typen von Gesprächsentwicklungen, wobei sich weitere Subtypen unterscheiden lassen:

- (1) *Gesprächsabbrüche*: Gespräche können mehr oder weniger abrupt abgebrochen werden, was häufig *implizit* durch einen unmittelbaren Übergang zur Untersuchung geschieht, der *moderat* bis *abrupt* ausfallen kann. Darüber hinaus kann das Gesprächsende auch durch eine *explizite* Abschlussformulierung des Arztes vollzogen werden, nachdem eine hinreichende Themen- und Gesprächssättigung erreicht wurde. In diesem Fall können in einem weiteren Subtyp die Patienten ihrerseits die *Initiative* für eine Gesprächsbeendigung ergreifen.
- (2) *Gesprächsabrundungen*: Gespräche können abgerundet werden, indem ein mehr oder weniger ausführliches *Resümee* im Sinne unseres Manuals gezogen wird (Abb. 23.1). Im *Idealfall* der vollständigen Schlussphase eines Gesprächs werden (a) die bisherigen Erkenntnisse, Entscheidungen und Handlungsperspektiven zusammengefasst, sodann die Klärungen (b) von offenen Fragen und (c) der Patientenzufriedenheit ermöglicht und (d) die weiteren Gesprächs- und Untersuchungstermine abgesprochen und gegebenenfalls (e) Notfallregelungen getroffen, bevor schließlich (f) der Patient „offiziell“ verabschiedet wird.
- (3) *Gesprächsausweitungen*: Trotz ärztlicher Initiativen zur Gesprächsbeendigung können von Patienten alte Themen wiederaufgenommen oder neue Themen eingeführt werden. Als Subtypen lassen sich kleinere *Nachträge* von *Neustarts* von Gesprächen unterscheiden, in denen ganz neue Anliegen von Patienten zur Sprache kommen können, die den bisherigen Themenrahmen durchaus

23. Resümee ziehen

„sprengen“ können. Im Extremfall kann sich aus dem aktuell abgeschlossenen Gespräch gleichsam schon ein Folgegespräch mit neuen Patientenbeschwerden und -anliegen entwickeln, die zu einer eigenen Gesprächs- und Beziehungsdynamik führen.

Diese (Sub-)Typen sollen nachfolgend anhand von Beispielen konkretisiert werden. Bei der Evaluation fokussieren wir auch im 6. Schritt zur Gesprächsbeendigung unseres Gesprächsmanuals auf das *beobachtbare* Gesprächsverhalten, für das nach KEK (s. Anhang § 44.2) insgesamt 4 von 50 Punkten vergeben werden können (Abb. 23.1). Abschließend werden einige Vorschläge zur Dokumentation von Gesprächen gemacht (§ 23.6), die unter diesem dokumentarischen Aspekt auch in der Lehre und Fortbildung berücksichtigt werden sollten, weil sie die Folgegespräche zu strukturieren helfen.

23.2 Gesprächsabbrüche

Wir beginnen mit Gesprächsabbrüchen, bei denen entweder das Gesprächsende vom Arzt ohne Überleitung explizit ausgesprochen oder aber mehr oder weniger moderat bis abrupt ein Übergang zur Untersuchung hergestellt wird. In diesen Fällen können die Übergänge aus der Patientenperspektive mehr oder weniger als defizitär erlebt werden, wenn die zuvor behandelten Themen noch keine hinreichende Sättigung erreicht haben. Bei einem weiteren Subtyp kann die Schlussinitiative auch vom Patienten selbst explizit verbalisiert werden, die ihre Ärzte in einer Art „Selbstzensur“ von der weiteren „Gesprächsverpflichtung“ zu entbinden suchen.

23.2.1 Explizite ärztliche Abschlussformulierungen

Gespräche werden oft „kurz und bündig“ beendet, ohne dass von ärztlicher Seite zusammenfassende Überleitungen gegeben würden. Anders als bei Erstgesprächen können sich die beiden Gesprächspartner bei wiederholten Folgegesprächen oft schon auf längere Interaktions- und Versorgungsgeschichten beziehen, die offenbar im Routinehandeln eine mehr oder weniger abrupte Schlussformulierung durch den Arzt erlauben. Im folgenden Beispiel (B 23.1) kann der Arzt den Gesprächsab-

schluss relativ unvermittelt durch eine explizite Abschlussformulierung vollziehen, ohne dass die Patientin sonderlich irritiert wäre.

- B 23.1 „machen wir mal Schluss heute . ja? . Sie melden sich wieder“
- 01 A (...)
- 02 P (...) weil er eben, wie gesacht, wenn isch Rentner bin, dann tun mer so Vieles ... un es is grad's Gegenteil .
- 03 A ne riesengroße Enttäuschung .
- 04 P ja . risch . ri:schtische Enttäuschung! . ich muss sache, er tut seinen Jarten aber . de tut des schon alles, ne . aber, dann immer de Trinkerei dazu und dann [...] wie schon'n alte Mann von 70 Jahren .
- 05 A Frau S . machen wir mal Schluss heute . ja? . Sie melden sich wieder .
- 06 P ja . ich meld mich nochamol . ne . es hilft eben nix . [im Aufstehen und Rausgehen] ich muss da durch .

Die Patientin kann den abrupten Schluss offenbar gut akzeptieren, weil sie im bisherigen Gesprächsverlauf mit ihren Beschwerden und Anliegen ausführlich zu Wort gekommen war. Zuletzt hatte sie über das Rentenleben mit ihrem Mann geklagt, was der Arzt in mehreren *empathischen* Rückmeldungen entsprechend gewürdigt hatte (§ 20.6). Der Einklang zwischen den Gesprächspartnern war in der *empathischen* Kommunikation zuletzt nochmal zum Ausdruck kommen, als die Patientin nach der ärztlichen Benennung ihrer Emotion (03A: „ne riesengroße Enttäuschung“) durch die fast wörtliche Wiederaufnahme (04P: „rischtische Enttäuschung“) zu erkennen gibt, dass sie sich vom Arzt offensichtlich gut verstanden fühlt. Jedenfalls erfährt das Thema des „enttäuschenden“ Rentenlebens erneut eine Relevanzhochstufung durch den Arzt, die die Patientin zur Verlängerung ihrer Leidensgeschichte stimuliert, die hier gekürzt wiedergegeben wird (04P). Der Arzt kann an dieser Gesprächsstelle nun mit einem „Schlusswort“ intervenieren, weil diese Leidensgeschichte aus diesem und den vorausgehenden Gesprächen für beide Partner auch schon hinreichend bekannt ist. Arzt und Patientin wissen beide um die daraus resultierende Belastung, die zu der fortgeschrittenen Gesprächszeit keiner weiteren Detaillierung bedarf, um eine weitere Klärung oder gar Änderung ihrer Lebenssituation zu erreichen.

Vielmehr zieht die Patientin ihrerseits bei aller Resignation schon beim Rausgehen einen praktischen Schluss („es hilft eben nix, ich muss da durch“), den der Arzt auch unkommentiert so stehen lassen kann. Das Thema der aktuellen Belastungen („Stress“), die durch einen Besuch der (teils fremdsprachigen) Angehörigen aus „Amerika“ noch verstärkt wurden, war zuvor schon ausführlich besprochen worden. Da auch an der Medikation (zur bekannten Herz- und Blutdruckproblematik der Patientin) nichts geändert werden sollte, kann sich der Arzt nach der Schlussformulierung auf seine Rolle als Helfer beschränken, der sich im Bedarfsfall zur Verfügung stellt („Sie melden sich wieder“). Dieses ärztliche Angebot wird von der Patientin durch explizite Affirmation („ja ich meld mich nochamal, ne“) auch angenommen, so dass die Brückenfunktion in der helfenden Beziehung bis zur nächsten Sprechstunde von beiden Seiten aus wahrgenommen wird.

23.2.2 Abschluss durch Patienteninitiativen

Wenn Themen bzw. ganze Gespräche eine hinreichende „Sättigung“ erreicht haben, können sie auch eigeninitiativ von Patienten selbst beendet werden. Im folgenden Gespräch, in dem eine Reihe von Themen ausführlich besprochen worden war (Krankengymnastik nach OP, Cholesterinwerte, Einschränkungen bei der körperlichen Bewegung usw.), werden die körperlichen Einschränkungen nochmal zum Thema gemacht, wobei es der Patientin im Alltag schwer fällt, sich nichts „anmerken“ zu lassen. Nachdem der Arzt mehrmals sein Verständnis in *empathischen* Rückmeldungen kundgetan hat, beendet die Patientin eigeninitiativ das Thema (B 23.2), und zwar mit einer Begründung, die einer kritischen *Selbstzensur* gleichkommt (06P: „aber ich will Sie nicht aufhalten“). Durch die Danksagung und gegenseitige Verabschiedung („tschüss“) wird dann auch die Gesprächsbeendigung formell vollzogen.

B 23.2 „aber ich will Sie nicht aufhalten“

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | A | das sich . wo Se das gerade noch mal so sagen . das sich das nicht anmerken lassen . |
| 02 | P | hm . das ist das Schlimmste ... |
| 03 | A | das . ja . |
| 04 | P | ja . das erfordert ungeheure Kraft ... |

- 05 A jaa ...
06 P aber ich will Sie nicht aufhalten ... vielen Dank .
07 A ja tschüss .
08 P tschüss .

Offenbar erkennen Patienten in einer kritischen Selbsteinschätzung oft genug selbst den relevanten Schlusspunkt bei einer hinreichenden Sättigung von Themen und Gesprächen, deren Beendigung sie dann *eigeninitiativ* beschließen – was auch immer dabei von den Beteiligten als Entlastung gemeint und verstanden wird. Auch im nachfolgenden Beispiel ist eine gewisse Sättigung eingetreten, nachdem eine ganze Reihe von Themen besprochen wurde („Ohrensausen“, „Lasten“ mit dem Ehemann, „Werte“ der an Leukämie erkrankten Patientin, „Werte“ beim „niedrigen“ Blutdruck, „Laster“ des Rauchens usw.). Zuletzt kommt nochmal das Thema „Ohrensausen“ auf (B 23.3), bevor die Patientin dann selbstständig den Schluss markiert.

B 23.3 „... und meld mich dann nochmal“

- 01 A ja . die [Tropfen] kann ich nochmal aufschreiben . ja . könn wir machen .
02 P dat ich meine, wenn . dat ich ma'n paar nehme ... äh . so . und wat machen wa hiermit [zeigt an Ohren] . ma zum Ohrenarzt laufen? .
03 A in äh ... wir können ja mal, das müssen wir nochmal gucken, und . was es kann sein, dass äh . die ganze Belastung, die Sie augenblicklich jetzt mit Ihrem Mann haben .
04 P dass es dadurch stärker is .
05 A dass es dadurch stärker is .
06 P wart ich nochmal was damit [steht schon auf] . und meld mich dann nochmal .
07 A jawohl .

Nach den vielen vorangegangenen Themen nehmen Arzt und Patientin beim zuletzt von der Patientin erneut angesprochenen Themen „Ohrensausen“ schnell eine gemeinsame Perspektive ein, wobei die Patientin den Beitrag des Arztes in einer vorausgreifenden Form (*joint sentence production*) schon ergänzend antizipieren kann (04P: „dass es dadurch stärker is“). Nach der praktischen Schlussfolgerung („wart ich nochmal was damit“) wird die Inanspruchnahme der ärztlichen Helferrolle im

Bedarfsfall abschließend ebenso selbstständig von der Patientin angekündigt („und meld mich dann nochmal“), wobei der Arzt lediglich noch betont zustimmt („jawohl“). Insgesamt wird der Gesprächsschluss von der Patientin nicht nur mehrfach verbal markiert, sondern auch durch ihr gleichzeitiges Aufstehen *de facto* vollzogen.

Auch hier mag der hinreichende Sättigungspunkt des Gesprächs aus der kritischen Selbstbeobachtungsperspektive der Patientin erreicht sein, die zu einer freiwilligen Selbstbeschränkung bei der ärztlichen Inanspruchnahme führt, ohne dass dieser Anspruch vollends aufgegeben werden müsste. Vielmehr wird er wachgehalten in der „prophylaktischen“ Ankündigung einer wiederholten „Neuanmeldung“ im Bedarfsfall („ich meld mich dann nochmal“) – was ja trotz der Selbstverständlichkeit einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung wie beiläufig am Gesprächsende immer wieder als Ritual mit Überbrückungsfunktion erneuert wird.

23.2.3 Direkter Übergang zur Untersuchung

Während Beendigungen durch ärztliche oder durch patientenseitige Initiativen mehr oder weniger explizit vollzogen werden können, stellen die ärztlichen Übergänge zur Untersuchung implizite Gesprächsbeendigungen dar. Auch wenn die Übergänge vom Gespräch zur Untersuchung direkt und ohne Abschlussphase vollzogen werden, können sie mehr oder weniger moderat bis abrupt ausfallen, so dass sich in dieser Dimension grob zwei Subtypen unterscheiden lassen.

Abrupter Übergang

Für den Subtyp eines *abrupten* Übergangs sei nochmals das problematische Beispiel (B 23.4) angeführt, das schon unter dem Aspekt der *empathischen* Kommunikation (§ 20.4) als defizitär beschrieben worden war. Zum besseren Verständnis sei die Information aus der bisherigen Gesprächsgeschichte ergänzt, nach der die Patientin den „anderen Ärger in der Familie“ vorausgehend schon erwähnt hatte, ohne damit unmittelbar zum Zuge gekommen zu sein, weswegen sie nun zu diesem Thema einen weiteren Anlauf nehmen muss.

B 23.4 „ ... dann werd ich Sie jetzt mal untersuchen“

- 01 A (...) also Sie sagen selbst, dass da Stress hintersteckt ... oder gibt's noch andere Sachen, die Ihnen Probleme machen? . ich mein da anderes Schwieriges .
- 02 P na gut ich hatte noch anderen/anderen Ärger in der Familie innerhalb .
- 03 A hm .
- 04 P der eigentlich auch noch/was heißt andauert, der also erst vor kurzem da war, wo auch ziemlich viel durcheinander geraten ist ... aber ... das ist auch das Einzigste dann .
- 05 A hm . ja Frau S . ich denke, dann werd ich Sie jetzt mal untersuchen .
- 06 P hm .

Nach dem ersten vergeblichen Versuch noch zu Gesprächsbeginn versucht die Patientin nun erneut, das für sie ersichtlich relevante Thema („Ärger in der Familie“) an einer ausgewiesenen Gesprächsstelle einzubringen, an der der Arzt eine dazu passende Themengelegenheit eröffnet hatte (01A: „Stress (...) Probleme (...) anderes Schwieriges?“). Die Patientin nimmt diese Gesprächsofferte, die der Arzt mit einem weiten Themenspektrum anbietet, bereitwillig wahr und platziert ihr spezifisches Themenangebot erneut explizit und unüberhörbar (02P: „anderen Ärger in der Familie (...) wo auch viel durcheinander geraten ist“). Obwohl der Arzt hier unter dem Aspekt der *konditionellen Relevanz* (§ 9.4) entsprechend unter Zugzwang für eine Reaktion auf das aktuelle Patientenangebot gesetzt ist, nimmt er einen radikalen Themenwechsel mit einer Relevanzrückstufung vor.

Statt das Thema des „Ärgers in der Familie“ durch einfache Formen des *aktiven Zuhörens* aufzunehmen und durch *Relevanzhochstufung* zu vertiefen (§ 17, 19), setzt der Arzt einen Kommunikationsstopper (*truncator*) („hm . ja Frau S“) und leitet unmittelbar zur Untersuchung über („ich denke, dann werd ich Sie erst mal untersuchen“). Damit ist nicht nur das Thema der Patientin, sondern auch ihre damit verbundene Emotion stillgelegt, die möglicherweise auch in einem Folgegespräch nicht mehr erneut abgerufen werden kann. Auch Patienten sind lernende Subjekte, der beizeiten in der laufenden Interaktion mit dem Arzt erkennen können, was in einem Gespräch thematisch „angesagt“ ist und was eben nicht, weil der Arzt offensichtlich kein Interesse bekundet.

Moderater Übergang

Während in solchen Fällen der Themen- und zugleich Gesprächsabschluss *abrupt* ausfällt, weil der Arzt von *patient's events* (wie „Ärger in der Familie“) zu *doctor's events* („Untersuchung“) wechselt (§ 19.7), mag der Themenwechsel aus der Patientenperspektive weniger abrupt erscheinen, wenn sich der Arzt schon innerhalb einer thematischen Kette von *doctor's events* bewegt, so etwa bei den typischen Arztfragen in der Systemanamnese, die er „von Kopf bis Fuß“ durchgeht (§ 21.6). Ein entsprechender Übergang von der relativ gesättigten Systemanamnese zur Untersuchung kann dann in vielen Fällen als weniger abrupt wahrgenommen werden, weil der Patient ohnehin schon länger nicht mehr auf initiative Weise „zum Zuge kommen“ kann, sondern wesentlich reaktiv ärztliche Detail-Fragen zur Vervollständigung der Anamneseerhebung beantwortet. Im Anschluss an eine Reihe von *Arzt-Ereignissen* erscheint der Übergang zur Untersuchung dann als *moderat*, wenn das Themeninteresse des Patienten ersichtlich nicht beschnitten wird. So leitet der Arzt auch im folgenden Beispiel (B 23.5) von seinen letzten Detailexplorationen unmittelbar zur Untersuchung über, ohne zuvor ein Zwischenresümee zu ziehen.

B 23.5 „ja . dann möchte ich Sie mal eben untersuchen“

01 A prima .

02 P hm .

03 A und Appetit, Verdauung, Stuhlgang, ist alles in Ordnung? .

04 P hm .

05 A schön .

06 P hm .

07 A ja . dann möchte ich Sie mal eben untersuchen .

08 P hm .

Ein derart unvermittelter Übergang vom Gespräch zur Untersuchung war auch schon in vielen vorausgegangenen Beispielen zu beobachten, worauf hier nur exemplarisch rückverwiesen werden kann (§ 19.6, 19.8). Da in diesen Fällen auch unsere empirische Datenerhebung für die weitere Gesprächsanalyse endete, kann über die mögliche Gesprächsfortsetzung während und nach der Untersuchung nur spekuliert werden. Jedenfalls ist zunächst eine *Zäsur im Gesprächsfluss* zu

konstatieren, der im letzten Beispiel weniger stark unterbunden wird als im Beispiel davor, bei dem ein typisches *Patienten-Ereignis* („Ärger in der Familie“) unthematisiert blieb, weil es von einem typischen *Arzt-Ereignis* („Untersuchung“) abgelöst wurde – mit allen Risiken, die gerade die Ignoranz durch Abbruch eines emotionshaltigen Gesprächsthemas mit sich bringt. Grundsätzlich ist aber nicht auszuschließen, dass es in Fällen eines direkten Übergangs vom Gespräch zur Untersuchung im Anschluss daran zu einer Wiederaufnahme und Weiterführung von zwischenzeitlich bloß „unterbrochenen“ Gesprächen kommen kann, die dann im Idealfall ähnlich vollständig abgeschlossen werden könnten, wie es nachfolgend mit dem Typ der *Gesprächsabrundung* beschrieben werden soll.

23.3 Gesprächsabrundungen

Im idealen Fall der Gesprächsbeendigung werden die Gesprächsschritte des Manuals vollständig erfüllt, was aber in der Praxis eher die Ausnahme bleibt. Insbesondere in Folgegesprächen werden oft abkürzende Verfahren gewählt, die aber dennoch auch aus der Patientenperspektive als zufriedenstellende *Gesprächsabrundungen* wahrgenommen werden können, in denen eine *helpende Überbrückungsfunktion* bis zum nächsten Arztbesuch mehr oder weniger stark wahrgenommen wird.

23.3.1 Brückenfunktion des Helfens

In den von uns zur Verfügung stehenden Gesprächen waren „vollständige“ Gesprächsbeendigungen im Sinne der Berücksichtigung sämtlicher Aspekte des Manuals eher selten (Abb. 23.1). In vielen Gesprächen, vor allem in Folgegesprächen, die durch Routinen der Weiterbehandlung geprägt waren, fehlten etwa die Klärung von *offenen Fragen* sowie der *Patientenzufriedenheit* (§ 23.3.3-4). Oft fand die Verabschiedung durchaus „sachgemäß“ außerhalb des Sprechzimmers statt, weil der Arzt den Patienten schon wegen der Terminfestlegungen oder Rezeptausstellungen nach draußen an die „Rezeption“ begleitete oder der Zwischenschritt der Untersuchung in einem separaten Behandlungsraum stattfand, in dem die Kommunikation möglicherweise fortgeführt und mit einer Verabschiedung abgeschlossen wurde.

23. Resümee ziehen

Zusammenfassungen der Sprechstunde wurden teils zwischendurch im laufenden Gespräch als Zwischenresümee gemacht, während am Schluss dann eine Ergebnisbilanz gezogen und die weiteren Zielsetzungen perspektiviert wurden (§ 23.2.2). Insbesondere in Erstgesprächen wird die Ergebnisbilanz oft noch recht vage bleiben müssen, da die Erkenntnisse noch am Anfang stehen und durch weitere Gespräche und Untersuchungen erst erweitert und vertieft werden müssen. Gleichwohl muss der Arzt gegenüber den Patientenerwartungen an seine Helferrolle mögliche Schritte formulieren, die zumindest einer Überbrückungsfunktion bis zur nächsten Sprechstunde dienen können, auch wenn eine sofortige Hilfe hier und jetzt noch nicht geleistet werden kann.

Bei diesem Zwischenstand in Erstgesprächen werden Gespräche oft vom Arzt mit einem metaphorischen Kommentar resümiert, nach dem er sich vom Patienten bzw. der Erkrankung zunächst „ein Bild gemacht“ habe. Analog wird auch die Fortsetzung für ein Folgegespräch dann so perspektiviert, dass der Arzt erst das „Bild vervollständigen“ müsse, bevor man die anstehenden Probleme gezielt weiterbehandeln könne.

Im folgenden Beispiel eines Erstgesprächs (B 23.6), bei dem schon eine Reihe von Beschwerden und Verdachtsdiagnosen auch von Vorbehandlern besprochen wurde, resümiert der Arzt mit einer solchen „Bild“-Perspektive die bisher gewonnenen Kenntnisse und Zwischenergebnisse mit der Einschränkung, dass er die „ganzen körperlichen Untersuchungen noch mal studieren möchte“ (03A). Nach einer Zwischenlösung des Helfens macht der Arzt dann den Vorschlag für einen weiteren Gesprächstermin, auf den sich die Patientin vorerst in einer *wait-and-see*-Perspektive einzustellen hat.

B 23.6 „dass Sie sich momentan helfen können“

- 01 A hm . ich würde gerne Folgendes vorschlagen . ich hab mir eigentlich schon ein gewisses Bild machen können .
- 02 P ja .
- 03 A möchte aber noch mal sagen, dass ich die/die ganzen körperlichen Untersuchungen nochmal studieren möchte
- 04 P ja .
- 05 A und ich schlage ihnen jetzt vor, dass Sie zunächst mal diese Schmerztherapie augenblicklich machen .
- 06 P ja .
- 07 A dass Sie sich momentan helfen können .
- 08 P ja .

- 09 A würde Ihnen aber vorschlagen, dass wir da einen weiteren Termin machen .
10 P ja natürlich .
11 A ja? .

Wie die vielen Hörerrückmeldungen („ja“) jeweils belegen, zeigt sich die Patientin gegenüber den angeführten Gründen („Aktenstudium“) durchaus einsichtig und insgesamt bereit, den nächsten Arztbesuch zur weiteren Klärung abzuwarten, bevor ihr weitergeholfen werden kann. Dabei kann der Arzt offenbar antizipieren, dass die vage Zusammenfassung („ich hab mir eigentlich schon ein gewisses Bild machen können“) und zugemutete Überbrückungsperspektive für die Patientin unbefriedigend sein mag. Jedenfalls schlägt er zugleich eine Art Zwischenlösung vor („Schmerztherapie“), die „zunächst“ und „augenblicklich“ durchgeführt werden soll, um der Patientin „momentan“ eine „Hilfe“ anzubieten, was dann auch unmittelbar im Anschluss an das Gespräch in einem Behandlungsraum realisiert wird. Damit ist eine kurz- und langfristige *Beziehung des Helfens* etabliert, bei der die Patientin im Vertrauen auf das zukünftige Ergebnis des ärztlichen „Aktenstudiums“ erst noch bis zum nächsten Arztbesuch zuwarten muss.

Während in diesem Fall noch eine „momentane“ Hilfe zur Schmerzlinderung möglich war, müssen die Patienten in den meisten Erstgesprächen eine *wait-and-see*-Perspektive bis zum Folgegespräch einnehmen, bis zu dem etwa auch mit Laborergebnissen gerechnet werden kann, auf deren Basis Entscheidungen zur weiteren Hilfe getroffen werden können. Wie in weiteren Beispielen noch deutlich wird, werden dann in der Schlussphase von aktuellen Gesprächen die entsprechenden Zielsetzungen für zukünftiges Handeln zusammengefasst, die der Überbrückungsfunktion des Helfens bis zum nächsten Gesprächstermin dienen sollen.

23.3.2 Zusammenfassungen

Zusammenfassungen können sich *retrospektiv* auf vergangenes Handeln und *prospektiv* auf zukünftiges Handeln beziehen, wobei zwischen *kommunikativem* und *instrumentellem* Handeln zu unterscheiden ist (§ 7, 8). Wenn etwa die Zielsetzungen für Folgegespräche zusammengefasst werden, kommen auch instrumentelle Handlungen zur Sprache, die dann etwa wie die Blutabnahme vor Laboruntersuchungen auch

23. Resümees ziehen

zwischen den Gesprächen und ohne direkte ärztliche Beteiligung durchgeführt werden (§ 8.2). Dabei werden im Gespräch prospektiv schon mögliche Ergebnisse antizipiert, die als Entscheidungsgrundlage in die zukünftige Entscheidungsfindung einfließen sollen, wenn etwa zwischen Fortsetzung oder Wechsel der bisherigen Medikation entschieden werden muss, was im aktuellen Gesprächsverlauf schon als Thema vorwegformuliert werden kann usw.

Als prototypisches Beispiel mit einem *Resümee*, in dem eine schon abgeschlossene Entscheidungsfindung gegen Ende des Gesprächs zusammengefasst und der weitere Sinn und Zweck zukünftigen Handelns für das Folgegespräch perspektiviert wird, sei nochmals die Beendigungssequenz (B 23.7) betrachtet, deren Entwicklung zuvor unter dem Aspekt des „Vorgehens abstimmen“ nachgezeichnet worden war (§ 22.4.2). Arzt und Patient hatten sich im Gesprächsverlauf schon darauf verständigt zu prüfen, ob die „Hautveränderungen“ beim Patienten auf die Nebenwirkungen von Medikamenten zurückzuführen seien, wozu eben weitere Laborergebnisse erst abgewartet werden müssen. Nach dieser Zwischenbilanz hatte der Arzt die Anamneseerhebung auch um weitere Beschwerden des Patienten („Probleme mit dem Rücken“) erweitert und seine familiäre und berufliche Situation thematisiert, bevor er zum Ende des Gesprächs (B 23.7) auf den aktuellen Konsultationsanlass des Patienten zurückkommt und dann das gemeinsame Handeln bis zum Folgegespräch perspektiviert.

B 23.7 „Termin für 20 Minuten, damit wir uns besser kennenlernen“

- 01 A dann machen wa Folgendes, machen wa heute nur so'n kurzes Gespräch . äh . nehmen Sie's (=Medikamente] bitte weiter, ich überprüf das nächste Woche in der Blutuntersuchung .
- 02 P alles klar .
- 03 A ja, und dann sind Sie so gut und machen sich'n Termin . mal für 20 Minuten etwa .
- 04 P ja, is kein Problem .
- 05 A dass wa uns'n bisschen besser kennenlernen .
- 06 P kein Problem Herr Doktor .
- 07 A einverstanden? .
- 08 P einverstanden .
- 09 A schön, mach ich Ihnen vorne den Termin .
- 10 P machen wa . [beide gehen raus]

In dieser Schlusssequenz wird das vergangene und zukünftige Handeln der beiden Gesprächspartner noch einmal zusammenfassend dargestellt. Über die Entscheidungsfindung hinaus, bei der die bisherige Medikamenteneinnahme vorbehaltlich der Untersuchungsergebnisse vorläufig fortgesetzt werden soll (O2P: „alles klar“), soll „vorne“ ein Termin für ein längeres Gespräch eigens zu dem Zweck vereinbart werden, „dass wa uns besser kennenlernen“ (O5A). Weil das Erstgespräch, das wesentlich dem Hauptanliegen der „Hautveränderungen“ gegolten hatte, hinsichtlich der weiteren Anamneseerhebung offensichtlich zu kurz gekommen war, sollen die Versäumnisse im Folgegespräch kompensiert werden.

Für den Sinn und Zweck dieser weiteren Zielsetzung eines Erstgesprächs werden in dieser hausärztlichen Praxis normalerweise eigens längere Termine reserviert (§ 25.6), was in diesem Fall ad hoc nicht möglich war und entsprechend nachgeholt werden soll. Diese Zielsetzung wird von beiden Gesprächspartnern mehrfach wechselweise konsentiert (O4-10), bevor sie beide zur weiteren Terminabsprache das Sprechzimmer verlassen. Zur Überbrückung bis zur nächsten Sprechstunde kann der Patient das Zwischenergebnis mitnehmen, dass der Arzt unter beiden Aspekten seine Hilfestellung angeboten hat, nämlich einerseits bei der Klärung des konkreten Problems, das der aktuelle Konsultationsgrund („Hautveränderungen“) für den Arztbesuch gewesen war, und andererseits für langfristige Übernahme der Rolle als „zukünftiger“ Hausarzt, den der Patient wegen seines Ortswechsels neu wählen musste.

23.3.3 Klärung offener Fragen

Die Klärung offener Fragen kommt in der hausärztlichen wie fachärztlichen Gesprächspraxis weniger häufig vor als dies von der Relevanz her wünschenswert wäre. Dabei ist schon von den „Klassikern“ der Erforschung und Didaktik zur Arzt-Patient-Kommunikation die Frage nach offenen Themen als *Maxime* der Gesprächsführung gegen Ende des Gesprächs ausgewiesen worden (Box 23.1), zu der sie sogar eine konkrete Formulierungsempfehlung geben.

Box 23.1 Frage nach offenen Themen

Am Ende des Gesprächs gibt der Arzt, gleichgültig, ob die Anamnese vollständig ist oder nicht, dem Patienten nochmals Gelegenheit, etwas vorzubringen, was den Patienten vielleicht schon lange beschäftigt. Er fragt einfach: „Gibt es noch irgendetwas anderes, worüber Sie sprechen möchten?“

Morgan, Engel 1977: 58

Obwohl die Frage nach offenen Themen in dieser Form zum Gesprächsende hin leicht gestellt werden könnte, bleibt sie häufig aus. Offenbar wird die Frage nach offenen Fragen umgangen, weil die damit befürchteten Risiken vermieden werden sollen. Diese Risiken werden von Mitgliedern in Fortbildungsgruppen oft dahingehend zusammengefasst, dass Gespräche thematisch „ausufern“ könnten. Derartige Befürchtungen waren schon gegenüber einer *empathischen* Kommunikation angeführt worden, bei der die Emotionen der Patienten als „unkontrollierbar“ abgewehrt werden sollten (§ 20.2). Mit dieser Abwehr wird zugleich ein möglicher Erfolg durch eine entsprechend restriktive Gesprächsführung unterstellt, durch die sich bestimmte Themen „auf Dauer vermeiden“ lassen könnten.

Gegenüber einer offenen, empathischen Kommunikation, die nicht nur passiv Themen zulässt, sondern die Initiativen von Patienten aktiv fördert, sei die unterstellte Alternative noch einmal kurz umschrieben: Wer als Arzt ohnehin bestimmte Themen unterdrücken will, bedient sich eines interrogativen Interviewstils, der von vornherein nur erfragte Themen zulässt (§ 19.6). Allerdings muss dann damit gerechnet werden, dass sich dann die lange erfolgreich unterdrückten Themen, zu denen auch entsprechende *Einstellungen* und *Emotionen* der Patienten gehören (*Zweifel, Enttäuschungen, Ärger* usw.), später auf andere Weise als gesprächsweise „Bahn brechen“ können, sei es durch *Non-Adhärenz* von Patienten oder ihren *Arzt-Wechsel* (§ 10, 19, 26). Dagegen vermag schon ein *narrativer Interviewstil*, wie er vorausgehend beschrieben und mit vielen Beispielen belegt wurde (§ 9, 19), die für die Patienten relevanten Themen zutage zu fördern, die eben nicht ohne weiteres erfragt werden können.

Darüber hinaus kann nun die *Frage* nach weiterhin *offenen Fragen* eine ausgewiesene Ausnahmefunktion übernehmen, weil mit diesem Fragetyp eben prinzipiell ein großes Themenspektrum nochmals eröffnet wird, aus dem der Patient eine Auswahl ganz nach seinem individuellen *Gusto* treffen kann. Dabei erweisen sich die befürchteten Risiken eines „ausufernden“ Gesprächs in der Praxis oft als unbegründet, weil die Patienten nach einem hinreichend gesättigten Gespräch die Rede- und Themengelegenheit oft genug gar nicht oder nur zu minimalen Ergänzungen nutzen.

Im folgenden Beispiel (B 23.8) war vorausgehend schon die Gesprächsentwicklung nachgezeichnet worden, deren Thematik vor allem durch die „Angst vor Krebs“ bestimmt war. Obwohl der Arzt die von der Patientin gewünschte Untersuchung „nicht empfehlen kann“, hatten sich beide darauf geeinigt, was nun nochmal resümiert wird, bevor der Arzt die Frage nach weiterhin *offenen Fragen* stellt, die er hier in einer abgewandelten Form formuliert (11A), die etwa der obigen Empfehlung von Morgan und Engel (Box 23.1) entspricht.

B 23.8 „haben Sie sonst noch irgendwas zu besprechen“

- 01 A ich würd Folgendes sagen: wir können . die Untersuchung können wir machen, ja . empfehlen tu ich sie nicht, ja . ich glaub sogar, dass die eigentlich gar nicht nötig wär . aber mir is wichtig, dass Sie beruhigt sind . vor allen Dingen, mir ist wichtig, dass Sie das Gefühl haben, Sie sind wirklich hundertprozentig, ja .
- 02 P durchgescheckt worden, ja.
- 03 A durchgescheckt, ja . und . wenn wa das Ergebnis haben, ja . und wir haben den Punkt, dann würd ich gern das Gespräch weiter fortführen .
- 04 P könn wa .
- 05 A ja? .
- 06 P ja sicher .
- 07 A dass wa dann mal gucken, wie isses dann ... ja . was halten Sie davon? .
- 08 P ja okay, einverstanden, warum nicht .
- 09 A ja?. soll'n wa so verbleiben? .
- 10 P sicher .
- 11 A schön . haben Sie sonst noch irgendwas zu . anzusprechen? .
- 12 P och nee, aber das Mädal kann mir'n Blutdruck messen, dann brauch ich Sie nicht belästigen . [zeigt auf ihren Fuß] . aber hier . so fängt das an . und dann geht das bis hier . und ich krieg also

auch oft hier der Knubbel, der is plötzlich da . und den krieg ich nich mehr weg . und ich weiß nich wovon . obwohl ich vorwiegend flache Schuhe anhave (...) .

Dieses weitere Themenangebot der Patientin wird vom Arzt anschließend mit einer *empathischen* Relevanzhochstufung aufgenommen („Beunruhigt Sie das?“), bevor er dann eine Untersuchung ankündigt („das gucken wir uns noch mal besonders an“) und beide das Sprechzimmer verlassen, so dass wir keine weiteren Daten über den Fortgang (Untersuchungsergebnis, Termine usw.) haben. Jedenfalls verlängerte die Arzt-Frage nach einer weiterhin offenen Frage („haben Sie sonst noch was anzusprechen?“) die reine Gesprächszeit insgesamt lediglich um eine knappe Minute. Dass Fragen nach weiterhin *offenen Fragen* durchaus auch mehr Gesprächsraum erforderlich machen können, soll an weiteren Beispielen aufgezeigt werden, bei denen es am Gesprächsende zu größeren *Nachträgen* oder gar zu *Neustarts* von Gesprächen kommen kann (§ 23.4). Mit möglichen Gesprächsausweitungen muss auch schon bei der verwandten Frage nach der *Patientenzufriedenheit* gerechnet werden, die am Gesprächsende in einer vergleichbaren Weise die Funktion einer Themenstimulation in der Schlussphase übernehmen kann, um die Tragfähigkeit der angebotenen Hilfe zumindest bis zur nächsten Sprechstunde zu prüfen und zu sichern.

23.3.4 Fragen nach der Patientenzufriedenheit

Wer Fragen nach der Patientenzufriedenheit stellt, geht sicherlich das Risiko ein, mit der Unzufriedenheit von Patienten konfrontiert zu werden. Die offene Aussprache wird aber auf Dauer effektiver und effizienter sein als die mögliche Alternative, immer wieder unzufriedene Patienten aus der Sprechstunde zu entlassen, die mit ihren Enttäuschungen und Frustrationen nicht hinreichend zu Wort gekommen sind. Oft genug bahnen sich die Zweifel, Einwände und Widerstände von Patienten dann später auch ungefragt ihren Weg ins Gespräch oder sie schlagen sich in einer Non-Adhärenz nieder.

Wir erinnern an das Beispiel der Patientin, die mit der bloßen Überweisung zum Radiologen unzufrieden war und erst in der Schlussphase der Entscheidungsfindung eine Hilfe gegenüber ihren aktuellen Schmerzen einforderte (§ 22.4.3). Auch gegenüber der vom Arzt dann aktuell erneut vorgeschlagenen Maßnahme („Injektion“) hatte sie sich

skeptisch gezeigt (B 23.9), da diese ihrer letzten Erfahrung nach schon vorher nicht hinreichend gewirkt hatte.

B 23.9 „also . ziehen Sie mal bitte Ihren Mantel aus“

- 04 P nee! . jetzt . aber wie/was mach ich denn jetzt mit den Schmerzen? . ich halte das nicht mehr aus .
- 05 A heute? .
- 06 P [Nickt] .
- 07 A da müssen wir jetzt gleich noch mal eine Injektion machen, gezielt . ich weiß, dass Sie vorige Woche, oder vor 14 Tagen, nach zwei, drei Infusionen zunächst mal besser dran waren .
- 08 P ja . und ich habe eher vorige Woche eine In/ Injektion bekommen . ich glaub am Montagmorgen oder sowas . da hab ich ein, zwei Tage Ruhe gehabt . da hab/dachte ich, Mensch prima, die schlägt ein . und dann war ich Mittwoch hier . die hat auch über ein paar Stunden Besserung ... und Freitag nichts, gar keine Reaktion, überhaupt nicht .
- 09 A also . ziehen Sie mal bitte Ihren Mantel aus .

Wenn der Arzt dann die Bedenken der Patientin mit Ignoranz einfach überhört und übergeht, in dem er zur Vorbereitung seines instrumentellen Handelns („Injektion“) nur noch eine verbal entsprechende Anweisung erteilt („ziehen Sie mal bitte Ihren Mantel aus“), ist es wohl nur eine Frage der Zeit, bis die Patientin in einer Folgestunde ihre gegebenenfalls fortbestehende Unzufriedenheit dann auch expliziter zum Ausdruck bringen wird – was natürlich nur durch die einleitend erwähnten Langzeitbeobachtungen empirisch nachgehalten werden könnte.

Auch in den drei folgenden Beispielen zur Frage nach der Patientenzufriedenheit kann es nur um die Zufriedenheit im „Hier und Jetzt“ der aktuellen Sprechstunde gehen, in der jeweils eine wie auch immer vorläufige Entscheidung für eine (Weiter-)Behandlung getroffen werden muss, die sich bei unterschiedlichen Krankheitsbildern auf kurz- bis langfristige Perspektiven beziehen. Im ersten Beispiel (B 23.9) geht es um die Krankengymnastik (nach Unfall), die unter bestimmten Bedingungen („Taxi“) fortgesetzt werden soll.

23. Resümee ziehen

B 23.10 „reicht Ihnen das denn heute, oder wollen Sie noch . “

- 01 A ja .und jetzt zur/zur Krankengymnastik . das geht auch einfach, ja? .
- 02 P ja . das geht . das geht . ja .
- 03 A wenn das Taxi kommt, ja? .
- 04 P das Krafttraining, was auch dazugehört, das macht mir Freude sogar .
- 05 A Frau F. ja . reicht Ihnen das denn heute . oder wollen Sie noch ...
- 06 P nee, nee . nee, nee . das ist gut so .
- 07 A die Werte sind ja im Grunde genommen so, wie sie ja früher auch waren, ne Erhöhung ist da äh . manchmal denk ich so, wenn Sie so sagen . Sie fallen so ins Loch, ja . so diese Situationen, das sind ja auch riesen Anstrengungen für den Körper .
- 08 P ja . ja .

Die ärztliche Frage nach der Zufriedenheit der Patientin führt zu einem kurzen Exkurs, der hier de facto kaum Zeit beansprucht. Das Gesprächsende, das schon vorausgehend angeführt worden war (§ 23.2.1), kommt jedoch deswegen erst nach knapp zwei Minuten zustande, weil der Arzt seinerseits zu einem Thema einlädt (07A: „Sie fallen so ins Loch“), auf das sich die Patientin dann legitimerweise länger einlässt. Gleichwohl war es dann die Patientin selbst, die schließlich in einer Art Selbstzensur (B 23.2: 06P: „ich will Sie nicht weiter aufhalten“) das Gesprächsende eigeninitiativ herbeiführte.

Im zweiten Beispiel (B 23.11) kommen Arzt und Patient nach einem längeren Aufklärungsgespräch darin überein, eine Operation am Knie möglichst lange hinauszuzögern. Gegen Gesprächsende vergewissert sich der Arzt nochmals der entsprechenden Patientenpräferenz, bevor er die Frage danach stellt, inwieweit der Patient mit den weiterhin zu erwartenden Schmerzen „zurechtkommen“ wird.

B 23.11 „kommen Sie denn damit zurecht?“

- 01 A also Ihnen is dat auch lieber, wir zöjern dat weiter raus ? .
- 02 P mit dem operieren . auf jeden Fall .
- 03 A und mit den Schmerzen, die jetzt da sind . kommen Se denn damit zurecht? .

04 P da komm ich schon zurecht mit, sama et is aber ... eh . eh . und sach de Doktor Schulz och, ob mir ne leichte Arbeit han . is ja keine leichte Arbeit (...)

Die Zustimmung wird hier eingeschränkt durch arbeitsbedingte Belastungen, die aber bald entfallen werden, da der Patient im fortgeschrittenen Alter demnächst in Rente gehen wird. Bei diesem Thema der Rente kommt es dann nochmals zu einem kurzen dialogischen Austausch zwischen Arzt („dann können Sie mit den Beschwerden leben“) und Patient („könnt ich damit leben“), bevor das Gespräch schließlich mit einem deutlichen Zustimmungssignal auch von Patientenseite („alles klar“) beendet wird. Nach der Arztfrage (06A) betrug die „Restzeit“ bis zum Gesprächsende ca. eine Minute, die nicht nur der Klärung der aktuellen Patientenzufriedenheit, sondern zugleich der weiteren Berufs- und Lebensperspektive diente, die schon in vorausgegangenen Gesprächen vorbesprochen worden war und aus gegebenem Anlass nun weiter konkretisiert werden konnte.

Auch im nachfolgenden Gespräch geht es um das Zuwarten gegenüber einer möglichen Operation. Der Arzt klärt den Patienten darüber auf, dass er aktuell nicht „befürchten“ muss, „dass Sie mal Schwierigkeiten mit dem Gehen bekommen“, bevor er dann insgesamt resümiert: „Die Bandscheibensituation äh . is gut“. Da jedoch mit weiter anhaltenden Beschwerden zu rechnen ist, die zuvor schon ausgiebig Thema waren, stellt der Arzt auch hier in einer Formulierungsvariante die Frage nach der Patientenzufriedenheit (B 23.12), die vom Patienten im Grundsatz bejaht wird.

B 23.12 „reicht Ihnen das so?“

01 A reicht Ihnen das so? .

02 P ja . an sich schon .

03 A ja? .

04 P ich . ich tu dat jetzt, wat ich so vorhabe ... und wenn's jar nich mehr geht, versuchen wer's ma mit ner Spritze oder wat, ne ...

05 A ja . jeder Zeit . ja . das geht und .

06 P ja . gibt kein Grund jetzt irgendwat anders zu machen, ne . und ich bin ja froh, solange ich noch laufen kann . [beide verlassen das Sprechzimmer]

Zwar wird die ärztliche Frage vom Patienten bejaht („ja“), aber auch seine Rest-Skepsis ist unüberhörbar („an sich schon ...“) und wird auch vom Arzt entsprechend gehört, verstanden und beantwortet („ja?“). Der Patient betont dann jedoch das „Hier und Jetzt“ der Entscheidungsfindung, bei der er im Problemfall schon eine weitere Hilfe antizipiert, zu der er das Einverständnis seines Arztes sowohl erheischt als auch bekommt. Da er seine persönliche Zufriedenheit („ich bin froh“) unter einer bestimmte Bedingung („solange ich laufen kann“) nochmals bekundet, können beide Gesprächspartner das Gespräch in dieser gemeinsamen Perspektive beenden, indem sie aufstehen und das Sprechzimmer ohne weiteres verlassen.

In den letzten beiden Fällen geht es wesentlich um einen Typ der Entscheidungsfindung, bei dem sich beide Partner schließlich auf eine präferierte Option des Zuwartens („watchful waiting“) verständigen (§ 10.3). Dabei können die möglichen Bewältigungsprobleme der Patienten im Alltagsleben möglicherweise auch von den Patienten selbst noch nicht voll antizipiert werden. Die Patientenzufriedenheit ist sicher oft eine *instabile* Angelegenheit, die in den Sprechstunden ein Dauerproblem bleibt, sei es manifest oder auch bloß latent. Im latenten Fall erst gar nicht nach der Patientenzufriedenheit zu fragen, weil man etwa „keine schlafenden Hunde wecken“ will, kann sicher keine Dauerlösung für eine aufklärende Gesprächsführung sein, die zur Selbstaufklärung von Patienten beitragen will.

23.3.5 Termin- und Notfallregelungen

Bei der Aushandlung von Zielsetzungen, die zumindest bis zur nächsten Sprechstunde verfolgt werden sollen, spielt auch die Absprache von Terminen unterschiedlichen Typs eine Rolle. Arzt und Patient können so verbleiben, dass der Patient sich eigeninitiativ nach Bedarf wieder „melden“ wird. Sie können aber auch einen fixen Termin fürs nächste Gespräch ausmachen, vor dem gegebenenfalls dann zwischenzeitlich andere Termine ohne direkte ärztliche Beteiligung wahrgenommen werden sollen (Blutabnahme, Blutdruckmessung usw.), deren Ergebnisse dann in der nächsten Sprechstunde besprochen werden. Darüber hinaus sind gegebenenfalls Notfallregelungen zu treffen.

Offene Termine als Gesprächseinladungen nach Bedarf

Bei vielen der vorausgehenden Beispiele war die Brückenfunktion des Helfens so wahrgenommen worden, dass die Patienten den nächsten Sprechstundentermin ganz nach ihrem Bedarf wählen können. Hierzu seien weitere Beispiele angeführt, in denen der nächste Termin zunächst offenbleibt, solange die Patienten sich nicht von selbst „wieder melden“ werden. Dabei werden die Patienten von ärztlicher Seite zum Arztbesuch durchaus ermuntert, zumeist mit einer Formel („Sie melden sich wieder“), die als Einladung im Bedarfsfalls verstanden werden kann. Wie schon ein vorausgegangenes Beispiel (B 23.1) zeigte, wird selbst oder gerade bei Gesprächsabbrüchen die *Gesprächseinladung nach Bedarf* ausgesprochen („Machen wir mal Schluss heute . ja? . Sie melden sich wieder“), die von der Patientin entsprechend angenommen wird („ja ich meld mich nochamol“). Auch im folgenden Beispiel (B 23.13) wird die Wahl des nächsten Termins dem Patienten freigestellt, der die Sprechstunde ganz in Abhängigkeit von seinen „Beschwerden“ nutzen können darf.

B 23.13 „wenn Beschwerden kommen, melden Se sich nochmal“

- 01 A ja ... soll'n wa so ma verbleiben? .
02 P ja .
03 A oder möchten Se noch was ...
04 P nee ... schreiben Se mer dat mal auf, ne . da hol isch mer noch ne Packung .
05 A gut . machen wa .
06 P und dann äh . will isch hoffen . also wie jesacht . hier is im Moment spür isch jar nix . dat is morjens so'ne Stunde . dat iss dann meistens hier am Knie rum, dann is dat weg, ne . als isch vorige Woche hier war, da hab isch . da war hier auch voll . da hab isch draußen mit dem [Name] noch jstanden . da war et ja auch warm .
07 A ja .
08 P also da war so schlimm, isch konnte kaum noch stehen, so weh tat mer dat janze Bein un dat is jetzt weg .
09 A is weg .
10 P also et hat schon wat jebracht . nee . machen Se et so un dann

- ... [Patient erhebt sich schon]
- 11 A wenn Beschwerden kommen, melden Sie sich nochmal .
- 12 P ja . dann komm isch .

Die Frage nach möglichen weiteren Patientenanliegen führt zunächst zu einem kurzen Exkurs, in dem der Patient seine wechselnden Beschwerden darstellt, was der Arzt dann im endgültigen Gesprächsabschluss thematisch wiederaufnimmt. Hier geht die Gesprächseinladung vom Arzt aus, der die Wahrnehmung eines Folgetermins ganz der Entscheidungskompetenz des Patienten überlässt. Das ist bei fixen Terminen anders, die primär in die ärztliche Kompetenz und Verantwortung fallen.

Fixe Termine als zweckgebundene Einbestellungen

Auch für Patienten ist es geläufig, dass für ein EGK bestimmte Termine vergeben oder für eine Blutentnahme bestimmte Zeiträume abgesprochen werden müssen. Das sich dann eine bestimmte Reihenfolge ergibt, nach der wie in Beispiel (B 23.7) („Hautveränderungen“) erst Laborergebnisse vorliegen müssen, die dann in einer folgenden Sprechstunde besprochen werden, entspricht auch der Alltagslogik von Patienten. Weniger sinnvoll erscheint ihnen oft ein Arztbesuch zu einem fixierten Termin, an dem sie sich „insgesamt beschwerdefrei fühlen“, so dass aus ihrer Laien-Sicht „kein Grund“ für eine Konsultation vorliegt. In diesen Fällen wird ein Termin oft nicht wahrgenommen. Patienten bleiben einfach weg oder melden sich ab. Bei entsprechenden Erfahrungen mit bestimmten Patienten muss ein solcher Termin gegebenenfalls plausibilisiert werden, wie im folgenden Beispiel (B 23.14), in dem der Arzt den Sinn und Zwecke des Gesprächstermins aus einer Vergleichsperspektive erläutert.

B 23.14 „also den Termin auch einhalten, ja?“

- 01 A ja . soll'n wa's so ma belassen? .
- 02 P ja .
- 03 A machen Sie aber bitte nochma'n Termin . und es wär auch schön, wenn Sie kommen, also den Termin auch einhalten, ja? . dat ich so die Unterschiede ma kennenlerne, ja? .

- 04 P gut . gut .
05 A ja ich mein, ich schreib Ihnen das nochmal auf .

Möglichweise geht die Ermahnung („Termin auch einhalten“) und die begründende Erläuterung („Unterschiede kennenlernen“) auf Vorerfahrungen mit der Patientin zurück, die ihre Termine eben nicht eingehalten haben könnte. Auch die Ankündigung des Arztes („ich schreib Ihnen das nochmal auf“) scheint der Sicherstellung der Wahrnehmung des Termins zu dienen. Hierbei geht es nicht nur um mögliche Vergesslichkeit, sondern auch um die Motivation von Patienten.

Auf diese Motivation von Patienten kann gegebenenfalls noch in anderer Hinsicht Einfluss genommen werden, wenn Ärzte etwa ihre Patienten regelmäßig einbestellen. In Fortbildungsgruppen werden oft Erfahrungen im Umgang mit Patienten mit somatoformen Störungen ausgetauscht, die „unangemeldet“ mit starken Beschwerden in die Praxis stürmen und eine „dringliche“ Behandlung einfordern. In diesen Fällen kann sich eine regelmäßige, anfänglich auch höherfrequente Einbestellung von Patienten bewähren. Die Patienten kommen dann zu den vereinbarten Terminen, wobei sie weniger stark klagen. Sie müssen keine „gewichtigen Gründe“ mehr für den Arztbesuch angeben oder vorgeben, sondern kommen „nur“ deswegen in die Praxis, weil sie vom Arzt schließlich „einbestellt“ wurden. Oft kann die Behandlungsfrequenz nach kurzer Zeit schon wieder reduziert werden.

Notfallregelungen

Notfälle sollten in der Regel den ärztlichen Notdiensten überlassen bleiben, worauf auch die Patienten aufmerksam gemacht werden sollten (Telefonnummern usw.). Dennoch kann es in bestimmten Fällen für Patienten wichtig sein, sich an den Arzt ihres Vertrauens wenden zu können. Hier kann es in besonderen Fällen auch zu individuellen Absprachen kommen, wenn von ärztlicher Seite die entsprechende Bereitschaft und Möglichkeit gegeben ist. Dabei gibt es sicher schon Unterschiede, die etwa zwischen Haus- und Facharzt oder Stadt- und Landarzt bestehen, der ohnehin die nächste Anlaufstelle sein kann. Im folgenden Beispiel (B 23.15) bietet der Arzt der Patientin, die sich wegen ihres „besonders hohen Blutdrucks“ als Notfall dargestellt hatte („für alle Dinge

23. Resümee ziehen

die 110 . ja die 112“), die mögliche Inanspruchnahme auch am Wochenende an.

B 23.15 „wenn irjendjet is“

- 01 A ähm . am Wochenende bin ich hier, ja . wenn was sein sollte, ja .
kommen Sie vorbei ... nur Samstagmorgen bin ich nich da .
- 02 P sind Sie nicht da .
- 03 A aber Samstagmittag wieder hier .
- 04 P ja. okay . kann isch dann klingeln, wenn irjendjet is? .
- 05 A ja müssen Sie . Sie wissen, ich bin hinten im Garten, ne .
- 06 P ja, ja . okay .

Ein solches Angebot für den „Notfall“ kann eher vom Hausarzt auf dem Land gemacht werden, der ohnehin „vor Ort ist“ und auch zu „Hausbesuchen“ nicht nur an Wochentagen gerufen wird. Ohne hieraus eine Empfehlung ableiten zu wollen, soll lediglich die in Fortbildungsgruppen erklärte Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten erwähnt werden, die bestimmten Patienten ihre private Telefonnummer für den Notfall gegeben hatten. Dabei konnte überwiegend die Erfahrung gemacht werden, dass die wenigsten Patienten von dieser „Notfallregelung“ jemals Gebrauch gemacht hatten. Aber viele Patienten hätten später erklärt, dass ihnen die Möglichkeit, von dieser Regelung „prinzipiell“ Gebrauch machen zu können, viel Sicherheit gegeben hätte – eine Anregung nicht unbedingt zum Nachmachen, aber doch zum Nachdenken darüber, was zur Befriedigung des Sicherheitsbedürfnisses von Patienten beitragen könnte.

23.4 Gesprächsausweitungen

Auf das Problem, eine „Tagesordnung“ gleich zu Gesprächsbeginn „festlegen“ zu wollen (*agenda setting*), war schon bei den ersten beiden Manual-Schritten mit Hinweis auf die weiterführende Literatur aufmerksam gemacht worden (§ 18.7, 19.4). Viele Gespräche sind durch eine *dynamische* Themenentwicklung gekennzeichnet, auf die mit einer gewissen *Flexibilität* bei der ärztlichen Gesprächsführung zu reagieren ist (§ 17.2). Hierzu gehört auch offensives Fragen nach möglichen weiteren Themen, wenn nicht beide Gesprächspartner am Ende einer „verborge-

nen“ Tagessordnung (*hidden agenda*) aufsitzen wollen. Oft lösen Patienten zunächst „Eintrittskarten“, die ihr Hauptanliegen bestenfalls tangieren. Gerade weil die „eentlichen“ Patienten Anliegen latent bleiben können, erweist sich die inhaltliche Fixierung auf eine erstbeste Tagesordnung mit manifesten Themen oft als irreführend.

Möglichkeiten der Korrektur durch offensives Nachfragen lassen sich nun zum Gesprächsende noch einmal mit den vorausgehend beschriebenen Fragen im Resümee nutzen, mit denen Patienten auf offene Themen und ihre Zufriedenheit angesprochen werden. Dabei ist allerdings das bereits angeführte Risiko zu berücksichtigen, dass die Gespräche sich nicht nur thematisch, sondern auch zeitlich erheblich ausweiten können. Um die Probleme im Umgang mit diesem Risiko zu verdeutlichen, sollen zwei Typen von Gesprächsausweitungen an exemplarischen Fällen unterschieden werden, in denen die ärztliche Gesprächsführung auf unterschiedliche Weise herausausgefordert wird, nämlich bei bloßen *Nachträgen*, die im allgemeinen noch gut in den bisherigen Gesprächsrahmen integriert werden können, und bei *Neustarts* von Gesprächen, die bereits einen weiteren Gesprächstermin erforderlich machen, wenn die zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen bereits überschritten werden.

Wir fokussieren hier auf Ausweitungen von Gesprächen (§ 18.7, 22.4), deren Entwicklung vorausgehend schon beschrieben worden war, so dass sich die Gesprächsausweitungen in einen größeren Kontext stellen lassen. In einem weiteren Beispiel, das nicht aus unserem eigenen Gesprächskorpus stammt, sondern der Literatur zum Thema der Narrativität entnommen ist (Elwyn, Gwyn 2005), soll exemplarisch deutlich gemacht werden, welche dramatische Themenentwicklungen Gespräche noch nehmen können, nachdem die Schlussphase schon längst eingeleitet worden war.

23.4.1 Nachträge

An vorausgehenden Beispielen war schon das Risiko deutlich geworden, dass sich Gespräche im Anschluss an die entsprechenden Fragen nach weiterhin offen Themen bzw. der Patientenzufriedenheit ausweiten können. Während sich die zeitlichen Ausdehnungen bei den Beispielen für *Gesprächsabrundungen* jedoch „in Grenzen halten“, die kaum 1 Minute überschreiten, geht das folgende Gespräch (B 23.16) in eine „Verlängerung“ von gut zwei Minuten, bis der endgültige Schluss vollzogen wird.

23. Resümee ziehen

Nachdem in einem längeren Aushandlung bei der Entscheidungsfindung ein Konsens erzielt worden war („keine Antibiotika“, „nur das Schleimlösende“) (§ 22.4.3), wird schon die rituelle Brückenfunktion bis zum nächsten Termin wahrgenommen („ja, komm ich noch mal rein“), bevor der Arzt durch die traditionelle Abschlussfrage nach möglicherweise noch *offenen Fragen* der Patientin eine weitere Themenofferte macht (05A: „möchten Sie mich sonst noch was fragen?“). Diese Themeneinladung wird von der Patientin proaktiv wahrgenommen (B 23.16), indem sie nach der Fortsetzung einer bisher praktizierten Behandlungsmaßnahme („Bestrahlung“) fragt, die in der heutigen Sprechstunde noch nicht thematisiert worden war.

B 23.16 „möchten Sie mich sonst noch was fragen“

- 01 A dann machen wir nur das Schleimlösende .
02 P ja .
03 A und das nächste mal hör ich Sie ab .
04 P ja . komm ich nochma rein .
05 A möchten Sie mich sonst noch was fragen? .
06 P äh . soll ich noch Bestrahlung weiter nehmen ? .
07 A die machen wir noch weiter durch .

Da der Arzt diese Vergewisserungsfrage der Patientin nach der Fortsetzung der Bestrahlung, die er vielleicht selbst nicht mehr „auf dem Schirm hatte“, ohne Einschränkung bestätigt, kann aus der Patientenperspektive insgesamt eine positive Gesamtbilanz gezogen werden (§ 22.4.3). Aus ärztlicher Sicht kann nun die erneute Themenstimulation zu einer weiteren Herausforderung führen, weil die Frage nach offenen Fragen immer auch das Risiko einer Gesprächsausweitung birgt. Wie die Fortsetzung des Gesprächs zeigt, ist das Ende zunächst noch nicht abzusehen, obwohl die Entscheidungsphase hinreichend gesättigt zu sein scheint. Über die „Bestrahlung“ hinaus führt die Patientin ein „altes“ Thema als „neues“ Thema im „Hier und Jetzt“ der Sprechstunde ein (B 23.17), deren Schlussentwicklung hier gekürzt wiedergegeben werden soll.

B 23.17 „mit dem Mund is ouch nich besser geworden, im Gegenteil ...“

- 07 A die machen wir noch weiter durch .
08 P ja . hier also dat hier mit dem Mund is ouch nich besser gewor-

- den . im Gegenteil, das is schlimmer geworden . das hat auch nicht geholfen, da dieses . gucken se ... [zeigt] ... hier . das ist also se:hr schmerzhaft . vor allem wenn ich da ma so'n Apfel oder-
- 09 A irgendwie is so die/ die Abwehrsituation im Körper klappt nicht so richtig augenblicklich ...
- P [...]
- A [...]
- P [...]
- 19 A beunruhigt Sie . jawohl .
- 20 P en bisschen ... jaa . aber nee . nich in Richtung Lungenkrebs, überhaupt nicht, nä ...
- 21 A wir machen die Kontrollen weiter, denn geröntgt is es . und dann melden Sie sich nächste Woche wieder .
- 22 P und auch weiter noch Bestrahlungen .
- 23 A die machen wer weiter, ja? .
- 24 P gut .

In den Auslassungen werden auf engem Raum eine Reihe von Subthemen eingeführt, die als mögliche subjektive Erklärungen der Patientin („Anämie“) bis zu gemeinsamen Vermutungen zu Nebenwirkungen von Medikamenten („Antibiotika“, „Antidepressiva“) reichen, bevor die Patientin nochmals beteuert, dass ihre Beunruhigung keineswegs „in Richtung Lungenkrebs“ geht (20P). Da dieses Thema schon vorausgehend mehrmals angesprochen wurde, können beide Gesprächspartner es bei dieser offenbar authentischen Bekundung der Patientin belassen.

Insgesamt führen die Nachträge, die durch die ärztliche Frage nach offenen Fragen stimuliert wurden (05A: „möchten Sie mich sonst noch was fragen“), zu einer Gesprächsverlängerung von gut 2 Minuten, bevor es dann erneut zu einer Terminabsprache („nächste Woche“) mit der Zielsetzung von „Kontrollen“ kommt (21A). Zum endgültigen Schluss wird nochmals der Konsens erneuert (Fortsetzung der „Bestrahlungen“), mit dem ja schon vorher ein Gesprächsende angesteuert worden war, das nun faktisch vollzogen wird.

Auch wenn die Subthemen in solchen thematischen Nachträgen nicht immer noch im selben Gespräch erschöpfend besprochen werden können, werden sie doch abschließend ins Bewusstsein beider Gesprächspartner gehoben, so dass sie als „Themenofferten“ in Folgegesprächen dienen können (§ 23.6). Eine solche Perspektive im Umgang mit offenen Themen kann überhaupt nur eingenommen werden, wenn diese Themen vorher zur Sprache gekommen sind. Sie „unter Ver-

schluss“ zu halten, indem erst gar nicht mit „aufschließenden“ Fragen danach gefragt wird, ist oft weder eine sinnvolle noch eine erfolgreiche Strategie. Wie schon im folgenden Beispiel deutlich wird, können sich Themen im Gespräch durch Eigeninitiative von Patienten „Bahn brechen“, auch ohne dass sie durch ärztliche Themeneinladungen stimuliert worden wären.

23.4.2 Neustarts

Um die Unterschiede zwischen bloßen *Nachträgen* und *Neustarts* von Gesprächen zu markieren und zu illustrieren, sollen abschließend zwei Beispiele angeführt werden, die durch relevante Gesprächsentwicklungen mit einer neuen Gesprächsqualität am „vermeintlichen“ Gesprächsende gekennzeichnet sind. In beiden Fällen haben die Ärzte jeweils schon „Anstalten“ zur Beendigung getroffen (*opening up closings*), als ihre Patientinnen mit neuen Themeninitiativen starten, die einer *Neueröffnung* des Gesprächs gleichkommen.

Weiteres Hauptsymptom nach Gesprächsende: „Kopfschmerzen“

Im folgenden Gespräch wurde der Gesprächsabschluss vom Arzt schon gut erkennbar eingeleitet, als die Patientin dieser Strategie ebenso offensichtlich „in die Parade fährt“, in dem sie gleichsam mit einem neuen Thema einen Neustart des Gesprächs versucht. In diesem Fall (B 23.18) kann allein schon wegen des Umfangs, aber auch wegen der neuen Thematik kaum noch von *Nachträgen* die Rede sein. Der Arzt versuchte zuvor mit einer Reihe von Detailfragen, auf deren suggestive Form vorausgehend schon kritisch aufmerksam gemacht wurde (§ 21.2.6), zum Abschluss hin „aufs Tempo zu drücken“, bevor er dann direkt zur Untersuchung (07A) überzuleitet, zu der er sich schon erhebt.

B 23.18 „ja . gut . dann werden wir jetzt erstmal Sie untersuchen“

- 01 A hm ... Appetit ist bei Ihnen normal? .
- 02 P jo, der es normal .
- 03 A da hat sich auch nichts verändert? .
- 04 P nein, da hat sich nichts verändert .
- 05 A ansonsten nehmen Sie keine Medikamente? .

- 06 P doch, ich muss [Name von Medikament X] äh muss/ [Name von Medikament X] sag ich schon, [Name von Medikament Y] wegen dem zu hohen Cholesterinspiegel .
- 07 A ja .. (2) .. gut . dann werden wir jetzt erst mal ... Sie untersuchen . [erhebt sich]

Zuvor hatte die Patientin schon zu Beginn des Erstgesprächs auf die Eröffnungsfrage des Arztes („Was führt Sie zu mir?“) mir einer „vieldeutigen“ Antwort reagiert („Verschiedenes“). Im Laufe des Gesprächs wird dann eine Reihe von Themen in einer Weise angesprochen, mit der sie eher „gestreift“, denn „vertieft“ werden („geschwollene Füße“, „Gewichtsveränderungen“, Medikamente „wegen dem Herz“, „Luftbeschwerden“). Zuletzt werden dann die oben wiedergegebenen suggestiven Informationsfragen gestellt und beantwortet, bevor sich der Arzt dann schon für die angekündigte Untersuchung erhebt. Die Patientin bleibt jedoch sitzen, um ein weiteres Themenangebot zu machen (B 23.19), das in jeder Hinsicht neu ist, jedenfalls mit dem bisherigen Gesprächsverlauf nichts zu tun hat.

B 23.19 „und der Kopp, der is auch nich in Ordnung“

- 07 A ja .. (2) .. gut, dann werden wir jetzt erst mal ... Sie untersuchen . [erhebt sich]
- 08 P und der Kopp, der is auch nich in Ordnung .
- 09 A der Kopf is auch nicht in Ordnung? .
- 10 P nein . [lacht]
- 11 A was is denn mit dem Kopf? ...
- 12 P das is scheußlich, manchmal is gar nix .
- 13 A ja .
- 14 P und dann . is das grad so als wenn [...]

Im weiteren Gesprächsverlauf werden dann die Qualität, die Bedingungen und die Begleitzeichen der „Kopfschmerzen“ besprochen, bevor der Arzt dann erneut zu Untersuchung überleitet. Während das bisherige Gespräch bis zur erneuten Themeninitiative der Patientin ca. 2,5 Minuten gedauert hatte, wird es nun mit der Besprechung der weiteren Beschwerden fast verdoppelt. Nicht nur vom Umfang, sondern auch von diesem weiteren Hauptsymptom her („Kopfschmerzen“) nimmt das Gespräch eine neue Qualität an, nach der es sich nicht mehr um einen bloßen *Nachtrag*, sondern schon um einen *Neustart* handelt, mit dessen

Thematik sich die Patientin gegen den vom Arzt bereits eingeleiteten Gesprächsabschluss durchsetzen muss.

Dramatische Erzählung zum Gesprächsende: „Antidepressivum bitte“

Im zweiten Beispiel tritt diese neue Gesprächsqualität noch stärker zutage, die sich in einer dramatischen Erzählung der Patientin manifestiert. Das Beispiel ist der diskursanalytisch orientierten Arbeit von Elwyn und Gwyn (2005) entnommen, deren Transkript wir hier vereinfacht und gekürzt wiedergeben. Der gesamte Gesprächsauschnitt wird von Elwyn und Gwyn (2005: 204-206) nicht unter dem Aspekt der *Gesprächsbeendigung*, sondern wesentlich unter dem Aspekt der *Narrativität* analysiert (§ 9, 19). Das Beispiel ist jedoch unter beiden Aspekten für die Lehre und Fortbildung geeignet, wenn man sich mit den Worten von Elwyn und Gwyn in die „Diskursanalyse als eine Form der Textmikroskopie heranwagen“ will (2005: 203). Wir können entsprechende Gesprächsreflexionen anhand dieser Art von Detailanalyse nur empfehlen, auch wenn hier auf einen vereinfacht wiedergegebenen Ausschnitt unter dem Aspekt der Gesprächsbeendigung fokussiert werden soll.

Das gesamte Gespräch dauert knapp 7 Minuten, während der von Gwyn und Elwyn dokumentierte Teil insgesamt 2,5 Minuten umfasst, der hier nochmal um die Hälfte gekürzt wurde. Die beiden Gesprächspartner befinden sich bereits in der Verordnungsphase, in der es schon um die Rezeptausstellung für ein bestimmtes Medikament geht (B 23.20), als der Arzt nochmal ein Angebot (05A) für ein offenes Thema bzw. Anliegen der Patientin unterbreitet.

B 23.20 „kann ich sonst noch etwas für Sie tun?“

- 01 A ...ich schreibe Ihnen ein Medikament namens [Medikamentenname] auf...es sind kleine weiße Pillen (.) wenn Sie die dreimal [am Tag einnehmen (.)
- 02 P [mhm
- 03 A dann sehen wir, ob sie Ihnen helfen
- 04 P ja das ist gut [*hustet kurz*]
- 05 A kann ich sonst noch etwas für Sie tun?
- 06 P (.) mmh (.) tja tja eh is das [Name]? die (.) Wassertabletten, die ich nehme?
- 07 A Sie nehmen die regelmäßig?

08 P jaha jeden Tag (.) [...] [...]

In den Auslassungen (von insgesamt 76 Wörtern) berichtet die Patientin u.a. von der Dosierung ihrer „Wassertabletten“ und der damit verbundenen Problematik des „Wasserlassens“ im Urlaub (Toilettengänge), wofür der Arzt Verständnis zeigt. Im Anschluss an diese Thematik („Wassertabletten“ - „Wasserlassen“) kommt die *dramatische Krankengeschichte* (B 23.21) erst allmählich und nach dem Anliegen der Patientin zum Vorschein, das als *Bitte* formuliert wird (14P: „eigentlich wollte ich gern das ... Antidepressivum bitte“). Mit der anschließenden Erzählung wird gleichsam eine allgemeine *Erklärungsfunktion* von *Narrativen* wahrnimmt (§ 9), die sich in diesem konkreten Fall auf die Behandlung von *Antidepressiva* bezieht.

B 23.21 „eigentlich wollte ich gern äh (...) das Antidepressivum bitte“

- 12 P = eh (.) [nennt Medikamentenname] nun davon habe ich noch
[genug (.)
- 13 A [mmm: mm
- 14 P eigentlich wollte ich gern äh [Medikamentenname] das Antidepressivum bitte
- 15 A das nehmen Sie?
- 16 P jaha .
- 17 A wie lange nehmen Sie das schon?
- 18 P (.) eh: also, vor fünf Jahren wurde mein Sohn getötet (2.0) und kurze Zeit danach (.) drei Monate danach (.) meine Enkelin drei Monate alte Enkelin drei Monate alte Enkelin, ein Zwilling, sie starb an Meningitis (.) und dann im Januar (.) bekam mein Schwiegersohn eh starb er an einem Herzproblem mit 22 deshalb habe ich mich geweigert irgend etwas einzunehmen, wissen Sie aber dann (.) Doktor Y bestand darauf [.....] [Auslassung 41 Wörter] doch ich frage mich (.) ob es wohl möglich wäre, dass ich nur eine am Tage nehme, am nächsten Tag eine weglasse, das zu versuchen und (.) wissen Sie ist das in Ordnung, was meinen Sie, oder?
- 19 A möchten Sie das denn?

23. Resümee ziehen

Zur erweiterten *Erklärung* der Behandlung mit Antidepressiva gehört nicht nur die dramatische *Erzählung* der Patientin zum Tode ihrer Angehörigen, sondern auch die *Betonung* ihrer anfänglichen Verweigerung, die sie erst aufgab, als die vorbehandelnde Ärztin „darauf bestanden“ hatte (18P). Entsprechend dieser von der Patientin eigens betonten Motivgeschichte macht es aus ihrer Sicht eben einen erheblichen Unterschied, ob Antidepressiva *patientenseitig* nachgefragt oder *arztseitig* empfohlen und verordnet werden.

Wie schon die erste Reaktion des Arztes nahelegte, scheint er zunächst von der Behandlung mit Antidepressiva selbst überrascht zu sein (15A: „das nehmen Sie?“). Da diese Frage von der Patientin zunächst ohne weitere Kommentierung lediglich einfach bejaht wird („jaha“), kommt der Arzt in einen weiteren dialogischen Zugzwang gegenüber dem patientenseitig initiierten Thema. Erst mit der weiteren Arzt-Frage nach der Dauer der Medikation (17A: „wie lange nehmen Sie das?“) wird die Patientin zu ihrer dramatischen Erzählung zum Tode ihrer Angehörigen stimuliert.

Der längeren, hier gekürzten Erzählung kann der Arzt, der wohl weiterhin vor Überraschung oder gar Schock „sprachlos“ bleibt, jedenfalls faktisch ohne jegliches Hörersignal nur schweigend zuhören. Erst als ihn die Patientin nach einer möglichen Änderung der Dosierung fragt („am nächsten Tag eine weglassen“), kommt eine themenspezifische Reaktion („möchten Sie das denn?“), die auf genau diese Patienten-Frage der Dosierung reduziert bleibt. Zudem ist diese Intervention nicht besonders „weiterführend“, da sie im besten Fall als Vergewisserung lediglich nach dem Wunsch der Patientin fragt, den diese gerade formuliert hatte.

Ohne das Gespräch insgesamt kennen zu können, weil es nur in dieser Endphase dokumentiert ist, kann unter einem *evaluativen* Aspekt wohl auf eine unvollständige Anamneseerhebung mit gravierenden Versäumnissen geschlossen werden, wenn diese dramatische Patientengeschichte erst zum Gesprächsende wie „zufällig“ und „beiläufig“ über die Anamnese zur Medikation offenbart wird.

Hier hätte der Arzt wohl früher schon bei einer *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung (§ 9, 19) entsprechend mit der Exploration lebensweltlich relevanter Ereignisse und Erlebnisse der Patientin beginnen müssen, mit denen das Gespräch eine ganz andere thematische Entwicklung mit einer anderen Beziehungsdynamik genommen hätte. Kurzum: Was zuvor systematisch im Anamnesegespräch exploriert wer-

den muss, kann nicht am Gesprächsende dem „Zufall“ einer Themenentwicklung bei Fragen zur Medikation überlassen bleiben.

Ende gut, alles gut?

Selbstverständlich sollten relevante Gesprächsentwicklungen bis zum Schluss gefördert und genutzt werden. Aber nicht jede Art der Gesprächsführung muss zu einem „guten Ende“ führen, an dem die Versäumnisse in der Vergangenheit von Gesprächen noch kompensiert werden könnten. Auf den bloßen „Zufall“ einer relevanten Themenentwicklung am Ende des Gesprächs zu setzen, ist auch deswegen nicht immer zielführend, weil nicht immer auf eine Patienteninitiative am Gesprächsende gehofft werden kann. Auch Patienten sind lernende Subjekte, die sich am „erkennbaren“ Ende orientieren und sich deswegen nicht mehr trauen, sich gegen die von ihren Ärzten bereits markierten Intentionen zur Gesprächsbeendigung durchzusetzen. Dabei mögen die beiden vorangegangenen Gespräche in dieser Hinsicht „Glücksfälle“ sein, bei denen sich die Patienten mit ihren Themeninitiativen gegenüber ihren Ärzten zunächst behaupten konnten, auch wenn ihr langfristiger Erfolg (mangels longitudinaler Dokumentation und Untersuchungen) nicht nachgehalten werden kann.

Bei allen Gemeinsamkeiten sind abschließend noch einmal die Unterschiede zwischen den beiden Beispielen zu markieren: Während sich im ersten Beispiel die Patientin mit ihrer Themeninitiative gegen die ärztlichen Abschlussaktivitäten kontrafaktisch und abrupt durchsetzen muss, vollzieht sich der Wechsel im zweiten Beispiel kontinuierlich im „Verordnungsgespräch“ (§ 26), in dem das Thema der (Gründe der) Einnahme von „Antidepressiva“ wie „beiläufig“ eingeführt wird. Zudem hatte der Arzt im zweiten Beispiel zunächst das Gesprächsende noch offen gehalten, indem er eine weitere Themeneinladung ausgesprochen hatte („kann ich sonst noch etwas für Sie tun?“), was im Sinne einer *Konditionierung* (§ 9.4) noch weiter fortwirken mag, so dass sich die Patientin zu dieser Weiterführung des Gesprächs auch weiterhin ermuntert sehen kann. Allerdings bekommt der Arzt statt der wohl nur erwarteten Nachträge einen Neustart des Gesprächs mit einer thematisch neuen Gesprächsqualität, die auch die Beziehungsgestaltung zur Patientin neu herausfordert.

Gemeinsam ist beiden Gesprächen, dass sie in der Schlussphase gravierende Mängel im jeweils vorausgehenden Anamnesegespräch of-

23. Resümee ziehen

fenbaren, die diese Gesprächsneustarts erforderlich machen. Da die relevanten Themen zwar erst am Ende, aber schließlich doch noch „Gehör finden“, könnte unter *evaluativem* Aspekt geurteilt werden, dass am Ende noch alles „gut gelaufen“ sei. Allerdings lässt sich in beiden Fällen mangels Dokumentation nicht erkennen, wie die „zu Gehör gebrachten“ Themen denn weiterbehandelt wurden: Im ersten Gespräch leitet der Arzt auch nach dem Neustart des Gesprächs alsbald erneut zur Untersuchung über. Das zweite Gespräch endet (leider in der Dokumentation) mit der Frage nach der Motivation für die Änderung der Dosierung der Antidepressiva (19A), so dass die lebensweltlich relevanten Ereignisse und Erlebnisse der Patientin im dokumentierten Gespräch weiterhin entsprechend „unterbelichtet“ bleiben.

Die beiden vorausgegangen Beispiele zeigen jeweils auf ihre Weise, wie sich Gespräche noch thematisch mit einer ganz neuen Qualität entwickeln können, auch wenn sie sich schon im Schlusstadium befinden. Die Themen der Patientinnen mussten sich gleichsam gegen die Beendigungsversuche ihrer Ärzte durchgesetzt werden, deren Art der Gesprächsführung ein *strategisches* Handeln offenbart (§ 7.3, 10.2, 24), das zumindest durch passiven Widerstand gegen weitere Themenöffnungen gekennzeichnet ist. In beiden Fällen kamen durch die Patienteninitiativen erst zum Schluss Themen zum Zuge, die in einer guten Anamneseerhebung schon längst hätten besprochen werden müssen. So mussten die ärztlichen Versäumnisse erst durch Patienteninitiativen zu Themen kompensiert werden, die die Ärzte von vornherein hätten „hervorlocken“ (*elizitieren*) müssen.

Während sich der Arzt im ersten Beispiel zum avisierten und dann faktisch vollzogenen Gesprächsende jeweils in die Untersuchung „flüchtete“, beschränkte sich der Arzt im zweiten Beispiel auf die bloß formale Rückfrage zur Patientenfrage nach einer möglichen Dosierungsänderung, ohne die dramatische Patientenerzählung selbst mit einem einzigen *empathischen* Wort zwischendurch oder anschließend zu würdigen. Ob der Arzt eine *empathische Anerkennung* (§ 20.5) der psychosozialen Belastungen der Patientin später nachgeholt hat, entzieht sich wie gesagt unserer Kenntnis, da der weitere Gesprächsverlauf leider nicht dokumentiert wurde. In einem nachträglich geführten Interview mit dem gesprächsführenden Arzt wird allerdings seine „Hilflosigkeit“ offengelegt (Box 23.2), überhaupt auf eine solche dramatische Patientengeschichte angemessen zu reagieren.

Box 23.2 „einzulassen, allerdings mehr durch Gesten als durch Worte“

In der einen Sekunde verschreibe ich Dyazid und Östrogene, in der nächsten höre ich mir der Reihe nach ihre Aufzählung der Todesfälle von Sohn, Enkelin und Schwiegersohn an (...) Dass ich mir nicht vorstellen könnte, überhaupt weiterzuleben, wenn ich meinen Sohn verlieren würde, ganz abgesehen vom Tablettenentzug. Ich nehme an, ich hatte das Gefühl, sie wolle mich ausloten, deshalb war ich bereit, mich auf sie einzulassen – allerdings mehr durch Gesten als durch Worte.

aus: Elwyn, Gwyn 2005: 210

In der Lehre und Fortbildung könnte diese offene, hier stark gekürzte *Stellungnahme* des Arztes in ihrer Gänze ein Anlass für weitere Gesprächsreflexionen sein, wie beizeiten die gesprächsrelevanten „Daten“ einer *biopsychosozialen* Anamnese erhoben werden können, auch wenn sie einem „die Sprache verschlagen“ könnten. Deswegen Themen, die sich für beide Seiten als „heikel“ erweisen mögen (§ 21.6), von vornherein erst gar nicht „zur Sprache kommen“ zu lassen, könnte nur vorübergehend dem Selbstschutz dienen, wenn nicht beide Partner sich auf Dauer dem Risiko aussetzen wollen, einer „verdeckten“ Tagesordnung (*hidden agenda*) (§ 18.7, 19) zu folgen, ohne dies jemals zu bemerken.

Beide Gespräche machen jedoch schon im Ansatz deutlich, dass relevante Themen langfristig kaum „außen vor gehalten“ werden können, auch wenn sie manchmal erst über Umwege (z.B. bei der „Medikation“) einen späten Eingang ins Gespräch finden. Einmal „ausgesprochen“, sind die Themen dann auch nicht mehr „wegzudenken“, auch wenn ihre Behandlung etwa in einer *tangentialen* Gesprächsführung (§ 3, 17, 21) aufgeschoben werden kann, um sie bei „passender“ Gelegenheit wieder aufzunehmen und zu vertiefen.

Dabei muss die Wiederaufnahme und Vertiefung von Themen gegebenenfalls bis in Folgegespräche verschoben werden (§ 23.6), wenn sich die verbleibende Sprechstundenzeit im aktuellen Gespräch zu Ende neigt. Auch die größten Gesprächsausweitungen müssen schließlich einen Abschluss finden, der den allgemeinen Regeln der Verabschiedung entspricht, bevor die Gesprächspartner bis zur nächsten Begegnung zunächst im „Hier und Heute“ einigermaßen zufriedenstellend „auseinandergehen“ können. Gerade in helfenden Berufen muss die Verabschiedung mit einer Brückenfunktion bis zum nächsten Treffen ver-

bunden werden, bis zu dem für die Hilfsbedürftigen eine möglichst sichere Bindung fortwirken soll.

23.5 Abschiedsrituale zur sicheren Bindung

Gesprächsabschlüsse müssen am faktischen Ende mehr oder weniger deutlich als Verabschiedungen markiert werden, bevor auch die räumliche Trennung der Gesprächspartner vollzogen wird. Wie bei allen Unterschieden in den vorangegangenen Beispielen schon deutlich wurde, ist die rituelle Verabschiedung bei allen drei Typen von Gesprächsabschlüssen (*Abbrüchen, Abrundungen, Ausweitungen*) und ihren Subtypen konstitutiv, wenn auch ihre helfende Brückenfunktion bis zur nächsten Sprechstunde mit verschiedenen (non-)verbalen Ausprägungen wahrgenommen werden kann.

Die Verabschiedungen in der Sprechstunde sind zumeist mit den Terminregelungen verknüpft, wobei diese abschließenden Aktivitäten auch außerhalb des Sprechzimmers realisiert werden können, wenn der Arzt zu diesem Zweck den Patienten etwa eigens zur „Rezeption“ begleitet. In diesen Fällen entziehen sich die weiteren Vorgänge unserer Beobachtung, aber aus den hier dokumentierten Gesprächsabschlüssen innerhalb des Sprechzimmers lässt sich die Brückenfunktion der Verabschiedung nochmals zusammenfassend beschreiben, bei der die Patienten schließlich in einer helfenden Perspektive aus der aktuellen Sprechstunde „entlassen“ werden sollen.

Verabschiedungen können bekanntlich auch im sonstigen Leben als „schmerzlich“ erlebt werden, auch wenn es nicht primär um eine helfende Beziehung geht. Wie schon die Begrüßungen sind auch Verabschiedungen nach Goffman „rituelle Kundgaben, die einen Wechsel des Zugänglichkeitsgrades markieren“ (1974: 118ff) (§ 18.5). Das Abschiednehmen fällt nicht nur in vielen Alltagssituationen, sondern gerade in der ärztlichen Sprechstunde oft schwer, in der aus der Patientenperspektive die Trennung vom Partner als einem ausgewiesenen Helfer zu vollziehen ist, von dem man in gewisser Weise „loslassen“ können muss. Entsprechend berichten die professionellen Helfer oft von Versuchen einer Gesprächs- und Beziehungsverlängerung noch im „Türrahmen“ ihres Sprechzimmers.

Gerade weil die „Zugänglichkeit“ zum Arzt häufig für eine mehr oder weniger (un-)bestimmte Zeit unterbrochen ist, gibt es von ärztlicher Sei-

te oft die Ermunterungen zu einer Inanspruchnahme, die gleichsam „jederzeit“ gewährleistet wird. Wie schon in den vorausgehenden Beispielen deutlich wurde, wird die ärztliche „Zugänglichkeit“ häufig nach „Bedarf“ der Patienten garantiert („Sie melden sich wieder“), wobei in der Anmeldepraxis sicher eine (telefonische) Voranmeldung erwünscht wird.

Sich für den Patienten *erkennbar*, das heißt eben auch deutlich in Worten *hörbar*, als Ansprechpartner helfend zur Verfügung zu stellen und zu halten, dient der Brückenfunktion des Helfens in der Zeit nach dem Abschied, in der die sichere Bindung zwischen Arzt und Patient fortwirken soll. Diese Zeit zwischen Abschied und Wiederbegegnung kann eben im Bedarfsfall verkürzt werden, wenn der Patient nach Gusto eigeninitiativ bestimmen darf, wann er „sich wieder meldet“. Die Brücke wird im Abschiedsritual in der Regel von beiden Seiten geschlagen – egal vom wem die Initiative in dem *rituellen Minidialog* ausgeht, der etwa aus dieser Dialogsequenz besteht: „Sie melden sich wieder“ – „Ja, ich melde mich wieder“. Ist dieses Ritual in welcher Reihenfolge und Variante auch immer vollzogen („Ich melde mich wieder“ – „Ja, kommen Sie dann wieder rein“), können die in unserer Kultur gängigen Abschiedsformeln („Auf Wiedersehen“ oder „Tschüss“ usw.) den endgültigen Abschied markieren, der eventuell auch mit einem Handschlag (§ 18.5) verbunden wird, bevor man dann auch räumlich „auseinandergehen“ kann.

In einem abschließenden Beispiel (B 23.22), in dem schon vorher im Gesprächsverlauf eine „AU“ besprochen und entschieden wurde, die nun zum Schluss ausgestellt wird, wünscht der Arzt bei der Verabschiedung sogar „gute Besserung“, was in der Routinepraxis eher selten geschieht. Daraufhin kann der Patient für den Problemfall einer negativen Gesundheitsentwicklung einen möglichen Folgetermin wie mit einer „Selbsteinladung“ ankündigen („Wenn nicht, dann komm ich wieder“), wozu der Arzt den Patienten abschließend wie selbstverständlich ermuntert.

B 23.22 „dann komm ich nochmal her“ – „kommen Sie her“

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | A | und nur das Ding mit dem Arbeitgeber geben . |
| 02 | P | hm . okay . |
| 03 | A | ja . |
| 04 | P | alles klar . danke noch mal . |
| 05 | A | hm . gute Besserung . |

23. Resümee ziehen

- 06 P danke .
07 A wird schon werden .
08 P wenn nicht, dann komm ich nochmal her .
09 A ko:mmen Sie her .
10 P okay danke .
11 A tschüss .
12 P tschüss .

Die ärztliche *Bestätigung* der *Selbsteinladung* erfolgt hier nicht als einfache *Bejahung* („ja“), sondern sie wird auch durch die Betonung verstärkt als *Ermunterung* realisiert („ko:mmen Sie her“). Insgesamt wird die mögliche Hilfestellung in diesem Beispiel relativ umständlich, aber umso glaubwürdiger angeboten und vom Patienten für den Fall der Fälle dankbar („okay danke“) angenommen, bevor sich beide Gesprächspartner auch förmlich zum Abschluss der Sprechstunde mit den informellen Grußformeln („Tschüss“) verabschieden. Damit ist auch in diesem Gespräch eine Gesprächsabrundung gelungen, bei der zum Schluss die Brücke für eine jederzeitige Rückkehr in die ärztliche „Obhut“ offen gehalten wird.

Das uneingeschränkte Rückkehrrecht in die ärztliche *Obhut* ist natürlich auch im Erfahrungswissen von Patienten zu Recht als ein „Gewohnheitsrecht“ verankert, das sich in einer langjährigen Versorgungsgeschichte auch „ohne viel Worte“ entwickelt haben kann. Dass dennoch regelmäßig dieselben wenigen Worte zum Gesprächsabschluss rituell wiederholt werden, macht deutlich, dass *Worte* einen *Unterschied machen* können, wenn es gilt, dem Patientenbedarf nach einer sicheren Bindung über den Tag hinaus bis zum nächsten Arztbesuch zu genügen.

23.6 Dokumentation

Die an ein Gespräch anschließende Dokumentation erfolgt in der Regel nach bestimmten Vorgaben („Gebührenordnung“, ICD-10) und ansonsten nach eigenen Erfahrungen und Vorlieben. Bei allen Varianten in den Detailregelungen lassen sich die folgenden drei Themen- und Handlungsfelder unterscheiden, in denen objektive Pflichten der Dokumentation erfüllt werden müssen und persönliche Präferenzen verfolgt werden können.

23.6.1 Notwendige Daten und Codierung

Zunächst müssen bei der Dokumentation alle Unterlagen sortiert und fixiert werden, die gegebenenfalls objektiv (rechtlich oder abrechnungstechnisch) relevant werden können, unabhängig von den individuellen Präferenzen.

Eine „Patientenakte“, gleich ob „analog“ oder „digital“, muss vor allem sämtliche Untersuchungsergebnisse wie Beschwerden, körperliche Befunde, Laborwerte, EKG-Ausdrucke etc. und die sich daraus ergebenden Diagnosen und Behandlungen enthalten, da deren Dokumentation, neben der selbstverständlichen klinischen Bedeutung, auch etwaigen haftungsrechtlichen Ansprüchen genügen muss.

In dem Kontext muss z.B. bei einer Aufklärung vor OP (§ 39) nicht nur die formelle Zustimmung dokumentiert werden, sondern sollte auch ein Kurzprotokoll zum Aufklärungsgespräch (in Stichworten) angefertigt werden, dass auch mögliche Ambivalenzen und Vorbehalte berücksichtigt, die bei aller Zustimmung verblieben sein könnten.

Das Vorliegen einer Patientenverfügung, günstigstenfalls auch deren Ort der Verwahrung, sollte ebenfalls dokumentiert werden, sofern nicht eine aktuelle Version in Kopie in der Patientenakte ist.

Darüber hinaus müssen alle Diagnosen und therapeutischen Prozeduren gemäß der jeweils gültigen Kodierschlüssel (z.B. ICD-10) und Abrechnungsziffern (GOÄ etc.) kodiert werden.

Letztlich sollte ein Vermerk über Rezepte, Überweisungen bzw. während einer stationären Behandlung etwaige Konsile nicht fehlen.

23.6.2 Persönliche Gesprächseindrücke

Persönliche Gesprächseindrücke sollten möglichst zeitnah zum Gespräch notiert werden, bevor die Erinnerungen zu verblassen drohen. Hierher gehören zunächst Eindrücke zur Darstellung der Krankengeschichte als Leidensgeschichte von Patienten (§ 9, 10), die ihre Erkrankung mehr oder weniger gut verarbeiten können (Coping, Kontrollüberzeugungen, vgl. § 22.2), etwa die Selbstwahrnehmung als „Opfer“, „Versager“ oder „Kämpfer“.

Als persönlichen Gesprächseindrücken sollten auch die Einschätzungen der Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten zur mehr oder weniger aktiven Mitarbeit von Patienten, die sich zunächst ganz nach ei-

nem paternalistischen Modell versorgt sehen möchten oder eine partizipative Entscheidungsfindung präferieren (§ 10). Auch die Einschätzung, ob es sich um einen aggravierenden vs. dissimulierenden bzw. „schwierigen“ Patienten“ (i.e. fordernd, entwertend, abhängig etc.; vgl. § 34) handelt, ist hilfreich, um sich auf diese besonderen kommunikativen Anforderungen besser einzustellen.

In dem Kontext hilft auch die hervorgehobene Dokumentation von „heiklen Themen“ (vgl. § 21.6), Ungereimtheiten, Ambivalenzen bei der Entscheidungsfindung oder Informationen, die arztseitig erst eingeholt werden müssen, bevor sie dem Patienten vermittelt werden können, oder geplanten nächsten Schritten in Diagnostik und Therapie, sich auf den nächsten Termin gut vorzubereiten.

23.6.3 Themen für Folgegespräche

Wie im sonstigen Leben auch, können Gespräche gerade in der Sprechstunde nicht beliebig ad infinitum weitergeführt werden, sondern sie müssen *beizeiten* abgeschlossen werden. Unter Umständen kann der Abschluss nicht immer in der präferierten Form von *Gesprächsabrundungen* (§ 22.3) geschehen, sondern er muss in der beschriebenen Form von *Gesprächsabbrüchen* (§ 23.2) vollzogen werden, wenn ein objektives Maß im Zeitlimit von Sprechstunden überschritten wird, die eben im Interesse aller Patienten zu organisieren sind (§ 25.6).

Es scheint nun nahe zu liegen, das Gespräch genau mit dem Thema zu beginnen, mit dem man im letzten Gespräch aufgehört hat, um eine gewisse Themenkontinuität zu wahren. Ein solcher arztseitiger *Auftakt* mit einem bestimmten Thema würde aber gegen eine elementare Maxime verstoßen, nach der die Patienten am Anfang das Wort haben sollten. Dieses freie Wort wird den Patienten gerade mit den einschlägigen Gesprächseröffnungen erteilt, die vorausgehend in einer Typologie (§ 19.2) beschrieben wurden (z.B. „Was liegt an?“). In der Sprechstunde das *erste* und das *letzte* Wort zu haben, ist ein Patientenprivileg, das nur in Notfällen angetastet und nur so weit wie unbedingt nötig eingeschränkt werden sollte.

Die erste Themenwahl des Patienten sollte auch nicht durch die „Bringschuld“ einer vergangenen Relevanzhierarchie überstimmt werden können. Was am Ende des letzten Gesprächs noch relevant schien, muss deswegen nicht auch zu Beginn des aktuellen Gesprächs noch gleich relevant geblieben sein. Die Prioritäten in der Themenstruktur

können sich zwischenzeitlich geändert haben. Gegebenenfalls müssen sie neu ausgehandelt werden. Beginnt der Patient mit einem noch offenen Thema aus der letzten Sprechstunde, wäre dies umso besser.

Wenn nicht, besteht die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung (§17) eben darin, weiterhin offene Themen gegebenenfalls solange offen zu halten und als solche in Erinnerung zu behalten, bis sich eine günstige Gelegenheit im Gesprächsverlauf ergibt. So kann eine passende Platzierung bei anschlussfähigen, verwandten oder ähnlichen Themen gefunden werden, aber auch bei Gesprächszäsuren, wenn aktuelle Themen eine gewisse Sättigung erreicht haben und etwa eine „Gesprächsflaute“ (*Pause*) genutzt werden kann, um ein Themen zu initiieren, das entweder schon im unmittelbaren Interesse des Patienten stand oder einfache „nur“ der Vervollständigung der Anamneseerhebung dient (§ 21.6), die bekanntlich nie abgeschlossen ist.

Allerdings ist mitunter erstaunlich, welche systematischen Lücken der Anamnese sich in ärztlichen Fortbildungsgruppen offenbaren, wenn die Mitglieder ihre Fallberichte zu einzelnen ihrer Patienten als Gegenstand kritisch-solidarischer Besprechung in die Gruppendiskussion einbringen. Bei manchen Fallberichten zeigt sich der Mangel an Kenntnissen über die Vorerkrankungen der vorgestellten Patienten oder ihrer Angehörigen oder der Mangel an Kenntnissen zum Familienleben („Ist der Patient verheiratet?“, „Hat er Kinder?“ usw.) oder zum Berufsleben („Hat die Patientin ein sicheres Einkommen?“, „Droht ihr die Arbeitslosigkeit?“ usw.). Wie auch sonst die ärztliche Gesprächsführung durch individuelle Stärken und Schwächen gekennzeichnet sein kann (§ 40), gibt es auch individuelle Unterschiede hinsichtlich der „Inhalte“ von Anamnesegesprächen, bei denen „blinde Flecken“ entstehen können.

Um hier Abhilfe zu schaffen, wurden in der Diskussion auch tabellarische Überblicke vorgeschlagen, in denen die „Vollständigkeit“ zu bestimmten Kategorien der *biopsychosozialen* Anamneseerhebung durch entsprechende Einträge nachgehalten werden kann, wie sie auch im Gesprächsmanual vorgegeben sind (Vorerkrankungen, Vorbehandlungen, Familie, Beruf, Alkoholkonsum usw.). Konnten Themen in einem aktuellen Gespräch nicht zu einem befriedigenden Sättigungspunkt abgeschlossen werden, ist ihre Wiederaufnahme für Folgegespräche vorzumerken. Dies gilt natürlich auch bei Lücken, die zur Vervollständigung der Anamnese noch zu schließen sind – aber jeweils unter dem nochmals angeführten Aspekt der *Passung* (§ 3, 17) von ärztlichen Interventionen.

Darüber hinaus besteht eine spezifische Möglichkeit der Dokumentation in der patientenspezifischen Darstellung des individuellen Lebensnarrativs von Patienten (Koerfer et al. 2000, 2005, 2010, Köhle, Koerfer 2017). Die Methodik der Erstellung und Interpretation solcher Lebensnarrative war vorausgehend zur Theorie in Anlehnung an Gergen (1998 und 2002) und anhand von Beispielen erläutert und illustriert worden (§ 9.2.4, 19.7.5, 19.8.6). Eine weitere inhaltliche Darstellung befindet sich im Anhang dieses Lehrbuchs (§ 44.5). Sie basiert auf den Gesprächsdaten, die in zwei relativ kurzen Visitengesprächen gewonnen wurden (Koerfer et al. 2005). Solche Darstellungen können eigeninitiativ am Computer oder per Hand (s. „leeres“ Muster nach Ausdruck auf Papier im Anhang § 44.5) angefertigt und je nach Stand der Gespräche und Anamneseerhebung laufend aktualisiert werden.

Eine weitere Entwicklungsstufe des Verfahrens wäre durch die aktive Beteiligung der Patienten zu erreichen, die anhand ihrer eigenen Lebensereignisse und persönlichen Erlebnisse die Erstellung ihrer eigenen evaluativen Lebenskurve mitgestalten können. Bei der gemeinsamen Gestaltung kämen auch mögliche Konvergenzen und Divergenzen in den professionellen und Laien-Sichtweisen der Beteiligten auf das Leben und die Erkrankung des Patienten zum Ausdruck, was in weiteren Gesprächen zu berücksichtigen wäre. So könnte die gemeinsame Gesprächsarbeit an einem solchen Lebensnarrativ zum besseren Fremd- und Selbstverständnis der Kranken- und Lebensgeschichte von Patienten beitragen.

23.7 Weiterführende Hinweise

Unser didaktisch orientierter Beitrag zielte auf eine funktionale Differenzierung von Typen von Gesprächsbeendigungen in Erst- und Folgegesprächen. Mikroanalytische Beobachtungen zu Detailphänomenen von Kommunikationsprozessen konnten nur am Rande bemerkt werden. Dabei ist klar, dass bei den variantenreichen Formen und (Vor-)Stadien von Beendigungsprozessen (*opening up closings*) sowohl auf verbaler als auch nonverbaler Ebene subtile Abschlusssignale zwischen Arzt und Patient ausgetauscht werden, durch die das „nahende Ende“ bereits „angekündigt“ wird. So beginnen Arzt und Patient oft schon im Vorfeld „ihre sieben Sachen zu packen“, noch bevor das Gesprächsende „offiziell“ an- und ausgesprochen wird. Auch Patienten sortieren im Vorfeld

schon ihre „Utensilien“ (Brille, Unterlagen, Handtasche usw.), während der Arzt seinerseits zur „Dokumentenbearbeitung“ (Überweisung, Rezept usw.) übergegangen ist. Während Ärzte im „traditionellen“ Format die Sprechstunde mit der Zuwendung zu „Papierakten“ zu schließen begannen, wenden sich Ärzte im „modernen“ Format zumeist auch mit einer Körperwende vom Patienten ab, wenn sie sich ihrem Computer zuwenden. Zu solchen und ähnlichen Detail-Beobachtungen bei der Gesprächsbeendigung soll nochmals auf die Untersuchungen von West (2006) und White (2015) und die dort angegebene weiterführende Literatur verwiesen werden.

24 Visitenkommunikation

Armin Koerfer, Laura L. Kilarski, Christian Albus

24.1	Das Krankenhaus im Patientenerleben	1380
24.1.1	Zwischen Bangen und Hoffen	
24.1.2	Institution der Zuflucht und des Schreckens	
24.2	Schlüsselfunktionen der Visitenkommunikation	1385
24.2.1	Supportive Interventionen	
24.2.2	Phasenspezifische Funktionen	
24.3	Die Visite als Mehr-Personen-Kommunikation	1390
24.3.1	Ärztliches Kommunikationsprivileg	
24.3.2	Paradoxien triadischer Kommunikation	
24.4	Quantitative Visitenforschung	1394
24.4.1	Gesprächsdauer und Interaktionsrichtung	
24.4.2	Asymmetrische Partizipation	
24.5	Qualitative Visitenanalysen	1397
24.5.1	Strukturelle Kommunikationsbarrieren	
24.5.2	Asymmetrische Verbalhandlungen	
24.6	Patientenzentrierte Visitenführung	1401
24.6.1	Das Ulmer Reformmodell	
24.6.2	Biopsychosoziale Anamnese: „dass ich net alt werd“	
24.6.3	Interaktions- und Themenentwicklung; „bislang sehr aktiv“	
24.6.4	Visitentherapie im Zwiegespräch	
24.7	Kooperatives Erzählen in der Visite	1414
24.7.1	Eröffnung und Untersuchung: „tut gar nimmer weh“	
24.7.2	Biographisch-narrative Anamnese: „nich verrückt spiele“	
24.7.3	Erzählen im Dialog: Von der Arbeit zur Gesundheit	
24.7.4	Gesundheitskonzept und Lebensnarrativ	
24.8	Evaluation	1432
24.9	Weiterführende Hinweise	1434

Die Visite, der Höhepunkt an jedem Tag, war gleichzeitig immer die größte Enttäuschung gewesen.

Thomas Bernhard, *Der Atem*

Abstract: Wer als Patient ins Krankenhaus kommt, ist zumeist schwerwiegender erkrankt. Allein der stationäre Klinikaufenthalt stellt eine Zäsur im bisherigen Leben des Patienten dar, die ihn vor besondere Herausforderungen stellt, gegenüber denen seine bisherigen Alltagsroutinen der Bewältigung zu scheitern drohen (§ 24.1). In dieser oft so erlebten Notlage braucht der Patient eine besondere kommunikative Zuwendung des Klinikpersonals. Dessen kommunikative Kompetenzen werden in einem Bündel von Funktionen nachgefragt, die vom Aufnahmegespräch bis zum Entlassungsgespräch reichen (§ 24.2). Gegenüber diesen spezifischen Kompetenzanforderungen erweisen sich die professionellen Kommunikationspraktiken im Klinikalltag oft als erheblich defizitär. Dies liegt neben den institutionellen Bedingungen (Handlungsdruck, Zeitnot) besonders an den Paradoxien der triadischen Kommunikation, in der sich das Krankenhauspersonal oft über die Köpfe der Patienten hinweg verständigt (§ 24.3). Die Defizite lassen sich in quantitativen und qualitativen Gesprächsanalysen von Visiten nachweisen (§ 24.4-5). In einem Reformmodell sind Alternativen zur traditionellen Visitenkommunikation erprobt worden (§ 24.6-7). Die exemplarische Analyse und Evaluation dieser alternativen Visitenkommunikation (§ 24.8) führt zu Modellgesprächen, die mit nachweislichen Verbesserungen eine Vorbildfunktion für weitere Reformentwicklungen wahrnehmen können.

24.1 Das Krankenhaus im Patientenerleben

Zunächst muss das Krankenhauspersonal schon bei der Aufnahme und Integration des Patienten in den Stationsbetrieb zur Bewältigung der spezifischen Erkrankungssituation beitragen, die subjektiv oft als bedrohlich erfahren wird. Die Einweisung bzw. Aufnahme ins Krankenhaus stellt für den Patienten in mehrfacher Hinsicht eine radikale Veränderung dar, die häufig wie „aus dem Leben gerissen“ erlebt wird, das nicht mehr wie „gewohnt“ fortgesetzt werden kann. Eine ambulante Behandlung, die den Patienten lediglich punktuell von seinen Gewohnheiten abhält, ist offensichtlich nicht mehr möglich, sondern eine stationäre

re Behandlung unumgänglich, die mit vielfältigen, oft „gemischten Gefühlen“ erlebt wird.

24.1.1 Zwischen Bangen und Hoffen

Mit der stationären Aufnahme ist auch in der Selbstwahrnehmung des Patienten eine Zäsur erreicht, die den Erfahrungshorizont eines bloß äußeren Wechsels von verschiedenartigen Lebensorten weit übersteigt: Eine Erkrankung, die einen Klinikaufenthalt notwendig macht, wird oft in besonderer Weise als „Kränkung“ erlebt. Der Patient ist nicht länger nur von Fall zu Fall auf einen individuellen Helfer wie etwa den Hausarzt angewiesen, sondern auf institutionell organisierte Hilfe, die im Schichtdienst „rund um die Uhr“ beansprucht werden muss. Dabei wird die Vielzahl der Helfer nicht nur als beruhigend erlebt, sondern sie kann aus der Praxisperspektive von erfahrenen Klinikern wie Morgan und Engel (1969/1977) (Box 24.1) gerade zur Verwirrung beitragen, weil der Patient oft eine direkte Bezugsperson als individuell verfügbaren Ansprechpartner vermisst.

Box 24.1 In wessen Obhut befindet sich der Patient eigentlich?

Im Spital kommen die Patienten mit einer verwirrenden Anzahl von Leuten in Berührung. Dreimal am Tag wechselt das Pflegepersonal. Die Ärzte, Studenten und Lernschwestern wechseln die Abteilung. Spezialisten, Diätassistentinnen und Laborantinnen kommen und gehen. Angst, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Ärger und andere Stimmungen widerspiegeln bisweilen die Unfähigkeit des Patienten zu erkennen, in wessen Obhut er sich eigentlich befindet.

Morgan, Engel 1977: 16

Die Gewährleistung und zugleich Abhängigkeit von organisierter Dauerhilfe ist aber nur die eine Seite des Patientenerlebens im Krankenhaus. Die andere, oft existenzielle Seite der Erfahrung besteht darin, dass die „beste Hilfe“ versagen kann, wenn etwa die medizinische Kunst an ihre Grenzen stößt.

Neben der Hoffnung auf Heilung oder zumindest Besserung des Leidens können für den Patienten objektivierbare „Gefahren für Leib und Leben“ bestehen, die sich je nach Art, Schwere, Verlauf und nicht zuletzt Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung unterschiedlich entwi-

ckeln können. Die Einweisung oder gar Not-Aufnahme ins Krankenhaus hat zumeist „ernsthafte“ bis „dramatische“ Gründe, und die weitere Behandlung (z. B. OP) birgt oft Risiken oder hat einen ungewissen Ausgang. Der damit verbundene Sicherheits- und Kontrollverlust löst bei Patienten eine Vielzahl von Ängsten aus, so etwa vor Schmerzen oder gar dem Tod.

Die Ängste beziehen sich einerseits auf die (mehr oder weniger günstigen Verlaufsformen der) Erkrankung selbst, andererseits sind sie jedoch einem (mehr oder weniger „objektivierbaren“) Misstrauen gegenüber der Kunst der ärztlichen Behandlung geschuldet. Das Spektrum der vielfältigen Ängste von Patienten im Krankenhaus lässt sich etwa in *Fallberichten* (Box 24.2) von Patientinnen ermesen, die schon einschlägige Vorerfahrungen gemacht haben und deswegen eine weitere Krankenausbehandlung fürchten und immer wieder hinauszögern.

Box 24.2 Angst im Krankenhaus (Fallbericht)

Seit Wochen schläft Inge Walter nachts nicht mehr durch. Immer wieder wacht sie von Schmerzen in beiden Händen auf. Die Finger fühlen sich taub an, die Wasserflasche vom Nachttisch kann sie nicht mehr greifen: die 68jährige leidet beidseitig unter einem Karpaltunnelsyndrom. Zwei operative Eingriffe wären notwendig. Aber Inge Walter will nicht ins Krankenhaus. Sofort tauchen Erinnerungen an frühere Operationen auf, verbunden mit quälenden Gefühlen von Ausgeliefertsein und Schutzlosigkeit. Auch wenn man ihr versichert, die Operation sei ein Routineeingriff. „Heißt das etwa, dass dabei nichts passieren kann?“, fragt sie sich. Nein, natürlich nicht, das weiß sie. Deshalb bleibt es dabei: Sie hat Angst.

Hempel 2010: A1740

Während in Einzelfällen wie bei dieser Patientin besondere Vorerfahrungen prägend gewesen sein mögen, muss auch nach den Ergebnissen von repräsentativen *Befragungen* (Box 24.3) von Bundesbürgern von allgemein verbreiteten Vorbehalten und Befürchtungen ausgegangen werden. Diese können sich auf den Krankenhausaufenthalt überhaupt, aber auch auf ganz spezifische Probleme aus verschiedenen Bereichen (Fehlbehandlungen, Infektionen, Schmerzen usw.) beziehen, die nach den Vorstellungen der Befragten mit einer stationären Behandlung assoziiert werden.

Box 24.3 Angst im Krankenhaus (Art, Häufigkeit und Bedeutung)

Mehr als die Hälfte aller Bundesbürger (54 Prozent) fürchten sich vor einem Krankenhausaufenthalt, circa jeder zehnte hat sogar große Angst davor. Das ist das Ergebnis einer Forsa-Umfrage (...) Ganz oben auf der Liste stünden die Angst vor Behandlungsfehlern (65 Prozent) und erfolglosen Therapien (61 Prozent). 55 Prozent der Befragten beunruhigt die Vorstellung, sich mit gefährlichen Keimen anzustecken, 53 Prozent fürchten, Schmerzen zu erleiden. Im Krankenhaus ist Angst eines der bedeutendsten Phänomene: Angst erschüttert Patienten erheblich in ihrem Selbst und kann ihre physische und psychische Gesundheit beeinträchtigen.

Hempel 2010: A1740

Diese Ängste vor und während des Krankenhausaufenthalts und ihre negativen Folgen für die Gesundheit sind aber nur die eine Erlebensperspektive von Patienten. Die andere bleibt grundsätzlich mit der Hoffnung verbunden, derentwegen das Krankenhaus überhaupt aufgesucht wurde. Hier werden jedoch häufig (über-)große Erwartungen gehegt, die dann natürlich oft enttäuscht werden. So hat sich das Klinikpersonal insgesamt auf eine Ambivalenz der Gefühle der Patienten einzustellen, die zwischen Bangen und Hoffen schwanken können. Entsprechend kann das Krankenhaus als Institution insgesamt sehr unterschiedliche Zuschreibungen und Bewertungen erfahren.

24.1.2 Institution der Zuflucht und des Schreckens

Diese Ambivalenz von Patienten mag sich in Abhängigkeit von Befund und Befinden laufend in die eine oder andere Richtung entwickeln, was vom Klinikpersonal ebenso laufend wahrzunehmen und therapeutisch zu bearbeiten ist. Dabei sind sowohl individuelle als auch typische Verhaltens- und Erlebensweisen von Patienten zu beachten, wie dies von Morgan und Engel (1969/1977) (Box 24.4) aus ihrer langjährigen klinischen Erfahrung anschaulich beschrieben wurde. Danach kann die Institution Krankenhaus von Patienten in den Extremen als „Zufluchtsort“ oder als „fremder, erschreckender Ort“ erlebt werden.

Box 24.4 Ambivalenzen des Patientenerlebens

Keineswegs alle Patienten erleben das Spital auf gleiche Weise. Einige betrachten es als einen Zufluchtsort, wo man ihnen helfen und ihre Beschwerden lindern wird. Für andere ist es ein fremder, erschreckender Ort, wo sie Schmerzen leiden oder gar sterben müssen. Jedoch vor allem erfordert der Spitaleintritt – besonders der erste – eine bedeutende Umstellung. Die Patienten sind von ihrem Zuhause und ihrer Familie getrennt, was sowohl eine Qual, als auch eine Erleichterung sein kann. Die Patienten müssen weitgehend auf ihre persönliche Unabhängigkeit und Handlungsfreiheit verzichten, sind aber von vielen Verpflichtungen befreit. Oft sind sie ans Bett gefesselt. Der Tagesablauf ist verändert, das Essen ungewohnt. Unangenehme und schmerzhaft Eingriffe stehen bevor. Man sieht und hört Beängstigendes. Andererseits werden die Patienten umsorgt und bedient, und sie hoffen, dass ihr Leiden gelindert und ihre Probleme gelöst werden (...) Die Schwestern, Ärzte und Studenten müssen sich gemeinsam bemühen, dem Patienten die Anpassung an den Spitalbetrieb zu erleichtern. Sie können es tun, wenn sie dem Patienten möglichst viel Sicherheit zu geben vermögen.

Morgan, Engel 1977: 16

Wie von Morgan und Engel in diesem Zusammenhang deutlich gemacht wird, können die Ängste, die für viele Patienten vom Krankenhaus weiterhin ausgehen, nicht gänzlich genommen werden. Das liegt in der „Natur der Sache“, weil es sich von der institutionellen Funktion her schließlich um ein „Kranken“-Haus handelt.

Aber der Aufenthalt dort kann für die Patienten doch wesentlich erleichtert werden, vor allem durch die Gewährung von „möglichst viel Sicherheit“. Allein diese Formulierung („möglichst viel“) legt eine Handlungsmaxime nahe, nach der das in Rede stehende „gemeinsame Bemühen“ (s. o.) immer nur eine graduelle Annäherung an das *Ideal ärztlichen Handelns* darstellen kann (§ 3, 7, 17). Hier steht das Klinikpersonal vor der Herausforderung, die individuelle Wahrnehmung des Krankenhauses als Ort des „Schreckens“ zu mildern und als Ort der „Zuflucht“ zu stärken. Wie noch im Detail zu zeigen sein wird, hängt der Erfolg dieser Aufgabe wesentlich von einer effektiven Kommunikation mit dem individuellen Patienten ab, die dessen nachvollziehbare Ambivalenzen zwischen Bangen und Hoffen aufzunehmen und zu bearbeiten versteht.

24.2 Schlüsselfunktionen der Visitenkommunikation

Insgesamt ist die aktuelle Situation des Patienten im Krankenhaus wesentlich durch den notwendig gewordenen Wechsel von der vertrauten Lebenswelt des Alltags in eine für ihn fremde Institution bestimmt (§ 5, 10, Mishler 1984, Koerfer 1994, Koerfer et al. 2005). In dieser unvertrauten, krisenhaften Situation können sich die Selbstverständlichkeiten und Gewissheiten des alltäglichen Lebens derart in Unverständnis und Ungewissheit verkehren, dass das eigene Selbstvertrauen beeinträchtigt wird. Wenn aber Selbstgewissheiten zu zerbrechen und erprobte Bewältigungsroutinen zu versagen drohen, werden spezifische kognitive, emotive und kommunikative Leistungen erforderlich, mit denen der Verlust von Sinn- und Handlungsmöglichkeiten überwunden oder doch gemildert und die Kohärenz des Selbsterlebens mehr oder weniger wiederhergestellt werden kann (Antonovsky 1987). Hierzu bedarf es einer besonderen professionellen Hilfe, die im Einzelfall punktuell und gezielt und im Regelfall als Dauerleistung zu gewähren ist, um den Patienten zu stabilisieren bzw. vor regressiven Rückfällen oder Schlimmerem (z. B. Suizidalität, § 29) zu bewahren.

24.2.1 Supportive Interventionen

Die von vielen Patienten als bedrohlich erlebte Krankenhaussituation verlangt vom gesamten Stationsteam und eben auch vom Arzt eine supportive Kommunikationsfunktion zur Stärkung der Anpassungsleistung, die das gestörte Selbstwertgefühl des Patienten betrifft. Dabei ist angesichts der aufgezeigten Ambivalenzen zu beachten, dass Patienten fremde Hilfe oft individuell nur sehr unterschiedlich annehmen können. Wie wir gesehen haben, kann ihr Selbsterleben wesentlich von Ohnmachts-, Hilflosigkeits- und Abhängigkeitsgefühlen (Box 24.2) geprägt sein.

Hier muss nach Morgan und Engel (1969/1977) von sehr individuellen und zugleich typischen Verhaltensweisen (von abhängigen bis pseudo-unabhängigen) Patienten ausgegangen werden. Wie Morgan und Engel aus ihrer eigenen klinischen Erfahrung ausführen, ist oft mit erheblichen Widerständen zu rechnen, so etwa bei „pseudo-unabhängigen“ Patienten, die ihre Angst oder Hilflosigkeit mit einem aggressiven Verhalten zu überspielen suchen (Box 24.5). Entsprechend sollte sich der

Arzt nach Morgan und Engel weitgehend zurücknehmen können und zunächst die Kontrolle über das Gespräch dem Patienten überlassen.

Box 24.5 Helfende Gesprächsführung bei aggressiven Patienten

Einige Patienten überspielen ihre Angst oder ihre Hilflosigkeit mit einem aggressiven Verhalten. Diese Patienten bewältigen ihre tiefsitzende Angst vor Untätigkeit dadurch, dass sie fortwährend tätig sind und versuchen, sich ständig in Kontrolle zu haben. Es erschreckt sie, krank, bettlägerig und der Routine des Spitalbetriebes unterworfen zu sein. Sie empfinden Pflegepersonal eher bedrohlich als hilfreich (...) Diese Patienten zeigen ein für sie typisches Verhalten. Sie sind, auch schwerkrank, immer ruhelos und aktiv. Sie verharmlosen oder verneinen ihre Symptome und tun ernstliche Beschwerden als belanglos ab (...) Ein solcher Patient kann während der Anamnese jederzeit zornig werden, besonders wenn er merkt, dass er im Gespräch die Kontrolle verliert (...) Versteht (der Arzt), dass einem solchen Verhalten Angst zugrunde liegt und der Versuch, die Situation zu kontrollieren, dann ist er auf einen Wutausbruch gefasst, tadelt den Patienten deswegen nicht, sondern hilft ihm, das Gefühl, er habe die Situation unter Kontrolle, wiederzugewinnen. Das Thema, das zum Ausbruch führte, lässt man vorerst einmal fallen und überlässt die Gesprächsführung dem Patienten (...) Zögert der Patient dann immer noch, lässt (der Arzt) dieses Thema fallen und wendet sich einem anderen zu, das den Patienten weniger belastet oder sein Selbstwertgefühl stützt. Z. B. fragt er ihn nach einer Zeit, da der Patient gesund und erfolgreich war. Vielleicht kommt dann der Patient spontan auf das Thema zurück, das seinen Zorn verursachte.

Morgan, Engel 1977: 67

Insgesamt sind ärztliche Hilfsangebote immer behutsam zu unterbreiten und gegenüber dem Patientenbedarf passgenau zu dosieren. Diese Passgenauigkeit von verbalen Interventionen verweist auf das allgemeine Dosierungsproblem in der Medizin (§ 3, 7), die in diesem Sinn immer individuelle Medizin ist. Nach Möglichkeit sollte die individuell-kommunikative Zuwendung zum Patienten derart unterstützend wirken, dass die verbliebene Autonomie nicht unnötig eingeschränkt, sondern weitgehend gefördert wird. Wie wir bei der Diskussion um die Beziehungsmodelle (Paternalismus – Dienstleistung – Kooperation) und ihre Mischformen vorausgehend schon im Detail herausgearbeitet haben (§ 10.4), ist das für diesen individuellen Patienten passende Bezie-

hungsmodell mit ihm selbst immer wieder neu auszuhandeln und (je nach Art, Schwere, Verlauf und Dauer der Erkrankung) gegebenenfalls zu aktualisieren, wenn sich die Behandlungssituation bzw. Einstellung des Patienten ändert.

Im Allgemeinen wachsen die Probleme im kommunikativen Umgang mit dem Patienten mit der Behandlungsdauer, zumal wenn kein Ende absehbar ist. Insbesondere bei längeren Krankenhausaufenthalten ist dem generellen Problem der Hospitalisierung Rechnung zu tragen, das im extremen Fall eine Dekompensation des Patienten bewirken kann. Ebenso kann eine als Komorbidität (§ 29) bereits vorhandene Depression oder gar suizidale Gefährdung durch einen belastenden Krankenhausaufenthalt noch verstärkt werden, was vom Arzt im direkten Kontakt mit dem Patienten rechtzeitig erkannt und mit ihm in supportiven Gesprächen gegensteuernd bearbeitet werden muss. Gegebenenfalls sollte in schweren Fällen, in denen etwa ein Chirurg oder Internist seine fachlichen oder zeitlichen Ressourcen überschritten sieht, ein psychosomatisches Konsil (Abb. 24.1) zu weiteren Unterstützung hinzugezogen werden, in der auch spezifische Kriseninterventionen geleistet werden können.

In dieser „Verhütung des Schlimmsten“ sind die Anforderungen an die Kommunikationskompetenz des Arztes jedoch keineswegs schon erschöpft. Die supportive Funktion ist insofern als Dauerleistung zu erfüllen, als mit dem Patienten auch in der täglichen Stationsarbeit langfristige eine helfende Beziehung („helping alliance“, Luborsky 1988) aufzubauen ist, die eine allererste Voraussetzung für einen therapeutischen Erfolg darstellt (§ 3, 8). Von dieser Qualität der Beziehung ist schließlich die auch Motivation und Mitarbeit des Patienten abhängig, dessen individuelle (skeptische oder optimistische, passive oder aktive) Einstellung sich wesentlich auf den Behandlungsverlauf auswirken kann.

24.2.2 Phasenspezifische Funktionen

Der intendierte Behandlungserfolg ist insgesamt von einer effektiven Kommunikation mit dem Patienten bestimmt, die über die dauerhaft supportive Beziehungsgestaltung hinaus eine Vielzahl von phasenspezifischen Funktionen zu erfüllen hat: Die klinische Gesprächsarbeit mit dem Patienten erstreckt sich im Einzelnen auf die

- Vergewisserung der Gründe, Motive und Erwartungen bei der Einweisung und stationären Aufnahme
- ausführliche biopsychosoziale Anamneseerhebung (§ 9, 19)
- behutsame Diagnosemitteilung und gründliche Aufklärung vor und nach weiteren Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen (prä-post) (§ 8, 10)
- gemeinsame Entscheidungsfindung (§ 10, 22)
- einvernehmliche Durchführung und Kontrolle weiterer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und entsprechende Aufklärung
- Motivierung und Einleitung der Weiterbehandlung vor der Entlassung des Patienten

Zwar legt hier die Reihenfolge eine gewisse idealtypische Abfolge der Funktionen nahe (Abb. 24.1), diese sind aber im Bedarfsfall wiederholt und in einem zirkulären Kommunikationsprozess wahrzunehmen (§ 8), bei denen sich eine Planung und Besprechung von Untersuchungs- und Therapiemaßnahmen sowie eine Nachbesprechung ihrer Ergebnisse usw. abwechseln können.

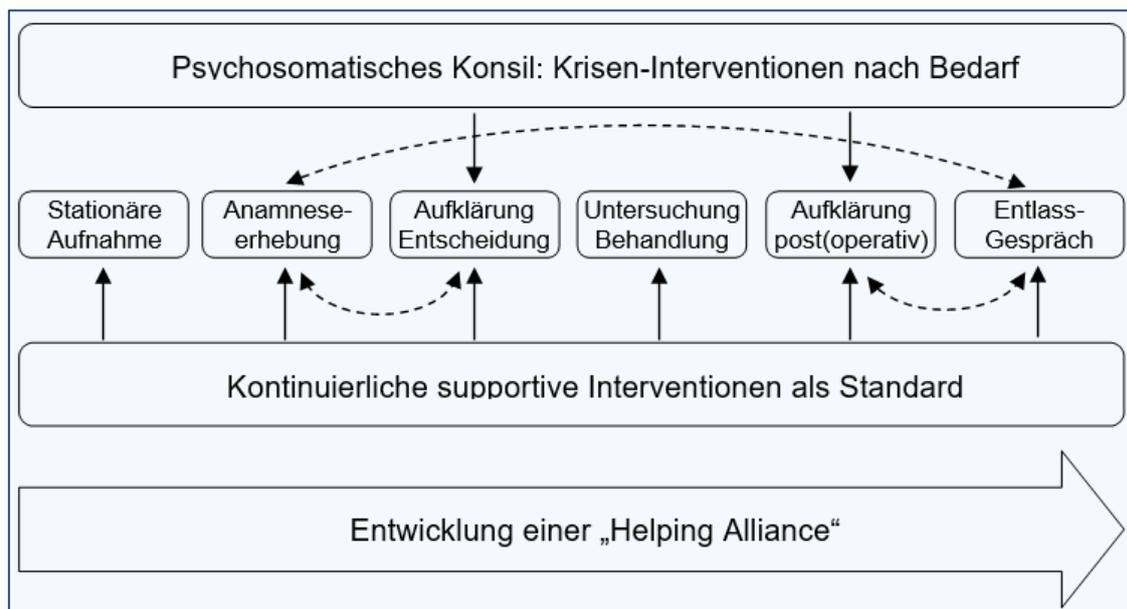


Abb. 24.1: Idealtypisches Ablaufmodell der Visitenkommunikation

Die zirkuläre Wiederaufnahme der phasenspezifischen Funktionen wird notwendig, wenn sich etwa neue Situationen mit neuen Befunden und Behandlungsalternativen ergeben und sich die Einstellungen des Pati-

enten, seine Befürchtungen und Hoffnungen entsprechend ändern. Dass eine gute biopsychosoziale Anamnese nach einer Vielzahl von laufenden Visiten immer noch erweiterbar ist, soll später exemplarisch an einer konkreten Visite kurz vor der Entlassung eines Patienten gezeigt werden, in der es um das Krankheitsverhalten und die Krankheitsbewältigung (Coping) eines Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geht (§ 24.6-7). In all diesen Fällen von der Aufnahme bis zur Entlassung ist das tägliche Visitengespräch als Kernstück der Stationsarbeit wesentlich, an das der Patient oft sehr große Erwartungen knüpft, wie realistisch oder auch nur berechtigt diese sein mögen, weil bestimmte Funktionen nicht oder nur ungenügend wahrgenommen wurden.

Die Erwartungen von Patienten gegenüber der Visite können leicht enttäuscht werden. So hat der Schriftsteller Thomas Bernhard seine individuellen Erwartungen und Enttäuschungen in seiner autobiographischen Erzählung „Der Atem“ aus der eigenen Erlebensperspektive als Patient sehr eindrücklich formuliert:

Box 24.6 ‚Die Ärzte haben niemals mit mir gesprochen‘

Die Visite, der Höhepunkt an jedem Tag, war gleichzeitig immer die größte Enttäuschung gewesen (...) Ich hatte ununterbrochen den Wunsch gehabt, mit meinen Ärzten zu sprechen, aber ausnahmslos haben sie niemals mit mir gesprochen.

Thomas Bernhard, *Der Atem*

Wenn die so erlebte *Sprachlosigkeit* während der Visite bereits von einem Patienten beklagt wird, der sicherlich mit dem *Wort* umzugehen verstand und sich dennoch in der Visite nicht genügend *Gehör* zu *verschaffen* vermochte, kann man bereits die kommunikativen Nöte von Patienten abschätzen, die im Umgang mit dem Wort weniger geübt sein mögen.

Gegenüber dem Stationsalltag mag es zwar authentisch, aber unrealistisch sein, „ununterbrochen den Wunsch zu haben, mit seinen Ärzten zu sprechen“. Ebenso mag es eine rhetorische Übertreibung eines Schriftstellers sein, dass seine Ärzte „aber ausnahmslos niemals mit ihm gesprochen“ hätten. Gleichwohl lässt sich die so dramatisch erlebte *Sprachlosigkeit* in empirischen Studien dokumentieren, die auf direkten

Beobachtungen von Visiten beruhen, worüber nachfolgend berichtet werden soll.

24.3 Die Visite als Mehr-Personen-Kommunikation

Das Dilemma der Visite ist in der linguistischen und klinischen Gesprächsforschung als „verhinderter“ oder „scheiternder“ Dialog charakterisiert worden (Bliesener 1982, Fehlenberg et al. 1996, 2003). Dabei geht es nicht nur um den Konflikt zwischen Lebenswelt und Medizin (§ 10.2), den es lediglich zugunsten des Patienten zu mildern gelte, sondern um elementare Defizite bei der Erhebung psychosozialer Daten aus der Perspektive eines *biopsychosozialen* Versorgungsansatzes (§ 4), für den die traditionelle biomedizinische Anamneseerhebung zu kurz greift.

Die Defizite und Störungen in der ärztlichen Kommunikation mit dem Patienten sind in der Visitengesprächsforschung bereits früh beschrieben und in den letzten drei Jahrzehnten weiter ausdifferenziert worden (Köhle, Raspe 1982, Fehlenberg 1983, 1987, Ott 1996, Koerfer et al. 2005, Lalouschek 1995, 2005, Menz et al. 2008, Nowak 2010, Weber 2011, Fischer et al. 2016). Verbesserungsmöglichkeiten sind im Detail aufgezeigt und in Evaluationsstudien nachgewiesen worden (z. B. Putnam et al. 1988, Langewitz et al. 1998, Hellmich et al. 2010). Dennoch scheint sich nach den Ergebnissen selbst der neueren Forschung die vorherrschende Gesprächspraxis auf den Krankenstationen kaum gebessert zu haben, so dass die wesentlichen Desiderate fortbestehen (Ott 1996, Häuser, Schwebius 1999, Weber et al. 2001, Langewitz et al. 2002, Koerfer et al. 2005, Weber et al. 2007, 2009, Papsdorf et al. 2009, Weber 2011, Weber, Langewitz 2011).

Nach den Recherchen von Weber (2011) ist in der jüngsten Zeit sogar eine Stagnation in der internationalen Forschung speziell zur Visitenkommunikation zu konstatieren. Dies gilt natürlich nur relativ zum allgemeinen Fortschritt in der Erforschung der Arzt-Patient-Kommunikation, die jedoch den Schwerpunkt auf die (allgemein)ärztliche Sprechstunde (primary care) bzw. Facharztpraxis verlegt hat (vgl. zum Forschungsstand auch § 2). Diese Diskrepanz soll hier zum Anlass für eine kurze Bilanzierung von wesentlichen Ergebnissen der quantitativen und qualitativen Visitenforschung genommen werden,

bevor wir dann (§ 24.6-7) das Ulmer Reformmodell konzeptionell und anhand von Gesprächsbeispielen vorstellen.

24.3.1 Ärztliches Kommunikationsprivileg

Das Erkenntnisinteresse der Visitenforschung insgesamt muss der spezifischen Visiten-situation Rechnung tragen, die traditionell eine Mehrpersonen-Kommunikation zwischen Arzt, Patient und Pflegepersonal ist. Hier handelt es sich um eine besondere Beziehungskonstellation, die sich als eine spezifische Art *trialogischer Kommunikation* (Dieckmann 1981, Koerfer 1994) oder *triadischer Interaktion* (Weber et al. 2007, 2011, Weber, Langewitz 2011) charakterisieren lässt. Traditionell befindet sich der Arzt im Kommunikationszentrum, von dem aus er wahlweise die mehr oder weniger dialogische Kommunikation mit einem möglichen Partner sucht, während die anderen oft in der Rolle des „stummen“ Zuhörers verharren müssen, bis sie vom Arzt eigens adressiert werden (Abb. 24.2). Dieser verfügt in der traditionellen Visitenkonstellation über ein *privilegiertes Initiativrecht*, mit dem er über die neuen Dialogrollen (von Hörer und Sprecher) immer wieder neu befindet.

Dabei kann sich die Asymmetrie der Dialogrollenzuweisung hochkomplex gestalten: Die typische Konstellation der Visite kann sich durch weitere Teilnehmerrollen verkomplizieren (Chefarzt, Assistenzarzt usw.), wobei von einer komplexen Hierarchie von Kompetenzen (Wissen, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten usw.) auszugehen ist (Abb. 24.2). So können etwa in der meist wöchentlichen Chefarztvisite andere Ärzte oder die Pflegefachkräfte statt des Patienten zu einem „Rapport“ gebeten werden, der dann gleichsam im Sinne der trialogischen Kommunikation *coram publico* gegeben wird.

Hier sind unter dem Aspekt der Intentionalität von Kommunikation verschiedene Sprecher- und Hörertypen zu unterscheiden: In der trialogischen Kommunikation können alle Anwesenden mehr oder weniger zum Mithörer (gemacht) werden. So soll etwa ein faktischer Mithörer wie der Patient als sekundärer Hörer auch intendiert mithören können, auch wenn etwa der Chefarzt (CA) nicht ihn, sondern den Stationsarzt (SA) oder die Pflegefachkraft (PF) primär adressiert hat. Mitunter soll der Patient als mithörender Dritter jedoch systematisch von der interprofessionellen Kommunikation ausgeschlossen bleiben, wie wir an empirischen Beispielen noch sehen werden.

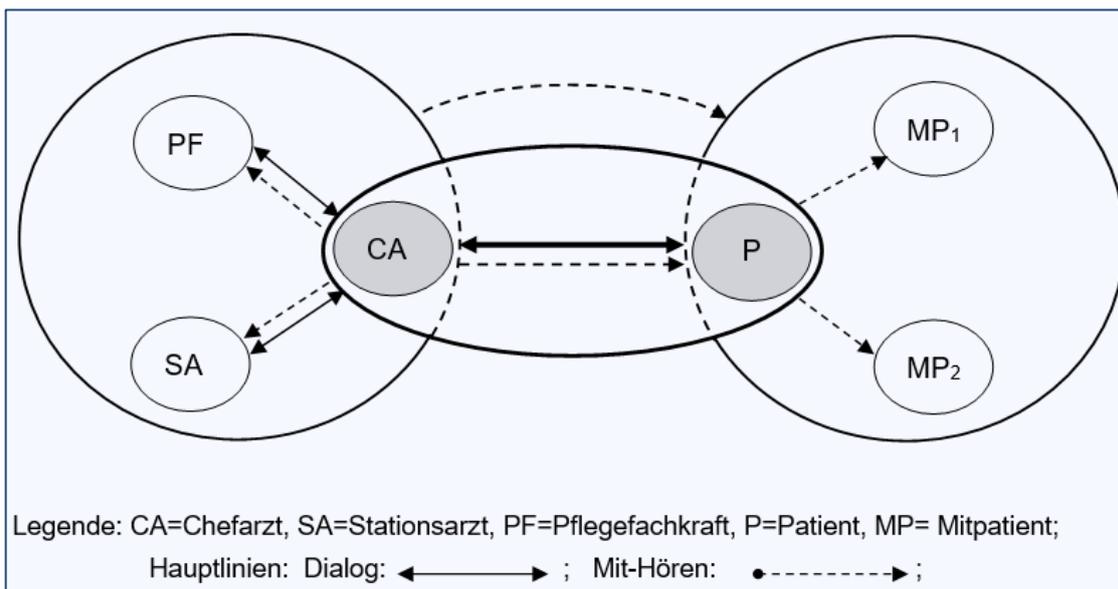


Abb. 24.2: Triadische Kommunikationskonstellation: Beispiel Chef-Arzt-Visite

Besonders heikel dürfte (im Regelfall des Mehrbettzimmers) die (faktisch tolerierte) Zugehörigkeit weiterer Mitpatienten zum mithörenden Publikum sein, was ein besonderer Aspekt der triadischen Kommunikation ist. So können die Mit-Patienten zu Mit-Hörern sowohl der interprofessionellen Kommunikation (CA, SA, PF) als auch der Arzt-Patient-Kommunikation werden – mit einer nicht unerheblichen Folge: Manchmal eine Visite dürfte aus Scham des Patienten vor erweitertem Publikum unvollständig geblieben sein, ohne dass diese (Art der) Kommunikationsbarriere erkannt bzw. berücksichtigt worden wäre. Aus der Perspektive erfahrener Kliniker lässt sich dieses Dilemma nur durch einen Situationswechsel lösen:

Box 24.7 Verschweigen wegen zuhörender Mitpatienten

Viele Angaben, die der Patient im ersten Gespräch verschweigt, erzählt er beim zweiten oder dritten, wenn er Vertrauen zum Arzt gefasst hat. Manchmal verschweigt ein Patient auch Angaben, weil andere Patienten im Zimmer zuhören. In einem späteren Gespräch unter vier Augen trägt er diese fehlenden Angaben spontan nach.

Morgan, Engel 1977: 69

Daraus kann der Umkehrschluss gezogen werden: Das Visitengespräch wird in der Regel eben nicht mehr als „Zwiesgespräch“ zwischen Arzt und

Patient wahrgenommen (§ 18.3). Dies wäre aber eine allererste Voraussetzung für die *Intimität* (§ 2.4.2), die einer *vertrauensvollen* Arzt-Patient-Beziehung zu eigen sein sollte.

Unter dem Aspekt des Wissenstyps ist weiterhin zu unterscheiden zwischen professionellem Wissen und spezifischem Erfahrungswissen im täglichen Umgang mit dem Patienten. Nicht von ungefähr wird etwa bei der Umstrukturierung traditioneller Visitenorganisation eine stärkere Beteiligung der Pflegefachkräfte erwogen (s. u.), um deren Wissensvorsprung qua größerer Nähe zum Patienten im Stationsalltag auch für die Visite systematisch nutzen zu können.

Im Fokus der Forschung einer patientenzentrierten, d. h. dialogischen Visitenkommunikation stehen aber weiterhin die Partizipationschancen von Patienten, die sich in der traditionellen Visite vor allem mit der *interprofessionellen* Kommunikation (Chefarzt, Oberarzt, Arzt, Pflege) konfrontiert sehen, gegenüber der sie mit ihren Belangen oft ins Hintertreffen zu geraten drohen: Dies gilt umso mehr, je mehr sich die professionelle „Nebenkommunikation“ in die eigentliche „Hauptkommunikation“ verkehrt. Der Patient wird in dieser Art der triadischen Kommunikation zum ausgeschlossenen Dritten, über den in seiner Anwesenheit gesprochen wird, ohne dass mit ihm persönlich geredet würde. Weil er zudem oft im Bett liegt, um das herum sich das Team stehend (statt möglichst sitzend) unterhält (§ 18.6), wird im konkreten und übertragenen Sinn „über den Kopf des Patienten hinweg“ kommuniziert.

24.3.2 Paradoxien triadischer Kommunikation

Dabei entsteht ein *Paradox*, das offenbar von allen Seiten mehr oder weniger akzeptiert wird, weil es durchaus suboptimal genutzt werden kann: Der Patient wird zum Publikum seiner professionellen Fallbesprechung, von der er je nach seinen persönlichen Voraussetzungen (Alter, Bildung, Konzentrationsfähigkeit) mehr oder weniger „profitieren“ kann oder auch soll. Das Paradox wird stillschweigend aufrechterhalten und in der klinischen Lehre (wie ein „hidden curriculum“) fortgeführt, weil in dieser Art der dialogischen Kommunikation die *Illusion* eines Dialogs mit dem Patienten aufrechterhalten werden kann: Obwohl mit ihm in der Sache kaum ein Wort gewechselt worden sein muss, war der anwesende Patient „Augen- und Ohrenzeuge“ seiner eigenen Fallbesprechung, so dass er als beteiligt und informiert *gelten* kann.

Das Paradox triadischer Visitenkommunikation kann in verschiedenen Varianten auftreten: Die Subjektbeteiligung des anwesenden Patienten kann jeweils kontrafaktisch mit einer Als-ob-Haltung geltend gemacht werden, ganz gleich, was der Patient gehört, verstanden oder akzeptiert hat. Die Prozesse des Hörens, Verstehens und Akzeptierens können selbst zum Gegenstand der Manipulation werden, ohne dass die Suggestion der Subjektbeteiligung aufgehoben würde. So können die Teammitglieder den Informationsfluss ganz nach Gusto etwa durch semantische oder akustische Mittel stufenweise dosieren oder ganz verhindern, wenn die indirekte Kommunikation für den mithörenden Patienten als kontraproduktiv eingeschätzt wird. Sollte die interprofessionelle Nebenkommunikation „nicht für die Ohren des Patienten bestimmt“ sein, so kann etwa durch medizinischen Fachjargon („Aplasmozytose“) am Patienten vorbei kommuniziert oder der unerwünschte Mithörer durch Absenkung der Stimme (kollegiales „Zuflüstern“) notfalls akustisch ganz von der Kommunikation ausgeschlossen werden. Für diese Art *strategischer* Kommunikation in der Visite sind in der qualitativen Visitenforschung viele empirische Varianten (s. u.) differenziert worden.

Die spezifischen institutionellen Rahmenbedingungen und sprachlich-kommunikativen Merkmale der traditionellen Visite sind in den letzten drei Jahrzehnten in vielfältigen theoretischen und empirischen, qualitativen und quantitativen Ansätzen erforscht worden, die in multimethodalen Untersuchungen integriert werden sollten (z. B. Köhle, Raspe 1982, Fehlenberg 1987, Fehlenberg et al. 2003, Koerfer et al. 1996, 2005, 2010). Obwohl sich die Forschung nicht auf eine bloße Dichotomie von quantitativen versus qualitativen Methoden reduzieren lässt, sollen hier nachfolgend doch Ansätze mit eher *quantitativen* und eher *qualitativen* Fragestellungen und Schwerpunkten unterschieden werden, auf deren Integration wir dann bei der Evaluationsproblematik von Aus- und Fortbildungsinterventionen zur ärztlichen Gesprächsführung noch gesondert (§ 40) zurückkommen werden.

24.4 Quantitative Visitenforschung

In der eher quantitativen Forschungsrichtung lassen sich die Defizite in der traditionellen Visitenkommunikation bereits durch den kritischen Vergleich von Daten etwa zur Visitendauer insgesamt und besonders

zur Kommunikationsadressierung aufzeigen, über die die Partizipationschancen der Teilnehmer (Patient, Arzt, Pflege) im Sinne des aufgezeigten dialogischen Kommunikationsmodells zumeist arztzentriert gesteuert werden (Abb. 24.2). Anhand relativ einfacher Maße lässt sich zeigen, wie Quantitäten in Qualitäten umschlagen können oder: Wie „Zählbares“ durchaus was „zählen“ kann.

24.4.1 Gesprächsdauer und Interaktionsrichtung

Zunächst sind Gesprächsdauer und Interaktionsrichtung relativ einfache Maße für die (Mängel an) kommunikative(r) Zuwendung zum Patienten. Unter diesen Aspekten der kommunikativen Zuwendung scheinen sich die Verhältnisse jenseits von ausgewiesenen Reformstationen (§ 24.6) wenig geändert zu haben. Während die Visitendauer auf traditionellen Stationen in frühen Untersuchungen (Westphale, Köhle 1982) noch mit 3,5 Minuten angegeben wurden (Abb. 24.3a), berichten auch Häuser und Schwebius (1999) noch von knapp zwei Minuten pro Patient auf allgemeininternistischen Stationen.

Bei derartigen Mini-Visiten wird der Patient noch weniger zu Wort kommen können, als dies für die ohnehin schon kurzen Visiten von 3,5 Minuten gilt, in denen sich der Patient darüber hinaus mit ca. 30% Gesprächsanteil begnügen muss (Abb. 24.3b). Dieser Gesprächsanteil besteht zu 80% aus Antworten auf Fragen des Arztes, der wiederum 82% der Fragen stellt, d. h. die Beteiligungsrolle des Arztes ist wesentlich *initiativ*, die des Patienten wesentlich *reaktiv*.

24.4.2 Asymmetrische Partizipation

Diese Tendenz zur *Passivierung* wird durch die Erfahrung von Patienten verstärkt, dass ihre ohnehin schon bescheidenen Initiativen zur Informationsgewinnung häufig indirekt bzw. ausweichend beantwortet werden, nämlich bei günstiger Prognose zu 36% und gar zu 92% bei ungünstiger Prognose (Abb. 24.3d-e). Entsprechend sind Patienten in der traditionellen Visite verstärkt auf den Informationsaustausch in der interprofessionellen Kommunikation angewiesen. Deren quantitatives Gewicht wird allein dadurch manifest, dass der visiteführende Arzt 66% seiner Äußerungen nicht an den Patienten, sondern an andere Teammitglieder (Ärzte, Pflege) richtet (Abb. 24.3c).

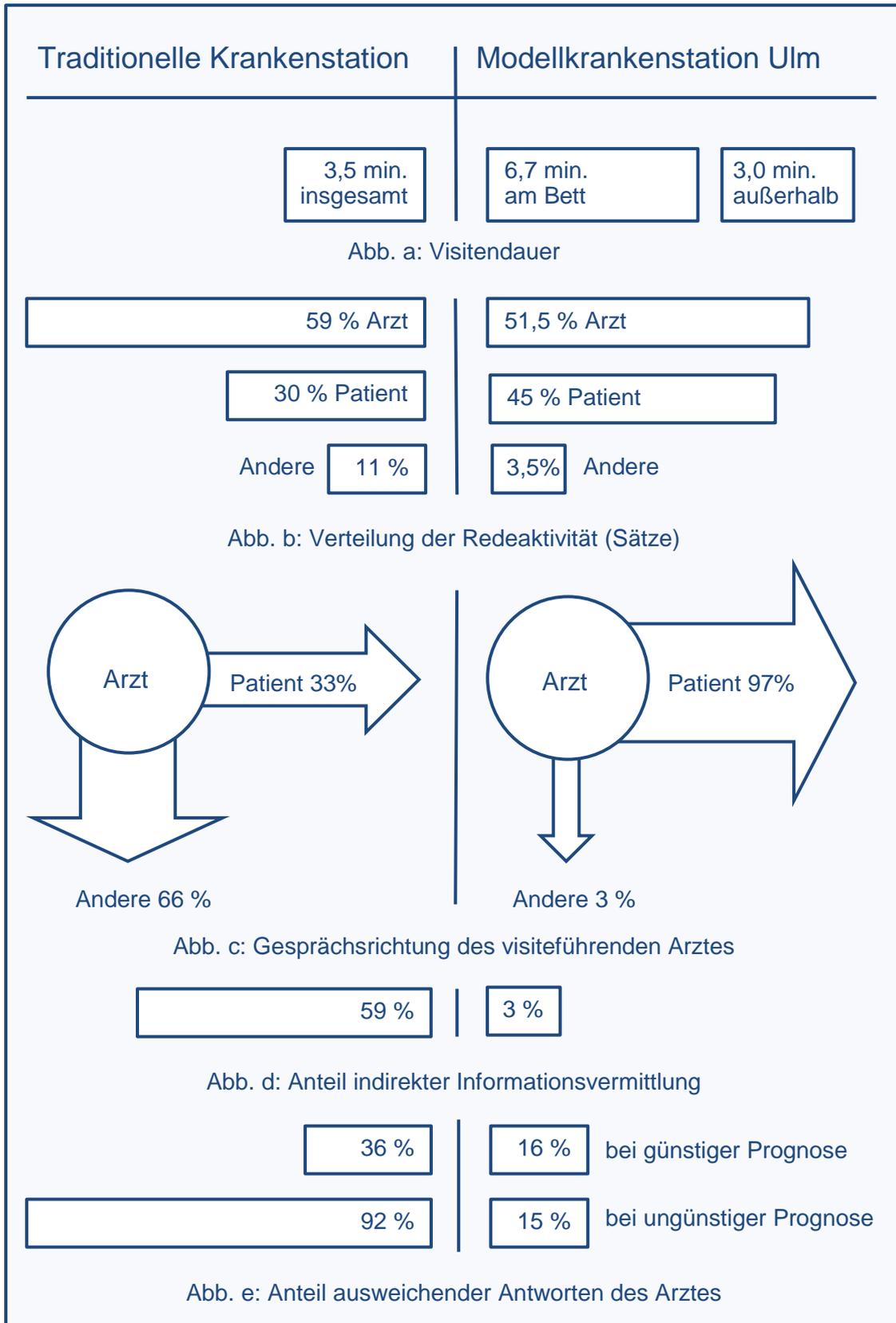


Abb. 24.3: (a-e): Dialogstrukturen der Visite
(nach Westphale, Köhle 1982, Fehlenberg et al. 2003)

Hier haben wir es mit einer besonders arztzentriert ausgeprägten triadischen Kommunikation zu tun, die überwiegend „über den Kopf des Patienten hinweg“ geführt wird, der davon im aufgezeigten Sinn als zwar nicht-adressierter, aber „dritter Zuhörer“ paradoxerweise „profitieren“ kann bzw. mangels Alternative sogar „profitieren“ muss.

Ein „untrügerisches Zeichen“ für die Passivierung des Patienten als nicht-intendierten Dritten ist dann jeweils das Reden über ihn in der dritten Person („er“, „sie“, „sein“, „ihre“ usw. statt „Sie“, „Ihre“ usw.). Wie wir noch an empirischen Beispielen aus der qualitativen Visitenforschung (s. u.) sehen werden, sind die Kommunikationsbarrieren durch diese Art der arztzentrierten Gesprächsführung für die Patienten so hoch, dass er in das interprofessionelle Gespräch kaum eingreifen kann.

Nach den Untersuchungen von Weber et al. (2001) war die Gesprächsbeteiligung der Patienten ebenfalls auf nur 29% begrenzt. Bei den Themenanteilen dominierten berufsspezifisches Handeln (62,4%) und sachlicher Austausch (32,9%) gegenüber der „Gefühlsarbeit“ (4,5%). Insbesondere gegenüber Gefühlsäußerungen fand sich ein vergleichsweise hoher Anteil von nicht-professionellen Interventionen (20,3%), zu denen etwa kommunikative Strategien des *Abblockens* und *Ausweichens* gehören.

24.5 Qualitative Visitenanalysen

Kommunikationsstrategien wie *Abblocken* und *Ausweichen*, mit denen der Eintritt in einen *offenen Dialog* mit dem Patienten verhindert wird, sind besonders Gegenstand qualitativer, gesprächsanalytischer Untersuchungen geworden (z. B. Bliesener 1980, 1982, Nothdurft 1982, Siegrist 1982, Quasthoff-Hartmann 1982, Bliesener, Köhle 1986, Ott 1996, Menz 2008, Novak 2010). Hier sind die teils subtilen sprachlich-kommunikativen Mittel untersucht worden, mit denen die Ärzte mehr oder weniger bewusst, aber jedenfalls routiniert Barrieren gegen eine dialogische Partizipation des Patienten aufbauen - aus welchen institutionellen oder individuellen Gründen bzw. Motiven auch immer (Zeitnot, Abwehr von Emotionen etc.).¹

¹ Vgl. zu den Motiven und Gründen auch die Evaluationsproblematik (§ 3, 9, 40), zu den besonderen Rahmenbedingungen institutioneller Kommunika-

Obwohl strategisches wie kommunikatives Handeln sowohl alltäglichen wie institutionellen Situationen zu eigen sein kann, gehen wir bei unserem Handeln prinzipiell von einem *Modell idealer Kommunikation* aus (§ 7), nach dem wir zumindest minimale Regeln des Verstehens und der Verständigung auch in Institutionen erwarten dürfen, wie wir sie aus unserem Alltagsleben gewöhnt sind (§ 7, 9, Koerfer, Neumann 1982, Koerfer 1994). Hier wie dort erwarten wir Antworten auf unsere Fragen oder Rechtfertigungen auf unsere Vorwürfe und Beschwerden usw. Wenn unsere Erwartungen auch nicht so unrealistisch sein mögen, wie die von Th. Bernhard, der „ununterbrochen mit seinen Ärzten sprechen“ wollte (s. o.), so gehen wir doch von der Geltung einer Normalform auch in der Institution Krankenhaus aus, die wir gegebenenfalls aus der Alltagsperspektive als Patienten einfordern.²

24.5.1 Strukturelle Kommunikationsbarrieren

So analysiert auch Nothdurft (1982) die strukturelle *Undurchlässigkeit* der Krankenhaus-Visiten vor allem unter Dimensionen und Merkmalen, unter denen in der Visite gegen elementare Regeln der Alltagskommunikation verstoßen wird.

- Die *Unbeobachtbarkeit* der Visite ergibt sich oft daraus, dass die Team-Kommunikation am Patienten vorbei geführt wird. Dies kann etwa bei der „Nebenkommunikation“ der Fall sein, die gegebenenfalls die „Hauptkommunikation“ ist, in der dann das Klinikpersonal untereinander redet und dabei sogar die Stimme senkt, eben damit der Patient nicht unfreiwillig Zuhörer und Zeuge werden kann.
- Die *Undurchschaubarkeit* ist besonders der Fachterminologie („Hypotonie“, „Ischämie“), dem Fachjargon („irreversibel“, „insuffizient“, „indiziert“, „Wasser lösen“, „Tumor spricht nicht an“, vgl.

tion kann hier immer nur am Rande eingegangen werden (Ehlich, Rehbein 1986, Koerfer 1994).

² Wenn auch nicht immer so couragiert, wie die Schauspielerin Hildegard Knief, die als reale Patientin die Eingangs-Frage des Arztes („Wie haben wir denn heute geschlafen?“) mit Protest gegen die Formulierung („wir“) zurückwies.

24. Kommunikation in der Visite

u.) und der komplexen oder abkürzenden Redeweise („CT“, „PSA-Wert“) des Klinikpersonals geschuldet.

- Schließlich leiden die Patienten unter der *Unabsehbarkeit* eines möglichen Einstiegs in die Kommunikation, in der sie als potentielle Sprecher die für sie dialogrelevanten Übernahmestellen („Wann kann/soll ich hier was sagen?“) vermissen oder verpassen.

Das folgende Beispiel (B 24.1) (aus Notdurft 1982) belegt zugleich mehrere Aspekte der *Undurchlässigkeit* der Visitenkommunikation für eine Patientin, deren Barrieren zur Redeübernahme und aktiven Beteiligung an einer fachlichen „Nebenkommunikation“ zwischen dem Arzt (A) und der MA (M) unverkennbar hoch sind.

B 24.1	„Wir können sie nicht entlassen“	Kommentar
01	M Sie kam ja wegen Verdachts auf ischämische Herzmuskelreaktion	Undurchschaubar
02	A Mit absoluter Arrhythmie. Wenn sie sich bewegt und ein bisschen aufsteht, ja dann brauchen wir nicht so viel [unverständlich]	
03	M [redet parallel zu A] Das letzte EKG ist am 11. gemacht worden, wenn die Fürsorgerin positiv	Unbeobachtbar
04	A Was positiv?	
05	M [leise] die Dinge beurteilt, dass sie also irgendwo unterkommt, dann	Unabsehbar
06	A Nein, wir können sie nicht entlassen. Sie hat noch diese Riesenwunden am Kniegelenk.	

Hier wird offensichtlich ein „Sozialfall“, der „irgendwo unterkommen“ muss, mit medizinischen Fakten abgeglichen, die schließlich gegen eine Entlassung sprechen („Riesenwunden“). Das potentielle Entlassungsgespräch wird ohne Subjektbeteiligung der Patientin als rein interprofessionelle Teamkommunikation abgewickelt. Wegen der fachsprachlichen Hürden (z. B. „ischämische Herzmuskelreaktion“, „absolute Arrhythmie“) bleibt die Gesprächssequenz für die Patientin nicht nur *undurchschaubar*, sondern insofern *unbeobachtbar*, als Arzt und MA ihre Nebenkommunikation (auch für den Transkribenten) zeitweise unverständlich leise gestalten, wobei sie über die Patientin ausschließlich in

der dritten Person reden („sie“). Dabei stimmen sich die beiden professionellen Gesprächspartner in ihrer Redeorganisation gegenseitig so eng ab (teilweise simultan), dass für die Patientin die Möglichkeit einer Redeübernahme *unabsehbar* bleibt, wenn sie denn überhaupt noch inhaltlich sinnvoll in den Dialog einzugreifen wüsste.

24.5.2 Asymmetrische Verbalhandlungen

Wird mit diesen Typen von Kommunikationsstrategien verhindert, dass Patienten überhaupt ins Gespräch kommen können, so werden ihnen nach Siegrist (1982) die möglicherweise zuvor geglückten Gesprächsinitiativen mit der Verwendung sog. *asymmetrischer* Verbalhandlungen von Ärzten wieder entzogen oder verwandelt. Siegrist unterscheidet vier Reaktionstypen asymmetrischer Verbalhandlungen:

- Nichtbeachten,
- Adressaten- oder Themenwechsel,
- Beziehungskommentar und
- Mitteilung funktionaler Unsicherheit.

Hier sollen zunächst wenige und kurze Gesprächssequenzen als Ankerbeispiele zur Illustration der kommunikativen Defizite und Störungen der traditionellen Stationsvisite genügen. Im folgenden Beispiel (B 24.2) aus Siegrist (1982) wird mit dem Themenwechsel zugleich ein Adressatenwechsel vollzogen, so dass dem Patienten jede weitere Beteiligungschance zugunsten einer rein interprofessionellen Kommunikation verstellt wird:

B 24.2	„Ist das Blut gut“	Kommentar
01	P Ist das Blut gut?	
02	A Wie bitte?	
03	P Das Blut?	
04	A [zur Schwester] Ja wir kommen nicht drumherum, Montag den Magen zu röntgen.	Adressaten-und Themenwechsel

Für das folgende Beispiel (B 24.3) aus Raspe (1983) ist die Kontextinformation zu ergänzen, dass es sich hier um einen Patienten mit Leukämie wenige Tage vor seinem Tode handelt, bei dem eine Retinablu-

tung zu schweren Sehstörungen geführt hat, was der Patient jedoch vergeblich zum Thema zu machen sucht, das der Arzt radikal wechselt:

B 24.3	„Ich seh doch nichts mehr“	Kommentar
01	P Ich seh doch nicht	
02	A Hm?	
03	P Ich seh . ich seh doch nichts mehr!	
04	A Hm ... und wie geht's sonst mit dem Atmen?	Themenwechsel

In der weiteren gesprächsanalytischen Forschung ist der Beobachtungsfokus immer schärfer eingestellt und eine Reihe weiterer Kommunikationsstrategien zur Verhinderung des Dialogs mit dem Patienten beschrieben worden, die sich teilweise über mehrere Gesprächssequenzen erstrecken und sprachlich oft sehr subtil realisiert werden (z. B. Bliesener 1980, 1982, Quasthoff-Hartmann 1982, Bliesener, Köhle 1986, Fehlenberg 1983, 1987, Fehlenberg et al. 2003). So unterscheidet Bliesener (1982) insgesamt 12 Abweisungsstrategien gegenüber Patienteninitiativen (z. B. *Abriegeln, Überfahren, Hinhalten, Stilllegen, Überfahren, Abbiegen, Verlagern* usw.). Insofern diese Abweisungsstrategien nicht immer im ersten Anlauf erfolgreich sind, entstehen Interaktionsschleifen mit Gegenstrategien der Patienten (z. B. *Boykottieren* durch minimale Reaktionen). Diese Gegenstrategien dienen ihrerseits nicht mehr der Durchsetzung der ursprünglichen Initiativen, sondern nur noch dem Ausgleich persönlicher Kränkungen. Der wiederholte Durchlauf durch solche Interaktionsschleifen mit arztseitigen Abweisungs- und patientenseitigen Reaktionsstrategien kann wiederum zu größeren Reibungsverlusten in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient führen, deren gemeinsame Erfolgsbilanz dann hinter den Möglichkeiten eines von vornherein offen geführten Dialogs erheblich zurückbleibt.

24.6 Patientenzentrierte Visitenführung

Eine Umstellung auf einen *offenen Dialog* mit dem Patienten wurde seit Beginn der 70er Jahre auf einer Modellstation im Zentrum für Innere Medizin an der Universitätsklinik Ulm erprobt (Köhle et al. 1977, Westphale, Köhle 1982, Fehlenberg et al. 2003, Köhle, Siol 2003, Koerfer et al. 2005). Der Modellversuch zur patientenzentrierten Visitenführung

umfasste sowohl behandlungskonzeptionelle als auch organisatorisch-strukturelle Veränderungen sowie vor allem Veränderungen in der Kommunikation mit dem Patienten.

24.6.1 Das Ulmer Reformmodell

Insgesamt war der innovative Ansatz der Ulmer Station einem integrativen biopsychosozialen Verständnis- und Behandlungskonzept verpflichtet (vgl. § 2.2). Der patientenzentrierte Ansatz hatte sowohl personengebundene als auch institutionell-organisatorische Voraussetzungen: Die beteiligten Ärzte befanden sich gleichzeitig in internistischer und psychoanalytischer Weiterbildung, wobei Supervisionsmöglichkeiten und einjährige Weiterbildungskurse auch für das Pflegepersonal angeboten wurden (Köhle et al. 1977).

Um die biopsychosoziale Sichtweise auf den Patienten als Subjekt in der praktischen Stationsarbeit verankern zu können, mussten auch die Organisationsstrukturen sowie Kommunikationsformen und -inhalte verändert werden. Aus der beschriebenen Forschungslage sowie eigenen kritischen Erfahrungen in der traditionellen Stationsarbeit wurde eine Reihe von Konsequenzen gezogen, für die eine Auffassung der „Visite als Dialog“ konstitutiv ist. Zusammengefasst (nach Köhle et al. 1977, Fehlenberg et al. 1996, 2003, Köhle, Siol 2003) können im Wesentlichen folgende Zielsetzungen für das neue, integrative Visitenkonzept differenziert werden:

- *Gesprächsraum*
Dem Patienten soll für seine Beschwerden und Anliegen in der Visite mehr *Gesprächsraum* gewährt werden. Um den oft störenden Austausch von Informationen in der interprofessionellen Kommunikation zwischen den Teammitgliedern während der Visite weitgehend zu minimieren, werden die notwendigen Besprechungen möglichst aus der Visite ausgelagert und in eigene Vor- und Nachbesprechungen verlegt.
- *Dialog*
Die Visite soll überwiegend als dialogisches *Wechselgespräch* zwischen dem visiteführenden Arzt und seinem Patienten stattfinden. Während der Arzt das Gespräch möglichst „in Augenhöhe“ (Stuhl

am Bett) mit dem Patienten führt, sind die übrigen Teammitglieder in größerem Abstand überwiegend als Beobachter beteiligt.

- *Chancengleichheit*
Für kommunikative Beteiligungsformen (Fragen-Antworten, Behaupten-Bestreiten, Vorschlagen-Einwenden usw.) sowie Themeninitiativen soll für beide Gesprächspartner weitgehende *Chancengleichheit* bestehen. Hier sind *dysfunktionale* Asymmetrien zugunsten einer annähernd *symmetrischen* Kommunikation abzubauen (Westphale, Köhle 1982, Koerfer, Obliers, Köhle 2005).
- *Sprechstundentherapie*
Die Visite soll in den gesamten Behandlungsplan integriert zugleich als *therapeutische* Visite durchgeführt werden. Im Sinne der von Balint und Norell (1970/1975) entwickelten „Sprechstundentherapie“ können hier auch psychotherapeutische Interventionen genutzt werden. Dabei werden je nach Indikation mehr *emotional unterstützende* oder mehr *interpretative bis konfrontative* Interventionsformen gewählt.

In einer umfangreichen Begleitforschung ist die Visitenkommunikation auf der Ulmer Modellstation im Detail evaluiert worden (Raspe, Köhle 1982, Bliesener, Köhle 1986, Fehlenberg 1987, Fehlenberg et al. 1996, 2003, Köhle, Siol 2003). Im Folgenden sollen zunächst exemplarische Fälle aus der internistisch-psychosomatischen Visite vorgestellt und analysiert werden und dann im Wesentlichen die vergleichenden Untersuchungsergebnisse zu den bereits (in § 24.3) dargestellten quantitativen Gesprächsparametern (Abb. 24.3a-e) in einer abschließenden Evaluation (§ 24.8) resümiert werden.

24.6.2 Biopsychosoziale Anamnese: „dass ich net alt werd“

Das folgende Transkriptbeispiel ist ein Auszug aus einem ca. 10-minütigen Visitengespräch, das auf der Ulmer Reformstation stattfand (Fehlenberg et al. 2003). Der Patient ist ein 58-jähriger Landwirt, der nach einem schweren Vorderwandinfarkt reanimiert und auf der Intensivstation behandelt wurde, wo er einen Reinfarkt erlitt und als weitere Komplikation eine Lungenentzündung auftrat. Nach 19 Tagen konnte

der Patient auf die internistisch-psychosomatische Station verlegt werden, wo das nachfolgende Visitengespräch stattfand.

Gesprächsverlauf 1: Biomedizinische Themen

Wie aus dem Gespräch hervorgeht, ist der Patient der visiteführenden Ärztin bekannt, die sich aufgrund ihrer gemeinsamen Vorerfahrung auf seine „Tendenz zur Krankheitsverleugnung“ einzustellen hat. Im hier ausgelassenen ersten Teil des Gesprächs (vgl. Fehlenberg et al. 2003: 451ff.) geht es nach der Begrüßung und der eigeninitiativen und vorseilenden Mitteilung des Befindens durch den Patienten („Mir geht’s gut“) zunächst um die Abklärung der Beschwerden im Arm, die die Ärztin nach der körperlichen Untersuchung wie folgt resümiert: „die Vene ist ganz schön geärgert worden durch den Katheter. Und dass da noch so a bissl so ein Bluterguss drin ist und das drückt vielleicht auf den Nerv“. Nach Abschluss dieser überwiegend biomedizinisch orientierten Gesprächsphase kommt es dann zu einem Themenwechsel, der von der Ärztin initiiert wird: Wie sie von der Schwester im Voraus erfahren hat, besteht vonseiten des Patienten ein Wunsch nach einem Gesprächstermin mit dem Pfarrer, der aber bisher aus organisatorischen Gründen nicht zustande kam, worüber der Patient sehr enttäuscht sei.

Gesprächsverlauf 2: Biopsychosoziale Themen

Im Anschluss an die Thematisierung des Patientenwunsches nach einem Gespräch mit dem Pfarrer nimmt die Ärztin dieses offensichtliche Gesprächsbedürfnis gekonnt auf und macht es zu einer ureigenen Angelegenheit zwischen Ärztin und Patient. Das folgende Transkript ist hier im zweiten Teil mit den Transkriptionskonventionen (nach Fehlenberg et al. 2003: 452f.) übernommen worden.³ Wir haben das Transkript hier mit einer Kommentarspalte versehen, deren Stichpunkte im Anschluss in einer Kurzanalyse weiter ausgeführt werden sollen.

³ Im Unterricht sollte das ganze Gespräch zur Verfügung stehen. Dessen erster Teil ist schwerpunktmäßig bei Fehlenberg et al. (2003) analysiert, so dass wir uns hier auf den zweiten Teil konzentrieren können.

24. Kommunikation in der Visite

B 24.4		„dass ich net alt werd“	Kommentar
01	A	Ah ja.	
02	P	Und no interessiert man sich doch weiterhin auch (3 Worte unverständlich).	
03	A	Mhm.	
04	P	Ich fänd, wenn man so 14 Tag, 3 Wochen un-	Psychosoziales Pa-
		ten in der Intensivstation liegt und dann so	tientenanliegen
		aufwacht, (..) würd's gar nicht schade, wenn	
		da mal a Pfarrer a guts Wort spreche tät	
05	A	Des bräuchten Sie doch, gell. Sie sagen zwar	Supportive und
		immer im ersten, wenn man reinkommt, dass	empathische In-
		es Ihnen so gut geht, aber wie Sie mich da	terventionen
		neulich nach, danach gfragt ham, was mit	
		dem Herz so los ist und was da eigentlich	
		jetzt so (.) passiert ist und passieren wird, da	
		hab ich doch dacht, dass Sie sich halt schon	
		(.) Sorgen auch machen oder wie's weiter-	
		läuft.	
06	P	Ich meine, es ist halt, darüber bin ich mir	Krankheitsein-
		völlig im Klaren, dass mein Gesundheitszu-	sicht
		stand nicht mehr ist, wie er war, und dass,	
07	A	mhm	
08	P	dass eben nicht viel dazu kommen kann.	
		Dass ich damit rechnen muss, dass ich, dass	
		ich net alt werd. [3 Sekunden Pause]	
09	A	ja?	Krankheitsein-
10	P	Des isch mei Meinung.	sicht?
11	A	Mhm.	
12	P	Je nachdem, des kommt darauf an.	
13	A	Mhm,ja, zumindestens, ich glaub auf der In-	Wiederaufnahme,
		tensivstation haben Sie auch schon mit	Aufklärung
		Ihnen geredet, (.) das, ja/dass	
14	P	ja/	
15	A	man damit rechnen muss./Ja.	
16	P	ja/	Bestätigung
17	A	mhm.	Rückbestätigung
18	P	auch der (..) ich weiß den Namen vom Arzt (1	
		Wort unverständlich) grad nicht.	
19	A	Der B., der mit dem Bart?	
20	P	ja .	
21	A	mhm. Doktor/ B.	

22	P	Der/der hat zu meiner Frau gsagt, wenn ich mal rauskomm und Ihre Mann hat a Gabel in der Hand, no geht's ihm schlecht (Patient lacht) Weil ich soll scheinbar nicht mehr (.) viel arbeiten oder schwer überhaupt nicht.	Ambivalenz in Zitatform: „soll scheinbar“
23	A	Mhm.	Paradoxe
24	P	Des muss mir klar sein, scheinbar.	Formulierung
25	A	Und wie ist des für Sie die Aussicht?	Erweiterung der
26	P	ja/I war bislang sehr aktiv.	biopsychosoz.
27	A	Mhm.	Anamnese
28	P	Gibt eine Umstellung, aber (.) (1 Wort unverständlich)	
29	A	Sagen Sie/, Sie ham vorher überhaupt keine Beschwerden ghabt?	Detail-Exploration
30	P	Nein.	
31	A	Haben Sie voll gearbeitet?	Insistierende
32	P	ja.	Intervention
33	A	ja? (.) Oder/haben S'	
34	P	War sechzig/	
35	A	Manchmal schon ein bissl sich schonen müssen?	Interpretative und insistierende
36	P	Nein.	Interventionen
37	A	Gar nicht?	
38	P	Ich war sechzig Prozent kriegsbeschädigt, i war abends oft schon au arg müde.	
39	A	Mhm, (.) ja.	
40	P	Ich war allerdings, äh, vorher doch in Behandlung.	
41	A	Ja, weshalb eigentlich, wenn Sie keine Beschwerden hatten?	Insistierende In- tervention
42	P	I hab immer rheumatische Schmerzen	
43	A	[...][kürzere Auslassung über Medikamenteneinnahme]	
44	P	[...]	
45	A	Und Sie haben nie was gemerkt, (.) nie Beschwerden gehabt, haben voll gearbeitet?	Insistierende In- tervention
46	P	ja, ich, ich sag no zu meiner Frau, ich (ha i hab heut) wieder einen Arbeitsgeist. (lachend gesprochen) (2 Sek. Pause)	
47	A	Wieder?	Aktives Zuhören
48	P	Ja.	
49	A	Also haben Sie eine Zeit lang doch schlechter	

		arbeiten können?	
50	P	Ja, manchmal war man schon müder, (gell des) auf die Witterungseinflüsse und so.	
51	A	Wie ist denn des? Haben Sie eigentlich schon übergeben? Das ist bei Bauern doch immer ein ganz wichtiger Zeitpunkt, wenn sie ein/en	Explorative Erweiterung der bps Anamnese
52	P	Nein./	
53	A	Haben Sie einen Sohn?	
54	P	Ja. Ja.	
55	A	Und ham noch nicht übergeben?	Insistierende,
56	P	Nein, aber (.) (des mach I gewiss) wenn ich wieder so weit hergestellt bin, das des über die Bühne geht.	
57	A	Des werden S' jetzt machen?	interpretative
58	P	Ja, ja, (.) Des hat ja keinen Wert. Wenn die andere Leut die Arbeit machen (er lacht kurz) und i bloß angeb (..). Des geht ja nicht.	und konfrontative Interventionen
59	A	Fällt Ihnen das schwer?	
60	P	Ja., das fällt schon schwer [...]	

Nachfolgend können hier nur ausgewählte Aspekte einer hochkomplexen Visite berücksichtigt werden, in der die Ärztin die *biopsychosoziale* Anamnese (§ 4, 9) zu vervollständigen und zugleich *therapeutische* Ziele (§ 8) zu verfolgen sucht, die die aktuelle Krankheitsverarbeitung und das zukünftige Krankheitsverhalten des Patienten nach seiner Entlassung betreffen.

24.6.3 Interaktions- und Themenentwicklung: „bislang aktiv“

Die Entwicklung des Gesprächs soll unter bestimmten interaktiven und thematischen Aspekten nachgezeichnet werden, bei denen quantitative und qualitative Analyseperspektiven kombiniert zur Anwendung kommen sollen, wie dies später bei der Evaluation von Gesprächen (§ 40) weiter begründet und ausgeführt wird.

Ambivalenz der Krankheitseinsichten

Zunächst kommen die spezifischen Ambivalenzen des Patienten in vielfältigen sprachlichen Formen zum Ausdruck, dessen Krankheitseinsicht sich noch als vorläufig und instabil erweist, wie dies seine zögerlichen, vagen und distanzierenden Formulierungen nahelegen. Obwohl der Patient mehrmals seine eigene Meinung eigens markiert (10: „des isch mein Meinung“), wird sie doch mehrfach relativiert, etwa durch vage Einschränkungen (12: „je nachdem, des kommt darauf an“) oder durch distanzierende Zitatformen. Mit diesen wird der vorbehandelnde Doktor zwar als Zitierautorität anerkannt (18ff: „Der Doktor hat gesagt ... weil ich soll scheinbar nicht mehr viel arbeiten“), aber der damit verbundene inhaltliche Geltungsanspruch wird mit der zweimaligen spezifischen Formulierung („scheinbar“) zugleich wieder in Frage gestellt, so dass zusammenfassend eine merkwürdig paradoxe Selbstaussage entsteht (24: „des muss mir klar sein, scheinbar“).

Hier wird auch sprachlich in Kombination mit dem Modalverb („müssen“) patientenseitig noch eine große Zurückhaltung gegenüber dem (An-)Schein einer Notwendigkeit der Verhaltensänderung geübt („soll/muss ... scheinbar“). Gegenüber der selbstwidersprüchlichen Aussage („des muss mir klar sein, scheinbar“) wäre eine Formulierung ohne Modalitäten („des ist mir klar“) sicherlich eher Ausdruck einer patientenseitigen Überzeugung. Die Alternative zwischen einem bloß *gehorsamen* oder *überredeten* Patienten einerseits und einem *überzeugten* Patienten andererseits war uns aber beim Thema der gemeinsamen Entscheidungsfindung (§ 10) schon begegnet.

Typen verbaler Interventionen

Wie man an den Reaktionen der Ärztin rekonstruieren kann, sind im konkreten Fall die Ambivalenzen des Patienten arztseitig als solche auch wahrgenommen worden, das heißt seine mehr oder weniger manifesten/latenten Hinweise („cues“) auch gehört worden (z. B. Salmon et al. 2004, Koerfer et al. 2005, 2010). Um die einschlägigen Patienteneinstellungen (Überzeugungen, Glauben, Hoffnungen, Befürchtungen usw.) zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken erkennen und bearbeiten zu können, nutzt die Ärztin eine Reihe von passgenauen (Typen von) verbalen Interventionen, wie sie im Detail anhand unseres Manuals (§ 17, 19-21) differenziert wurden. Hierher gehören sowohl einfache

Interventionen wie das *aktive Zuhören* (47: durch Wortwiederholung mit Frageintonation „Wieder?“) als auch eine Reihe von komplexen sowohl *supportiven* bzw. *emphatischen* (05) als auch *explorativen* bzw. *interpretativen* (35ff.) Interventionen. Diese setzt die Ärztin auch in *insistierender* Form (37: „gar nicht?“) ein, mit der sie offenbar in einer kritischen Sequenz (29)-(38) ihren Zweifeln an der Authentizität der auffällig ein-silbigen, strikt bejahenden („ja“) bzw. verneinenden Patientenantworten („nein“) nachgeht, in denen sich aus ärztlicher Sicht offenbar die Verleugnung seiner Schonbedürftigkeit manifestiert.

Rollen- und Identitätskonflikte

Durch die insistierenden Interventionen werden dann eben doch die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen des Patienten „zur Sprache gebracht“ (38: „war abends oft schon au arg müde“, vgl. 50), denen nicht nur in der Vergangenheit, sondern eben auch in der Zukunft Rechnung zu tragen ist. Um hier die Realitätstauglichkeit eines Krankheitsverhaltens prüfen zu können, dessen Rationalität zwischen Arzt und Patient gemeinsam ausgehandelt werden muss (§ 4), exploriert und evaluiert die Ärztin gemeinsam mit dem Patienten seine zukünftigen Lebens- und Arbeitsbedingungen in seinem Beruf als Landwirt. Beim Thema der anstehenden Hofübergabe an seine Söhne kann dann die Rollen- und Identitätsproblematik des Patienten vollends „zur Sprache kommen“, wenn der Patient einen möglichen, aber nicht lebbareren Kompromiss selbstironisch und durch Lachen distanzierend auf den Begriff bringt (58: „Wenn die andere Leut die Arbeit mache (lacht kurz) und i bloß angeb“), bevor er diese narzisstische Phantasie (eines Angebers) (und die damit verbundenen Emotionen) sogleich abwehrt („Des geht ja nicht“).

Diese Diskrepanz im aktuellen Selbsterleben des Patienten, dessen Berufsaufgabe noch einer Selbstaufgabe gleichzukommen droht, wird von der Ärztin mit ihrer direkt anschließenden Intervention (59: „Fällt Ihnen das schwer?“) passgenau antizipiert, wie sich an der Reaktion des Patienten (60: „ja, das fällt schon schwer“) unschwer erkennen lässt, der den Frageinhalt durch Wiederholung deutlich markiert bejaht (vgl. zur Passgenauigkeit von Interventionen (§ 3, 17)). Mit dieser Gesprächssequenz ist dann endgültig das therapeutische Material gewonnen, das beide Gesprächspartner in der Restzeit der Visite mit der Klärung einer näheren Berufs- und Lebensperspektive des Patienten weiterbearbeiten,

der sich schließlich von der Notwendigkeit und Möglichkeit der baldigen Übergabe seines Hofes an die Söhne zum Besten aller überzeugt zeigt.

Sprecherwechselorganisation und Rederechtverteilung

Unter dem evaluativen Aspekt, dass man gute Gespräche noch verbessern kann, sei zunächst auf wenige Schwächen der Gesprächsführung verwiesen, bei denen die Ärztin etwa den Patienten an einer relevanten thematischen Entwicklungsstelle frühzeitig unterbricht anstatt ihn weiter erzählen zu lassen (28: „gibt eine Umstellung, aber/“vgl. auch 34: „war sechzig/“). Vielleicht sind diese frühzeitigen Unterbrechungen wie so oft dem Zeitdruck im Visitengespräch geschuldet, das auch hier die relativ kurze Dauer (mit körperlicher Untersuchung) von 10 Minuten nicht überschreitet. Ansonsten wird diese 10 Minuten-Visite in der klassischen Form eines *Zwiesgesprächs* geführt (§ 18.3), bei dem sich die Kommunikation mit anwesenden Dritten (zwei Schwestern, ein weiterer Arzt) auf minimale Sequenzen beschränkte, in denen es sich neben der allgemeinen Begrüßung und Verabschiedung etwa um die Klärung des Namens des Pfarrers handelt (insgesamt 46 Wörter). Im *Zwiesgespräch* selbst kommt der Patient mit einem Gesprächsanteil von insgesamt 60% zu Wort (Tab. 24.1), was im Vergleich zu Durchschnittswerten sowohl der traditionellen (30%) wie der reformierten (45%) Visitenkommunikation (oben Abb. 24.3b) eine sehr gute Wert ist. Seinen relativ hohen Gesprächsanteil kann der Patient zu einer Reihe von längeren Redebeiträgen nutzen, mit denen er „in seinen eigenen Worten“ jeweils themenspezifisch zum Zuge kommt.

Zur Ermittlung der längeren Redebeiträge wird ein konversationelles Verfahren berücksichtigt, bei dem nach Duncan (1974) eine „speaker-auditor-interaction during speaking turns“ möglich ist. Bestimmte Höreraktivitäten (wie „hm“, „ja“) werden als Rückmeldungen („auditor back-channel“) aufgefasst, mit denen der aktuelle Hörer dem aktuellen Sprecher Informationen zukommen lassen und dieser dennoch in seiner Rede „as if uninterrupted“ fortfahren kann (§ 19, 17, 40). So kann der Patient etwa mit seinen Äußerungen (06)-(12) gleichsam „am Stück reden“, ohne von den Hörerrückmeldungen der Ärztin (07), (09), (11) in einem relevanten Sinn „unterbrochen“ zu werden.

24. Kommunikation in der Visite

Gesprächsanteil (Wörter)			
Ärztin	Patient	Σ	Andere
509 (40%)	746 (60%)	1255 (100%)	46

Tab. 24.1: Gesprächsanteil

Wir haben dieses Verfahren zur Detektion von längeren Redebeiträgen wiederholt benutzt, um die spezifische Dialogrollenstruktur von Sprecher und Hörer in der Arzt-Patient-Kommunikation abbilden zu können (Koerfer et al. 2000, 2009, 2010) (§ 17, 19, 40). Bei Anwendung dieses Verfahrens auf das vorliegende Visitengespräch kommen wir jeweils zu einer sprecherspezifischen Rede- bzw. Themendomäne, die mit den interaktiven Expertenrollen der Sprecher zu tun hat (Abb. 24.3, Tab. 24.1-2). Dabei werden allein 5 der 7 längsten Redebeiträge (>50 Wörter) vom Patienten realisiert. Während sich die Arztdomäne in dem längeren Aufklärungsbeitrag zum (hier ausgelassenen) *biomedizinischen* Thema („Bluterguss am Arm durch den Katheter“) und in der *psychosozialen* Themenüberleitung (05) ergibt, macht der Patient seine 5 längeren Redebeiträge zu dem (hier ausgelassenen) *psychosozialen* Thema seiner langjährigen kirchlichen Gemeindefarbeit und seinem (dadurch berechtigten) Wunsch nach einem Pfarrerbesuch sowie zu seinem Gesundheitszustand (06ff.) und seinem (damit verknüpften) perspektivischen Wechsel in den Ruhestand.

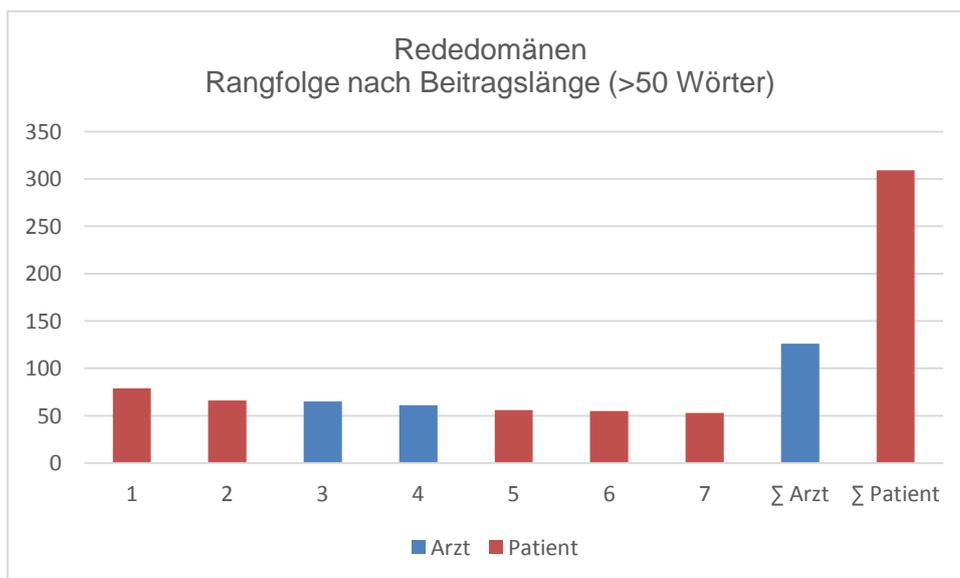


Abb. 24.4: Rededomänen

Themenorganisation und Themendomänen

Interessant ist die komplementäre *Initiativfunktion*, nach der das biomedizinische Thema vom Patienten und die psychosozialen Themen von der Ärztin initiiert werden - ein Ausdruck einer hochkomplexen Interaktionsstruktur, in der sich die Themeninitiierung und Themenentwicklung als *gemeinsame* Konstruktionsleistungen beider Interaktionspartner erweisen.

Die je spezifischen Interaktionen bei der gemeinsamen Konstruktion von Patientengeschichten („joint construction of narrative“, nach Brody 1994) sind in diesem Lehrbuch wiederholt Thema (§ 9, 19, 24.7, 25). Hier sei nur darauf aufmerksam gemacht, dass auch die in diesem Gespräch identifizierten längeren Patientenbeiträge allererste Kandidaten für eine narrative Selbstausslegung des Patienten sind (Tab. 24.2) (§ 40), in der dieser seine Rollen als erkrankte Person und schließlich in diesem Zusammenhang als Kirchengemeindemitglied, Ehemann, Vater und Landwirt (im Ruhestand) zu reflektieren beginnt.

		Themendomänen							Σ
		Themenspezifische Platzierung							
		Arm	Kirche/Pfarrer		Erkrankung/Ruhestand/Coping				
Sprecher	A	61				65			126
	P		79	53	66		56	56	309
		4	1	7	2	3	5	6	
		Rangfolge 1-7 (Beitragslänge > 50 Wörter)							

Tab. 24.2: Themendomänen

24.6.4 Visitentherapie im Zwiegespräch

Zieht man eine Gesamtbilanz für diese Visite, so sind beide Gesprächspartner formal und inhaltlich erkennbar zu „ihrem Recht“ gekommen und haben dieses Recht zum Aufbau einer *gemeinsamen Wirklichkeit* im Sinne von v. Uexküll, Wesiack (1991, 2011) (§ 4.4) nutzen können. *Formal* hat sich die Ärztin auf 40% des Gesprächsanteils zurücknehmen

können und dennoch oder gerade deswegen den Patienten in ein Gespräch ziehen können, in dem er als Experte seiner selbst ausführlich „zu Wort kommen“ konnte.

Die Überlassung des Wortes führte ansatzweise zu einer narrativen Selbstdarstellung des Patienten „in seinen eigenen Worten“, an deren Auswahl die Ärztin als „Stichwortgeberin“ mit ihren teils initiativen, teils insistierend-konfrontativen Interventionen allerdings einen erheblichen Anteil hatte (z. B. 25: „wie ist das für Sie, die Aussicht?“, 37: „gar nicht?“, 41: „weshalb eigentlich?“, 51: „eigentlich schon (Hof) übergeben?“). Die damit verbundene *Hebammenfunktion* ärztlicher Interventionen, die zu einer *Versprachlichung* patientenseitigen Wissens und Erlebens *verhelfen*, war vorausgehend (§ 9.5) schon ausführlich erörtert worden.

Inhaltlich führte das Zwiegespräch zwischen Ärztin und Patient über die Abklärung der körperlichen Beschwerden und des Gesprächsbedarfs mit dem Pfarrer bis zur weiteren Vervollständigung der biopsychosozialen Anamnese, deren Erkenntnisse zugleich zu therapeutischen Zwecken im Sinne der oben (§ 25.6.1) beanspruchten „Sprechstundentherapie“ (Balint, Norell 1970/1975) genutzt werden konnten. Für die biographisch gewachsene Lebens- und Konfliktsituation des schwer erkrankten Patienten, auf den einschneidende lebensweltlich relevante Veränderungen zukommen, konnte eine selbstreflexive Einstellung gefördert und ein möglicher Bewältigungsansatz (Coping) für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt erarbeitet werden. Damit wäre zugleich eine Perspektive für das noch ausstehende Entlassungsgespräch (Langewitz 2017) gewonnen, die in der anschließenden Weiterbehandlung (Reha usw.) zu vertiefen wäre.

Der weitergehende therapeutische Anspruch ist aber prinzipiell nicht aus der Visite „auszulagern“, sondern im täglichen Kontakt zum Patienten möglichst in einem „Zwiegespräch“ wahrzunehmen, bei dem sich die übrigen Teammitglieder wie beschrieben weitgehend zurückhalten sollten.

An einem weiteren Beispiel eines Visitengesprächs aus der Ulmer Reformstation sollen die Möglichkeiten einer biopsychosozialen Gesprächsführung in der aktuellen Visite als Zwiegespräch unter dem Aspekt des kooperativen Erzählens zwischen Arzt und Patient aufgezeigt werden, bei dem die gemeinsamen Konstruktionsleistungen von Patientengeschichten herausgearbeitet werden.

24.7 Kooperatives Erzählen in der Visite

Auch das folgende Visitengespräch entstammt der Ulmer Modellstation. Es verdeutlicht noch stärker einen Ansatz zur biographisch-narrativen Anamneseerhebung, wie er vorausgehend dargestellt und an empirischen Beispielen vor allem aus der Hausarztpraxis veranschaulicht wurde (§ 9, 19). Die nachfolgende Oberarzt-Visite, an der eine Reihe von weiteren Personen (Ärzte, Pflege) nur im Hintergrund teilnehmen, geht zunächst einen traditionellen Weg der biomedizinisch orientierten Gesprächsführung, bevor es durch eine Themeninitiative des gesprächsführenden Oberarztes zu einem Wechsel zum biopsychosozialen Visitenmodell kommt.

Die Visite kann hier jedoch ebenso nur verkürzt wiedergegeben werden wie die Vorgeschichte einer vorausgehenden Visite, auf die sich beide Interaktionspartner in der aktuellen Visite beziehen, bei deren Darstellung und Analyse wir auf Vorarbeiten zurückgreifen (Koerfer et al. 2005). Bei allen konzeptionellen Fortschritten der Visite sei vorweg auf den Mangel bei der *Situierung* des Gesprächs aufmerksam gemacht (§ 18.6), bei dem sich der gesprächsführende Arzt (statt im Sitzen) im Stehen mit seinem Patienten gleichsam „von oben herab“ unterhält. So muss der im Bett besonders flachliegende Patient zu seinem Arzt aufschauen und reden, was der Förderung einer möglichst symmetrischen Kommunikation nicht eben zuträglich ist.

24.7.1 Vorgeschichte und Untersuchung: „tut nimmer weh“

Der Patient wurde wegen einer Lungenembolie und einer Beinvenenthrombose stationär aufgenommen. Zuletzt hatte er über eine depressive Verstimmung geklagt und Suizidideen geäußert. Nach der Begrüßung durch das Team übernimmt der Oberarzt die Gesprächsführung, die zunächst mit der Klärung des Allgemeinbefindens (P: „es geht schon“) und der aktuellen Beschwerden des Patienten beginnt, der seine Schmerzfreiheit erklärt (P: „ich hab keine Schmerzen jetzt nix mehr“). Danach nimmt der Arzt mit jeweils einleitenden Worten zwei körperliche Untersuchungen vor, indem er zunächst die Lunge abhört und dann das linke Bein untersucht, das gegenüber der Voruntersuchung jetzt keine Beschwerden mehr macht (P: „es tut gar nimmer weh“). Im Anschluss an diese körperliche Untersuchung des Beines werden dann im Sinne der *Vervollständigung* der Anamnese weitere *De-*

tails exploriert (§ 21), die sich mit einer direkten Informationsfrage des Arztes (A: „Tragen Sie Gummistrümpfe?“) auf Vorbehandlungen bzw. Maßnahmen beziehen, die das Bein (Venen) betreffen.

Mit der Beantwortung der Detailfragen des Arztes kann der Patient zugleich die Rationalität der damaligen Anordnung („Stützstrümpfe“), die in derselben Klinik erfolgte („Wie ich mit dem Herz hier war“), ebenso wie seines eigenen Krankheitsverhaltens (Adhärenz) einbringen, das vom Arzt noch einmal mit einer Vergewisserungsfrage („Und wenn Sie arbeiten auch?“) überprüft wird, die vom Patienten bejaht wird.

24.7.2 Biographisch-narrative Anamnese: „nich verrückt spiele“

Mit dieser ärztlichen Vergewisserung eines adhärennten Krankheitsverhaltens des Patienten könnte die Visite ebenso gut mehr oder weniger ausleitend beendet werden. Der Arzt könnte dieses Visitenende etwa mit dem Appell an den Patienten einleiten (im Sinne von *opening up closing*) (§ 23), dieser möge das bisher gezeigte vernünftige Verhalten fortsetzen („Nur weiter so ...“). Der Arzt könnte ansonsten ein insgesamt positives Resümee ziehen, indem er die beiderseits konsentierete Besserung als vorläufigen Abschluss eines guten Behandlungsverlaufs herausstellen und sich bis auf weiteres vom Patienten verabschieden würde.

So sehr ein solcher Gesprächsabschluss aufgrund der bisherigen Befundlage auch objektiv gerechtfertigt wäre, so wenig würde er dem *subjektiven* Anliegen des Patienten genügen können. Wie im weiteren Gesprächsverlauf deutlich wird, richtet sich der Klärungsbedarf des Patienten weniger auf sein aktuelles körperliches Befinden im Hier und Jetzt seines Klinikaufenthalts, sondern vielmehr auf sein Leben danach, dessen Fortführung in der bisher gewohnten Form fraglich scheint.

Stimulationsfunktion des Arztes in seiner Hebammenrolle

Dieses individuelle Patientenanliegen kommt aber überhaupt erst durch eine andere Art der Gesprächsfortsetzung zum Zuge, mit der der Arzt die bloße Besserung des körperlichen Befindens des Patienten thematisch übersteigt. Diesen qualitativen Gesprächswechsel nimmt der Arzt in mehreren Gesprächsschritten vor, in denen er behutsam und sukzessive eine Transformation von der bisher rein biomedizinischen zur biopsychosozialen Anamnese vollzieht. Die Transformation gelingt je-

weils ohne einen erkennbaren Bruch, indem der Arzt den Themenangeboten des Patienten unmittelbar folgt, die er zugleich erweitert. Es handelt sich um eine kontinuierliche Themenentwicklung, in der alte Themen (*given*) mit neuen Themen (*new*) verknüpft werden. Die Themen ergeben sich nicht von selbst, sondern sie werden von beiden Gesprächspartnern interaktiv in dem Sinn entfaltet, dass *ein Wort das andere gibt*. Dabei interagieren beide Gesprächspartner wechselseitig als Stichwortgeber, die sich das Material für die dialogische Konstruktion des Lebensnarrativs zuspielen, allerdings mit der schon am Gesprächsbeginn beobachtbaren Asymmetrie, dass der Patient wohl in der passiven Beteiligungsrolle verbleibt, wenn er nicht vom Arzt zur weiteren Themenentfaltung stimuliert würde. Diese *Stimulationsfunktion* des Arztes in seiner Rolle als *Hebamme*, die im Lehrbuch wiederholt beschrieben und an Beispielen veranschaulicht wird (§ 9, 17, 19, 25), soll auch an diesem Visitenbeispiel aufgezeigt werden.

Aktuelles Berufsleben: „Was arbeiten Sie?“

Nachdem der Patient die Vergewisserung des Arztes (39A: „und wenn Sie arbeiten auch?“) markiert bejaht hat (40P: „wenn ich arbeite auch, ja“), leitet der Arzt einen Wechsel von der biomedizinischen zur biopsychosozialen Anamnese ein, in dem er durch eine einfache Frage zur Detailexploration das Berufsleben des Patienten zum Thema macht. Während bisher die Arbeit unter dem biomedizinischen Aspekt (Tragen von Stützstrümpfen) nur am Rande thematisiert wurde, wird der Beruf nun im direkten Anschluss (41A: „was arbeiten Sie?“) und durch weitere ärztliche Zuhöraktivitäten nach Inhalt und individueller Bedeutung zum zentralen Thema der Visite gemacht.

B 24.5 „Was arbeiten Sie?“

- 33 A ja .
34 P und dann hat man angeordnet . dass ich Gummistrümpfe tragen soll . in der Zeit .
35 A hm .
36 P trage ich das . ständig .
37 A hm .
38 P also auch sonntags und immer . net . also am Tag . bei der Nacht nicht . bei der Nacht hab ich sie aus .

- 39 A und wenn Sie arbeiten auch? .
40 P wenn ich arbeite auch . ja
41 A was arbeiten Sie? .
42 P ich hab halt ein Baugeschäft .
43 A ein Baugeschäft? .
44 P ja . mit die Kinder .

Wie schon vorausgehend muss der Patient auch in dieser Sequenz erst „aus der Reserve gelockt“ und durch entsprechende Interventionen des Arztes zur weiteren Themenausführung jeweils stimuliert werden: Zunächst benutzt der Arzt eine einfache Technik des *aktiven Zuhörens* (§ 19), nämlich die Wortwiederholung mit Frageintonation (43A: „ein Baugeschäft?“), durch die im Sinne einer *Relevanzhochstufung* (§ 17.4, 20.4) das Zuhörinteresse besonders markiert wird. Der Patient reagiert wiederum mit einer Informationsergänzung (44P: „ja . mit die Kinder“) („ja ...“), die ohne die Intervention des Arztes (43A) nicht oder zumindest nicht so zustande gekommen wäre.

Hinterfragte Autonomie: „Das machen Sie nicht mehr allein“

Die weitere Intervention des Arztes (45A: „Das machen Sie nicht mehr allein ...“) ist komplexer, und zwar nach Form, Inhalt und Funktion. Offenbar trifft der Arzt hier mit seiner Intervention einen „Lebensnerv“ des Patienten, der hier vehement und am Stück redend reagiert, ohne dass es einer weiteren Gesprächsstimulation bedürfte.

B 24.6 „das machen Sie nicht mehr allein“

- 45 A das machen Sie nicht mehr allein . das macht Ihr Sohn schon .
oder was-
46 P ja . die machen das schon . schon . das kann sicher auch sein .
aber bis jetzt war der Vater halt immer der Vorgehende, ne .
weil der Vater so so ein . wie soll ich denn sagen . so verrückt ist,
ne . ohne Arbeit geht's nicht, ne .

Zentral in dieser zweiten Intervention ist das thematische Schlüssel-symbol, das der Arzt hier einführt (45A: „nicht mehr allein machen“), mit dem das für den Patienten psychodynamisch bedeutsame Problem

der *Autonomie* passgenau abgerufen wird, und zwar im bedrohlichen Kontext einer Zeitperspektive („nicht mehr“) und Realalternative („das macht Ihr Sohn schon“). In diesem Kontext wird der Patient kognitiv und emotiv mit einem möglichen Autonomieverlust konfrontiert, wodurch er sich offensichtlich hörbar und sichtbar zu einer Stellungnahme herausgefordert sieht.

Seine für den weiteren Gesprächsverlauf charakteristische *affirmativ-adversative* Reaktionsstruktur („ja ... aber“, Koerfer 1979) verweist auf den Ambivalenzkonflikt des Patienten, der sich verbal zwischen Zustimmung (46P: „ja die machen das schon“) und Zurückweisung einer möglichen Präsupposition bewegt („aber bis jetzt war halt immer noch der Vater der Vorrangehende“). Sowohl mit der spezifischen Zeitperspektive („bis jetzt“) als auch mit der spezifischen Metapher („der Vorrangehende“) wird vom Patienten, der sich hier selbst in der dritten Person einer sozialen Rolle darstellt („der Vater“), offenbar zugleich eine als notwendig erlebte Imagearbeit geleistet, mit der er in der Selbstdarstellung sein „Gesicht zu wahren“ sucht. Diese Selbstdarstellung ist mehrfach adressiert, und zwar (1) an sich selbst als Person, die einen drohenden Imageverlust erleidet wie abwehrt, als auch (2) gegenüber seiner sozialen Umgebung (Familie), in die er perspektivisch zurückkehren muss, und nicht zuletzt (3) als Appell an den Arzt und die Teammitglieder in der aktuellen Gesprächssituation des Hier und Jetzt der Visite, in der es offenbar um seine zukünftige Berufsperspektive geht, durch die zugleich seine Lebensperspektive („ohne Arbeit geht es nicht“) wesentlich geprägt ist, wie im weiteren Gesprächsverlauf immer deutlicher wird.

Alter und Vernunft: „Dann soll man nich verrückt spiele“

Der Ambivalenzkonflikt des Patienten manifestierte sich schon in einem weiteren Zugeständnis in der Selbstdarstellung, indem er wiederum in der dritten Person („der Vater“) und zugleich zögerlich in der Formulierung (*hesitation phenomena*) Zweifel an der Rationalität seines eigenen Verhaltens einräumt (46P: „weil der Vater so so ein . wie soll ich denn sagen . so verrückt ist, ne . ohne Arbeit geht's nicht, ne“). Gegenüber diesem Selbstverständnis als Patientenangebot gegenüber dem Arzt, dem gegenüber sich der Patient in Sachen Arbeit als „Verrückter“ darstellt, eröffnen sich für den Arzt nunmehr alternative (explorative, interpretative, konfrontative, edukative usw.) Interventionsmöglichkeiten.

Über deren Passung kann allerdings nicht ohne weitere Klärung der realen sozialen Lebensverhältnisse des Patienten entschieden werden, wenn ihm nicht einfach die mit möglichen Interventionen verbundenen inhärenten Lebensmodelle der „Vernunft“, die das vom Patienten eingeräumte „Verrückt-Sein“ schlicht negieren, abstrakt übergestülpt werden sollen.

Von daher übernimmt die anschließende Informationsfrage des Arztes (47A: „Wie alt sind Sie jetzt?“) hier eine andere Funktion als die bloße Klärung des kalendarischen Lebensalters. Vielmehr übernimmt die Informationsfrage eine Sondierfunktion, die in der Klärung des sozialen Rentenalters besteht, womit eine alltagsweltlich bedeutsame Voraussetzung für eine weitere Interventionsstrategie abgeklärt werden soll. Denn für die Fälle, bei denen der Patient das Rentenalter erreicht oder überschritten hat, ergäben sich alternative Gesprächsfortsetzungen, in denen etwa mit den bekannten, idiomatischen Wendungen der „Eintritt in den wohlverdienten Ruhestand“ zum Thema gemacht werden könnte.

Insofern die Sondierungsfrage des Arztes jedoch zu anderen „objektiven“ Erkenntnissen zu den „Lebensdaten“ des Patienten führt, ergeben sich andere thematische Fortsetzungsalternativen, die der Arzt mit der Exploration der subjektiven Vorstellungen des 61-jährigen Patienten ins Spiel bringt. Indem der Arzt den Patienten mit der entsprechenden Normativität gesellschaftlicher Erwartungen konfrontiert (49A: „na ja, dann arbeitet man ja noch“), legt er ihm gewisse „objektive“ Normen gleichsam zur subjektiven Gültigkeitsprüfung vor. Damit ist der Patient erneut zu einer (Selbst-)Explikation seiner Einstellungen und Erwartungen gegenüber seiner gegenwärtigen und zukünftigen Lebensführung herausgefordert.

B 24.7 „dann soll man nich verrückt spiele“

- 47 A wie alt sind Sie jetzt .
 48 P 61 .
 49 A 61 . na ja . dann arbeitet man ja noch .
 50 P na das is ja kla:r dass man noch arbeitet . man soll ja arbeiten, ne . aber wenn wenn jemand sagt ein Arzt gesagt hat, wenn jemand anschafft, dann soll er auch auf sich selbst was gebe . dann soll man nich verrückt spiele und trotzdem schaffe gehe . (tät ich schon)

- 51 A wie alt sind denn Ihre Söhne, Ihre Kinder? .
52 P ja der eine is 37/38 . und der andere 43ziger .

Wiederum reagiert der Patient mit der Ambivalenz einer verbalen Doppel-Struktur (50P). Deren *affirmativer* Teil drückt sich in einer markierten Zustimmung aus („das ist ja klar, dass man noch arbeitet“), während und der *adversative* Teil („aber wenn jemand sagt ... dann soll man nich verrückt spiele“) in der Wiedergabe eines Gegenarguments einer Zitiertautorität (eines vorbehandelnden Arztes) besteht. Bevor der Oberarzt diesen Ambivalenzkonflikt („wer nich verrückt spielen soll, spielt offenbar verrückt“) aufnehmen und zur weiteren Bearbeitung an den Patienten zurückgeben kann, werden von ihm wiederum die nötigen Wissensvoraussetzungen zur Vorbereitung weiterer Interventionen geklärt, die zunächst das Alter (51A: „wie alt sind denn Ihre Söhne?“) und dann den Status und die Funktion der Kinder des Patienten betreffen, das heißt, es werden Erkundungen über die realen Lebensverhältnisse eingezogen, die überhaupt erst realistische Schlussfolgerungen (Ablösemöglichkeiten und Entlastung durch Kinder – vgl. unten) zur Bearbeitung des Ambivalenzkonfliktes erlauben.

Gelebte Autonomie: „Ich hab schon selbstständig sein mit 16 Jahre“

Die bloße Thematisierung der „Selbständigkeit“ der Kinder durch den Arzt (53A) „provozieren“ hier beim Patienten offenbar den Nachweis einer im Vergleich zu den Kindern noch größeren und vor allem früheren Selbständigkeit des Patienten, die eine Re-Thematisierung der bereits virulenten „Autonomieproblems“ bedeutet, das der Arzt schon vorausgehend fragend angeschnitten hatte (45A: „das machen Sie nicht mehr allein . das macht Ihr Sohn schon . oder was“). Der kritische Vergleich (ich früher – die Kinder heute) wird nun vom Patienten kontrastiv so geführt, dass es indirekt zu einer Abwertung der Kinder kommt, die erst im fortgeschrittenen Erwachsenenalter (54P: „heute schon groß“) ihre Selbständigkeit mit seiner (Vaters) Hilfe und Vorarbeit erlangen konnten. Mit dieser Art von Abwärtsvergleich nimmt der Patient eine Aufwertung seines Selbst vor, das alles schon früher und ohne fremde Hilfe gemeistert hat, so dass die *Autonomie* zur *Autarkie* gesteigert scheint.

B 24.8 „ich hab schon selbständig sein mit mit 16 Jahre“

53 A dann sind die ja schon ganz selbständig oder .

54 P jaah . also i:ch war schon . ich hab schon selbständig sein mit mit 16 Jahre . wie ich aus der Lehre bin komme, ne . und die sind ja heute schon groß .

Es soll dahingestellt bleiben, inwieweit hier bereits ein spezifischer *Generationenkonflikt* zum Ausdruck kommt, wie er oft aus der Perspektive der (Nach-)Kriegsgeneration formuliert wurde nach dem Motto: ‚Wir mussten alles mit unserer Hände Arbeit selbst aufbauen, während Euch alles in den Schoß fiel.‘ – Dies könnte auch ein Element eines latenten *Lebensnarrativs* dieses Patienten sein, zu dem auch das Vokabular aus der vorausgehenden Visite passen würde, in der ein für den Patienten typischer Jargon („abrackern“ und „plagen“) benutzt wurde, worauf wir nochmal zurückkommen werden.

Latente Resignation: „Es geht auch ohne mich“

Die in den vorausgegangenen Sequenzen dieser aktuellen Visite bereits zum Ausdruck gekommene Ambivalenz des Patienten wird in der folgenden Passage nun vollends manifest, nachdem der Arzt relativ offen und konfrontativ die Möglichkeit der beruflichen Entlastung des Patienten durch seine Kinder („... schon ganz ohne Sie“) während der aktuellen Erkrankung („jetzt, wenn Sie krank sind“) explizit zum Thema macht.

B 24.9 „ich merk schon, dass es auch geht ohne mich . “

55 A führen die das Geschäft schon ganz ohne Sie jetzt, wenn Sie krank sind .

56 P ja ich merk schon, dass es auch geht ohne mich .

57 A ja .

58 P ich merk schon, dass es auch geht ohne mich .

Bereits an der markierten, doppelten Reaktion (56/58P: Wiederholung mit identischer Formulierung nach ärztlichem *Hörersignal*: „ich merk schon, dass es auch geht ohne mich“) lässt sich die Relevanz der Äuße-

rung für den Patienten ablesen, der gleichsam mit diesem Zugeständnis einer beruflichen Ablösung durch seine Söhne einen Autonomieverlust einräumen muss. Dabei meint man als externer Beobachter in „Ton und Bild“ sowohl „hören“ als auch „sehen“ zu können, dass dieses Zugeständnis vom Patienten nur „schweren Herzens“ gemacht werden kann.

Persönliches Lebensmotto: „Ich bin nur gesund, wenn ich kann schaffe“

Dieses schwerwiegende Zugeständnis wird offenbar auch vom Arzt so wahrgenommen oder erschlossen, weswegen er an dieser Stelle die Emotionen des Patienten zu klären sucht – auch im Sinne einer Selbstverständigung des Patienten, der ja seinen aktuellen Ambivalenzkonflikt (Autonomie vs. Hilfsbedürftigkeit = Abhängigkeit) in naher Zukunft lösen muss. Ohne an dieser „heiklen“ Entwicklungsstelle des Gesprächs einen suggestiven Erwartungsdruck aufzubauen, stellt der Arzt hier mit seiner Intervention eine *echte Alternative zur Wahl* („sehen Sie das gern oder net so gern“), die der Patient frei entscheiden kann.

B 24.10 „ich bin nur gesund . wenn ich kann schaffe“

59 A sehen Sie das gern oder net so gern .

60 P i:ch? .

61 A ja .

62 P also offen gestanden . ich bin nur gesund . wenn ich kann schaffe . viel, viel, viel schaffe [ballt kräftig beide Fäuste, die er im Liegen in die Höhe streckt] .

63 A ja .

64 P dann bin ich abends glücklich .

Obwohl es sich formal, inhaltlich und funktional um eine echte Alternative handelt, wird dem Patienten ein besonderer Zugzwang auferlegt, dem er sich nur schwer entziehen kann. Auffällig ist zunächst die betont erstaunte Rückfrage des Patienten (60P: betont: „i:ch“ mit Frageintonation). Der Patient ist oder spielt hier überrascht, vielleicht auch nur, um Zeit für seine Antwort zu finden, die er nach dem ärztlichen Hörersignal („ja“) beginnt. Nach einer besonderen Markierung, mit der der Patient seine Aufrichtigkeit als Person und den Wahrheitsgehalt seiner nachfolgenden Aussage im Vorfeld explizit beteuert (62P: „also offen gestanden“), formuliert er dann sein persönliches Lebensmotto („ich

bin nur gesund . wenn ich kann schaffe . viel, viel, viel schaffe“). In diesem Lebensmotto wird das subjektive Gesundheitskonzept in wenigen Worten kondensiert auf einen „kurzen Nenner gebracht“, mit dem der bisherige Gesprächsverlauf zugleich resümiert wird.

24.7.3 Erzählen im Dialog: Von der Arbeit zur Gesundheit

In der abschließenden Gesprächssequenz (59-64) wird noch einmal die *Hebammenfunktion* des Arztes manifest (§ 9.5), der seinen Patienten in den Zugzwang des (Weiter-)Erzählens bringt, den er schon seit geraumer Zeit ausübt. Dabei wird von den beiden Gesprächspartnern ein Themenbogen gespannt, der sich von der Arbeit über das (Renten-)Alter bis zur Gesundheit erstreckt (41-64). Diese Erzählung wird vom Patienten nicht relativ „am Stück gestaltet“, sondern in Kooperation mit dem Arzt, der mit seinen spezifischen Ko-Konstruktionen an der Gestaltung der Erzählung auf eine Art und Weise wesentlich beteiligt ist, die das bloß *aktive Zuhören* beim Erzählen von Patienten übersteigt.

Erzählungen sind keine „Selbstläufer“, sondern sie sind notwendig in einen interaktiven Kontext eingebettet, in dem sie durch interessierte Zuhörer stimuliert in Gang kommen und durch aktives Zuhören in Gang gehalten werden müssen, bis der Erzähler nach Problemdarstellung, Evaluation und gegebenenfalls Problemlösung zu einem relativen Gestaltabschluss gefunden hat (§ 9.2). Im Allgemeinen wird diese Art des Erzählens als eine Großform der Kommunikation angesehen, die zwar in Dialogsituationen interaktiv entwickelt wird, selbst aber wesentlich einem *primären* Sprecher zugeschrieben wird, auch wenn dieser als Erzähler auf einen mehr oder weniger aktiven Hörer angewiesen ist (§ 9, 19). Von daher erscheint eine Auffassung vom kooperativen oder „dialogischen“ Erzählen zunächst als Paradoxie.

Diese Paradoxie lässt sich jedenfalls für die Arzt-Patient-Kommunikation auflösen, wenn man das kommunikative Handeln des Arztes als professionelle Konstruktionsbeteiligung an Patientengeschichten im Sinne von Brody (1994) versteht („joint construction of narrative“). Der Patient bleibt der Erzähler seiner Geschichte, die allerdings ohne den Arzt als Ko-Konstrukteur nicht zustande gekommen wäre. Möglicherweise führt die Erzählung gerade deswegen zu einer lebensgeschichtlich relevanten Neuorientierung („new story“), weil sie unter der spezifischen Konstruktionsbeteiligung des Arztes erzählt wird, der damit zugleich diagnostisch-therapeutische Zwecke verfolgen kann.

Diese Art des kooperativen Erzählens, die von der traditionellen Großform des Erzählens abweicht (§ 9, 19), ist an anderer Stelle ausführlich beschrieben und exemplifiziert worden (Koerfer et al. 2005, Koerfer, Köhle 2007, Koerfer et al. 2010, Köhle, Koerfer 2017). Deswegen soll das Rekonstruktionsverfahren für kooperatives Erzählen hier am vorliegenden Visitenbeispiel nur kurz erläutert und ansonsten auf analoge Anwendungen in anderen Kapiteln zur Arzt-Patient-Kommunikation in der Grundversorgung (§ 20.9, 25.4) verwiesen werden.

Im vorliegenden Fall lassen sich die gemeinsamen Konstruktionsleistungen von Arzt und Patient erkennen, indem man entsprechend einer Methode der Textstrukturerkennung (z. B. Weglass-, Verschiebe- und Ergänzungsproben) die Sprecherrollen zunächst gegeneinander isoliert betrachtet, dann die Arztbeiträge in die Patientenbeiträge inhaltlich integriert und das Ergebnis einem Sinnkohärenztest unterzieht (Abb. 24.5, nur Lektüre rechte Spalte). An konkreten Beispielen illustriert heißt dies im Detail: Die Frageaktivität des Arztes (47A: „Wie alt sind Sie jetzt?“) wird eliminiert und ihr Inhalt (*propositionaler Gehalt*) wird in den respondierenden Redebeitrag des Patienten (48P) integriert, so dass man ihn wie „im ganzen Satz“ antworten lässt: „Ich bin jetzt 61 Jahre alt“, statt nur: „61“. Analog wird die Frageaktivität des Arztes (53A: „Dann sind die schon ganz selbständig“) eliminiert und ihr Inhalt in die affirmative Antwort des Patienten (54P: „jaah ...“) integriert. Im Sinnkohärenztest kann das affirmative „jaah“ (nach Ersetzung durch Arzt-Inhalte und Weglassprobe) wiederum als entbehrlich behandelt werden usw.

Zuletzt werden in einem weiteren Prüfverfahren mit kleineren Kommunikationseinheiten (Partikeln, Konjunktionen wie: *und, und dann, also, aber* usw.) die dialogischen Bezüge bei der Integration der Arzt- und Patientenäußerungen entsprechend sinnlogisch transformiert und diese Integration einer Ergänzungsprobe unterzogen.

Kurzum: In einem mehrfach durchlaufenen Sinnstiftungsverfahren werden die Inhalte (propositionalen Gehalte) der Arztbeiträge den Patientenbeiträgen produktiv zugerechnet und das ganze Text-Konstrukt auf seine Sinnkohärenz als Erzählung getestet (Abb. 24.5: nur Lektüre der rechten Spalte), in die die Arzt-Interventionen schließlich restlos aufgehen, ohne die die Erzählung jedoch nicht zustande gekommen wäre.

24. Kommunikation in der Visite

A – P	Arzt		Patient
41–42	was arbeiten Sie?	➔	Ich hab halt ein Baugeschäft .
43–44	ein Baugeschäft?	➔	(ja) mit die Kinder .
45–46	das machen Sie nicht mehr allein . das macht Ihr Sohn schon oder was-	➔	(ja) die machen das schon allein . das kann sicher auch sein . aber bis jetzt war der Vater halt immer der Vorangehende, ne . weil der Vater so ein . wie soll ich denn sagen . so verrückt ist, ne . ohne Arbeit geht's nicht, ne .
47–48	wie alt sind Sie jetzt?	➔	also ich bin jetzt 61 Jahre alt.
49–50	61 . na ja . dann arbeitet man ja noch .	➔	und das is ja kla:r dass man dann noch arbeitet . man soll ja arbeiten, ne . aber wenn wenn jemand sagt . ein Arzt gesagt hat, wenn jemand anschafft, dann soll er auch auf sich selbst was gebe . dann soll man nich verrückt spiele und trotzdem schaffe gehe .
51–52	wie alt sind denn Ihre Söhne/ Ihre Kinder? .	➔	also der eine Sohn is jetzt 38 . und der andere 43 .
53–54	dann sind die ja schon ganz selbständig oder?.	➔	(jaah) die Kinder sind also schon ganz selbständig . also i:ch war schon . ich hab schon selbständig sein mit mit 16 Jahre . wie ich aus der Lehre bin komme, ne . und die sind ja heute schon groß .
55–56	führen die das Geschäft schon ganz ohne Sie jetzt, wenn Sie krank sind? .	➔	also die Kinder führen das Geschäft schon ganz ohne mich, wenn ich krank bin . ich merk also schon, dass es auch geht ohne mich .
59–62	sehen Sie das gern oder net so gern? .	➔	<i>und wenn man mich fragen würde, ob ich das gerne sehe oder nicht so gern, also offen gestanden . ich bin nur gesund . wenn ich kann schaffe . viel, viel, viel schaffe [ballt die Fäuste] .</i>
63–64	ja	➔	dann bin ich abends glücklich .

Abb. 24.5: Kooperatives Erzählen

Gegenüber den originalen Patientenäußerungen wurden die integrierten Inhalte aus den Arztäußerungen zur leichteren Differenzierung und Identifizierung in der formalen Darstellung eigens markiert (*kursiv*) und die möglichen Auslassungen von kleineren Kommunikationseinheiten (54P: „jaah“), die nur dem dialogischen Antwortformat geschuldet sind, in runde Klammern gesetzt, womit ihre Weglassbarkeit in seltenen Fällen markiert wird.

Da wir auf dieses in einer linguistischen Tradition motivierte Prüfverfahren bei der Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation zurückkommen werden (§ 40), sei an dieser Stelle nur auf eine ähnliche Methode von Carl Rogers (1942/85) verwiesen, der bereits in einem frühen Stadium der empirischen Psychotherapieforschung im Wesentlichen mit einer Weglassprobe (für Therapeutenäußerungen) die Unterschiede zwischen einer *non-direktiven* und *direktiven* Gesprächsführung zu ermitteln suchte (§ 40.2.2). Während die Therapeutenäußerungen bei einer *non-direktiven* Gesprächsführung entbehrlich schienen, ergaben sich mit der Weglassprobe bei der *direktiven* Gesprächsführung vor allem sinnentleerte Textfragmente ohne weiteren Zusammenhang.

Das hier dargestellte Prüfverfahren zur Sinnkohärenz stellt eine verfeinerte Methode zur Identifizierung von Erzählungen dar (§ 40.2), die insbesondere für Formen des kooperativen Erzählens geeignet ist. Auch bei diesen Formen bleibt der Patient der Autor seiner Geschichte, die der Arzt mit seinen verbalen Interventionen als Ko-Autor lediglich mitkonstruiert hat. Ähnlich wie beim Singen im Duett hat jeder Akteur seinen eigenen Part, mit dem er zur Gesamtgestaltung der Erzählung im Dialog beiträgt. Da es sich im Sinne von Buber (1954/1986: 296) aber um ein „echtes“ Gespräch handeln soll (§ 7.5), ist die Komposition nicht „vordisponiert“, sondern sie wird gesprächsweise entwickelt. Beide Partner wissen nicht im Voraus, wohin sich ihr Gespräch entwickeln wird, sie sind aber an seiner sinnhaften Entwicklung wechselseitig konstruktiv beteiligt.

Ebenso wie nach der Geburt die Hebamme entbehrlich ist, kann der Patient als Erzähler die Erzählung nach ihrem Abschluss ganz für sich reklamieren. Wenn die Ko-Konstruktion des Arztes für den Patienten unauffällig bis unbemerkt geblieben sein sollte (§ 20.9), kann dies umso besser für die narrative Selbstexploration sein, bei der die Fremdinterpretationen des Arztes offenbar ohne größeren Widerstand in das Selbstverständnis des Patienten gut integriert werden können.

Auf diesem therapeutischen Weg kann mehr oder weniger bewusstsensnah eine modifizierte oder innovative Lebensgeschichte gemein-

sam konstruiert werden, die im erfolgreichen Fall zu Verbesserungen in der praktischen Lebensführung von Patienten beitragen können. Auf dem Wege zu einer Neukonstruktion (*new story*) muss aber die „alte“ Lebensgeschichte hinreichend rekonstruiert worden sein, um auf dieser Basis die Notwendigkeiten und Möglichkeiten einer Umorientierung abwägen zu können.

24.7.4 Gesundheitskonzept und Lebensnarrativ

Die Rekonstruktion der Patientengeschichte als Kranken- und Lebensgeschichte verlangt eine entsprechend biographisch-narrative Anamneseerhebung (§ 9), die sich an einem umfassenden biopsychosozialen Modell orientiert (§ 4). Mitunter ist die Vielzahl und Vielfalt der biopsychosozialen „Daten“ erstaunlich, die man durch eine gute ärztliche Gesprächsführung in der kurzen Zeit von nur zwei Visiten in Erfahrung bringen kann, so dass sie im Sinne von v. Uexküll, Wesiack (1991, 2011) (§ 4.4) Teil einer *gemeinsamen Wirklichkeit* von Arzt und Patient werden.

In einem Resümee der biografisch-narrativen Anamnese der beiden Visiten, von denen hier die zweite Visite ausführlich wiedergegeben und analysiert wurde, lassen sich die Daten in der Darstellung eines *Lebensnarrativs* des Patienten zusammenfassen, in dem sich zugleich sein *subjektives Gesundheitskonzept* manifestiert. Dabei folgt die Darstellung einer Evaluationslinie, die der Patient selbst erzählend zum Ausdruck gebracht hatte. Das Verfahren wurde bereits vorausgehend erläutert und an empirischen Beispielen exemplifiziert (§ 9, 19), so dass wir uns hier auf eine Kurzdarstellung beschränken können.

Wie schon ausgeführt (§ 9), können Patienten als Erzähler sich selbst als Person (Selbst-Narrative) oder andere Personen (Fremd-Narrative) zu Protagonisten von Erzählungen machen. Diese Protagonisten können in der Erzählung als Helden, Abenteurer, Komödianten, Glückspilze, Opfer, Versager, Schuldige usw. dargestellt werden. Folgt man der Typologie von Gergen (1998, 2002) zur *Evaluationsfunktion* von Erzählungen, dann lassen sich etwa *progressive* von *regressiven*, *tragische* von *komödienartigen* Erzählungen unterscheiden.

Diese Erzählungen können wiederum anhand von kritischen Lebensereignissen auf der Zeitachse nach Auf- (*plus*) und Abwärtstendenzen (*minus*) ausdifferenziert werden, so dass sich die Lebenskurven von Pa-

tienten anhand ihrer Erzählungen als spezifische Evaluationskurven (§ 9.4) mit spezifischen Ausprägungen (Abb. 24.6) darstellen lassen

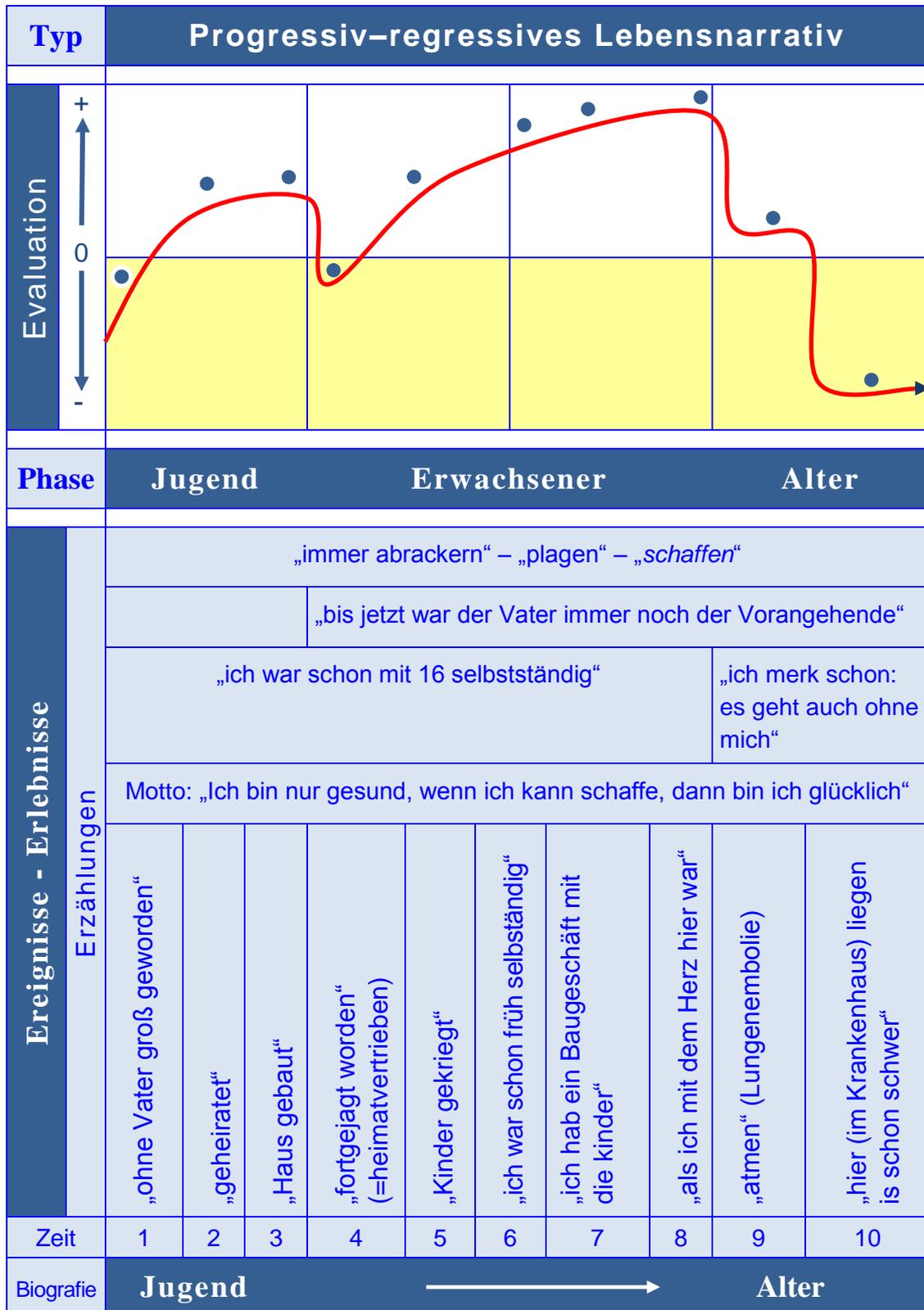


Abb. 24.6: Lebensnarrativ: ‚Ich bin nur mit Arbeit gesund/glücklich‘ (n. Koerfer et al. 2005)

In Falle des Patienten aus der letzten Visite handelt es sich um ein *progressiv-regressives* Lebensnarrativ, das drei biographisch bedeutsame Zäsuren durch kritische Lebensereignisse enthält, die der Patient unterschiedlich zu bewältigen verstand und die sich deswegen mit unterschiedlichen positiven und negativen Ausschlägen in der Evaluationskurve (Abb. 25.6) niederschlagen.

Nimmt man nun alle Erzählenden aus dieser und der vorausgegangenen Visite zusammen, dann beginnt der Patient zunächst *progressiv* als *Held*, der sich trotz widriger Umstände („ohne Vater groß geworden“) früh seine Existenz selbst aufbaut („mit 16 selbständig“, „geheiratet“, „Haus gebaut“), bevor er kurz in die *regressive* Phase einer *Opferrolle* als Heimatvertriebener („fortgejagt worden“) gerät. Nach diesem *regressiven* Tiefpunkt in seiner Biographie kann er sich anschließend wieder *progressiv* als *Held* mit einer neuen Existenzgründung zur *Unabhängigkeit* („selbständig“) emporarbeiten („schaffen“), bis er durch zweimalige Erkrankungen („Herz“, „Atmen“) mit jeweils stationärer Behandlung erneut eine *regressive* Entwicklung mit ungewissem Ausgang zu nehmen droht.

In dieser aktuellen Erlebensperspektive scheint der Patient schon in der eigenen Selbstwahrnehmung die *Helden*-Rolle des „bisher vorangehenden Vaters“ verloren zu haben (56P: ich merk schon, es geht auch ohne mich“). Mit dem drohenden Verlust der Arbeit als Quelle seiner „Gesundheit“ und seines „Glücks“ sind zugleich seine Gestaltungsmöglichkeiten für das bisher gewohnt selbstbestimmte Leben gefährdet.

Gerade die letzte *Selbstevaluation* des Patienten (62P: „ich bin nur gesund, wenn ich kann schaffe, dann bin ich glücklich“) offenbart sein *subjektives Gesundheitskonzept* (§ 21, 29). Danach wird über den vom Patienten selbst nahegelegten Umkehrschluss die Annahme einer subjektiven Bewertungsskala mit den Polen „Gesund–Glücklich“ (*plus*) – „Krank–Unglücklich“ (*minus*) deutlich, zwischen denen alle Momentaufnahmen des Lebens (vor allem in Abhängigkeit von der Arbeitsproduktivität) vom Patienten bewertet werden.

Neben diesem *salutogenetischen* Bewertungskonzept kommen weitere evaluative Leitkonzepte der *Autonomie*, *Hierarchie*, *Mobilität*, *Produktivität* und *Normativität* zum Tragen, mit denen vom Patienten teils konfligierende Akzente der Bewertung des bedrohlichen Lebensereignisses der aktuellen Erkrankung gesetzt werden (Tab. 24.3). Diese Ambivalenzkonflikte des Patienten, der durch den Verlust seines erfüllten Arbeitslebens seine Gesundheit und sein Lebensglück gefährdet sieht, soll

abschließend noch einmal zusammengefasst dargestellt (Tab. 24.3) und kommentiert werden.

Leitkonzepte	Polung	
	Positiv	Negativ
Autonomie	„Ich war schon mit 16 selbständig“	„Ich merk schon, dass es auch geht ohne mich“
Hierarchie	„Bis jetzt war ich der Vorgehende“	<i>Ich werde der Zurückbleibende sein</i>
Mobilität	„Streben und vorwärts machen“	„Auf einmal da liegen, das ist schon schwer“
Produktivität	„Viel, viel viel schaffe“	„Nix mache“
Normalität	„Man soll nich verrückt spiele und trotzdem schaffe“	„Der Vater (=ich) ist so verrückt – ohne Arbeit geht's nicht“
Salutogenese	„Ich bin nur gesund, wenn ich kann schaffe, dann bin ich glücklich“	<i>Ohne Arbeit werde ich krank und unglücklich</i>

Tab. 24.3: Subjektive Leitkonzepte: Wörtliche Zitate sind in Anführungsstrichen, Schlussfolgerungen kursiv gesetzt (n. Koerfer et al. 2005).

Der *psychische Konfliktstoff*, den der Patient bislang nur mit großen *Ambivalenzen* verarbeiten kann, ergibt sich aus der sozialen Konfliktlage, die für kritische Lebenssituationen bei schwer erkrankten Patienten beschrieben wurden, die eine folgenreiche Entscheidung „zwischen Beruf und Berentung“ zu treffen haben (Gerhardt 1999, v. Ferber 2003). Diese Alternative stellt sich im vorliegenden Fall für den Patienten noch in bestimmten Extremen, die er vor allem unter den Leitkonzepten der *Normalität* und *Mobilität* bzw. *Produktivität* bewertet: Er weiß einerseits aus Erfahrung von sich selbst, dass er wie ein „Verrückter“ arbeitet, räumt andererseits halbdistanziert gegensteuernde Maximen ein, deren Rationalität er mit ärztlichen Zitierautoritäten begründet („... ein Arzt gesagt hat (...) dann soll man nich verrückt spiele und trotzdem schaffe gehe“). Zugleich fürchtet der Patient den Stillstand des „Nichtstuns“,

den er im aktuellen Krankenhausaufenthalt („hier liegen ist schon schwer“) gleichsam schon erleben und antizipieren kann.

Weiterhin merkt oder ahnt der Patient bereits, seine „Helden“-Rolle als „vorangehender Vater“ (*Hierarchie*) im eigenen Familienbetrieb („Baugeschäft mit die Kinder“) endgültig an seine Söhne abtreten zu müssen und damit seine früh erworbene, mehrmals stolz betonte „Selbstständigkeit“ (*Autonomie*) zu verlieren. Diese Autonomie ist vom ihm bereits in seiner Jugend beansprucht und aus seiner Lebensperspektive auch de facto erworben worden, etwa im betonten Vergleich mit seinen Söhnen, die schon in das vorhandene Baugeschäft eingestiegen sind und ihn gleichsam vorzeitig „beerben“ sollen. Sein aktueller Bedeutungsverlust wird bereits bemerkt („ich merk also schon, dass es auch geht ohne mich“) und damit vor dem versammelten Klinikteam eingeräumt.

Gegenüber der mit der aktuellen Erkrankung erlebten *Kränkung* hält er zunächst noch eine rigide, aus seiner Sicht salutogenetische Perspektive scheinbar noch kompromisslos aufrecht. Gerade die spezifisch salutogenetische Verbindung von Arbeit, Gesundheit und Glück („ich bin nur gesund, wenn ich kann schaffe, dann bin ich glücklich“) wird in dieser strikten Bedingungslogik („nur ... wenn ... dann“) erst mit der ernsthaften Erkrankung in den Vordergrund der *subjektiven Gesundheitstheorie* (§ 21, 29) des Patienten gerückt sein.

Deren Gültigkeit wird nun zunehmend in Frage gestellt, so dass der Patient nunmehr einen für ihn leidvollen Prozess eines Wertewandels erfährt, bei dem andere Prioritäten zu setzen sind, was bekanntlich vielen bisher Gesunden schwerfallen kann. So kann die idiomatische Wendung „Hauptsache gesund“, die in unser aller Alltagsbewusstsein fest verankert scheint, zumeist erst dann an die Spitze einer individuellen Wertehierarchie rücken, wenn subjektiv gravierende, d. h. „lebens-einschneidende“ Krankheitserfahrungen gemacht worden sind, durch die die Gewissheit von Gesundheit, die sich durch ihre „Verborgtheit“ auszeichnet (Gadamer 1993), nachhaltig erschüttert wurde.

Diese Erschütterung von subjektiven *Gesundheitsvorstellungen* und *Kontrollüberzeugungen* (§ 21, 29) betrifft das bisherige Lebensmotto des Patienten, das nach der offensichtlichen Erkrankung nun nicht einfach weitergelebt werden kann („ich bin nur gesund, wenn ich kann schaffe, dann bin ich glücklich“). Während die Gültigkeit dieses Lebensmottos für den bisherigen Lebenslauf außer Zweifel gestanden haben mag, wie der Patient dies durch ein konsistentes Lebensnarrativ vorausgehend (auch in einer vorhergehenden Visite) glaubhaft zu versichern suchte,

ist seine „Geschichte“ in der jüngsten Zeit im Sinne von Brody (1994) jedoch so „gebrochen“, dass der Patient zur Stabilisierung seines Selbst einer spezifischen ärztlichen Hilfe bedarf: „My story is broken, can you help me fix it?“. Dieser Appell an einen helfenden Arzt übersteigt zweifellos die traditionelle biomedizinische Hilfestellung in Richtung auf ein biopsychosoziales Angebot des Helfens, bei dem *Cure* und *Care* zu verbinden sind.

24.8 Evaluation

Die Qualitätssicherung des kommunikativen Handelns kann – wie in den vorausgehenden Visitenbeispielen – sowohl über Einzelfallanalysen als auch über komparative Gesprächsanalysen im Gruppenvergleich mit Prä-post-Design kontrolliert werden, bei dem quantitative und qualitative Analysemethoden kombiniert werden können (§ 40). Im Vorgriff auf spezifische Evaluationsmethoden und -Ergebnisse soll hier nur eine kurze Zwischenbilanz zur Visitenkommunikation gezogen werden.

Gegenüber der traditionellen Stationsvisite konnten auf der Ulmer Modellstation zu den einschlägigen Gesprächsparametern erhebliche Verbesserungen erzielt werden (vgl. oben Abb. 24.3a-e). So ist auch das in der Patientenbefragung oft beklagte Phänomen der „Kommunikation über den Kopf des Patienten hinweg“ fast vollständig ausgeräumt worden, indem die visiteführenden Ärztinnen und Ärzte ihre Gesprächsaktivitäten fast ganz (97%) auf den Patienten ausrichteten (Abb. 24.3c). Der Anteil indirekter Information konnte von 59% auf 3% gesenkt und der Anteil ausweichender Antworten bei günstiger Prognose von 36% auf 16% und bei ungünstiger Prognose von 92% auf 15% reduziert werden (Abb. 24.3d-e). Die Patienten wurden aber nicht nur in ihrer Hörerrolle direkter adressiert und bei der Informationssuche häufiger mit angemessenen Antworten bedacht, sondern sie konnten auch ihre Sprecherrolle aktiver wahrnehmen: So kamen die Patienten absolut und relativ mehr zu Wort, indem sich die Visitedauer von 3,5 auf 6,7 Min. erhöhte und sich ihr Gesprächsanteil von 30% auf 45% steigerte (Abb. 24.3a-b). In diesem Zusammenhang sei auf die vorausgegangenen Einzelfallanalysen verwiesen, bei denen der Patientenanteil am Gespräch bei 60 % bzw. 72% lag (Tab. 24.4). Das sind im Verhältnis zu anderen Visiten (Abb. 24.3a-b), aber auch zur hausärztlichen Arzt-Patient-Kommunikation (§ 40.2) schon „gute“ Vergleichswerte.

24. Kommunikation in der Visite

	Gesprächsanteile (%)	
	Visite 1 (§ 25.6)	Visite 2 (§ 25.7)
Ärztin/Arzt	40	28
Patient	60	72

Tab. 24.4: Gesprächsanteile

Verweisen allein diese quantitativen Befunde auf eine Erhöhung der patientenseitigen *Dialogchancen* in der Visite, so konnte in ergänzenden Untersuchungen bestätigt werden, dass sich die Verbesserung auch im *Gesprächserleben* der Patienten *subjektiv* niederschlug. Diese Verbesserung erstreckte sich ebenso auf weitere Zielsetzungen des integrativen Visitenkonzepts, die die *emotiven* und *therapeutischen* Gesprächseigenschaften betrafen (Fehlenberg 1987, Fehlenberg et al. 1982, 1996, 2003). Obwohl es in den quantitativen Untersuchungen vor allem um den Nachweis einer Gesamtverbesserung der Ulmer Visitenpraxis ging, verwiesen die Befunde allerdings auf erhebliche Variationen hinsichtlich des Gesprächsverhaltens einzelner Ärzte (ebd.). Diese Unterschiede wurden auch in qualitativen Untersuchungen deutlich (Bliesener, Köhle 1986), in denen die individuellen Ansätze und persönlichen Probleme der Ärzte bei der Umsetzung des neuen Visitenkonzepts gesprächsanalytisch aufgezeigt wurden.

Die empirische Gesprächsforschung hat insgesamt ein reichhaltiges Material für die verschiedenen Formen der *Intransparenz* und *Asymmetrie* der Visitenkommunikation analysiert (§ 24.4.4-5) Die beschriebenen Probleme werden sich noch verschärfen, wenn sich Ärzte und Patienten aus verschiedenen Kulturen mit verschiedenen Sprachen begegnen. Die Probleme der interkulturellen sowie fachsprachlichen Kommunikation sollen an anderer Stelle noch systematisch und exemplarisch (§ 27, 28) ausgeführt werden.

Eine wesentliche Konsequenz, die nach dem heutigen Stand der Forschung aus den Befunden der vergleichenden Untersuchungen zwischen traditioneller Visite und dem Ulmer Reformkonzept zu ziehen ist, besteht darin, dass die eröffneten Dialogchancen stärker für *narrative* Kommunikationsformen zu erlebnisnahen Selbstexplorationen des Patienten zu nutzen sind (§ 9, 19, 25). Diese narrativen Selbstexplorationen sollten vom Arzt nicht mehr nur geduldet, sondern vielmehr durch *aktives Zuhören* (§ 19) und empathische Rückmeldungen (§ 20) gefördert werden. Als formales Kriterium für eine gelungene Arzt-Patient-

Kommunikation kann schon die Dialogrollenstruktur angeführt werden, nach der sich längere Patienten-Beiträge als Kandidaten für Patientenerzählungen ausweisen lassen (§ 40.2.2). Hierbei können quantitative Gesprächsanalysen mit qualitativen Narrationsanalysen eine fruchtbare Allianz eingehen (§ 19.6-8, 40.2). Die spezifischen Probleme und Methoden sowie Ergebnisse der Evaluation werden aber in einem Themenschwerpunkt des Lehrbuchs noch gesondert (§ 40-43) behandelt.

24.9 Weiterführende Hinweise

Ein „Klassiker“ der Gesprächsforschung zur Visite ist weiterhin der Sammelband von Köhle, Raspe (Hg.) (1982), der mit einem interdisziplinären Ansatz theoretische und empirische Beiträge zur Analyse und Verbesserung der Visitenkommunikation enthält. Wie vorausgehend ausgeführt, ist die Visitenforschung dann in den letzten drei Jahrzehnten mit unterschiedlichen theoretischen, didaktischen und empirischen Themenschwerpunkten weiter ausdifferenziert worden (Köhle, Raspe 1982, Bliesener 1982, Bliesener, Köhle 1986, Fehlenberg 1983, 1987, Ott 1996, Koerfer et al. 2005, Lalouschek 1995, 2005, Menz et al. 2008, Novak 2010, Hellmich et al. 2010, Weber 2011, Fischer et al. 2016). Verbesserungsmöglichkeiten sind im Detail aufgezeigt und in Evaluationsstudien nachgewiesen worden (z. B. Putnam et al. 1988, Langewitz et al. 1998, Hellmich et al. 2010). Theoretische und didaktische Aspekte werden in den Beiträgen des Sammelbandes zur „Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus“ berücksichtigt (Hoefert, Hellmann (Hg.) 2008). Konkrete Beispiele dafür, wie die Visite auch bei Zeitmangel verbessert werden kann, geben Hellmich et al. (2010). Konkrete Empfehlungen für die „Kommunikation im Krankenhaus“ geben Baller, Schaller (2017), wenn die Beispiele auch konstruiert und oft überzeugend wirken.

Auf Konzepte zur Gesprächsführung, die für die (Hausarzt-bzw. Facharzt-)Praxis und Klinik gleichermaßen gelten, sei besonders auf die theoretischen und empirischen Kapitel zur biopsychosozialen Medizin (§ 4), zur biographisch-narrativen Anamneseerhebung (§ 9, 19) und zur partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) (§ 10, 22) verwiesen. Das spezifisch kooperative Erzählen wird exemplarisch in anderen Kapiteln des Lehrbuchs beschrieben und veranschaulicht (§ 19, 20, 25). Ebenso gelten die in den nachfolgenden Kapiteln behandelten Probleme und

24. Kommunikation in der Visite

Themen zu spezifischen Kompetenzfeldern für die (Hausarzt- bzw. Facharzt-)Praxis und Klinik gleichermaßen. Auf spezifische Probleme und Methoden der Evaluation soll zum Schluss des Lehrbuchs (§ 40-43) eingegangen werden. Wer in seiner eigenen Berufspraxis an der Evaluationsdarstellung von Lebensnarrativen seiner Patienten interessiert ist, wie dies vorausgehend am Visitenbespiel (§ 24.7) beschrieben wurde, sei auf das Muster im Anhang des Lehrbuchs (§ 44.5) verwiesen.

25 Kommunikation in der Hausarztpraxis

Thomas Reimer, Armin Koerfer

25.1	Besonderheiten hausärztlicher Praxis	1437
25.1.1	Die Vielfalt der Aufgaben	
25.1.2	Langzeitbehandlungen und -beziehungen	
25.1.3	Das hausärztliche Patientengut	
25.2	Psychosomatische Gesprächsführung	1444
25.2.1	Personenzentrierte Arbeitsweise	
25.2.2	Interrogative versus narrative Gesprächsführung	
25.2.3	Dynamisierung der Beschwerdeschilderungen	
25.2.4	Symptom, Affekt und Beziehung	
25.2.5	Narrative Gesprächsverläufe	
25.3	Krankheitsverarbeitung und -bewältigung	1452
25.3.1	Vorgeschichte: Die Krebserkrankung einer Fünfjährigen	
25.3.2	Beziehungskonflikt: „Da soll die Mama rausgehen“	
25.3.3	Selbstexploration: „Mir gehen die Nerven durch“	
25.3.4	Gefühlsarbeit: Angst, Jeckigkeit, Traurigkeit, Freude	
25.4	Versagens- und Verlustängste	1469
25.4.1	Übelkeit und Kopfschmerzen einer Schülerin	
25.4.2	Dialogrollen von Arzt und Patientin	
25.4.3	Kooperatives Erzählen: „Dann hab ich eben Angst“	
25.4.4	Entscheidungsfindung: „Wir prüfen das“	
25.5	Herzbeschwerden und Hoffnungslosigkeit	1480
25.5.1	Die erste Minute mit Herrn J: „noch mal EKG?“	
25.5.2	Beschwerdenschilderungen und Untersuchungswünsche	
25.5.3	Narrative Gesprächswende: „Hoffnung hab ich keine mehr“	
25.5.4	Symbiotische Paarbeziehung und nonverbale Interaktion	
25.6	Praxisorganisation und Zeitmanagement	1498
25.6.1	Behandlungseignisse	
25.6.2	Gesprächsserien	
25.7	Weiterführende Hinweise	1504

Die Qualität der Beziehung beruht auf einer effizienten Kommunikation – der Fähigkeit von Hausärztinnen und -ärzten, ihren Patientinnen und Patienten zuzuhören, im Austausch mit ihnen den richtigen Ton zu treffen und ihre individuellen Probleme adäquat einzuschätzen.

Hewitt 2001: 143

Abstract: Einleitend sollen die vielfältigen Aufgaben beschrieben werden, denen sich der Hausarzt in seiner täglichen Praxis stellen muss (§ 25.1). Neben der Akutversorgung, die sich von der Schnittverletzung bis zum Herzinfarkt erstreckt, wird der Hausarzt mit einer Vielzahl von körperlichen und seelischen Erkrankungen von jungen bis alten Patienten konfrontiert, die er nicht nur kurzfristig, sondern auch längerfristig in einer psychosomatischen Grundversorgung betreuen muss. Hierfür ist eine psychosomatische Gesprächsführung nötig, die vom Symptom über den Affekt bis zur konflikthafter Beziehung führt, wie sie sich außerhalb und innerhalb der Sprechstunde darstellt (§ 25.2). Die spezifischen Probleme einer psychosomatischen Gesprächsführung in der Hausarztpraxis werden an einer Reihe von Gesprächsbeispielen aufgezeigt, die als Transkripte wiedergegeben und unter verbalen und nonverbalen Aspekten im Detail analysiert werden (§ 25.3-25.5). In den entsprechenden Sequenzanalysen soll nach Möglichkeit zugleich die Erlebensperspektive des behandelnden Arztes berücksichtigt werden. Abschließend (§ 25.6) werden Probleme und Vorschläge zur Praxisorganisation und zum Zeitmanagement erörtert, die den verschiedenen Aufgabenstellungen der hausärztlichen Versorgung differenziert Rechnung tragen sollen.

25.1 Besonderheiten hausärztlicher Praxis

Die Allgemeinmedizin wird als „Grundpfeiler“ des Gesundheitssystems angesehen: „Fast die Hälfte aller ambulanten Behandlungen entfällt auf den Haus- bzw. Allgemeinarzt. Über 90 % der gesetzlich Krankenversicherten geben an, einen festen Hausarzt zu haben“ (Jansen 2009: 63). Dabei muss die Hausarztpraxis flexibel auf „unausgelesene“ Patienten eingestellt sein, die mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstö-

rungen kurz- und langfristig zu versorgen und gegebenenfalls in andere Funktionsbereiche und Fachgebiete des Gesundheitswesens (Orthopädie, Psychotherapie, Klinik, Rehabilitation, Pflege usw.) zu vermitteln sind oder von dort aus weiterbehandelt werden müssen.

Trotz oder gerade wegen dieser vielfältigen Vermittlungsfunktionen behält der Hausarzt für die meisten Patienten seine zentrale Versorgungsfunktion. Wer einen Arzt zum Hausarzt wählt, lädt ihn damit auch zu sich nach Hause ein. Er sucht in der Regel keinen Spezialisten, er sucht einen Menschen mit Sachverstand, dem er sich anvertrauen kann; jemanden, dem man körperliche und seelische Schwächen eingestehen kann und der in der Lage ist, nicht nur zuzuhören, sondern das Erzählte auch auszuhalten und für sich zu behalten. Vielleicht möchte er auch eine Antwort auf drängende Fragen, vielleicht sogar einen Rat, aber sicher keine Belehrung. Auf jeden Fall möchte er Hilfe und Unterstützung bei körperlichen und seelischen Beschwerden, bei privaten und beruflichen Beziehungskonflikten, bei Kündigung, Arbeitslosigkeit oder finanzieller Not, bei Angst vor der Zukunft, Angst vor Krankheit und Tod. Er sucht keinen Magier, keinen Priester oder trostspendenden Nachbarn oder Freund, sondern er sucht einen Fachmann, einen Arzt, der ihm in vielfacher Hinsicht ärztlich zur Seite steht.

25.1.1 Die Vielfalt der Aufgaben

Im Laufe seines Berufslebens erlebt ein Hausarzt ein außergewöhnlich großes Spektrum an Krankheitsbildern. Beinahe alles kommt vor. Dabei werden die Diagnosen häufig nicht von ihm selbst erstellt. Bei dem heute üblichen regen Austausch mit und zwischen Fachärzten und Kliniken erweitert sich das diagnostische und therapeutische Angebot fortlaufend. In der Regel kommen die Patienten aber immer wieder zum Hausarzt zurück. Nicht selten sind sie dann überfrachtet mit schriftlichen und mündlichen Informationen zu Krankheiten und Krankheitsverläufen oder anstehenden Operationen.

Patienten sind in einem hohen Maß der Fachsprache unterschiedlichsten Spezialisten ausgeliefert, die für den Patienten unverständlich sind. Hier wird vom Hausarzt viel nachträgliche Gesprächsarbeit erwartet (§ 22.3). Zum Teil wird sie bewusst von Fachärzten und Klinikärzten an den Hausarzt delegiert. Er soll den Patienten mundgerecht aufklären. Auch die Mitteilung schwerwiegender Diagnosen ist, vor allen Dingen in Kliniken, nicht selten nach juristischen Erfordernissen ausge-

richtet und entspricht nur in den seltensten Fällen den situationsbedingten Einschränkungen der Aufnahmebereitschaft der Patienten (§ 10, 16, 22). Zu den bereits bestehenden medizinischen Sprachbarrieren kommen dann auch noch juristische hinzu.

Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass die emotionalen Auswirkungen, welche die Mitteilung schwerwiegender Diagnosen auf den Patienten haben kann, immer wieder unbeachtet bleiben und unter den Tisch fallen. Dabei sollte nicht unterstellt werden, dass in Kliniken nicht der Versuch gemacht wird, auch auf die emotionale Seite der Patienten einzugehen. Aber Patienten werden in zunehmendem Maße an einen neuen Experten delegiert, zu dem sie erst wieder ein Vertrauensverhältnis aufbauen muss. Langfristige Auswirkungen von Diagnosen auf das Selbstwertgefühl und die Affektregulierung des Patienten kommen dabei deutlich zu kurz. Hier ist wieder der Hausarzt gefordert (§ 22), der Hilflosigkeit, Ohnmacht, Verzweiflung und Todesangst zur Sprache bringen muss.

25.1.2 Langzeitbehandlungen und -beziehungen

Ein wesentliches Kriterium der hausärztlichen Praxis stellt die *Dauer* der Behandlung und damit der Arzt-Patienten-Beziehung dar. Selbstverständlich ist auch beim Facharzt und Klinikarzt der Beziehungsaspekt von Bedeutung. In der allgemeinärztlichen bzw. hausärztlichen Praxis ergeben sich aber besondere Notwendigkeiten und Möglichkeiten. So gibt es Beziehungen, die nicht nur Jahre, sondern Jahrzehnte dauern können, nicht selten auch bis zum Tode (§ 25.5). Die *Kontinuität* und der gemeinsame *Profit* gerade in der langlebigen Beziehung ist schon von Balint unter einem ökonomischen Aspekt als wesentliches Merkmal für die Allgemeinpraxis herausgestellt worden:

Box 25.1 „Vermehrung des gemeinsamen Kapitals“

Das Wesen der Beziehung Allgemeinpraktiker-Patient besteht in ihrer Kontinuität, und jede Behandlung, erst recht eine erfolgreiche, sollte eine weitere wesentliche Vermehrung des gemeinsamen Kapitals in der Investierungsgesellschaft sein.“

Balint 1964/88: 373

Gerade weil ein Abbruch der Beziehung diese Investierungsgesellschaft mit „Verlust ihres gemeinsamen Kapitals und Verarmung beider Partner“ (ibid.) auflösen würde, sollte die Beziehung nach Möglichkeit fortgesetzt werden – wenn es auch nach Balint aus den verschiedensten, mitunter banalen Gründen (z.B. Umzug) zu einer Trennung zwischen Arzt und Patient kommen kann.

Das *gemeinsame Kapital* der beiden Gesprächspartner besteht vor allem im spezifisch kumulativen Wissen um langjährige Krankengeschichten, wie sie oft in hausärztlichen Krankenakten dokumentiert sind. Die Kontinuität in der Beziehung bedeutet nach Hewitt (2001) oft eine Lebensbegleitung von Patienten, die „von der Wiege bis zur Bahre“ reicht. Auf diesem langen Weg der lebensbegleitenden Betreuung kann der Hausarzt ein „Langzeitwissen“ über seine Patienten erwerben (Box 25.2), das ihm jederzeit einen besonderen Einblick in ihre Probleme und die ihrer Bezugspersonen im gesamten *sozialen Umfeld* ermöglicht, was eine wesentliche Voraussetzung für eine *ganzheitliche* Behandlung ist.

Box 25.2 „Langzeitwissen“ und „ganzheitliche“ Behandlung

Eine gute, langfristige Beziehung zu den Patientinnen und Patienten ist der Grundpfeiler jeder hausärztlichen Praxis und für deren ganz besondere Rolle bei der medizinischen Versorgung wesentlich. Hier beginnt in der Regel die ärztliche Betreuung und hier findet auch die langfristige Versorgung statt. In den Krankenakten von Hausärztinnen und Hausärzten finden sich nicht selten im wahrsten Sinne des Wortes von der Wiege bis zur Bahre reichende Krankengeschichten. Dieses «Langzeitwissen» und der langjährige Kontakt mit den Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen und anderen Bezugspersonen in deren sozialem Kontext ermöglicht einen besonderen Einblick in die jeweiligen Problembereiche (...) Da sie das soziale Umfeld kennen und selbstverständlich einbeziehen, sind sie in der Lage, ihre Patientinnen und Patienten als ganze Menschen und nicht bloß als „Fälle“ zu sehen.

Hewitt 2001: 143

Dieses *Langzeitwissen* stellt einerseits eine ständige Ressource für die aktuelle Kommunikation in der Sprechstunde dar, in der die Wissensressource andererseits durch Kommunikation ständig erweitert wird. Durch das kommunikativ entwickelte und vertiefte Wissen um die individuelle Kranken- und Lebensgeschichte dieses individuellen Patienten in seinen biographisch-sozialen Bezügen wird es dem Hausarzt über-

haupt erst möglich, eine umfassende Versorgung des Patienten zu leisten, wie sie für die Funktionsbereiche und Arbeitsweise in der *Allgemeinmedizin* beschrieben wurden (Box. 25.3), die über die sog. „Gatekeeper“-Funktion weit hinausgehen.

Box 25.3 Funktionsbereiche und Arbeitsweise der Allgemeinmedizin

Die Aufgaben und Funktionsbereiche der Allgemeinmedizin sind weit gefächert und umfassen erheblich mehr als nur „gate keeping“. Der Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin bzw. der hausärztlichen Versorgung beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen.

Die Arbeitsweise der Allgemeinmedizin berücksichtigt somatische, psychosoziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis).

Jansen 2009: 63f.

Obwohl der Hausarzt also nicht auf die sog. „Gatekeeper-Funktion“ reduziert werden kann, muss er vielfältige Vermittlungs- und Kontrollfunktionen gegenüber verschiedenen Fachärzten und Instanzen im Gesundheitssystem vornehmen. So leitet er nicht nur viele Reha-Maßnahmen ein, sondern übernimmt auch nach deren Abschluss die Weiterbehandlung der Patienten, deren Fortschritte er nachhalten und dokumentieren muss, um gegebenenfalls Korrekturen in der Therapie oder weitere diagnostische Schritte einleiten zu können. Ebenso kehren die Patienten nach fachärztlichen Untersuchungen, Diagnosen und Therapien zur Weiterbehandlung in die Hausarztpraxis zurück, wo das fachärztliche Behandlungskonzept gegebenenfalls erneut zur Disposition steht und den langfristigen „Praxistest“ zu bestehen hat usw.

Insgesamt ist die Hausarztpraxis der „Dreh- und Angelpunkt“ im Gesundheitswesen, von dem aus Patienten in allen fachärztlichen Richtungen und institutionellen Versorgungsbereichen unter differenzialdiagnostischen Aspekten weiter behandelt werden, bevor sie zur Dauerbehandlung zu ihrem Hausarzt des Vertrauens zurückkehren. Dies geschieht nicht nur im „Regelfall“, der weniger belastend sein mag, son-

dern auch in dramatischen Fällen, in denen Patienten etwa mit einer *infausten* Prognose in die Hausarztpraxis zurückkehren, in der der Hausarzt die verbleibende Aufklärung und praktische Integration in die Lebenswelt des Patienten übernehmen muss. Dabei muss der Hausarzt nicht nur die kommunikative „Übersetzung“ der medizinischen Befunde in die *Sprache* des Patienten und sein *lebensweltliches Verständnis* leisten (§ 10, 22), sondern oft auch die *Sterbebegleitung* bei der Weiterbehandlung übernehmen, die er in seiner Hausarztpraxis oder durch regelmäßige Hausbesuche (§ 25.6) wahrnimmt.

Bei diesen Hausbesuchen erwirbt der Hausarzt auch eine besondere Kenntnis über das soziale Umfeld der Patienten. Vor Ort hat er Einblick in Wohnverhältnisse, lokale Probleme, bis zu Kenntnissen von belastenden nachbarschaftlichen Beziehungen (Cierpka et al. 2001). Hier sammelt sich ein nonverbales Hintergrundwissen an, das eine Matrix für den Kontext der Arzt-Patienten-Gespräche bildet.

Nicht zuletzt kann auch dem Wartezimmer des Hausarztes eine besondere Bedeutung zufallen. Es ist ein Ort, an dem sich Patienten aufgrund ihrer gemeinsamen langjährigen Zugehörigkeit immer wieder begegnen. Das Wartezimmer kann zu einem sozialen Treffpunkt werden. Dies trifft in besonderem Maße für alleingelassene und ausgegrenzte Menschen zu.

25.1.3 Das hausärztliche Patientengut

Die Hausarztpraxis wird von Patienten unterschiedlichen Alters und Geschlechts, sozialer und kultureller Herkunft, mit verschiedenen Problemen, Beschwerden und Anliegen aufgesucht. Dabei reicht das Spektrum der Versorgung von *Bagatell*-Erkrankungen („Husten, Schnupfen, Heiserkeit“) über die unkomplizierte Schnittverletzung, die ambulant in der „kleinen Chirurgie“ versorgt werden kann, bis zu *chronischen* Erkrankungen (z.B. KHK, Diabetes), die eine langfristige Betreuung verlangen (§ 29), und schließlich zu vital bedrohlichen *Akutfällen* (z.B. Herzinfarkt), in denen die Patienten in der eigenen Praxis oder beim Hausbesuch gegebenenfalls auch als *Notfälle* versorgt werden müssen, bevor sie etwa vom eintreffenden Notarzt weiterbehandelt werden können usw. Hier erhält die „Erstversorgung“ einen besonderen Sinn, der aber auf viele andere hausärztliche Funktionsbereiche zu übertragen ist.

Die Vielfalt des Patientenguts stellt den Hausarzt vor die Herausforderung, mit einem großen Spektrum von Krankheitsbildern umzugehen, die sowohl psychischem als auch somatischem Ursprung haben können. Nahezu kein Krankheitsbild kommt aber in Reinform vor. Es existiert kein Entweder-oder, sondern ein Sowohl-als-auch. Das Spektrum klassischer, psychischer und somatischer Krankheitsbilder wird dazu noch um die Vielfalt der Bagatell-Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen erweitert. Dieses Zusammentreffen von leichten und schweren Krankheitsbildern mit sowohl akuten als auch chronischen Verläufen macht den Kern der hausärztlichen Versorgungspraxis aus.

So werden vom Hausarzt in der *Primärversorgung* auch Patienten mit *psychischen* und *psychosomatischen* Gesundheitsstörungen behandelt, wie sie auch sonst in der Allgemeinbevölkerung verbreitet sind: „Depression, Angst-, Panikstörungen und somatoforme Störungen treten häufig in der Allgemeinbevölkerung auf und kommen dementsprechend auch oft in der Hausarztpraxis vor“ (Schneider, Szecsenyi 2017: 505). Bei den meisten dieser Patienten ist davon auszugehen, dass sie zuerst beim Hausarzt vorstellig werden, bevor sie gegebenenfalls in fachärztliche Behandlung wechseln müssen, wenn die eigenen hausärztlichen Ressourcen etwa bei der *psychosomatischen Grundversorgung* (Fritzsche et al. 2003, Reimer 2017) (§ 15, 42) an ihre Grenzen stoßen.

Aufgrund der *demographischen* Entwicklung ist mit einer Zunahme älterer, *multimorbider* Patienten zu rechnen, was nicht zuletzt zu einem „Struktur- und Funktionswandel der Medizin“ geführt hat (§ 5). Hier ist zunehmend auch von einer *psychischen Komorbidität* gerade bei älteren Patienten auszugehen. Darüber hinaus ist bei einer alternden Gesellschaft nicht nur mit allgemeinen körperlichen Gebrechen, sondern auch mit spezifischen Beeinträchtigungen der *Sinnesfunktionen* (Seh- und Hörstörungen) zu rechnen, die nicht zuletzt auch zu sozialer Isolation führen können (Schneider, Szecsenyi 2017). Ebenso muss der Hausarzt Patienten mit *kognitiven* Beeinträchtigungen (bis zur Demenz) betreuen oder in andere Funktionsbereiche (Geriatric usw.) vermitteln.

Ältere Patienten werden oft in Begleitung ihrer Angehörigen kommen müssen, was zusätzliche Probleme der Kommunikation mit Dritten aufwirft (§ 18, 37). Dabei scheint diese Art der Vermittlung in der allen vertrauten Muttersprache noch einfacher zu sein als zwischen verschiedenen Sprachen, bei denen sich darüber hinaus gegebenenfalls Vermittlungsprobleme zwischen verschiedenen Kulturen ergeben können, in denen auch andere Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen zum Tragen kommen können (Nesterko, Glaesmer 2015, Erim, Morawa

2017). Bei einem Patientenkollektiv, das auch in dieser Hinsicht der Allgemeinbevölkerung entspricht, hat sich der Hausarzt auch entsprechend auf Probleme der *interkulturellen* Kommunikation einzustellen (§ 28), unabhängig davon, ob das Gespräch allein mit den Patienten oder unter Beteiligung von professionellen Sprachmittlern oder „ausgewählten“ Laien (Angehörigen, Kollegen, Bekannten) geführt wird.

Immer wenn Dritte als „Mitspieler“ beteiligt sind (§ 18), muss damit gerechnet werden, dass sie mehr oder weniger „bewusst“ Einfluss auf das Gespräch und die Beziehungsgestaltung ausüben können, was von ärztlicher Seite mehr oder weniger zu „kontrollieren“ ist. Obwohl oder gerade weil der Hausarzt auch *Familienarzt* ist, muss er die *Vor- und Nachteile* der Beteiligung etwa von („intervenierenden“) Familienmitgliedern von Fall zu Fall kritisch abwägen. So offenbaren sich für den Hausarzt schon im Umgang mit *älteren* Patienten und ihren Angehörigen oft ähnliche Risiken einer „Stellvertreterkommunikation“ wie schon bei der Behandlung von *Kindern* und *Jugendlichen*, bei denen die Anwesenheit und kommunikative Vermittlung durch Dritte (Eltern, andere Angehörige) (§ 35) oft unvermeidlich scheint.

Dass es grundsätzlich auch anders gehen kann, wird nachfolgend an Gesprächsbeispielen mit einem Mädchen im Vorschulalter (§ 25.3) und einer Schülerin deutlich (§ 25.4), bei denen sich der Arzt und die jungen Patientinnen zusammen mit der jeweiligen Mutter darauf verständigen, ein klassisches *Vier-Augen-Gespräch* zu führen (§ 18.3), das diesem Wortsinn gerecht wird.

Eine besondere Problematik ergibt sich aus den Langzeitbeziehungen zu einzelnen Patienten. Der tägliche Wechsel von leichten und schweren Fällen, von akuten und chronischen Krankheitsverläufen, bezieht sich nicht nur auf unterschiedliche Patienten, sondern trifft auch für den Einzelfall zu. So kann jemand jahrelang an einer mäßigen hypochondrischen Störung leiden und dann doch plötzlich auch an einer schweren körperlichen Erkrankung. Dies trifft natürlich auch für den umgekehrten Fall zu. Insgesamt muss der Hausarzt auf alle Fälle einer Ko-Morbidität (§ 29) mit einer psychosomatischen Grundversorgung eingestellt sein.

25.2 Psychosomatische Gesprächsführung

Nachfolgend soll das spezifische Konzept einer psychosomatischen Gesprächsführung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung

dargestellt werden, bevor diese an einer Reihe von empirischen Beispielen aus der hausärztlichen Praxis exemplifiziert wird.

25.2.1 Personenzentrierte Arbeitsweise

Die beschriebenen Besonderheiten der hausärztlichen Versorgung erfordern eine Reflexion über den Stellenwert und den Zusammenhang von Gespräch und Untersuchung, die zwar getrennt erfolgen, aber eine Einheit bilden sollten. Untersuchungen sollten immer in Gespräche eingebettet sein (§ 8), so dass sich ein Zirkel von Vor- und Nachbesprechungen bei einer Reihe von Untersuchungen ergeben kann.

Die Untersuchung des Patienten stellt nur ein wesentliches Merkmal ärztlicher Tätigkeit dar. Es sollen Daten gesammelt werden, die einen Befund beschreibbar machen, der den Weg zu einer Diagnose ermöglicht. Das ist eine unabdingbare Voraussetzung ärztlicher Arbeitsweise. Die Frage ist aber, wie oft die gleiche Untersuchung in kürzesten Zeitabschnitten am selben Patienten wieder durchgeführt werden sollte.

Redundante Untersuchungen sind zwar manchmal notwendig, in den meisten Fällen aber überflüssig. Sie ergeben sich aus redundanten Symptombeschreibungen der Patienten. Verharrt der Patient in seinen Beschwerdeschilderungen, hat dies Wiederholungsuntersuchungen zur Folge, trotz mangelnder Befunde. Die Folgen können iatrogene Chronifizierungsprozesse sein (Protek-Rose, Koch 1994). Die Datensammlung zur Befunderhebung bezieht sich in der Regel nur auf sogenannte *harte* somatische Fakten. Die psychische Befunderhebung wird vernachlässigt oder an den Psychotherapeuten oder Psychiater delegiert.

Die Einführung der *psychosomatischen Grundversorgung* (Fritzsche et al. 2003) (§ 15, 42) soll dies verändern. Sie stellt im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland eine bemerkenswerte Einrichtung dar, die im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ihresgleichen sucht. In ihr wird die Möglichkeit angeboten, psychosoziale Daten und Fakten in den Alltag der ärztlichen Praxis einzubeziehen. Die hausärztliche Tätigkeit stellt keine verdünnte Ausgabe internistischer bzw. fachärztlicher Medizin dar. Sie ist eine Tätigkeit, die sich primär an der Person des Patienten und erst sekundär an seiner Diagnose orientiert. Seine Kompetenz besteht im angemessenen Umgang, sowohl mit der Krankheit als auch mit dem Kranksein seiner Patienten als Personen. Das erfordert eine Bereitschaft zum Zuhören. Er muss bereit sein, die Spannung, die sich zwischen den subjektiven Bedürfnissen seiner Pati-

enten und der objektiven Forderung nach Leitlinien gerechter Behandlung ergibt, auszuhalten. Dies setzt ein kritisches Selbstvertrauen voraus, das den Arzt befähigt, Verantwortung zu übernehmen und Unsicherheiten zu ertragen. Hier ist eine psychosomatische Kompetenz gefragt, die oft erst in langjähriger Fortbildung (§ 15, 42) zu erreichen ist.

Diese ärztliche Qualifikation ist ein wesentliches Anliegen der Balint Gruppenarbeit (Balint 1988, Rosin 1989, Adams et al. 2006, Kjeldmand, Holmström 2008). Das ärztliche Gespräch wird somit aufgewertet und die Akzeptanz für psychische Störungen deutlich gesteigert. Somit sind aner kennenswerte Voraussetzungen geschaffen, um psychotherapeutische Denk- und Verfahrensweisen, nicht nur als zusätzliche Spezialisierung, sondern als ein Basiselement in die allgemeine Grundversorgung zu implementieren.

Ein scheinbarer Erfolg ist mit der Abrechnungsfähigkeit dieser psychosomatischen Grundversorgung gegeben, die sich in den letzten zehn Jahren deutlich gesteigert hat. Zunahme der Abrechnung bedeutet aber keineswegs auch eine Zunahme der Qualität und Nutzung der Möglichkeiten, die diese Einrichtung bietet. Eine Hürde für niedergelassene Ärzte bildet nach wie vor die Art und Weise der Datenerfassung psychosozialer Kennzahlen. Sie gelingt nur mit einer Änderung der Gesprächsführung, wie sie nachfolgend auf der Basis vorausgehender Kapitel (§ 9, 19) sowie auch persönlichen Erfahrungen mit einem spezifischen Konzept zur *psychosomatischen Gesprächsführung* für das hausärztliche Gespräch dargestellt werden soll.

25.2.2 Interrogative versus narrative Gesprächsführung

In der Praxis beginnt der Einstieg ins Gespräch in der Regel mit einem somatischen Anliegen des Patienten, das in Form von Beschwerdeschilderungen vorgetragen wird. Im Unterschied zur traditionellen, interrogativen Anamneseerhebung (§ 9, 19) soll nun in der zur Verfügung stehenden Zeit vor allen Dingen der Patient zu Wort kommen. Das bedeutet eine erhebliche Reduzierung des ärztlichen Redeanteils (§ 40.2), der zunächst weniger zu Detail-Fragen als vielmehr zur Förderung von Patientenerzählungen zu nutzen ist. Dies ist die erste und wichtigste Voraussetzung.

Bereits diese Änderung im Gesprächsverhalten des Arztes leitet eine richtungsweisende Veränderung des üblichen Kommunikationsstiles zwischen Arzt und Patient ein und zieht eine Reihe von Konsequenzen

nach sich, die sich wiederum auf den gesamten Gesprächsverlauf auswirken.

Nicht selten wird von älteren Ärzten an jüngere Kollegen der Rat erteilt: „Lasst die Patienten nur nicht aussprechen, wenn sie erst einmal anfangen, zu reden, dann hören sie nicht mehr auf.“ Ärzte haben offensichtlich Befürchtungen, Patienten länger zu Wort kommen zu lassen, vor allem wenn sie dies zu Patientenerzählungen nutzen. In der Regel gestaltet aber nur ein geringer Teil der Patienten das dialogische Gesprächsangebot als Monolog. Der weitaus größere Teil ist zunächst mit der Möglichkeit, über sich als Person mit individuellen Beschwerden reden zu können, oft überfordert. Patienten hören zumeist sehr schnell von alleine wieder auf zu sprechen. So entstehen Gesprächspausen, die nun ärztlicherseits ausgehalten werden müssen.

Dies stellt den zweiten bedeutsamen Änderungsschritt dar. Der Patient braucht Zeit zum *Überlegen* und *Assoziieren* (§ 9, 17), und der Arzt muss ihm diese Zeit zugestehen und sie auch zulassen. Er muss Kommentierungen aus seinem medizinischen Bezugssystem zurückstellen, um dem Patienten erst einmal behilflich zu sein, sein Anliegen auch zu versprachlichen. Geburtshilfe zum Sprechen wird so zu einer ärztlichen Aufgabe (§ 9, 19), die es dem Patienten ermöglichen soll, seine Beschwerden und Anliegen sowie die damit verbundenen Emotionen zu artikulieren.

25.2.3 Dynamisierung der Beschwerdenschilderung

In vielen Fällen geht das Gespräch einfach nicht weiter, es kommt ins Stocken. Erste Schwierigkeiten lassen sich mit wiederholten Aufforderungen zur Beschwerdenschilderung und mit der Ermutigung zur präziseren Symptombeschreibung bereits überwinden. In der Redundanz der Beschwerdenschilderung eröffnet sich der Facettenreichtum des Symptoms und gibt mit eher identischen Beschreibungen Hinweise zu einem somatischen Hintergrund und, mit zunehmender Varianz in der Schilderung, Hinweise auf einen psychosozialen Kontext (Adler 2000).

Nimmt der Arzt gleichzeitig nonverbale Mitteilungen des Patienten in Form von Gestik, Mimik, Körperhaltung, Stimmlage und Erzählfluss wahr (§ 12, 18-19), so gewinnt er subjektive Daten über seinen Patienten, die den Rohstoff für eine Hypothesenformulierung zu den Inhalten des Erzählens geben können.

Fordert der Arzt den Patienten zusätzlich auf, selbst Hypothesen über seine Beschwerden zu bilden, verändert sich die Interaktion zwischen beiden. Nun erlebt der Arzt einen Patienten, der Geschichten erzählt, die für das Verständnis seines Krankheitszustands bedeutsam sein können (Ferro 2009).

Das Symptom hat jetzt nicht mehr nur Gewicht in seiner zeitlichen und topografischen Dimension, wann und wo es auftritt, sondern bekommt eine neue Qualität. Es vermittelt, wie es von Patienten erlebt wird, was es in ihm auslöst und welche Wege der Patient geht, um es aushalten zu können. Das Symptom vermittelt Subjektivität.

Die Reduzierung der Aussagen des Patienten auf die differenzialdiagnostischen Überlegungen des Arztes und damit die ausschließliche Gewichtung nach einem medizinischen Bezugssystem, kann so überbrückt werden. Auch das nur scheinbar biologisch begründete Symptom erscheint nun im Kontext des Patienten und wird so nicht selten aus seiner somatischen Starrheit gelöst und beginnt, sich im Rahmen einer sich ständig verändernden Beschwerdeschilderung zu bewegen, es nimmt eine dynamische Gestalt an.

25.2.4 Symptom, Affekt und Beziehung

Mit der Dynamisierung der Beschwerdenschilderungen werden Bewegungen vom Symptom zum Affekt und vom Affekt zur Beziehung vollzogen, die nicht nur die lebensweltliche Situation des Patienten außerhalb der Sprechstunde betreffen. Vielmehr kommen mit der Beschwerdeschilderung auch Affekte und Beziehungen zum Arzt als Gesprächspartner ins Spiel, dem etwa bestimmte Rollen (als Vater, Helfer, Experte, Techniker, Partner, Freund usw.) (v. Uexküll, Wesiack 1991) (§ 4.4) mit bestimmten Erwartungen an die ärztliche Versorgung angetragen werden.

Kein Symptom ohne Affekt

Der weitere Schritt in der Realisierung einer psychosomatischen Grundversorgung besteht darin, dass der Arzt sich bewusst macht, dass die Erzählungen seiner Patienten immer von Affekten begleitet werden, die kongruent, aber auch divergent zu den Inhalten stehen können (Köhle 2017). Der Arzt muss lernen, diese Affekte als zusätzliche Informationsgeber zu akzeptieren und zu nutzen. Dies gilt sowohl

für eigene Affekte, aber auch für die des Patienten. Das Fehlen oder Erscheinen dieser Affekte muss im Gespräch markiert werden, ohne dass sofort eine konkrete Benennung in Form von zum Beispiel Wut, Ärger, Ohnmacht, Hilflosigkeit, innerer Leere erfolgt. Zunächst ist es wichtig, dass eine innere Bewegtheit oder Erregung oder auch ihr Fehlen festgehalten wird und die Benennung erst nach einer gemeinsamen Suchbewegung von Arzt und Patient erfolgt.

Vom Arzt ist zu fordern, dass er seine Affekte erkennt, sie bewältigt und kontrolliert und nicht ausagiert. Damit ergibt sich ein neues Gesprächsziel. Nicht der Arzt erklärt dem Patienten, in welchem Zustand er sich augenblicklich befindet, sondern der Patient braucht Hilfe vom Arzt, um seine Gefühle und Stimmungen zu versprachlichen (Parkinson et al. 2000).

Die Selbsterfahrung des Arztes ist dabei eine notwendige Voraussetzung, größere Sicherheit im Umgang mit den eigenen Gefühlen zu erreichen. Der Patient wiederum bedarf eines Gegenübers als eines kompetenten Zuhörers, der seine eigenen Gefühle lesen und regulieren kann (Koerfer et al. 2010, Obliers et al. 2010). Erst so erwächst für den Patienten die Chance, sich über seine eigenen Gedanken, seine eigenen Gefühle und inneren Zustände klarwerden zu können.

Der Verzicht des Arztes auf kausale Rückschlüsse, zugunsten einer gemeinsamen Hypothesenbildung, fördert die Bildung eines gemeinsamen Vokabulars (Hirsch 2002). Es entwickeln sich so Erzähleinheiten, die in ihrer Bedeutung so nur vom Arzt und Patienten verstanden werden können und den Gesprächsstoff für Serien von Gesprächen (§ 26.2) bilden.

Kein Affekt ohne Beziehung

Über das Narrativ bekommt das affektive Erleben des Patienten Zugang zum Arzt-Patienten-Gespräch und kann als wichtige Datenquelle genutzt werden. Er wird nun nicht mehr übergangen oder übersehen. Der Affekt wiederum verbindet sich mit Beziehungsepisoden, die äußere Konflikte sichtbar werden lassen, deren Wiederholungscharakter aber auch erste Annäherungen an ein unbewusstes Konfliktmuster erlaubt. Der Affekt erlaubt den Zutritt zum psychischen System des Patienten. Die Art und Weise, wie er ihn reguliert, ermöglicht dem Arzt einen Einblick in die Stabilität und Kohärenz des Selbstsystems des Patienten (Fonagy et al. 2004). Für den Arzt wird nun deutlich, dass er im Gespräch und in der Interaktion mit seinen Patienten, fortlaufend stüt-

zend oder stabilisierend auf die Selbstregulierung seines Patienten einwirkt. Mangelnde Aufmerksamkeit vonseiten des Arztes blockiert die Bereitschaft des Patienten, sich zu öffnen. Unterstützt er ihn aber bei seinen Erzählungen, so signalisiert er ihm Zuwendung. Das Gespräch gewinnt an Tiefe. Das Selbstgefühl des Patienten nimmt zu.

Affekte, Beziehungsepisoden, Konflikte können nun miteinander verknüpft werden und lassen sich so zu Themen fokussieren. Das Gespräch bekommt auf diese Art und Weise eine Richtung. Der Arzt hilft durch sein Verstehen und durch sein Zuhören dem Patienten, Affekte auszuhalten, zu ertragen, und leistet damit erste Schritte zu deren Bewältigung.

Therapeutische Nachhaltigkeit entsteht nicht durch die Affektabfuhr, sondern durch ein reflexives Durcharbeiten ihrer psychogenetischen Bedeutung im Rahmen einer kompetenten Zuhörerschaft. Diese erforderten Gesprächsserien (§ 25.5-6), in denen die einzelnen Narrative zu einer Ergänzungsreihe zusammengefasst und in einen Zusammenhang mit der aktuell auslösenden Beschwerdesituation gestellt werden können.

Zwischen Arzt und Patient entwickelt sich so eine Beziehung, parallel zu den Inhalten der Erzähleinheiten, in der beide entlang ihrer eigenen Bezugssysteme nicht die Bedeutung der Beschwerden ausgraben oder freilegen, sondern die Bedeutung erst in einer gemeinsamen Gesprächsarbeit konstruieren (Brisch 1999).

Der Neukonstruktion dieser dritten Ebene kommt therapeutische Wirksamkeit zu. Für ihre Generierung scheint der Zeitfaktor des Einzelgesprächs erstaunlicherweise eine untergeordnete Rolle zu spielen, wohingegen die Länge und die Intensität der Beziehung ausschlaggebender zu sein scheint. Gerade hier liegen die besonderen Möglichkeiten hausärztlicher Tätigkeit.

25.2.5 Narrative Gesprächsverläufe

In den folgenden Gesprächsanalysen werden Erfahrungen aus der Praxis mit unterschiedlichen Formen von narrativen Gesprächsverläufen anhand von Fallbeispielen vorgestellt. Alle Fallbeispiele sind auf Video dokumentiert. Die Gesprächssequenzen werden hier teilweise als Transkript, teils als direkte oder indirekte Rede wiedergegeben. Es wird versucht, Elemente der Übertragung und Gegenübertragung in die Fallbeschreibung einfließen zu lassen. So sollen auch Affekte und Einstellun-

gen des behandelnden Arztes im Nachgang der Gespräche berücksichtigt werden. Die methodische Perspektive ist, die vorausgehend beschriebene Art der psychosomatischen Gesprächsführung exemplarisch an einer Reihe von Gesprächen zu verdeutlichen, bei denen die detaillierten Transkriptanalysen nach Möglichkeit durch die Binnenperspektive des behandelnden Arztes ergänzt wird. So soll die „objektive“ Beobachtungsperspektive des Gesprächs, das als Transkript allen „Beobachtern“ gleichermaßen zugänglich ist, mit der „subjektiven“ Erlebensperspektive des ärztlichen Gesprächsteilnehmers verknüpft werden.

Im Zentrum der Gesprächsanalysen stehen die praktischen Möglichkeiten des Narrativs. Allerdings können die narrativen Gesprächsverläufe wegen des Umfangs hier nur in Auszügen wiedergegeben und unter spezifischen Aspekten analysiert werden. In den ersten beiden Fällen ist auch bestimmten altersgemäßen Kompetenzen der kindlichen bzw. jugendlichen Patientinnen Rechnung zu tragen.

- *Gespräch mit einer Fünfjährigen.* Beim ersten Beispiel, einem Gespräch mit einem krebskranken Kind, wird veranschaulicht, wie eine Serie von Narrativen des Kindes die Mutter, die zuvor vom Kind rausgeschickt wurde, sowie die Geschwister und schließlich den behandelnden Arzt einbezieht. Mit der Reflexion des Übertragungsgeschehens eröffnen die Narrative des Kindes eine neue Ebene, die sein Anliegen erst verständlich macht.
- *Gespräch mit einer Schülerin.* Auch im zweiten Beispiel soll eine schüchterne Schülerin ohne ihre Mutter, die vereinbarungsgemäß draußen wartet, ihre Beschwerden schildern. Zunächst gelingen ihr nur einsilbige Äußerungen, überwiegend zu ihren Symptomen (Übelkeit, Kopfschmerzen). Dann entwickelt sich zwischen Arzt und Patientin eine kooperative Suche nach Möglichkeiten, ihre Beschwerden zu versprachlichen. Diese gemeinsame Gesprächsarbeit ermöglicht der Patientin ein Narrativ, das die Basis für weitere Gesprächsserien bildet.
- *Gespräch mit einem Rentner und Paargespräch.* Den Abschluss bildet ein Beispiel aus einem zunächst kurzen Gespräch mit einem älteren Patienten aus der allgemeinärztlichen Praxis, bei dem sich am Anschluss an seine herzbezogenen Beschwerden ein Narrativ zur Entlassung seiner Ehefrau aus dem Krankenhaus entwickelt. Die weiteren Paargespräche mit den Eheleuten machen

dieses Narrativ dann im Rahmen einer symbiotischen Paarbeziehung verständlicher.

Die Beispiele verdeutlichen, dass das primäre somatische Anliegen der Patienten durch ihre Narrative in einen neuen Kontext gestellt wird. Dieser neue Kontext relativiert ihre objektiv beschreibbare *Krankheit* zu einem subjektiv erlebbaren *Kranksein*. Dies hat Auswirkungen auf die sich üblicherweise daraus ergebenden diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen.

25.3 Krankheitsverarbeitung und -bewältigung

Im folgenden Gespräch mit einem fünfjährigen Mädchen geht es wesentlich um die Verarbeitung und Bewältigung der „schlimmen“ Krankheit „Krebs“. Dabei kommen nicht nur die Belastungen des Kindes in seinen eigenen Worten zur Sprache, sondern auch die der Familie insgesamt. Zum besseren Verständnis des Gesprächs mit dem Kind soll die Vorgeschichte kurz resümiert werden, die mit dem Besuch der Mutter in der Sprechstunde beginnt.

25.3.1 Vorgeschichte: Die Krebserkrankung einer Fünfjährigen

Der Fall hatte zunächst mit der Beschwerdenschilderung der Mutter über ihre Kopfschmerzen begonnen. Kopfschmerzen zählen zu den immer wiederkehrenden Behandlungsanliegen von Patienten in der hausärztlichen Praxis. Die übliche Vorgehensweise für den Arzt besteht darin, mögliche Ursachen systematisch abzuklären und auszuschließen, so zum Beispiel Erkrankungen der Zähne, der Nasennebenhöhlen, der Halswirbelsäule, Augenerkrankungen, Gefäßerkrankungen, neurologische Erkrankungen bis hin zu Tumoren. Auch Stoffwechselstörungen und Störungen des Elektrolythaushaltes können zu ähnlichen Beschwerden führen.

Belastung der Mutter: Vom Symptom zum Narrativ

Bezieht der Arzt sich bei der Beschwerdeschilderung der Patientin lediglich auf den Begriff *Kopfschmerz*, ist er geneigt, umgehend die differen-

zialdiagnostische Abklärung durchzuführen. Fördert er aber die Selbstdarstellung, besteht die Chance, dass der Begriff in einem Narrativ sprachlich verflüssigt wird. Der Begriff kann sich in eine Erzählung „auflösen“, die dann noch untersucht und verstanden werden muss. Das Narrativ stellt keinen Selbstzweck dar, sondern lässt sich als ein Tor zur subjektiven Wirklichkeit des Patienten verstehen.

Auch im vorliegenden Fall stützt sich der Arzt auf diese differenzialdiagnostischen Überlegungen, fördert aber zunächst die Selbstdarstellung der Patientin, er ermöglicht ein Narrativ. Die Mutter von drei Kindern erzählt von ihrer fünfjährigen Tochter, die an einer komplizierten Krebserkrankung leidet. Sie ist bereits seit vielen Monaten in einer Uniklinik sowie in einer onkologischen Praxis in Behandlung. Das Kind sei sehr aufgeweckt und stelle ununterbrochen Fragen, eben auch zum Verlauf seiner Erkrankung.

Der Arzt vermutet, dass die sehr fürsorgliche Mutter zunehmend überfordert ist. Da sind nicht nur die vielen Arzt- und Krankenhausbesuche, bei denen sie das Kind ständig begleitet, sondern auch noch zwei weitere Kinder und ein großes Haus mit Garten und viel Arbeit. Dann immer wieder diese Fragen des Kindes zu seiner gegenwärtigen Situation. Es kommt zu unerträglichen Kopfschmerzen der Mutter.

Gesprächsangebot an Mutter und Tochter

Der Arzt bietet der Patientin an, mit der Tochter in die Praxis zu kommen in der Hoffnung, mit dem Kind ins Gespräch zu kommen. Diesem Vorschlag hatte die Mutter bereitwillig zugestimmt. Die Mutter kommt



Abb. 25.1

nun heute mit ihrem Kind in die Praxis, in der sie sich vor mehreren Tagen angemeldet hat. Vor dem Betreten des Sprechzimmers hatte die Mutter dem Arzt nun in Anwesenheit der Tochter noch mitgeteilt, dass sie zu Hause über den Arzt gesprochen hätten und dass die Tochter nun gerne mal mit dem Arzt sprechen wolle.

Zunächst nehmen Mutter und Tochter nun im Sprechzimmer nebeneinander Platz, wobei das Mädchen eine Puppe in den Armen hält (Abb.

25.1). Sie trägt eine Kappe auf dem Kopf, wohl auch, um den Verlust ihrer Haare zu verbergen, den man später im Gespräch auch direkt wahrnehmen kann, wenn sie die Kappe abnimmt.

25.3.2 Beziehungskonflikt: „Da soll die Mama rausgehen“

Schützend und stabilisierend hält das Kind weiterhin seine Puppe fest vor sich, wobei auch Varianten zu beobachten sein werden. Zunächst hat es den Anschein, als baue sie die Puppe zwischen sich und dem Arzt als Schutzschild auf, das sie erst später im Gespräch ablegen wird.

Erwartungsvolle Anspannung des Arztes

Durch die Vorankündigungen der Mutter ist der Arzt in erwartungsvoller Anspannung. Er weiß noch nicht, wie er das Gespräch mit einem fünfjährigen Kind mit dieser schweren Erkrankung eröffnen soll. Er hat Angst, dem Gespräch nicht gewachsen zu sein.

Ihm fällt spontan ein, dass es wichtig sein könnte zu wissen, wann die letzte Chemotherapie für das Kind stattgefunden hat, und er versucht, diese Situation zu klären. Obwohl er anfangs seine Frage mit einer Art *small talk* an die junge Patientin adressiert („Silke, wo kommt ihr denn jetzt her?“), gerät der weitere Gesprächsauftakt, der hier gekürzt wiedergegeben wird (B 25.1), in ein Frage-Antwort-Muster zwischen Arzt und Mutter.

B 25.1	„Silke, wo kommt ihr denn jetzt her?“
01	A [alle sitzen] Silke, wo kommt ihr denn jetzt her? .
02	P aus [Ortsname] .
03	A [...]
04	M [Mutter thematisch u.a. zu: ambulanter Behandlung, Spritzen, Chemotherapie usw.] .
05	A [...]
06	M [...]

Der Arzt bemerkt aber schnell, dass er in sein altes, *interrogatives* Frage-schema mit der Mutter abgleitet und damit einem möglicherweise belastenden Gespräch mit der jungen Patientin auszuweichen versucht. Deshalb versucht er eine Art Neustart, bei dem es erneut an das Mädchen wendet, das heute seine primäre Gesprächspartnerin sein soll. Dabei kommt es zu einer überraschenden Wende in der Gesprächssituation, die bisher durch die besondere Dreiecksbeziehung zwischen Arzt,

der jungen Patientin und der Mutter bestimmt war, die zugleich seine Patientin war und ist.

Vier-Augen-Gespräch und ärztliches Zuhörerprivileg

Auch beim Hausarzt, der oft zugleich *Familienarzt* ist, kann die Anwesenheit von Familienmitgliedern die direkte Kommunikation zwischen Arzt und Patient stören, die sich dann besser auf das klassische Vier-Augen-Gespräch zurückziehen sollten (§ 18.3). In diesem Fall wird ein möglicher *Beziehungskonflikt* zwischen Mutter und Tochter direkt in der Sprechstunde in actu vor dem Arzt ausgetragen. Das Beispiel ist ein starker Beleg für das ärztliche *Zuhörerprivileg*, das gerade bei schwierigen“ oder „heiklen“ Themen (§ 20, 21) eher gegenüber der „fremden“ Person des Arztes als gegenüber vertrauten Personen gewährt wird, auch wenn oder gerade weil sie Familienmitglieder sind. Es ist schon erstaunlich, wie selbstbewusst und zielstrebig die Fünfjährige die professionelle Rolle des Arztes für sich in Anspruch zu nehmen versteht, mit dem sie offenbar ein exklusives Beziehungsbündnis einzugehen sucht.

B 25.2 „da soll die Mama rausgehen“

- 07 A ich glaub, du willst mich was fragen . was willst du mich denn fragen? .
- 08 P da soll die Mama rausgehen .
- 09 A da soll die Mama rausgehen . Tür auf lassen oder zumachen? .
- 10 P zumachen .
- 11 A ganz zu machen ... [P nickt]

Bei dieser Art der „Lösung“ einer möglichen Konfliktsituation muss offen bleiben, ob das Kind das Vier-Augen-Gespräch mit dem Arzt primär sucht, um die Mutter zu „schonen“, oder um sich selbst einen „Schonraum“ vor der Mutter zu schaffen, wobei natürlich auch beide Motive zusammenfallen können, wie dies durch den weiteren Gesprächsverlauf nahegelegt wird.

Der Arzt ist zunächst selbst überrascht und scheint sich selbst erst über das Ausmaß der Konsequenzen vergewissern zu müssen: Nach der wörtlichen Wiederholung stellt er dann verbleibende Alternativen noch einmal zur Disposition („Tür auf lassen oder zu machen“), um trotz der eindeutigen Antwort der Patientin („zumachen“) nochmals durch Nach-

frage eine mögliche Konsequenz zu klären („ganz zu machen?“), was nonverbal durch Nicken bestätigt wird. Auf diese Weise „hinauskomplimentiert“ verlässt die Mutter, die etwas irritiert wirkt, aber sich sofort wie einverstanden erhebt, das Sprechzimmer, das die junge Patientin nun nur noch mit ihrem Arzt allein teilt.



Abb. 25.2



Abb. 25.3

In dem Augenblick, als die Mutter draußen und die Tür geschlossen ist, wendet sich der Blick des Kindes, der zunächst auf die hinausgehende Mutter gerichtet war (Abb. 25.2), auf

den Arzt, und dieser bemerkt ein flüchtiges entspanntes, hoffungsvolles Lächeln (Abb. 25.3). Dann beginnt das „eigentliche“ Gespräch mit einem Neustart, bei dem die Patientin gleich in medias res geht.

25.3.3 Selbstexploration: „Mir gehen die Nerven durch“

Sobald die so gewünschte, strikt dyadische Gesprächssituation hergestellt ist, wird das Generalthema für die Sprechstunde von der Patientin ohne weitere Einleitung unter zwei Aspekten kurz und bündig formuliert, die sich als *thematische Aufmacher* für das ganze Gespräch erweisen, in dem sie von beiden Gesprächspartnern wieder aufgenommen und vertieft werden.

B 25.3 „Mir gehen die Nerven durch und ich hab Angst manchmal“

- | | | |
|----|---|---|
| 12 | P | mir gehen die Nerven durch und ich hab Angst manchmal . |
| 13 | A | ja das ist schön . wie du das sagen kannst . |
| 14 | P | manchmal traue ich mir das nicht zu sagen ... |
| 15 | A | was traust du dich nicht zu sagen? . |
| 16 | P | dass mir die Nerven durchgehen und ich Angst hab . |

Damit sind die beiden thematischen Hauptaspekte eingeführt, die im weiteren Gesprächsverlauf mit Bezug auf verschiedene aktiv und passiv beteiligte Familienmitgliedern weiter ausgeführt werden. Während mit „Angst“ eher ein „inneres“ Gefühl bezeichnet wird, wird mit den „Ner-

ven“, die der Patientin „durchgehen“, eher ein nach außen „gerichtetes“ Gefühl beschrieben, das später auch in seiner *aggressiven* Ausrichtung („Ärger“) auf die Eltern und Geschwister bezogen wird. Obwohl beide Themen-Aspekte („Affekte“) im weiteren Gespräch wiederholt zusammengeführt werden, muss zu Beginn zunächst eine Wahl zwischen den beiden Alternativen getroffen werden.

Der emotionale Gehalt der thematischen Aufmacher

Mit beiden thematischen Aufmachern („Mir gehen die Nerven durch und ich hab Angst manchmal“) werden zugleich die Emotionen angesprochen, die in der gemeinsamen Gesprächsarbeit von Arzt und Patient weiter bearbeitet werden. Die direkte und offene Formulierung, die fast im Stile eines Erwachsenen vorgetragen wird, überrascht auch den Arzt. Dieses fünfjährige Mädchen legt mit einer klaren Formulierung seine ganze innere Situation offen dar. Möglicherweise hat sie die Formulierung aus Vorwürfen oder Kommentaren der Eltern übernommen, die sie in gewisser Weise zitierend wiedergibt. Dies würde auch die Motivation ihres Anliegens nochmals verständlicher machen, nicht in Gegenwart ihrer Mutter, sondern mit dem Arzt alleine über die so formulierten Themen zu sprechen.

Der Arzt überlegt, wie schwierig es ist, mit Erwachsenen auf den Kern ihrer Probleme zu kommen und welche Schwierigkeiten sie manchmal haben, dies auch direkt zu formulieren. Umso mehr setzt ihn dieses Kind in Erstaunen. Er spiegelt ihr diese außerordentliche Fähigkeit, klar zu sagen, was sie belastet und warum sie zu ihm kommt, unmittelbar mit einer *empathischen* Rückmeldung der Anerkennung zurück (§ 20.5). Das Kind nimmt seine Rückmeldung („schön wie du das sagen kannst“) in relativierender Weise auf, indem sie die Einschränkung ihrer Fähigkeit betont: „Manchmal traue ich mir das nicht zu sagen.“ Sie ist also häufig in einem Zustand innerer Unruhe und großer Angst, ohne mit jemandem darüber offen sprechen zu können.



Abb. 25.4

Sie kennt nicht nur den Zustand, sondern kann ihn bereits sprachlich festmachen, beschreiben und mit kohärenten Formulierungen transportieren. Dabei nimmt sie direkt Tuchfühlung mit ihrer Puppe auf und hebt den Kopf der Puppe in einer aus der Sicht des Arztes beschützenden Geste unter ihr Kinn (Abb. 25.4). Sie kann aller-

dings noch nicht konkret sagen, wovor sie Angst hat, was anschließend deutlich wird, wenn sie die Nachfrage des Arztes (21A) mit Nicht-Wissen beantwortet (22P: „weiß ich nicht“). Im weiteren Gesprächsverlauf wird aber immer deutlicher, was ihr Angst macht.

Todesangst als Trennungsangst

Nachdem der Arzt zunächst seine Anerkennung ausgedrückt hat („schön wie du das sagen kannst“), wird das *Angstthema* weitergeführt, das eine *Relevanzhochstufung* durch *Wiederaufnahme* (17A: „du hast dann richtige Angst“) und *empathische* Rückmeldung (19A: „das ist ein fiebes Gefühl“) erfährt (§ 19, 20). Zur Klärung der Frage nach dem Grund bzw. Objekt der Angst bedarf es zweier Anläufe durch den Arzt (21A: „Wovor hast du Angst?“ – 23A: „Wie merkst du das?“), bevor die Angst vor allem als *Trennungsangst* spezifiziert wird (24P – 28P), die als Trennung von den Eltern (25A: „gehen weg“) thematisiert wird. Der Arzt weiß natürlich um die schwere Erkrankung der Patientin, auf deren kindgerechte Krankheitsvorstellungen er angemessen reagiert, ohne sie zu überfordern.

B 25.4 „Angst“ als Verlust- und Trennungsangst

- 17 A du hast dann richtige Angst .
18 P [nickt] .
19 A das ist ein fiebes Gefühl . das weißt du schon .
20 P [nickt] .
21 A wovor hast du Angst? .
22 P weiß ich nicht .
23 A das weißt du nicht . wie merkst du das mit der Angst? ...
24 P dass Mama und Papa bei mir bleiben sollen .
25 A hast du Angst die gehen weg? . und dass du dann alleine bist ? .
26 P [nickt] .
27 A dann bist du ganz alleine und du hast Angst, Mama und Papa gehen weg .
28 P [nickt] .
29 A jetzt hast du die Mama weggeschickt . prima gemacht . jetzt mit mir alleine . das kannst du ja sehr schön .
30 P [Legt Puppe, die sie bisher im Arm hielt, weg zur Seite]

Auf die Frage des Arztes, wie sie die Angst denn bemerke (A23), denkt sie intensiv nach. Sie überlegt. Mama und Papa sollen bei ihr bleiben.

Sie hat Angst, die Eltern könnten weggehen. Dem Arzt kommt verständlicherweise in den Sinn, dass Sie Angst vor einem bedrohlichen Krankheitsverlauf hat, was immer die kindliche Vorstellung von Tod und Sterben sein könnte. Vielleicht drückt sie die Angst vor dem eigenen Weggehen, vor dem eigenen Sterben, als Angst, als Projektion über das Weggehen der Eltern aus. An dieser Stelle überlegt er, ob sie mit ihm darüber sprechen will, ob das der eigentliche Grund ihres Besuches ist. Will sie mit ihm über den Tod sprechen, über das Sterben?

Der Arzt erkennt zugleich, wie kompetent die junge Patientin bereits mit Trennung umgehen kann. Sie hat zwar Angst, dass die Eltern sie



Abb. 25.5

verlassen könnten, aber in der jetzigen Situation hat sie die Mutter hinausgeschickt. Sie hat aktiv die Trennung von der Mutter bewirkt. Der Arzt vermittelt ihr, dass sie bereits sehr gut mit Trennung umgehen kann (A29). Diese Intervention löst bei ihr eine verblüffende nonverbale Handlung aus. Sie löst sich nun auch von ihrer Puppe und legt sie neben sich auf dem Stuhl beiseite (Abb. 25.5). Sie legt ihr Übergangsobjekt deutlich erkennbar ab. Nun steht nichts mehr

zwischen Arzt und Patientin, beide Gesprächspartner sind in direktem Kontakt. Für einen Moment scheint sie verlegen und orientierungslos, nimmt aber sofort wieder den Kontakt zum Arzt auf.

Die „beängstigenden“ Themen, die latent (*Tod*) oder manifest (*Trennung*) im Gesprächsraum stehen, scheinen in der Beziehung zum Arzt zumindest für den Moment an Bedrohlichkeit verloren zu haben, weil bei allen verbleibenden Ambivalenzen die eigenen Ressourcen der Patientin gestärkt wurden.

In Studien zum kindlichen Todeskonzept kommen die Ambivalenzen von Kindern zum Ausdruck, wie sie etwa von einem sechsjährigen Mädchen geäußert wird, das seine Mutter durch einen Verkehrsunfall verloren hat: „Daß Mutti tot ist und nicht mehr da sein wird, das begreife ich wohl. Aber warum kommt sie nicht mehr abends, um mir einen Gutenachtkuss zu geben?“ (n. Huppmann, Wilker 1988: 136). Auch in anderen kindlichen Verständniskonzepten wird der Tod als mehr oder weniger „endgültig“ bzw. durch Übergangsphasen vermittelt vorgestellt.

So wird die Angst vor dem Tod auch in diesem Gespräch von der fünfjährigen Patientin nicht direkt, sondern vor allem als *Trennungs- und Verlustangst* angesprochen, die vor allem vom Verhalten ihrer Eltern abhängig erscheint (24P: „Dass Mama und Papa bei mir bleiben

sollen“). Offenbar wird von der Patientin befürchtet, dass sich die Eltern nicht so verhalten werden, wie sie sich aus der kindlichen Wunsch- und Erwartungsperspektive verhalten sollten. Hier kommt nun der andere, bereits von der Patientin am Gesprächsbeginn eingeführte Themen-Aspekt ins Spiel, nämlich dass sich die Patientin ihrerseits „unangemessen“ verhält (12P: „mir gehen die Nerven durch“), was sie offenbar entsprechende „Sanktionen“ (*Weggehen* usw.) durch ihre Eltern befürchten lässt. Dieser Themenstrang wird zunächst weiterverfolgt, bevor der Arzt sich erneut den subjektiven Vorstellungen seiner Patientin zu ihrer Erkrankung zuwendet.

Kontrollverlust: „dann werd ich jeckig“

Nachdem der Arzt seine Anerkennung für die kurzfristige, aktuelle Trennung der Patientin von ihrer Mutter ausgedrückt hatte (29 A: „das kannst du ja sehr schön“) und die Patientin ihre Puppe als „Hilfs-Objekt“ beiseitegelegt hatte, lässt der Arzt vorerst das Thema der Angst auf sich beruhen, das aber sogleich von beiden Gesprächspartnern wiederaufgenommen wird. Der Arzt spricht zunächst den anderen Aspekt des Eingangsthemas („Nerven ...“) seiner Patientin an, auf den diese dann nach weiterer Nachfrage bereitwillig eingeht, indem sie ihrem „Affekt“ in ihrer Sprache einen dialektalen „Namen“ gibt (34 P: „dann werd ich jeckig“). Die Patientin charakterisiert sich selbst als so „verrückt“, dass sie offenbar die Kontrolle verliert (34 P: „und weiß nicht, was ich dann sage“), was eine weitere *Relevanzhochstufung* (§ 17, 19) durch den Arzt qua *Wiederholung* (35 A: „du weißt nicht mehr was du sagst“) erfährt.

B 25.5 „dann werd ich jeckig“

- 31 A und dann gehen dir die Nerven durch, ja? .
32 P nickt .
33 A wie ist das denn so, wenn die Nerven durchgehen .
34 P dann werd ich jeckig und weiß nicht was ich dann sage .
35 A du weißt nicht mehr, was du sagst, ja? .
36 P [nickt] .

Nicht mehr zu wissen, was man sagt, ist Ausdruck eines „Kontrollverlustes“, den beide Partner offenbar auf ihre Weise von einem übergeordneten Krankheitsverständnis ableiten können. Jedenfalls kann die

Patientin die nachfolgende ärztliche Themen-Initiative, die zunächst überraschend scheinen mag, in ihre eigenen, subjektiven Vorstellungen ihrer (Grund-)Erkrankung gut integrieren, auf deren Bedeutung („schlimme Krankheit“) sich beide Gesprächspartner schnell verständigen können.

Die „schlimme“ Krankheit „Krebs“

Der Arzt kommt erneut auf die Krankheit der Patientin zu sprechen. Sie weiß, dass sie krank ist, sie weiß, dass sie Krebs hat. Was mag das Kind unter Krebs verstehen? Der Arzt fragt mehrmals nach. Dabei treffen seine verbalen Steigerungen („krank“, „sehr krank“, „schlimme Krankheit“) offenbar passgenau das Selbstverständnis der Patientin von ihrer Erkrankung, deren Namen (42P: „Krebs“) sie dann selbst aussprechen kann, bevor sich der Arzt dann vorsichtig nach ihren „subjektiven Krankheitsvorstellungen“ zu erkundigen beginnt.

B 25.6 Die „schlimme“ Krankheit „Krebs“

- 37 A ich glaube du bist krank, ja?
 38 P [nickt, nickt] .
 39 A bist du sehr krank? .
 40 P [nickt mehrmals] .
 41 A hast du eine schlimme Krankheit? .
 42 P [nickt] Krebs .
 43 A du hast Krebs . was meinst du denn, was das ist, Krebs?
 44 P ja dass mir dann die Haare ausfallen .
 45 A ja ...
 46 P dass ich Medikamente kriege .
 47 A ja ...
 48 P dass ich manchmal schwach werde .
 49 A richtig schwach . dann hast du gar keine Kraft mehr .
 50 P [nickt] .
 51 A dann bist du nur müde . dann hast du das Gefühl, du wirst jeckig, ja .
 52 P nickt .

Mit der Krankheitsbezeichnung („Krebs“) ist das „Stichwort“ gefallen, mit dem mögliche „Tabus“ nun endgültig „gebrochen“ werden können, indem beide Gesprächspartner im weiteren (hier gekürzten) Gespräch offen über Einzelheiten und Begleitzeichen der „schlimmen“ Krankheit

und ihrer Behandlung sprechen („Haarausfall“, „Medikamente“, „Schwäche“, „Müdigkeit“ usw.). In diesen entwickelten Erklärungszusammenhang der schweren Erkrankung werden zwischendurch wiederholt die fraglichen Verhaltensweisen gestellt, die in den schon bekannten Ausdrücken („Nerven gehen durch“, „jeckig“), aber auch in verschiedenen Varianten („grantig“) in einer gemeinsamen Gefühlsarbeit differenziert beschrieben werden.

25.3.4 Gefühlsarbeit: Angst, Jeckigkeit, Traurigkeit, Freude

In ihrer gemeinsamen Gefühlsarbeit entwickeln Arzt und Patientin ein überaus differenziertes Emotionsvokabular, das von beiden wechselseitig initiiert, wiederaufgenommen und weitergeführt wird, so dass sich nach und nach ein roter Gesprächsfaden mit thematischen Schlüsselwörtern entsteht, deren *individuelle Bedeutungen* mitunter einer Feinjustierung unterzogen werden.

Angst und Jeckigkeit gegenüber den Eltern

So wird etwa im Anschluss an den Ausdruck „jeckig“ nicht nur im Sinne der *Detailexploration* (§ 21) nach der *Qualität* des Gefühls gefragt („Was heißt das so?“), sondern auch nach den *Bedingungen* des Auftretens („Geht das schon mal wieder weg oder kommt das zurück?“), wobei der Arzt mit seiner Nachfrage (61A: „... ist es dann besser?“) erneut das Thema der *Anwesenheit* versus *Abwesenheit* der Mutter bzw. Eltern initiiert.

B 25.7 „Angst“ und „Jeckigkeit“

- | | | |
|----|---|---|
| 53 | A | was heißt das so . |
| 54 | P | grantig . |
| 55 | A | so grantig ja? |
| 56 | P | [nickt] . |
| 57 | A | das kann ich mir gut vorstellen . |
| 58 | P | [nickt] . |
| 59 | A | geht das auch schon mal wieder weg . oder kommt das zurück? . |
| 60 | P | geht schon mal weg . |
| 61 | A | geht schon mal weg ... und wenn die Mama bei dir ist, ist es dann besser? . |
| 62 | P | Angst hab ich nur wenn die weg sind, aber die Nerven gehen mir |

durch auch wenn die da sind .
 63 A (...)
 64 P (...)
 65 A du musst ja eine schwere Krankheit aushalten .
 66 P zweimal hatte ich Krebs .

Die Kooperation zwischen Arzt und Patientin ist hier bereits außerordentlich erfolgreich. Die junge Patientin verfügt über eine *Selbstreflexionskompetenz*, die der Arzt gesprächsweise herauszufordern versteht. Danach ergibt sich eine Zuordnung der Gefühle, die sich vor allem bei *Anwesenheit* („Nerven gehen durch“, „jeckig“, „grantig“) und *Abwesenheit* („Angst“) der Eltern einstellen (P62). Nach der erneuten ärztlichen Anerkennung der Belastung durch die „schwere Krankheit“ (A65), kommt es anschließend in den hier ausgelassenen bzw. gekürzten Gesprächspassagen zu einer intensiven „Gefühlsarbeit“ (§ 20), die das Spektrum der bisher thematisierten Gefühle in verschiedene positive und negative Richtungen erweitert, in denen sowohl die Belastungen als auch Ressourcen der Patientin zum Ausdruck gebracht werden.

Traurigkeit und Tapferkeit bei Krankheit

Während bisher die beiden Themen „Angst“ und „Jeckigkeit“ im Zusammenhang mit der Grunderkrankung („Krebs“) im Vordergrund standen, eröffnet der Arzt nunmehr Themengelegenheiten für weitere Emotionen der Patientin. Schon im Anschluss an die „Schwere“ der Erkrankung und ihrer Begleitzeichen anerkennt der Arzt nicht nur die „Erzählkompetenz“ seiner Patientin (71A: „du kannst mir das sehr schön erzählen“), sondern lobt auch ihre *Tapferkeit* bei der Krankheitsbewältigung (75A: „sehr tapfer aushalten“), die allerdings auch in der Sprechstunde erkennbar an ihre Grenzen stößt.

B 25.8 „tapfer“ und „traurig“

71 A ich finde, du kannst mir das sehr schön erzählen ...
 72 P wenn ich manchmal die Medikamente kriege, dann wird mir manchmal schlecht .
 73 A dann fühlt man sich gar nicht gut .
 74 P [nickt] .
 75 A ich glaube ja auch, dass du schwer krank bist . und du hältst das auch sehr tapfer aus .

- 76 P [nickt] ...
77 A aber es ist schwer ...
78 P [nickt, wischt sich über die Augen] .
79 A wirst du dann auch schon mal traurig? .
80 P [nickt mehrmals] .
81 A was macht dich dann so traurig? .
82 P dass ich immer krank werden muss und die anderen Geschwis-
ter nicht .
83 A die sind gesund ja . und die können .
84 P [nickt] .
85 A und die können alles machen und du kannst nicht alles machen
.
86 P [nickt] .

Mit der Gegensatzrelation (75A: „sehr tapfer“ – 77 A: „aber es ist schwer“) spricht der Arzt die Grenzen der Belastbarkeit der jungen Patientin an, die zwar durch Nicken zustimmt, aber auch von ihrem aufsteigenden Gefühl überwältigt scheint, das sich zunächst nonverbal äußert, indem sie mit der Hand die aufkommenden Tränen wegwischt (P78). Im Sinne des *szenischen Verstehens* (§ 9, 20) nimmt der Arzt das aufkommende Gefühl der Patientin wahr, das er stellvertretend für die Patientin in Frage-Form verbalisiert (79A: „wirst du dann auch schon mal traurig“). Nach dem Grund der Traurigkeit gefragt (81A), wird dann in narrativen Sequenzen die weitere Gegensatzrelation zu den gesunden Geschwistern hergestellt (82ff.), die in Kurzerzählungen gleichsam als Konkurrenten in einer rivalisierenden Beziehung erlebt werden, weil sie schon zur Schule gehen bzw. kommen, Fahrradfahren können usw. d.h. „alles machen“ und vor allem „alles spielen können“, was bei der Patientin später auch zu „Ärger“ führen kann.

Im weiteren (hier ausgelassenen) Gesprächsverlauf erzählt die Patientin auch von ihren Träumen, die „manchmal böse“ sind, so dass sie nicht gut schlafen kann usw. Auch beim (Ein-)Schlafen kommt es zu Störungen durch die Geschwister, die Geräusche machen usw.

Wie schon die relativen Detaillierungen der Erzählsequenzen nahelegen, scheinen diese widrigen Bedingungen beim Einschlafen die Patientin sehr zu beschäftigen. Der Arzt versteht die Einschlafphase als einen Übergangsraum zum Unbewussten, eine Phase, in der die Abwehrfunktionen geschwächt sind, in der Ängste auftauchen und sie Kontrolle abgeben muss.



Abb. 25.6

Beim Erzählen über ihre Probleme in dieser Einschlafphase lüftet die Patientin überraschenderweise ihre Kopfbedeckung (Abb. 25.6). Der kahle Kopf mit einem leichten Flaum wird erkennbar, was aber von beiden Gesprächspartnern nicht weiter thematisiert wird. Offensichtlich vertraut sich die Patientin dem Arzt aber nonverbal in einer Art und Weise an, bei der sie sich schutzlos und entblößt fühlt. Der

Arzt sieht darin einen mehr oder weniger bewussten Appell, sich ihrer Schutzlosigkeit und Hilflosigkeit weiter anzunehmen und das Gespräch noch nicht zu beenden. Allerdings ist sich der Arzt in diesem Moment noch nicht schlüssig, wie er das Gespräch fortsetzen soll, das nun für beide Gesprächspartner schon sehr belastend war.

Freude und Spaß bei Gesundheit

Nach so viel Belastendem sucht der Arzt nach den Ressourcen der Patientin. Was könnte ihr Freude oder Spaß machen? Wieder differenziert die Patientin im weiteren Gesprächsverlauf sehr nachdenklich und lässt sich auch durch seine Intervention nicht davon abhalten. Auf die anschließende Frage des Arztes (113A), der mit seiner Verdopplung von „Freude“ und „Spaß“ von seiner Seite „eigentlich“ keine besonderen Intentionen mit Klärung von Nuancen verfolgen will, wird ihm von der jungen Patientin eine äußerst differenzierte und „lehrreiche“ Antwort in zwei Teilen gegeben, bevor dann beide Gesprächspartner auf das Gesprächsende zusteuern.

B 25.9 „Freude“ und „Spaß“

- 113 A was macht dir denn so richtig Freude und Spaß? .
114 P Freude wenn ich gesund bin . nicht mehr krank bin .
115 A ja .
116 P Spaß- .
117 A das ist ja schon mal schön (...) der Gedanke dass du wieder gesund wirst .
118 P und Spaß macht mir . wenn ich wieder alles machen kann .
119 A dass du mit den anderen wieder mit spielen kannst, ja? .
120 P [nickt] .
121 A und jetzt geht das gar nicht so, ne? .
122 P [schüttelt Kopf] .

- 123 A und das tut irgendwo weh, wenn man das nicht kann .
124 P [nickt] .

Obwohl die Patientin vom Arzt formal „unterbrochen“ wird, lässt sie sich vom ihrem Gedanken- und Redefluss nicht abbringen, den sie nach der Unterbrechung (116P: Spaß-) elegant durch Wiederaufnahme „as if uninterrupted“ fortsetzt (§ 19.3, 40.2). Nach ihrer eindrücklichen „Belehrung“ über den Unterschied von *Freude* und *Spaß* aus der lebensweltlichen Sicht einer jungen Patientin scheint das Gespräch offenbar gesättigt zu sein, das sich nach immerhin 12 Minuten dem Ende nähert.

Gesprächsbeendigung

Das Gesprächsende kündigt sich mehrfach markiert an, im Sinne von „opening up closings“ (§ 23). Der Arzt spricht bereits rückblickend in der Vergangenheit (125A: „... dass du mit mir sprechen wolltest“) und der Patientin „fällt nichts mehr ein“ (P126), was der Arzt paraphrasierend wiederholt (127A: „du weißt nichts mehr“) und von der Patientin nochmals durch nicken rückbestätigt wird. Die Themen scheinen hinreichend ausgeschöpft und es entsteht eine Gesprächsflaute, die der emotionalen Erschöpfung entspricht. Die junge Patientin wirkt jetzt müde, und auch der Arzt fühlt sich erschöpft.

B 25.10 „mir fällt nichts mehr ein“

- 125 A ich finde so schön, dass du mit mir sprechen wolltest .
126 P mir fällt nichts mehr ein .
127 A du weißt nichts mehr .
128 P [schüttelt Kopf] .
129 A hast du denn alles gesagt, was du mich fragen wolltest? .
130 P [nickt mehrmals] .
131 A würdest du denn noch mal gerne zu mir kommen? .
132 P [nickt mehrmals] .
133 A (...) [als der Arzt sich erhebt und rausgeht, um die Mutter herein-zuholen, beginnt die junge Patientin damit, sich auf ihrem Pati-entenstuhl vergnügt wie auf einem Karussell zu drehen]

Obwohl das Gesprächsende mehr oder weniger deutlich erreicht zu sein scheint, wird die ärztliche *Abschlussroutine* (§ 23) auch im Gespräch mit

der sehr jungen Patientin beibehalten, indem der Arzt die *Standardfrage* nach noch offenen Fragen in einer kindgerechten Form stellt (A129) und die Perspektive für ein Folgegespräch (A131) mit der Patientin anbietet, die mehrmals zustimmend nickt.



Abb. 25.7

In der unbeobachteten Situation, in der der Arzt hinausgeht, um die Mutter aus dem Wartezimmer zu holen, kann man noch im (bewegten Video-)Bild (Abb. 25.7) weiterhin sehen, wie sich die Patientin auf dem Patientenstuhl wie auf einem Karussell hin und her dreht. Offensichtlich hat ihr das Gespräch mit dem Arzt „gut getan“, wenn sie derart ihre Selbstwirksamkeit noch auf dem „fremden“ Drehstuhl vergnüglich ausprobieren kann.

Gesprächsbilanz: Szenisches Erzählen und Verstehen

Die Gespräche zunächst mit der Mutter und dann mit ihrer Tochter sind in besonderer Weise von *szenischem Erzählen* und entsprechend *szenischem Verstehen* geprägt (§ 9, 19, 20). Da ist zunächst die Mutter mit ihren Kopfschmerzen, derentwegen sie die Sprechstunde aufsucht. Beim Versuch die Kopfschmerzen zu klären, kommt es zum Narrativ über ihre krebskranke Tochter. In einer ersten Hypothese vermutet der Arzt eine Überforderung als Ursache für die Beschwerden und lädt die Tochter zum Gespräch ein. In diesem Erstgespräch mit dem Hausarzt öffnet sich das kranke Kind und vertraut sich dem Arzt unter Ausschluss der Mutter an. Zunächst entwickelt sich das Gespräch für beide zufriedenstellend, zwischendurch stockt das Gespräch, es entstehen längere Gesprächspausen. Der Arzt fühlt sich zunehmend angestrengt und überfordert. Obwohl er dafür nicht anfällig ist, bekommt auch er Kopfschmerzen. Somit gerät er in eine ähnliche Situation wie die Mutter des Kindes.

Das Kind befindet sich nun in einer doppelt schwierigen Lage. Einmal merkt es, dass seine Eltern, die sehr fürsorglich sind, überfordert sind. Das Kind spürt, dass es trotz aller vorbildlichen Fürsorge nicht mehr ausgehalten wird. Es fühlt sich zunehmend allein und einsam, zumal wenn die Eltern abwesend sind. Es gerät innerlich in Panik. Diesen Zustand beschreibt das Kind als jeckig.

Im Gespräch mit dem Arzt wiederholt sich für das Kind das Gefühl, nicht ausgehalten zu werden. Der Arzt erlebt nun live diese unerträgliche Situation, in der sich das Kind fortlaufend zu Hause befindet. In ei-

ner unbewussten Inszenierung ist es dem Kind gelungen, seine nicht mehr zu versprachlichende innere Not zu übertragen. Geht der Arzt selbstreflexiv mit dieser Situation um, hat er die Möglichkeit, die Schwierigkeiten des Kindes auch zu fühlen und zu verstehen. Er kann eine *Container*-Funktion für das Kind erreichen, indem er bereit ist, die für das Kind unerträglichen Gefühle anzunehmen und, ohne sie zu agieren, auch auszuhalten. Das Kind kann sich so wieder angenommen fühlen und ist entlastet, was wiederum die Situation der Mutter erträglicher macht, deren Kopfschmerzen schließlich nachließen.

Das Gespräch mit der Tochter, das 12 Minuten dauert, zeichnet sich insgesamt durch eine durchgängige *Kooperation* zwischen der jungen Patientin und ihrem Arzt aus, der ihr in seiner *Hebammenfunktion* (§ 9.5) bei der Versprachlichung ihrer Probleme gut helfen kann. Dabei findet die *dialogische Verständigung* zwischen beiden Gesprächspartnern auf einem hohen (selbst-)reflexiven Niveau statt, auf dem die fünfjährige Patientin mit verbaler Hilfe des Arztes auch ihre *Emotionen* bei der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung ihrer „schlimmen“ Krankheit differenziert versprachlichen kann. Der Arzt war selbst von der reflexiven und sprachlichen Kompetenz der sehr jungen Patienten beeindruckt, die er zwischendurch immer wieder ausdrücklich lobt (71A: „ich finde, du kannst mir das sehr schön erzählen“), um sie zu weiteren, teils narrativen Selbstexplorationen zu animieren.

In ihrer gemeinsamen *Gefühlsarbeit* können beide Gesprächspartner die vielschichtigen Emotionen der Patientin sowohl im Selbsterleben der „schlimmen“ Erkrankung als auch im Verhalten gegenüber ihren Eltern und Geschwistern verbalisieren und evaluieren. Das große Spektrum der direkt verbalisierten Emotionen sei hier nochmal zusammengefasst: *Angst, Jeckigkeit (Nerven), Tapferkeit, Traurigkeit, Ärger, Freude, Spaß*. Indirekt wird in den narrativen Sequenzen über den Schulbesuch und die Spiele der „anderen“ auch *Neid* thematisiert, mit Bezug auf eben die „rivalisierenden“ Kinder, die „alles machen können“, was die Patientin „nicht kann“. Den damit verbundenen „Spaß“, den sie zwischenzeitlich zu verlieren drohte, wird sie aber wieder haben, wenn sie wieder gesund ist, was wiederum „Freude“ auslösen würde usw. Hier wird in der *sprach- und lebensweltlichen* Perspektive einer Fünfjährigen der Zusammenhang von *Gesundheit, Selbstwirksamkeit* und *Lebensfreude* in den einfachen Worten eines Kindes eindrucksvoll hergestellt.

Manche sprachlichen Formen der jungen Patientin mögen „altklug“ wirken. Schon das Eingangsstatement („Mir gehen die Nerven durch“) ist möglicherweise eine Spiegelung von Äußerungen der älteren Bezugs-

personen (Eltern, Geschwister), die sich in bestimmten familiären Konfliktsituationen ihrerseits ähnlich ausgedrückt haben könnten, so entweder direkt gegenüber der Patientin mit Anrede (z.B. „Silke, du nervst“) oder in der dritten Person (z.B. „Der Kleinen gehen mal wieder die Nerven durch“). So mag diese selbstkritische Wahrnehmung der Patientin auch eine Reaktion auf die Reaktion ihrer Umwelt sein, was sie als Handlungsmuster in der Sprechstunde sprachlich als „Zitat“ reproduziert, ohne den Sinn schon vollumfänglich verstehen zu müssen.

In dem Gespräch wurden alle relevanten krankheitsbedingten Probleme und Lebensbereiche der Patientin angesprochen. Offenbar konnte die Patientin das Gespräch mit dem Arzt auch in seiner *Katharsis*-Funktion nutzen und ihre *Ressourcen* stärken. Zwischendurch hatte sich die Patientin sowohl ihrer Puppe (als „Hilfsobjekt“) wie auch ihrer Kappe (als „Sichtschutz“) entledigt, so dass man auch den Verlust ihrer Haare wahrnehmen kann. Sich in beiden Fällen überhaupt eine solche „Blöße geben“ zu können, zeugt ebenso vom wachsenden *Vertrauen* und *Selbstbewusstsein* der jungen Patientin noch im laufenden Gespräch mit ihrem Arzt wie die vergnügliche Karussellfahrt auf dem Drehstuhl nach Beendigung des Gesprächs.

Katamnese

Einige Monate später konnte die chemotherapeutische Behandlung eine überraschende Besserung des somatischen Befundes verzeichnen. Die Mutter ruft selbst sofort den Arzt an, nachdem ihr die behandelnden Kinderonkologen das Ergebnis mitgeteilt hatten, und teilt ihm die freudige Nachricht mit. Nach ca. einem halben Jahr kommt es zu einer erneuten Verschlechterung, wobei es zu einer erheblichen Wucherung auch des Myokards kam. Dies machte erneute chemotherapeutische Behandlungen erforderlich. Diese Behandlung dauert insgesamt mehr als zehn Jahre und findet in der onkologischen Kinderabteilung der nahegelegenen Universitätsklinik statt. In dieser Zeit finden regelmäßig weitere Gespräche mit dem Hausarzt statt. Die Patientin gilt heute als geheilt. Sie befindet sich weiterhin in der Betreuung ihres Hausarztes.

25.4 Versagens- und Verlustängste

Im folgenden Gespräch kommt eine Schülerin ebenfalls mit ihrer Mutter in die Hausarztpraxis, weil sie sich „Sorgen“ um ihre 13-jährige Tochter

macht, die morgens schon mit „Unwohlsein“ bzw. „Übelkeit“ zur Schule gehe. Das Gespräch wird wiederum zunächst mit der Schülerin allein geführt und später nach ca. 7 Minuten mit der Mutter fortgesetzt. Nach der kurzen Darstellung der Vorgeschichte wird das Gespräch auszugsweise in ausgewählten Sequenzen analysiert, wobei besonders auf Formen des *kooperativen Erzählens* (§ 19, 20) fokussiert wird.¹

25.4.1 Übelkeit und Kopfschmerzen einer Schülerin

Die Schülerin ist dem Arzt bereits als Kind bekannt, und er hat sie mehrfach untersucht. Dabei spielen Unterbauchbeschwerden immer eine Rolle. Da die Schülerin sehr schüchtern ist, war es bisher dem Arzt nicht gelungen, mit ihr ein Einzelgespräch zu führen. Beim Abholen der Patientin aus dem Wartezimmer möchte die Mutter wieder am Gespräch teilnehmen. Sie befürchtet, dass ihre Tochter ihre Beschwerden nicht hinreichend vortragen kann. Diesmal folgt sie der Bitte des Arztes, zunächst einmal mit der Tochter alleine zu sprechen, worauf der Arzt gleich zu Gesprächsbeginn anspielt.

B 25.11 „mir ist manchmal schlecht ... und Kopfschmerzen hab ich auch“

- 1 A ja komm bitte Julia . setz dich . [A+P kommen zusammen rein und setzen sich] [5] erzähl . die Mutter hat ja so So:rgen, dass du nicht alles sagst .
- 2 P [P lacht leise; verlegen] .
- 3 A jetzt versuchen wir zwei das mal . ne .
- 4a P ja also mir is manchmal ein bisschen schlecht .
- A ja .
- 4b P und Kopfschmerzen hab ich auch .

¹ Das Gespräch ist in einer multimethodalen Perspektive mit verschiedenen Ansätzen (Diskursanalyse (DA), Roter Interaction Analysis System (RIAS), Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB), Heidelberger Struktur-Lege-Technik SLT) schon analysiert worden, worauf mit einer zusammenfassenden Darstellung der Ergebnisse noch bei der *Evaluation* (§ 40.2) zurückkommen werden (Koerfer et al. 2010, Szirt, Langewitz 2010, Kruse, Tress 2010, Obliers et al. 2010). Das gesamte Gespräch ist als Transkript dokumentiert (Köhle et al. 2010). Eine detaillierte Bewegungsanalyse der Interaktion zwischen Arzt und Patientin ist von Lausberg an anderer Stelle (2011) und in diesem Lehrbuch (§ 12) an einer exemplarischen Sequenz aus diesem Gespräch durchgeführt worden.

25. Kommunikation in der Hausarztpraxis

- A ja .
4c P und als ich heut Morgen ähm . dann aufgestanden bin . dann war mir auch sofort schlecht ..
- A ja ...
4d P und ähm heut Mittag . als ich was gegessen hab . war mir total schlecht . und dann ist immer zwischendurch in der Schule . schlecht und Müdigkeit .
- A ja .
4e P und dann wie gesagt die Kopfschmerzen .
4f A ja .

Eine besondere Funktion hat die Erzähleinladung schon am Anfang („erzähl“), die natürlich für das ganze Gespräch gilt und später durch andere Formen der Einladung zur aktiven Mitarbeit der Patienten ergänzt wird (A: „versuch es mal“ – A: „überleg mal“). Diese wiederholten Einladungen zur kooperativen Gesprächsarbeit werden von der Patientin später zu weiteren Themen angenommen, die den engen Fokus ihrer anfänglichen Symptomschilderungen („Kopfschmerzen“, „Übelkeit“, „Müdigkeit“ usw.) allmählich erweitern. Dabei bewegen sich die beiden Gesprächspartner in einem thematischen Gestaltwandel vom „Druck“ (bei Kopfschmerz) (Abb. 26.8) über „bedrückt sein“ bis hin zu „unter Druck“ stehen, was später dann mit dem Thema „Angst“ verknüpft wird. Diesen *thematischen Gestaltwandel* können wir über die den Gesprächsverlauf hinweg hier nur rudimentär nachzeichnen.

Am Gesprächsbeginn sind die Äußerungen der Patientin zunächst *minimalistisch* (04P: „mir ist manchmal ein bisschen schlecht (...) und



Abb. 25.8

Kopfschmerzen habe ich auch“) (Abb. 26). In dieser ersten Phase des Gesprächs befürchtet der Arzt, dass die Schülerin nach jeder Äußerung sofort wieder verstummen könnte. Er ist bemüht, sie zu längeren Formulierungen über ihre Befindlichkeit zu ermuntern.

Von einem wirklichen Redefluss kann aber keine Rede sein, die Schülerin ist zunächst nur zu symptomorientierten Äußerungen zu ihren Beschwerden wie *Kopfschmerzen*, *Übelkeit* und *Müdigkeit* zu bewegen. In dieser ersten Phase des Gesprächs achtet der Arzt zugleich konzentriert auf ihre Gestik und Mimik sowie die Art und Weise ihrer verbalen Symptomschilderungen („so’n Drücken“, „mir is schlecht“).

Dabei orientiert er sich an dem vorausgehend schon angeführten Leitsatz: „Kein Symptom ohne Affekt“ (§ 25.2.4). Als die Patientin auf Nachfrage des Arztes eine Befindlichkeitsstörung („mir ist schlecht“) zu versprachlichen versucht und ihr wiederholt die Worte fehlen, greift sie als



Abb. 25.9

Ersatz für diesen Mangel mit der Hand an den Hals (Abb. 26.9). Bei seinem abermaligen Nachfragen („da ist wie so'n Gefühl“) wird dieses nonverbale Verhalten vom Arzt mehr oder weniger bewusst gespiegelt, der sich seinerseits an den Hals fast (Lausberg 2011) (§ 12). Die weiteren Arztfragen („schnürst dich da was ein oder hast du das Gefühl, du musst erbrechen?“), werden von

der Patientin zwar bejaht, aber doch bedeutsam relativiert („ja . hab ich . aber dann is das nie“). Offenbar handelt es sich um ein *Als-Ob-Gefühl*. Weitere Beschreibungsversuche bleiben ebenso wie Erklärungsversuche zunächst relativ vage, bis sich eine neue thematische Gestalt entwickelt, die mit einem Bedeutungswandel (von „Drücken“ zu „bedrückt“) einhergeht, der in der gemeinsamen Gesprächsarbeit des *kooperativen Erzählens* vollzogen wird.

25.4.2 Dialogrollen von Arzt und Patientin

Bevor es zu dieser spezifischen Form des kooperativen Erzählens kommt, kann die weitere thematische Gesprächsentwicklung hier nicht im Detail verfolgt, sondern nur in einem Überblick über das gesamte Gespräch erfasst werden, der dann an exemplarischen Gesprächsausschnitten zu vertiefen ist. Dabei geht es um die Rekonstruktion der interaktiven und thematischen Beteiligungsformen der beiden Gesprächspartner. In einem formalen Verfahren zur Darstellung der *Dialogrollenstruktur* von Sprecher und Hörer, das an anderen Stellen des Lehrbuchs genauer begründet und beschrieben wird (§ 17, 19, 40),² lässt sich auf einen Blick erkennen (Abb. 25.10), welcher Gesprächspartner wann und wie lange spricht und in welcher Gesprächsphase er

2 An dieser Stelle sei aus methodischen Gründen nochmals angemerkt, dass bloße Rückmeldungen des Hörers („ja“, „hm“), die eine Fortsetzung des Sprechers „as if uninterrupted“ erlauben, bei diesem spezifischen Verfahren nicht als „eigenständige“ Redebeiträge gezählt werden (vgl. § 17.3, 40.2).

25. Kommunikation in der Hausarztpraxis

entsprechend seine spezifischen Redeschwerpunkte hat, während der Gesprächspartner entsprechend verstärkt zuhört.

Nach diesem Verfahren gliedert sich das Gespräch in vier Phasen, in denen jeder Partner seine eigenen Rededomänen hat, die er jeweils zu spezifischen Zwecken nutzen kann. Die Patientin kommt in ihren beiden Rededomänen (I, III) jeweils mit zwei, also insgesamt vier längeren (mit Sternchen markierten) Redebeiträgen zum Zuge, die bei einem kritischen Schwellenwert von ca. 60 Wörtern liegen. Dabei kann die Patientin am Stück reden, ohne in einem relevanten Sinn vom Arzt unterbrochen zu werden.

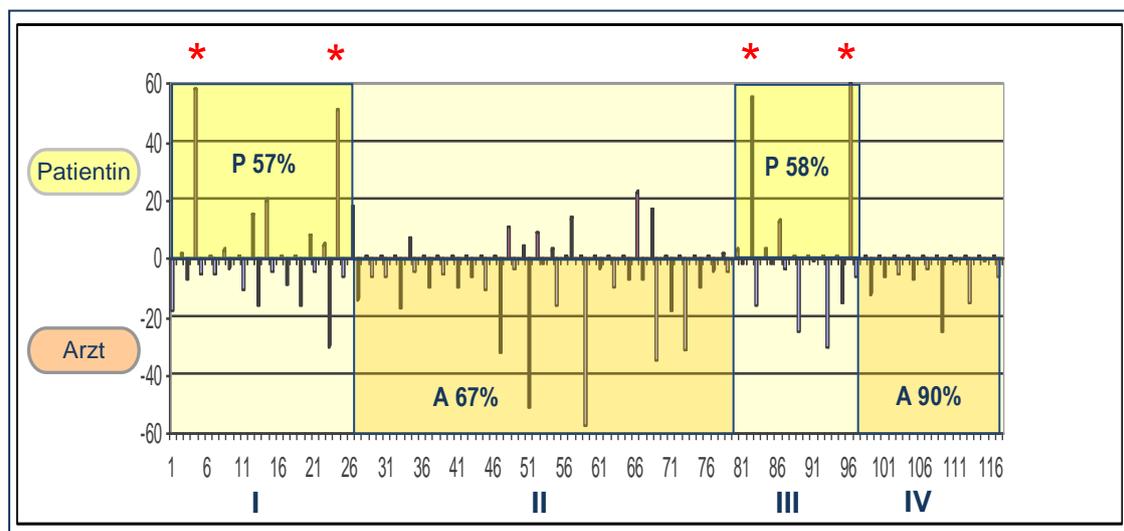


Abb. 25.10: Dialoggrollenstruktur (Phasen, Domänen) (n. Koerfer et al. 2010)

Unter einem *evaluativen* Aspekt der *Partizipation* können diese Redegelegenheiten am Stück bereits als formal-dialogische Indikatoren für die Gesprächsqualität gelten. Dass Patienten häufiger ausführlich zu Wort kommen, ist eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für eine patientenzentrierte Gesprächsführung, deren interaktive und thematische Chancengewährung und -nutzung dann im Detail zu untersuchen sind.³

Dabei sind die längeren Patienten-Beiträge methodisch ein guter Ausgangspunkt für die weitere Gesprächsanalyse, weil hier zumeist die Kern-Themen des Gesprächs entwickelt werden (§ 17, 40). In einem

3 Dass Patienten während des ganzen Gesprächs einen Schwellenwert von 30 Wörtern nicht überschreiten können, zeigte das „Verhörgespräch“ (19.6), bei dem der Arzt mit einem interrogativen Gesprächsstil alle Rede- und Themeninitiativen der Patientin schon im Keim erstickte.

zweiten Analyseschritt sind dann die *Kontexte* der längeren, oft narrativen Patientenbeiträge zu untersuchen, in denen die Entwicklung solcher Redebeiträge begünstigt wird (Koerfer et al. 2000, 2004, 2005, 2010). Auf diese Weise können zugleich ärztliche (Schlüssel-) Interventionen identifiziert werden, deren Wirkungen und Reichweiten sich dann empirisch im Gespräch nachweisen lassen.

Im vorliegenden Gespräch dienen die ersten beiden längeren Redebeiträge der Patientin noch ganz der *symptomorientierten* Beschwerdeschilderung (*Kopfschmerzen, Müdigkeit, Übelkeit*), während die beiden längeren Redebeiträge aus der dritten Gesprächsphase in eine Gesprächsklimax mit einer *narrativen Selbstexploration* der Patientin münden. Auf dem gemeinsamen Weg dorthin erfährt das ursprüngliche Patientenangebot einen Bedeutungswandel, an dem der Arzt mit seinen Interventionen als „Ko-Konstrukteur“ beim *kooperativen Erzählen* einen erheblichen Anteil hat.

25.4.3 Kooperatives Erzählen: „Dann hab ich eben Angst ...“

Die Bedeutung von Erzählungen ist auch in der Medizin als elementare Form kommunikativer Verständigung erkannt worden (§ 9, 19). Der *biografisch-narrative* Ansatz beruht auf der Einsicht in die *Alltagsnähe* dieser Kommunikationsform, in der auf spezifische Art und Weise individuelle Erfahrungen von Patienten als *Leidensgeschichten* vermittelt werden können, die als Teil einer *Lebensgeschichte* erzählt werden. Im vorliegenden Gespräch geht es um eine drohende Krise in der Schülerbiografie der Patientin, die auf der Gesprächsoberfläche nach und nach zum Vorschein kommt.

Thematischer Gestaltwandel

Hier können wir uns nur auf die Höhepunkte des Gesprächs konzentrieren, auf die beide Partner auf ihre Weise gemeinsam hinarbeiten. Nach den weichenstellenden Interventionen des Arztes (A 73-79) kooperieren beide Gesprächspartner bei einer *zweigipfligen* Erzählung, in der die *Versagensangst* der Patientin in der Schule sowie ihre *Trennungsangst* (vor Verlust von Freunden) zum Ausdruck gebracht werden.

B 25.12 „und dann hab ich eben Angst ...“

- 73a A ja . jetzt auf einmal kann ich das nicht klären . ich hab aber das Gefühl, dass da irgendetwas ist, so als ob dich etwas bedrückt . ja? .
- P hm [zustimmend] .
- 73b A was man aber nicht au:sdrücken kann .
- 74 P [Nicken, mehrmals bestätigend] .
- 75 A ja . und wo's dann einem einfach schle:cht geht . so was .
- 76 P [Nicken, mehrmals bestätigend] .
- 77 A hältste das für möglich? .
- 78 P könnte sein .
- 79 A bedrückt dich denn irgendwas? .
- 80 P hm [verlegen lachend, mit hochgezogenen Schultern] . außer Ma-the .
- 81 A die Schule .
- 82a P ja das ist dann in Mathe . da hab ich dann in letzter Zeit ähm . als erstes, also im ersten Halbjahr hatte ich dann eben zwei Fünfen und nachher ne Drei .
- A ja .
- 82b P jetzt im/im zweiten Halbjahr die erste Arbeit hatte ich auch wieder Fünf .
- A ja .
- 82c P und dann hab ich eben Angst, dass ich sitzen bleiben könnte .
- 83 A aha ... [verschränkt die Arme, nimmt Hand an den Mund] das ist ja schon mal ein dicker Grund [5] wär das schlimm, wenn du sitzen bleibst? ...
- 84 P für mich schon .
- 85 A ja ... warum? .
- 86 P ja weil ich hab/ weil ich hab ja meine Freunde in der Klasse .
- 87 A die würdste verlieren? .
- 88 P ja .

Ganz im Sinne einer *dialogischen* und *narrativen* Medizin (§ 7, 9) handelt es sich hier um eine besondere Form des kooperativen Erzählens, das mit Brody (1994) als „joint construction of narrative“ beschrieben wurde (§ 9, 19). Die gemeinsamen Konstruktionsleistungen von Arzt und Patienten lassen sich durch eine traditionelle Methode der Textstrukturanalyse erkennen, die auf Verschiebe-, Ergänzungs- und

Weglassproben beruht (§ 17, 19, 40), deren Ergebnisse schließlich auf ihre Sinnkohärenz (Tab. 25.1, rechte Spalte) überprüft werden.

Arzt		Patientin
79 bedrückt dich denn irgendwas?	→	80 außer Mathe (das bedrückt mich)
81 die Schule	→	82 ja das ist dann in Mathe . da hab ich dann in letzter Zeit ähm . als erstes, also im ersten Halbjahr hatte ich dann eben zwei Fünfen und nachher ne Drei . jetzt im/im zweiten Halbjahr die erste Arbeit hatte ich auch wieder Fünf . und dann hab ich eben Angst, dass ich sitzen bleiben könnte .
83 das ist ja schon mal ein dicker Grund . wär das schlimm, wenn du sitzen bleibst?	→	84 (das wäre) für mich schon (schlimm)
85 warum?	→	86 weil ich meine Freunde in der Klasse hab
87 die würdest du verlieren	→	88 ja (die würde ich dann verlieren)

Tab. 25.1: Kooperatives Erzählen

Um das Verfahren exemplarisch an den vorausgehenden Gesprächssequenzen zu illustrieren: Die Frage des Arztes (83A: „wär das schlimm, wenn du sitzen bleibst?“) wird mit ihrem proportionalen Inhalt der elliptischen Kurz-Äußerung der Patientin (84P: „für mich schon“) voll zugeschrieben, so dass man sie wie im ganzen Satz antworten lässt: „(das wäre) für mich schon (schlimm) (wenn ich sitzen bleibe). Ebenso wird der Inhalt der ärztlichen Äußerung (87A: „deine Freunde würdest du verlieren“) in die affirmative Antwort der Patientin integriert, so dass sie nicht nur mit „ja“, sondern erneut im ganzen Satz reagiert, wobei das „ja“ auch getilgt werden könnte: „ja (meine Freunde würde ich verlieren).“

Anschließend können - wenn überhaupt nötig - kleinere Kommunikationseinheiten (*und, weil, aber, also* usw.) nach der Transformation des Dialogs in eine quasi-monologische Erzählgestalt mit einer weiteren

Sinnprobe ergänzt bzw. getilgt werden; kurzum: In einem mehrfach kontrollierten Verfahren der Sinnstiftung werden die propositionalen Gehalte der ärztlichen Interventionen den Patientenbeiträgen produktiv zugerechnet und das ganze Textkonstrukt auf seine Sinnkohärenz als Erzählung getestet (indem man nur die rechte Spalte der Patienten-Äußerungen in der Tab. 25.1 hintereinander weg liest). Im Nachhinein scheinen die Arzt-Äußerungen (auf der linken Seite) entbehrlich, ohne die die Erzählung jedoch nicht zustande gekommen wäre. Bildlich gesprochen wird der Arzt als Hebamme jedoch erst *nach* der Geburt entbehrlich. In seiner Funktion als *Geburtshelfer* erweist sich der Arzt in einem *mäeutischen* Gespräch (§ 9.5) als Ko-Konstrukteur von Patientengeschichten, die er zu versprachlichen hilft.

Thematische Gestaltschließung

Die bisherige Versprachlichung der Patientengeschichte findet ihre Fortsetzung in einer weiteren Variante kooperativen Erzählens. Dabei kommt erneut der vorausgehend (§ 25.2.4) beschriebene Leitsatz zu Geltung: „Kein Affekt ohne Beziehung“. Zwar geht die *Versagensangst* in der Schule zeitlich der *Trennungsangst* (Verlust der Schulfreunde) voraus, beide Aspekte der Angst sind aber psychologisch nicht voneinander zu trennen. Aus der subjektiven Erlebensperspektive der Patientin wird ihre aktuelle Not unter beiden Aspekten deutlich, wenn nachfolgend von „Angst“ und „Druck“ die Rede ist.

B 25.13 „das bedrückt mich ziemlich“

- 89 A das kann ich gut verstehen . ja . dass kann ich gut verstehen . was meinst du jetzt so? meinst du wir liegen da / könnte es damit zu tun haben? .
- 90 P könnte .
- 91 A meinst du? .
- 92 P hm [zustimmend] ...
- 93a A den Gedanken verfolgen wir mal weiter . ja? . eh ich schlag dir aber trotzdem vor, dass wir auch die Blutuntersuchung da nicht drauf verzichten .
- P hm .
- 93b A dass wir uns das auch mal angucken .
- 94 P hm .
- 95 A aber die anderen / vielleicht ist das auch so, dass du da Angst hast auch ja .

- 96a P ja das ist / das is auch so . das bedrückt mich ziemlich, weil ich denk .
- A ja .
- 96b P auch dauernd bei der Arbeit eh wenn ich da jetzt ne Fünf schreibe .
- A hm .
- 96c P dann bleib ich sitzen oder so .
- A hm .
- 96d P und dann hab ich irgendwie total Angst und dann ma:ch ich eben so viele Fehler .
- A ja! .
- 96e P das sagt auch meine Mutter dass .
- A ja .
- 96f P ich dann so viele Fehler mache .
- 97 A da bist du unter Druck gesetzt .
- 98 P ja .

Gegen Ende des Gesprächs haben sich Arzt und Patientin beim kooperativen Erzählen soweit beidseitig angepasst, dass sie erkennbar „dieselbe Sprache sprechen“, was sich in einem gemeinsamen *Emotionsvokabular* manifestiert, das sie wechselseitig übernehmen (*Angst*: 82 P, 95 A, 96 P, 109 A; *Druck/bedrückt*: 79 A, 96 P, 97 A). Damit schließt sich zugleich der Themenbogen des Gesprächs, der sich von anfänglichen *körperlichen* Symptomen (04 P: „total schlecht“, 08 P: „so’n Drücken“) bis hin zum *psychischen* Erleben der Patientin erstreckt (96 P: „das bedrückt mich ziemlich“, „total Angst“, 97 A: „unter Druck“). Diese Gestaltschließung des Gesprächs erlaubt am Ende bei der Entscheidungsfindung ein Resümee, bei dem zugleich die Perspektive für ein Folgegespräch entworfen werden kann.

25.4.4 Entscheidungsfindung: „Wir prüfen das“

Nachdem die weitere körperliche Abklärung (93 A: „Blutuntersuchung“) schon vorausgehend festgelegt worden war, wird zum Gesprächsende eine Handlungsperspektive für das Folgegespräch entworfen: Bei der Wiederaufnahme von Themen („schlecht“, „Angst“) soll erneut das Beziehungsmuster einer kooperativen Gesprächsarbeit zur Geltung kommen, bei der vor allem *Hypothesen* (§ 1, 8) gemeinsam zu prüfen sind (105A: „gucken wir mal“, 107A: „überleg mal und achte“, 113A: „wir

25. Kommunikation in der Hausarztpraxis

prüfen das“). Dabei soll die Hypothesenprüfung nicht nur rhetorisch unterstellt (A113), sondern unter aktiver *Partizipation* der Patientin ernsthaft verfolgt werden, die eigens als Person mit einer spezifischen Aufgabenstellung bis zum nächsten Gespräch imperativisch (*überleg, achte*) adressiert wird.

B 25.14 „wir prüfen das“

- 99 A ja . ich denk da sind wir richtig, auf der richtigen Fährte . ja? .
100 P hm [Nicken] .
101 A sollen wir's mal so weitermachen? .
102 P [Nicken] .
103 A kommste nächste Woche noch mal? .
104 P ja .
105 A gucken wir mal weiter wie's ist .
106 P ja .
107 A überle:g mal ja? .
108 P hm .
109 A und achte auf das Symptom, ja, ob da hinter dem „schlecht“, ob da nicht so die Angst vor Schule oder Sitzenbleiben, ob das dahinterstecken könnte .
110 P [Nicken] .
111 A ja? .
112 P hm .
113 A wir prüfen das, wenn es falsch ist, ist es falsch, aber vielleicht ist es richtig .
114 P ja .
115 A ja? ...
116 P okay .
117 A schickste mir die Mutter mal rein? .
118 P ja .

Darüber hinaus wird das „wir“ in diesen Arzt-Äußerungen eben nicht wie ein *Pluralis majestatis* gebraucht, wie dies oft noch in der ärztlichen Gesprächsführung tradiert wird, sondern wie in einem Appell an die Vernunft und (Selbst-)Reflexionskompetenz beider Gesprächspartner gerichtet, die sich zum nächsten Gespräch auf einen gemeinsamen Suchprozess zur Aufklärung der Beschwerden der Patientin begeben sollen.

Am Ende des aktuellen Gesprächs wird die junge Patientin als lernendes Subjekt mit dieser Art der ärztlichen Gesprächsführung, wie sie

hier praktiziert wurde, hinreichend vertraut sein: In den bisherigen 7.30 Minuten des Gesprächs wird sie gelernt haben, dass der Arzt auch zukünftig auf ihre aktive Mithilfe angewiesen ist, um ihr helfen zu können.⁴

Katamnese

Zur *Katamnese* kann zusammenfassend kurz berichtet werden, dass die körperlichen Untersuchungen keine wesentlichen Befunde erbracht haben. Wie vereinbart, wurde das Thema der Schulangst auch in weiteren Gesprächen wieder aufgenommen und bearbeitet, ebenso wurde über die Bedeutung ihrer Schulfreundschaften gesprochen. Nach mehreren Wochen trat eine Besserung der Symptomatik bei der Patientin ein, die auch versetzt wurde und die Schule weiterhin erfolgreich besucht hat.

25.5 Herzbeschwerden und Hoffnungslosigkeit

Im alltäglichen Gespräch mit Patienten stellen sich Narrative immer wieder spontan ein. Es bedarf keiner ausgefeilten psychotherapeutischen Technik, um sie zu ermöglichen. Oft genügt es, dass der Arzt die spontanen Patientenerzählungen zulässt, dass er sie nicht unterdrückt oder vorzeitig begrenzt. Mitunter muss er Patienten aber auch zum Erzählen stimulieren, wie sich dies auch im vorliegenden Fall als notwendig erweist, in dem der Arzt seinem Patienten nach einer Gesprächsminute eine Erzählgelegenheit eröffnet, die dieser dann bereitwillig wahrnimmt.

Die Patientenerzählungen entspringen einem inneren Druck. Die Patienten erzählen, was ihnen „auf der Seele brennt“. Solche Geschichten sind aber nicht immer sofort verständlich. Sie verlangen häufig eine Ergänzungsreihe, in der weitere Narrative eine sinnvolle Gesamtgestalt annehmen. Da dies den zeitlichen Gesprächsrahmen eines einzigen Ge-

4 Zur Nachhaltigkeit dieses Lernprozesses aus der subjektiven Erlebensperspektive der Patienten sei auf den Beitrag von Obliers et al. (2010) verwiesen, in dem die Patientin u.a. zu ihrem Gesprächserleben interviewt wurde. Für weitere multimethodale Analysen des Gesprächs mit Julia sei erneut auf weitere Beiträge (Koerfer et. 2010, Szirt, Langewitz 2010, Kruse, Tress 2010, Lausberg 2011) und die nachfolgenden Zusammenfassungen der Ergebnisse verwiesen (§ 40.2).

sprächs sprengen kann, sind neue Terminvereinbarungen erforderlich, in denen weitere Narrative zur Sprache kommen können. Erst durch ihre Verknüpfung werden sie verständlicher. Dies soll am dritten Fallbeispiel veranschaulicht werden, bei dem es sich zunächst um das Gespräch mit einem Rentner handelt, das später mit seiner Ehefrau als Paargespräch fortgeführt wird, in dem die Ausgangserzählungen des besorgten Ehemanns ihre volle Sinnhaftigkeit erlangen.

25.5.1 Die erste Minute mit Herrn J: „noch mal EKG?“

Die Eheleute J. und ihre Tochter sind in der Hausarztpraxis schon „Stammgäste“. Herr J ist inzwischen Rentner und seit Jahrzehnten in Behandlung (u.a. Herz-Kreislauf). Der Patient kommt regelmäßig wegen der bekannten Beschwerden auch zu Kontrolluntersuchungen. Heute kommt er ohne Voranmeldung, er wird von den Arzthelferinnen als „dringender“ Fall eingestuft und muss angesichts des durchorganisierten Praxisablaufs (§ 25.6) in die laufenden Termine „eingeschoben“ werden. Das gesamte Gespräch mit dem Patienten nimmt eine Zeit von 6 Minuten und 14 Sekunden ein und lässt sich in zwei Gesprächsphasen unterschiedlicher Länge unterteilen. Zunächst wird hier die erste Gesprächsphase am Stück im Transkript wiedergegeben, die 59 Sekunden dauert, bevor sich dann die schrittweisen Gesprächsanalysen anschließen.

B 25.15 „soll'n wir noch mal das EKG machen?“

- 01 A kommen Sie, nehmen Sie Platz, machen Sie sich es bequem ...
Herr J ...
- 02 P ich meine es wär besser .
- 03 A es wäre besser? .
- 04 P ja .
- 05 A was ist besser? .
- 06 P hier mit der ... mit der Pump . Schlaf geht auch, ich komme jetzt
bis 2, 3 oder 4 Uhr ...
- 07 A ja .
- 08 P komm ich so hin .
- 09 A ja .
- 10 P solln wir noch mal das EKG machen? .
- 11 A ja . können wir nochmal machen .
- 12 P und nochmal Blutdruck .

- 13 A und noch mal Blutdruck messen ... was spüren Sie denn jetzt noch so? ...
- 14 P ab und zu ... ist es bis oberhalb hier . so ein bisschen Ziehen . und dann geht es aber auch schnell wieder weg .
- 15 A ja .
- 16 P und wenn ich im Bett auf dem Rücken liege .
- 17 A ja .
- 18 P dann spüre ich es . aber liege ich links und rechts, dann ist es gut .
- 19 A dann ist es in Ordnung soweit .
- 20 P dann ist es in Ordnung .
- 21 A ja .
- 22 P ja solln wir das denn mal machen? ...
- 23 A ja .. machen wir mal .
- 24 P noch mal EKG ...
- 25 A tun wir noch mal EKG, tun wir noch mal prüfen .
- 26 P und das Blut mal .
- 27 A ja ... Blutdruck tun wir noch mal messen .
- 28 P nee . auch abnehmen, wollen wir mal sagen, auch kontrollieren .
- 29 A ja . können wir machen . ja .
- 30 P ja ...

Nachfolgend werden Teile des Transkripts nochmals wiederholt und um nonverbale Gesprächsanteile (Bilder) und um Kommentare auch aus der Beobachtungs- und Erlebensperspektive des behandelnden Arztes ergänzt. Zunächst wird der Wechsel zwischen den Beschwerdenschilderungen und Untersuchungswünschen des Patienten beschrieben, die zu einer ambivalenten Beziehungsgestaltung zwischen Arzt und Patient führen. Die beiden Gesprächspartner tragen einen latenten Beziehungskonflikt aus, der auf der sprachlichen Oberfläche als Missverständnis manifest wird. Erst nach einer interaktiv-thematischen Gesprächswende kann sich die Beziehung wieder als *helpende Beziehung* (§ 3, 8) stabilisieren.

25.5.2 Beschwerdenschilderungen und Untersuchungswünsche

Die ersten Ton- und Bildsequenzen stellen die Begrüßungsszene dar. Der Patient befindet sich noch nicht im Sprechzimmer, sondern wird zuerst vom Arzt aus dem Wartezimmer abgeholt. Es wird eine ambivalente Spannung erkennbar, die sich am Gesichtsausdruck der ersten

Bilder des Patienten erkennen lässt. Der zunächst vertrauensvolle und hoffnungsvolle Blick schlägt um in einen unsicheren, skeptisch zweifelnden Ausdruck. Es entsteht später der Verdacht auf ein ambivalent-unsicheres Bindungsmuster.

Gesprächseröffnung und Beschwerdenschilderung

Es gehört zum Praxisritual (§ 25.6), dass die Patienten aus dem Wartezimmer abgeholt, dort natürlich auch schon begrüßt und dann ins Sprechzimmer geführt werden, so dass hier die Begrüßung nicht „aufgezeichnet“ werden konnte. Obwohl noch nicht im Bild, hört man beide Gesprächspartner näher kommen. Nachdem der Patient der Einladung des Arztes, es „sich bequem“ zu machen (A01), gefolgt ist und Platz genommen hat, kommt es sofort zum Blickkontakt. Der Arzt setzt seine einleitenden Worte mit einer typischen Eröffnungsform der ermunternden Anrede fort (§ 19.2), wobei er die Redegelegenheit mit der Nennung des Namens seinem Gesprächspartner zur freien Verfügung überlässt.

Im ersten Abschnitt des Gesprächs schildert der Patient Symptome, er schildert sie so, wie Ärzte es sich oft wünschen. Klare, kurze, prägnante Beschreibungen, keine ausschweifenden Erklärungen, praxisbe-



Abb. 25.11

zogene Behandlungswünsche. Mit heftiger Gestik unterstreicht er Beschwerden in der Herzgegend (Abb. 25.11). Bereits nach einer knappen Minute (B 25.15: 01-30) scheinen das Anliegen des Patienten und der Behandlungsauftrag an den Arzt hinreichend geklärt zu sein. Beide könnten sich mit einem zufriedenen Gefühl wieder trennen. Bis zu diesem Zeitpunkt handelt es sich also um ein klassi-

schisches Beispiel für die „Ein-Minuten-Medizin“, mit der die traditionelle *Fünf-Minuten-Medizin* noch weit unterboten würde. Nimmt man den bisherigen Gesprächsverlauf aber wie der Arzt selbst schon während des Gesprächs genauer unter die Lupe, erkennt man, dass den Patienten noch anderes bewegt als seine bisherigen Beschwerdenschilderungen und Untersuchungsanliegen dies nahelegen.

Beschwerdenschilderungen und Ambivalenzen

Die weitere Gesprächssequenz (04-06) gibt die erste Beschwerdenschilderung des Patienten wieder. Auffällig ist der unmittelbare Beginn der

Beschwerdenschilderungen. Textinhalt und Bildeindruck klaffen deutlich auseinander. Der Bildeindruck ohne Ton lässt eher eine heftige Beschreibung von Schmerzen und Beschwerden vermuten als die verbale Darstellung und Beschreibung dessen, was sich alles „gebessert“ habe. Die schon bei der Kontaktaufnahme zu Gesprächsbeginn bereits erkennbare Ambivalenz wird nun im Auseinanderklaffen von Bild und Ton weiter verstärkt.

Der Arzt reagiert zunächst mit einer *echoartigen* Rückmeldung (§ 19, 20) auf die Äußerungen seines Patienten. Allerdings muss er nachfragen (05A: „was ist besser?“), weil die bloße Wiederholung (03 A: „es wäre besser?“) nicht zum intendierten Ziel der Weiterrede des Patienten führt, der lediglich sparsam (04P: „ja“) antwortet. Die Arzt-Frage (05: „was ist besser?“) wird zwar vom Patienten „organbezogen“ beantwortet (06: „hier mit der ... Pump“), aber dabei klopft er sich mit der rechten Hand heftig auf die Herzgegend (Abb. 25.11), mit einem Gesichtsausdruck, der nicht nur im Standbild, sondern auch in der kurzen Bildsequenz insgesamt alles andere als eine „Besserung“ signalisiert. Die gesamte Szene ist dem Arzt noch unklar: Der Patient sagt, es ginge ihm „besser“, aber sein mimischer und gestischer Ausdruck erwecken einen konträren Eindruck.

Als der Patient im direkten Anschluss weitere Mitteilungen zur Qualität seines Schlafes macht (06P: „Schlaf geht auch“), kann sich der Arzt im Moment nicht daran erinnern, dass der Patient auch über Schlafstörungen geklagt hatte. Der Arzt spürt leichten Ärger in sich aufkommen. Der Patient drängt sich notfallmäßig in den Praxisablauf, nur um mitzuteilen, dass es ihm besser gehe? Der Arzt fühlt sich vom Patienten bedrängt, zumal dieser jetzt die Initiative für seine *direkten* Forderungen nach Untersuchungen ergreift.

Untersuchungswünsche und Beziehungskonflikte

In den weiteren Gesprächssequenzen (P10ff.) trägt der Patient seine Wünsche nach Untersuchungen so energisch und entschlossen vor, dass sie wie *direkte* Aufforderungen wirken, die in ihrer verkürzten Form (12P: „und nochmal Blutdruck“) schon grenzwertig *unhöflich* erscheinen (§ 7.3). Bild und Ton stimmen wieder mehr überein, dafür kommt es nun zu einer Änderung in der Gegenübertragung des Arztes. Der Arzt fühlt sich mit dem Patienten unwohl, wird zunehmend verärgert und möchte die Beziehung jedenfalls für heute so schnell wie möglich beenden. Der innere Kontakt zwischen Arzt und Patient beginnt zu

25. Kommunikation in der Hausarztpraxis

divergieren. In der Hoffnung, dass der Patient den aufkommenden Ärger des Arztes nicht bemerke, stimmt dieser dem Patientenanliegen („EKG“) schnell zu (11A: „ja . können wir nochmal machen“). Offensichtlich hat der Patient aber noch mehr Wünsche und Bedürfnisse nach weiteren Untersuchungen, denen der Arzt zügig zu entsprechen sucht, um dann allerdings weitere Zielsetzungen der Anamneseerhebung verfolgen zu können.

Der Arzt lenkt das Gespräch zunächst weg von den eingeforderten Untersuchungen, die er bereits zugestanden hat, und hin zur weiteren Exploration der Beschwerden. Mit seiner anschließenden Frage zur spezifischen *Detail-Exploration* (13A: „was spüren Sie denn jetzt noch so?“), möchte der Arzt die *Qualität* der Beschwerden (§ 21.4) konkreter erfassen.

B 25.16 „was spüren Sie denn jetzt noch so?“		Kommentar
09	A ja .	Hörersignal [=HS]
10	P soll'n wir noch mal das EKG machen? .	Weiterer Untersuchungswunsch
11	A ja . können wir nochmal machen .	Zustimmung
12	P und nochmal Blutdruck .	Rechte Hand in Richtung Herz
13	A und noch mal Blutdruck messen ... was spüren Sie denn jetzt noch so? ...	Zustimmung + Detailexploration: Qualität
14	P ab und zu ... ist es bis oberhalb hier . so ein bisschen Ziehen . und dann geht es aber auch schnell wieder weg .	Rechte Hand erneut in Richtung-Herz
15	A ja .	HS
16	P und wenn ich im Bett auf dem Rücken liege .	Bedingungen
17	A ja .	HS
18	P dann spüre ich es . aber liege ich links und rechts, dann ist es gut .	Bedingungen
19	A dann ist es in Ordnung soweit .	Paraphrase
20	P dann ist es in Ordnung .	Rückbestätigung durch Wiederaufnahme
21	A ja .	Rückbestätigung
22	P ja soll'n wir das denn mal machen? ...	Wunsch-Wiederholung mit „wir“!
23	A ja .. machen wir mal .	Zustimmung

Der Patient folgt dem Themen-Fokus des Arztes und kommt wieder auf seine Beschwerden zurück. Bevor er antwortet, greift er als erste Reaktion auf diese Frage in Richtung Herz wie zu Gesprächsbeginn (Abb. 25.11), erst danach beginnt er zu reden. Jetzt spricht er aber nicht mehr von einer Besserung, sondern beschreibt konkreter seine Schmerzempfindungen (14P: „ein bisschen Ziehen“) (§ 33). Bild, Inhalt und Ton verstärken sich gegenseitig. Der Patient scheint massive Überzeugungsarbeit leisten zu wollen, so als ob ein innerer Rückzug des Arztes durch sachliche Argumente verhindert werden sollte.

Der Arzt nimmt das weitere somatische Patienten-Angebot mit differenzial-diagnostischen Überlegungen und Untersuchungsplänen (*EKG, Rö-Thorax, Labor* usw.) zwar ernst, denkt aber innerlich nun an eine baldige Beendigung des Gesprächs mit Übergang zu eigenen Untersuchungen und sogar an eine Überweisung zum Kardiologen – einerseits zur beidseitigen Sicherheit, andererseits um den Gesprächskontakt auf diese Art und Weise „abkürzen“ zu können.

Der Patient reagiert mit verbalen und gestischen Abschwächungen seiner Äußerungen (14P: „ab und zu“ – „bisschen“ – „schnell wieder weg“ – 18P: „(...) dann ist es gut“), bevor sich beide Gesprächspartner auf einen gemeinsamen Nenner mit wechselnden Rückbestätigungen (19A: „dann ist es in Ordnung soweit“ – 20P: „dann ist es in Ordnung“) einigen können. Mit diesen wechselseitigen Rückbestätigungen scheinen alle Verständigungsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient behoben, sie werden dann aber durch ein Missverständnis über die Blutdruckmessung bzw. Blutuntersuchung manifest.

B 10.9	„... auch kontrollieren“	Kommentar
23	A ja .. machen wir mal .	Zustimmung
24	P noch mal EKG ...	Untersuchungswunsch 1
25	A tun wir noch mal EKG, tun wir noch mal prüfen .	Zustimmung
26	P und das Blut mal .	Untersuchungswunsch 2
27	A ja ... Blutdruck tun wir noch mal messen .	Zustimmung; Missverständnis
28	P nee . auch abnehmen, wollen wir mal sagen, auch kontrollieren .	Empörte Korrektur des Missver-

29	A	ja . können wir machen . ja .	ständnisses Zustimmung (+ „Unmut“)
30	P	ja .	Rückbestätigung

Offensichtlich beruht das Einverständnis des Arztes zunächst auf einem Missverständnis. Der Patient hatte seine Forderung nach einer Untersuchung in einer unvollständigen Formulierung (26P: „und das Blut mal“) vorgetragen. Der Arzt glaubt nun, dass Herr J, wie bereits beschlossen, den Blutdruck gemessen haben möchte, wie dies zunächst der entsprechenden ärztlichen Zustimmung zu entnehmen ist (27A: „Blutdruck tun wir noch mal messen“). Der Patient versucht empört, eine Klarstellung seiner Wünsche zu erreichen, wobei die *direkte* Form (28P: *nee . auch abnehmen wollen wir mal sagen ...*) abermals auch im Erleben des Arztes bereits an *Unhöflichkeit* grenzt (§ 7.3). Der Arzt stimmt zwar erneut formal zu (29A: „ja können wir machen“), spürt aber die Versuchung, hier das Gespräch abubrechen. Es liegen genügend klinische Gründe vor, sofort mit Untersuchungen zu beginnen bzw. diese einzuleiten, zumal das auch der Wunsch des Patienten ist. Eine Fortführung der Unterredung erscheint wenig ergiebig für die Erhebung weiterer „harter“, klinischer Daten.

Dennoch entschließt sich der Arzt für eine Gesprächsfortsetzung, die er mit einer *Schlüsselintervention* einleitet, mit der es aufgrund zu einer interaktiven und thematischen *Wende* im weiteren Verlauf des Gesprächs kommt, das auf der *Inhalts-* und *Beziehungsebene* eine neue *Qualität* annimmt.

25.5.4 Narrative Gesprächswende: „Hoffnung hab ich keine mehr“

Um diese Gesprächsentwicklung auch aus der ärztlichen Handlungsperspektive nachzuvollziehen, soll zunächst eine Zwischenbilanz des Gesprächs gezogen werden, in der auch die Ambivalenzen des Arztes selbst resümiert werden, der zwischen Abbruch und Fortsetzung des Gesprächs bzw. der aktuellen Beziehung zum Patienten hier und heute schwankte. Nach der Klärung der zwischenzeitlichen Missverständnisse (26-30) wird ein *Konsens* durch Zustimmung des Arztes und Rückbestätigung des Patienten markiert, womit zunächst eine gewisse Themensättigung („Gesprächsflaute“) eingetreten war.

Diese „Gesprächsflaute“ könnte ohne weiteres aus guten Gründen zur Gesprächsbeendigung genutzt werden, indem die vom Patienten gewünschten und nunmehr konsentierten Untersuchungen vorgenommen bzw. eingeleitet werden. Die Beziehung des Arztes zum Patienten war zuletzt nicht nur in der verbalen Rückmeldung zum reinen *Echo* reduziert (§ 19, 20), sondern auch in seinem momentanen inneren Handlungskonzept resignativ nach dem Motto: „Soll der Patient doch bekommen, was er will, ich weiß nicht, was er hat.“ Der innere Beziehungsabbruch zwischen Arzt und Patient droht weiter zuzunehmen und in die Beendigung des Gesprächs zu münden, dass seine Zweck erfüllt zu haben scheint.

Trotz seines eigenen „Unmuts“ war dem Arzt bei seinem aufmerksamen Beobachtung das nonverbalen Verhalten des Patienten jedoch nicht entgangen: Im Vergleich zu den vorausgegangenen Gesprächssequenzen wirkte der Patient jetzt kraftloser bis resignativ. Obwohl der Patient die von ihm gewünschten Untersuchungen mit Erfolg „durchgesetzt“ hatte und „zufrieden“ sein könnte, wirkt der Patient auf den Arzt jetzt noch besorgter.

Angesichts dieses Eindrucks ist die Situation aber weiterhin für den Arzt unklar. Herr J scheint hilflos und beunruhigt zu sein. Sein Blick geht nun ins Leere. Der Arzt versteht noch immer nicht, worum es dem Patienten „eigentlich“ geht. Um genau dies zu erfahren, entscheidet sich der Arzt trotz seines Unmuts für eine Fortsetzung des Gesprächs.

Neue Inhalts- und Beziehungsaspekte

Der Arzt wertet die in ihm selber aufsteigenden Gefühle, Gedanken und Fantasien im Sinne einer erweiterten klinischen Datensammlung über den Patienten. Als kritisch erlebte er dabei die Inszenierung des Patienten, den Arzt zur Untersuchung zu drängen, und seinen eigenen Impuls, der zuletzt auch durch den Ärger über das Missverständnis mit dem Patienten gesteigert wurde, auf dessen unbewusste Inszenierung einzugehen.

Der Arzt kann den inneren Kontakt zum Patienten wieder aufnehmen, indem er dessen *fordernd* und *empört* vorgetragene Untersuchungsbegehren nicht ausschließlich in einem medizinischen Kontext bewertet, sondern sie zusätzlich auf der Beziehungsebene als Ausdruck von *Angst* und *Verzweiflung* verstehen kann. Die Spannung, die bereits in der Anfangssequenz beschrieben wurde, bricht im folgenden Gesprächsverlauf wieder zusammen. Bedeutete der Aufbau der Spannung

25. Kommunikation in der Hausarztpraxis

am Anfang eine Beziehungsverschlechterung, so bedeutet sie nun die Wiederherstellung des Kontaktes, wie er in dem vertrauensvollen und hoffnungsvollen Blick noch ganz zu Gesprächsbeginn angelegt war, bevor der weitere Gesprächsverlauf durch eine „sorgenvolle“ Mimik und Gestik dominiert wurde, die bei den „fordernd“ vorgetragenen Untersuchungsanliegen leicht „aggressiv“ wirken konnte.

Anstatt nun – wie es schon angedacht war – das Gespräch zu beenden, wählt der Arzt eine Fortsetzung durch eine Intervention, die sich aufgrund ihrer offenen Stimulationsfunktion nicht nur in dieser Gesprächssituation als *Schlüsselintervention* erweisen kann. Im Sinne eines Neustarts ergreift der Arzt die Gesprächsinitiative mit einem neuen Themen-Fokus, der das Gespräch in eine qualitativ andere Richtung befördert. Mit einer *offenen Themeneinladung* („wie sieht es sonst aus?“), wie sie auch in anderen Sprachen mit Äquivalenten („something else?“) realisiert wird (§ 21.2.7), versucht der Arzt, an dem abgebrochenen Kontakt wieder anzuknüpfen.

Um die verbale und nonverbale Reaktion des Patienten zu erfassen, soll zunächst das Transkript im Kontext der vorausgegangenen Sequenz sowie mit Kommentarspalte und dann mit zwei Standbildern (Abb. 25.12-13) wiedergegeben werden, aus denen auf den nonverbalen Interaktionsablauf bei dieser Gesprächswende halbwegs geschlossen werden kann.

B 25.17 „wie sieht es sonst aus?“		Kommentar
29	A ja . können wir machen . ja .	Zustimmung (+ „Unmut“)
30	P ja .	Rückbestätigung
31	A wie ist es sonst, wie sieht es sonst aus? ...	Offene Frage als Erzähleinladung
32	P ja . Herr Doktor, ich will Ihnen jetzt ehrlich sagen . Hoffnung habe ich keine mehr . für meine Frau ... es ist schwer . es ist schwer . es ist bitter .	Direkte Anrede + Ehrlichkeitsbe- kundung + Emotionsbe- kundung
33	A warum haben Sie keine Hoffnung mehr?	Explorationsfrage (Grund)
34	P ja . weil sie ja nicht mehr gehen kann .	Begründung

Nonverbale Reaktion



Abb. 25.12

Gesprächswende

31 A: wie ist es sonst? wie sieht es sonst aus
...

Der Patient sackt förmlich in sich zusammen. Er wirkt wie getroffen, senkt den Kopf und schließt die Augen. Es entsteht eine Pause, die offenbar als „Denkpause“ genutzt wird.

Nonverbale Reaktion



Abb. 25.13

Beginn des Narrativs

32 P: ja . Herr Doktor, ich will Ihnen jetzt ehrlich sagen . Hoffnung habe ich jetzt keine mehr . für meine Frau ... es ist schwer . es ist bitter .

Der Patient wirkt wie isoliert, hat keinen Blickkontakt mehr

33 A: Warum haben sie keine Hoffnung mehr? .

34 P: ja, weil sie ja nicht mehr gehen kann .

Wie häufig zu beobachten, konzentriert sich der Patient auch hier zu Erzählbeginn auf seine „innere“ Geschichte, die er gleichsam mit einem „abschweifenden“ Blick vor einem „inneren Auge“ wahrnimmt und abrufen, weswegen der Blickkontakt mit dem Partner nicht nur in der sensiblen Anfangsphase des Erzählens oft unterbleibt (§ 18, 19). Es folgt dann eine dramatische Erzählung des Patienten zur Erkrankung seiner Ehefrau, die nach mehreren Hirnschlägen gehunfähig ist, im Rollstuhl sitzt, demnächst aus dem Krankenhaus entlassen und aufgrund ihrer Pflegbedürftigkeit vor allem auf seine besondere Hilfe angewiesen sein wird. Um diese Geschichte detaillierend und anschaulich zu erzählen und in der Kooperation mit dem Arzt ihre individuelle Bedeutung für den Patienten schrittweise zu erarbeiten, bedarf es nun weiterer fünf Gesprächsminuten für Herrn J. In diesen fünf Minuten wird die Dramatik der aktuellen Situation des Patienten mit seinen drückenden Sorgen und Nöten deutlich.

Seine Erzählung macht die Tür auf zu seiner „individuellen Wirklichkeit“ (v. Uexküll, Wesiack 1991, 2011) (§ 4.4) und erlaubt einen Einblick in seine Welt der Probleme und Schwierigkeiten, die auch seine Anliegen (Untersuchungen) verständlicher machen. Er muss sich nicht nur um seine eigene Gesundheit sorgen, sondern um die Gesundheit seiner Frau, um die er sich kümmern muss, sobald sie wieder zu Hause ist. So leidet er nicht nur unter der eigenen Krankheitsbelastung, sondern auch unter der erwarteten Belastung bei der alltäglichen Versorgung seiner Frau, der er unter Umständen aus gesundheitlichen Gründen selbst nicht gewachsen ist.

Diese im 5-Minuten-Gespräch narrativ entwickelte Erlebensperspektive einer Belastungsgeschichte wirft im Nachhinein ein Licht auf die erste Gesprächsminute, deren latenter Sinn erst nach der Schlüsselintervention des Arztes manifest werden kann.

Exploration biographisch-narrativen Sinns

Der Unterschied zwischen der ersten Gesprächsminute und dem weiteren Gesprächsverlauf in den anschließenden fünf Minuten ist eklatant. Zugleich werden die Risiken verpasster Chancen zu narrativen Selbstexplorationen von Patienten deutlich, wenn sich die ärztliche Gesprächsführung nach einem *biomedizinischen* Modell (§ 4) bei der Anamneseerhebung auf rein organbezogene Beschwerdenschilderungen beschränken würde.

Nach knapp einer Gesprächsminute, in der beide Gesprächspartner thematisch mehrmals zwischen „körperlichen Beschwerden“ und möglichen oder geforderten „Untersuchungen“ hin und her gewechselt sind, ist nunmehr mit der spezifischen Arzt-Frage („wie sieht es sonst aus?“), die ein breites thematisches Spektrum zur *Perspektivierung* erlaubt (§ 21.2.7), eine Schleuse geöffnet, durch die ein ganz anderer, nämlich *narrativer* Zugang zum Patienten als Person erschlossen werden kann. Schon durch die Redeübernahme, bei der das einleitende „ja“ und die persönliche Anrede („Herr Doktor“) wie ein „Stoßseufzer“ anmuten, wird die Relevanz des nachfolgenden Themas markiert angekündigt. Die Bezeugung der *Ehrlichkeit* der angekündigten Aussage (32P: „ich will Ihnen jetzt ehrlich sagen“) stellt eine weitere *Relevanzhochstufung* (§ 7, 17) in eigener Sache dar. Dabei ergänzen sich die weiteren *Inhalts-* und *Beziehungsaspekte* (§ 7.4) der Äußerung, die durch die spezifische Art der Ankündigung (32P) des relevanten Inhalts imponiert:

Wer derart die eigene Ehrlichkeit beteuert, bevor er weiter zu reden beginnt, markiert nicht nur die inhaltliche Relevanz der nun erwartbaren Äußerungen, sondern die *persönliche Wertschätzung* des Gesprächspartners, an den man sich nach der persönlichen Adressierung („Herr Doktor ... Ihnen sagen“) offen und vertrauensvoll wenden kann. Dieses Beispiel ist ein weiterer Beleg für das von den Patienten in der Regel gewährte ärztliche *Zuhörerprivileg* (§ 19), das sich oft in den entsprechenden *Formeln* (etwas *offen, ehrlich, nur Ihnen, nur unter uns sagen* usw.) manifestiert.

In diesem Fall einer „ehrlichen“ Aussage wird das neue Generalthema vom Patienten gleich zu Beginn dramatisch auf den Begriff gebracht: „Hoffnung hab ich keine mehr“. Zwar wird die Hoffnungslosigkeit im nachgestellten Satzglied spezifiziert („für meine Frau“), aber schon hier wird die Hoffnungslosigkeit für die eigene Person deutlich, die dann im weiteren Gesprächsverlauf mehr und mehr zum Vorschein kommt. Der Patient stellt die Sorgen um seine pflegebedürftige Frau, die demnächst aus dem Krankenhaus nach Hause entlassen wird, als Sorge um ihre lebenslange Betreuung dar, die ihn selbst möglicherweise aus gesundheitlichen Gründen überfordern könnte.

Seine Biographie erfährt als Lebensnarrativ gleichsam eine *Anti-Klimax* (§ 9, 19), weil ein Absturz aus vormals hoffnungsvollen Höhen in ungeahnte Tiefen droht. Die Aussicht auf einen geruhsamen, gemeinsamen Lebensabend des Paares schwindet dahin, was schon im *evaluativen Aufmacher* direkt im Anschluss an die „Hoffnungslosigkeit“ zum Ausdruck kommt: (32P: „es ist schwer . es ist schwer . es ist bitter“). Diese Evaluation imponiert nicht nur durch den Inhalt, sondern auch durch die Wiederholung und Paraphrase, durch die die Dramatik des Erlebens in der Kommunikation gegenüber dem ärztlichen Zuhörer noch rhetorisch gesteigert wird.

Diese Art der Informationen hätte der Patient kaum am Gesprächsanfang geben können. Offenbar ist „Hoffnungslosigkeit“ in einer „schweren“ und „bitteren“ Situation kein guter Themenkandidat für einen Gesprächseinstieg. Auch in diesem Fall musste der Patient zur Gesprächseröffnung eine andere Art von *Eintrittskarte* lösen (§ 18, 19), nämlich zum Thema seiner körperlichen Beschwerden. Um seine „Hoffnungslosigkeit“ zur Sprache zu bringen, bedurfte es eines Umwegs, den beide Partner mit einer gewissen Ungeduld gegangen sind, bevor ein weiteres („eigentliches“) Thema zum Vorschein kam.

Dabei sind die *organbezogenen* Beschwerden, die der Patient am Anfang vorträgt, nicht von der Hand zu weisen und ernst zu nehmen. Die

Befürchtung des Patienten, der neuen Herausforderung durch die Pflegesituation seiner Frau nicht gewachsen zu sein, ist angesichts der erwartbaren Dauerbelastung auch in dem Sinn „organbezogen“, dass „sein Herz nicht mitmachen“ könnte. So treibt ihn schließlich eine vielschichtige Befürchtung um seine eigene Gesundheit, die einer bedrohlichen Belastung ausgesetzt scheint, unangemeldet in die Sprechstunde, in er gleichsam als „Notfall“ zwischendurch „eingeschoben“ werden musste. Gleich in der ersten Gesprächsminute droht die bisher vertraute, *helpende Beziehung* (§ 3, 8) zwischen Arzt und Patient zu kippen, die sich schließlich in der Klärung von Missverständnissen verstricken.

Aus der Rekonstruktionsperspektive des Arztes wurde schon der Abbruch des Gesprächs durch Einleitung von Untersuchungen innerhalb und außerhalb der Praxis ernsthaft erwogen, obwohl auch er offenbar mehr hinter den Beschwerdeschilderungen vermutete, als dies auf der Gesprächsoberfläche zunächst „sichtbar“ und „hörbar“ wurde.

Die narrative Kehrtwende im Gespräch, die sich zugleich auf der *Inhalts-* und Beziehungsebene manifestiert, wird erst durch die offene Perspektivierungsfrage („Wie sieht es sonst aus?“) des Arztes eingeleitet, die im weiteren Gesprächsverlauf zu spezifischen *Patientenerzählungen* führt (§ 9), in denen der Patient die Perspektive *narrativ* weiter ausführt, wobei nochmals an den vorausgehenden *evaluativen Aufmacher* der Erzählungen erinnert sei (32P: „keine Hoffnung mehr“ (...) „es ist schwer“ (...) „bitter“). Dieser Aufmacher war auch vom Arzt als eine Art Relevanzhöchststufung im Sinne eines Alarmsignals verstanden worden, weswegen er seine Explorationsfrage nach dem Grund der Hoffnungslosigkeit gestellt hatte, so dass der Patient endgültig die Lizenz zum Erzählen erteilt worden war.

Dessen Erzählaktivitäten haben den Arzt zugleich hellhörig und wieder offen für die Beziehung zum Patienten werden lassen, die in der Eingangsphase auf eine Belastungsprobe gestellt worden war. Jetzt ist der Kontakt wiederhergestellt und der Arzt kann sich auf die Leidensperspektive seiner Patienten einstellen und bei seinen Erzählungen empathisch mitschwingen. So kann der Arzt durch *aktives Zuhören* (§ 19) und *empathische Rückmeldungen* (§ 20) dem Patienten bei der *Versprachlichung* seiner *Emotionen* helfen, die in den Zusammenhang mit möglichen Beziehungskonflikten in der Pflegesituation gestellt werden. In weiteren Erzählphasen des Gesprächs treten dann die *Affekte* des Patienten (Befürchtungen, Ängste, Schuldgefühle usw.), die ihn selbst und die Paarbeziehung betreffen, in einem Maße zu Tage, das den *emotionalen* Gehalt der ursprünglichen *Beschwerdenschilderungen* (Herz, Schlaf)

aus der ersten Gesprächsminute bei weitem übersteigt. Dieser *narrative Surplus* war allerdings nur um den „Preis“ zu haben, dass das 1-minütige Gespräch um weitere 5 Minuten für Herrn J verlängert wurde.

25.5.4 Symbiotische Paarbeziehung und nonverbale Interaktion

Am Ende dieses zweigeteilten Gesprächs wird eine Sinneinheit erkennbar, die gesprächsweise zwischen Arzt und Patient entwickelt wurde. Dabei wurde die „individuellen Wirklichkeit“ des Patienten in die „gemeinsame Wirklichkeit“ beider Gesprächspartner überführt, aus der nun eine gemeinsame Handlungsperspektive zu gewinnen ist (Uexküll, Wesiack 1992, 2011) (§ 4.4). In diesem Fall konnte eine weitere Gesprächsfortsetzung gewählt werden, die sich mit der spezifischen Funktion des Hausarztes als Familienarzt anbot. Ohne die im 5-Minuten-Gespräch spürbare und nachvollziehbare Verzweiflung des Patienten, der „keine Hoffnung“ mehr hat, in Zweifel ziehen zu wollen, nimmt der Arzt für die weitere Klärung der Sorgen und Befürchtungen des Patienten eine spezifische Gesprächschance wahr, die er gerade als Hausarzt nutzen kann.

Da die Ehefrau des Patienten ebenfalls Patientin des Hausarztes ist, schlägt er am Gesprächsende ein Paargespräch vor, das dann auch zeitnah zur Entlassung der Ehefrau aus dem Krankenhaus hier in der Hausarztpraxis stattfinden kann, weil beide Eheleute bereitwillig zugesagt haben. Der Arzt hat die Patientin seit Monaten nicht mehr gesehen, nachdem er sie aufgrund synkopaler Anfälle stationär eingewiesen hatte. In der Zwischenzeit wurde die Patientin gründlich untersucht. Da sich kardiologisch keine erklärbaren Befunde ergaben, wurde sie zur weiteren Abklärung in zwei unterschiedlichen neurologischen Abteilungen verschiedener Krankenhäuser untersucht. Sie sitzt nun im Rollstuhl, ohne dass eine handfeste somatische Erklärung dafür gefunden wurde. Sie soll daher wieder nach Hause entlassen werden. Das war der Hintergrund des Narrativs des Ehemanns aus dem vorausgegangenem Gespräch.

Beim neuen Gesprächstermin holt der Arzt wie üblich beide aus dem Wartezimmer ab. Die Patientin sitzt im Rollstuhl. Beide gehen zusammen zwei, drei Meter, und er hilft ihr, auf dem Stuhl im Sprechzimmer Platz zu nehmen. Das Gespräch dauert insgesamt die etwa 20 Minuten, die für solche Gesprächstypen vorgesehen sind (§ 25.6). Die Patientin beginnt, ihre Leidensgeschichte von dem Punkt an zu erzählen, als sie

25. Kommunikation in der Hausarztpraxis

das letzte Mal in der Praxis war. Sie hat immer wieder Schwindel und fällt dann plötzlich um. Sie erwähnt nicht die zahlreichen Untersuchungen, die an ihr durchgeführt wurden, und auch nicht, dass diese ergebnislos abgeschlossen wurden. Das Umfallen kommt für sie aus heiterem Himmel und macht ihr Angst. Sie schildert anschaulich, dass sie nichts mehr im Alltag alleine machen kann, keinen einzigen Schritt. Sie ist ständig auf die Hilfe und Unterstützung ihres Ehemanns angewiesen. Bei diesen Schilderungen, sowohl im Erzählfluss als auch in den Gesprächspausen, springen die synchronen Bewegungen (Abb. 25.14; Abb. 25.15) der Eheleute ins Auge.



Abb. 25.14



Abb. 25.15

Die Patientin klammert sich an ihren Mann. In eindrucksvoller Gestik verdeutlicht sie mit ihren Armen die Umklammerung ihres Ehemanns, der diese Bewegungen synchron mitmacht. Der Arzt erinnert sich, dass



Abb. 25.16

der Ehemann eine Geste der Umklammerung bereits im Narrativ aus dem Einzelgespräch gezeigt hatte (Abb. 25.16). Erst jetzt wird diese Umklammerung verständlicher, als er auch den Zustand der Ehefrau und die wechselseitige Interaktion zwischen den Eheleuten im Sprechzimmer erlebt. Für den Arzt wird eine gegenseitige Abhängigkeit der Eheleute erkennbar, die an eine

sympiotische Beziehung grenzt, aus der es für beide Partner kein Entkommen zu geben scheint.

Zugleich stellt sich für den Arzt nun die Frage, ob es bei der Ehefrau autonome Impulse gibt, die er im Rahmen der weiteren Behandlung supportiv unterstützen könnte. Ihm war aufgefallen, dass die Patientin, beim Wechsel vom Rollstuhl auf den Stuhl des Praxiszimmers,

überraschend stabil und sicher erschien. Der Arzt will klären, was die Patientin noch selbständig kann, und fragt sie nach ihrer Beweglichkeit. Zu seiner großen Überraschung hebt die Patientin abwechselnd beide Beine bis über den Schreibtisch der Praxis (Abb. 25.17). Er nutzt diese Szene, um sie aufzufordern, noch einen Gehversuch ohne Unterstützung zu versuchen. Der Gesichtsausdruck der Patientin hellt sich auf. Sie ist offensichtlich überrascht, dass der Arzt ihr das zutraut. Sie vergewissert sich daher noch einmal, ob sie wirklich versuchen solle, alleine aufzustehen. Doch beim Versuch, dies auch auszuprobieren, springt der Ehemann besorgt auf und erklärt dem Arzt, dass seine Frau dazu nicht in der Lage sei (Abb. 25.18). Mit Blick auf ihrem Mann bricht die Patientin ihren Versuch aufzustehen entsprechend ab. Das emotionale Engagement bei dieser (Inter-)Aktion ist beiden Eheleuten auf ihre „Weise ins Gesicht geschrieben“, wobei die Zuschreibung ihrer je spezifischen Emotionen allerdings im Auge des Betrachters bleiben soll.



Abb. 25.17



Abb. 25.18

Vor den Augen des Arztes wird die unbewusste Abhängigkeit der beiden Ehepartner eindrucksvoll sichtbar. Im weiteren Gesprächsverlauf erarbeitet der Arzt mit den Eheleuten eine *subjektive Krankheitstheorie*. Den synkopalen Anfällen war auf Seite der Patientin eine Reihe von Verlustereignissen vorausgegangen. Im Laufe eines Jahres sind vier nahe Angehörige plötzlich verstorben. Den einzigen Halt in dieser Situation sieht sie in ihrem Ehemann. Sie klammert sich an ihn. Sie befürchtet, auch er könnte plötzlich sterben.

Gesprächsbilanz: Fünf Minuten für Herrn J's Narrativ

In der Arzt-Patient-Kommunikation begegnen sich beide Gesprächspartner auf ihre Weise als *Experten* (§ 10). Vom Patienten werden Daten verschiedener Art zur Verfügung gestellt, deren Inhalt der Arzt nicht einfach erfragen kann. Der Patient gibt sie preis aufgrund einer ver-

trauensvollen Gesprächsatmosphäre ohne Druck. Das Erzählte wird mehr oder weniger spontan geäußert oder durch den Arzt aktiv stimuliert, jedenfalls ist es durch inneren Leidensdruck motiviert. Hier spricht der Patient als Experte für seine eigene Subjektivität.

Es muss eine Relevanzabwägung vollzogen werden über das, was somatisch und psychosozial von Bedeutung ist. Auf der einen Seite haben wir nun zwischen Symptombeschreibungen von Herzbeschwerden abzuwägen, denen möglicherweise eine organische Ursache zugrunde liegt – dafür ist der *Arzt* als Experte gefordert. Auf der anderen Seite führt der *Patient* als Experte einen belastenden Beziehungskonflikt mit einer vielleicht für den Rest des Lebens schwer kranken Ehefrau, die einen überwältigenden Trauerprozess vielleicht „konversionsneurotisch“ abwehrt, in die Datensammlung der Befunderhebung mit ein.

Für den Arzt könnte es eine Versuchung sein, die vom Patienten eingeführten „Daten“ auch ohne dialogische Verständigung zu deuten, d.h. ohne Beteiligung des Patienten einen kausalen Zusammenhang zwischen psychosozialer Belastung und Herzbeschwerden zu konstruieren. Der Patient bleibt jedoch der Experte für seine Subjektivität, die sich in der Sprechstunde wesentlich in der Form des Narrativs niederschlägt, bei der sich der Arzt als guter *Zuhörer* und gegebenenfalls als *Ko-Konstrukteur* eine neuen Geschichte (*new story*) erweisen kann (Brody 1994) (§ 9, 19). Haben sich Arzt und Patient aus ihrer jeweiligen Expertenperspektive in einer gemeinsamen Sprache auf die wesentlichen Probleme und Konflikte verständigt, können sie auch gemeinsam eine Relevanzaushandlung möglicher Lösungen versuchen.

Im vorliegenden Fall war die erfolgreiche Verständigung zwischen Arzt und Patient schon im Verlauf der ersten Gesprächsminute gefährdet, wenn es nicht zu einer Verlängerung von 5 Minuten gekommen wäre, in denen der Patient dann erzählend „zur Sprache bringen“ kann, was zuvor als Agenda „verborgen“ blieb (*hidden agenda*) (§ 18-20). Hätten sich beide Gesprächspartner sogleich in die Untersuchungen „geflüchtet“, wären wesentliche „Daten“ der biopsychosozialen Anamneseerhebung „unentdeckt“ geblieben.

Das es anders kam, verdankt sich den reflexiven Beobachtungen des Arztes zu den Ambivalenzen des Patienten und zur nonverbalen Kommunikation, woraus er beizeiten die richtigen Schlussfolgerungen für die Fortsetzung des Gesprächs im Sinne eines thematischen Neustarts zog. Dieser Neustart wurde durch die Schlüsselintervention der offenen Perspektivierungsfrage („Wie sieht es sonst aus“) eingeleitet, mit der der Patient zur *freien Themenwahl* eingeladen wurde (§ 9, 19). Der *narrative*

Surplus offenbart sich für beide Gesprächspartner in der gemeinsamen Kenntnis und Anerkennung der Belastungen durch die Erkrankung der Ehefrau, deren Pflegebedürftigkeit das bisherige Lebensnarrativ der Eheleute, die einen „unbeschwerten“ Lebensabend erhofft hatten, zu gefährden scheint. Sich dennoch realistisch auf die neue Lebenssituation als gemeinsame Herausforderung einzustellen, war Thema vieler weiterer Einzel- und Paargespräche, in denen der Arzt seinen beiden Patienten supportiv zur Seite stand.

Katamnese

Die aktuellen Sorgen des Patienten um seine eigene Gesundheit konnten auch dadurch gemildert werden, dass der Patient seine „Symptome“ auch als Belastungsreaktion verstehen konnte. Die weiteren Gespräche mit den Eheleuten finden als Einzel- und Paargespräche noch jahrelang sowohl in der Praxis als auch bei Hausbesuchen statt, bis der Patient schließlich an Nierenversagen verstirbt. Auch seine Frau bleibt bis zu ihrem Tod Patientin der Praxis. Ebenso bleibt die Tochter langjährige Patientin, mit der in der Sprechstunde das „beschwerliche“ Leben der Eltern oft Thema ist. Hier ist die Belastung der Tochter durch die elterliche Pflegesituation ebenfalls integraler Bestandteil der Versorgung durch den Hausarzt, der zugleich für alle Beteiligten der Familienarzt ist.

25.6 Praxisorganisation und Zeitmanagement

Ärzte würden gerne dem Gespräch einen größeren Raum in ihrer alltäglichen Praxis einräumen, aber nach ihrer Erfahrung erlaubt dies die zur Verfügung stehende Zeit nicht. Zeitmangel ist nach wie vor das häufigste Gegenargument. In der Hausarztpraxis, in der die vorausgehenden Gespräche geführt worden sind, wurde in einem über 30-jährigen Berufsleben versucht, für dieses Problem eine Lösung zu finden. Im Folgenden werden Ergebnisse diese Erfahrung in Form eines Organisationsplans dargestellt, der sich bereits seit über 20 Jahren auch bewährt hat (Reimer 2017). Es muss betont werden, dass nicht die Organisationsform entscheidend ist. Die größte Schwierigkeit ergibt sich für den Arzt selbst, das Gespräch auch nach zehn Minuten oder der vereinbarten Zeit auch zu beenden. Hier ist allerdings wieder die Organisations-

planung hilfreich. Ein Gespräch kann auch nur nach zehn Minuten in einer relativ emotionsgeladenen Situation beendet werden, wenn dem Patienten auch direkt ein Folgetermin für den nächsten oder übernächsten Tag angeboten werden kann.

25.6.1 Behandlungsereignisse

Der Organisation der täglichen Praxisabläufe kommt eine besondere Bedeutung zu, da sie dem Gespräch seinen zentralen Stellenwert und festen Zeitrahmen garantieren muss, damit das Gespräch, neben seiner beratenden und aufklärenden Funktion, immer auch seine beziehungsdiagnostischen und therapeutischen Aufgaben erfüllen kann. Im Unterschied zur Psychotherapie, bei der sich die Organisation ausschließlich auf das Gesprächsgeschehen konzentriert, müssen im Tagesablauf der integrierten Medizin immer auch potenziell vitale, somatische Ereignisse berücksichtigt werden.

Die unmittelbare Verfügbarkeit des Arztes für schwerwiegende, aber auch banale Behandlungsanliegen seiner Patienten, bei sich ständig wechselnden Interaktionsformen, wie zum Beispiel einer Notfallbehandlung, Untersuchung, bei Telefonaten oder Hausbesuchen, stellt ein Charakteristikum der Versorgungsmedizin dar, deren diagnostische und therapeutische Potenz in Bezug auf Affekte, Beziehungen und Bindungsverhalten es zu nutzen gilt.

Alle Arzt-Patient-Begegnungen, innerhalb und außerhalb des Sprechzimmers, werden daher als *Behandlungsereignisse* verstanden, die, nach Vergleichbarkeit geordnet, in zwei unterschiedliche Kategorien zusammengefasst werden. Für jede Kategorie ist ein eigenständiges Setting festgelegt. Organisatorisch kommt dies in einem speziellen Setting für angemeldete und einem davon zu unterscheidenden Setting für unangemeldete Patienten zum Ausdruck. Zum Setting der angemeldeten Patienten zählen Erstgespräche, Folgegespräche bzw. Gesprächsserien. Zum Setting der unangemeldeten Patienten zählen spontanes Aufsuchen der Praxis, Telefonate, Hausbesuche und Notfälle.

Angemeldete Patienten

Angemeldete Patienten wählen die Zeitspanne für das Gespräch mit dem Arzt selbst aus, wobei eine Auswahlmöglichkeit zwischen fünf und 25 Minuten vorgegeben ist. Bei Überlastung der Praxis, wie zum Bei-

spiel bei Grippeepidemien oder zu Beginn eines Quartals, kann dieser Auswahlrahmen kurzfristig bis auf zehn Minuten eingeschränkt werden. Im Verlauf von mehr als zehn Jahren wurde diese Zeitspanne von den Patienten am häufigsten gewählt. Das Zehn-Minuten-Gespräch wurde damit zu einer festen Größe und bildet heute das Rückgrat der gesamten Organisation. Auch Gesprächsserien sind auf diesen Zeitrahmen ausgerichtet.

Neben dem Zeitrahmen gehören Art und Weise der Begrüßung, Situierung, Gesprächseröffnung, Gesprächsbeendigung zu weiteren Setting-Kriterien. So werden die Patienten zum Beispiel nicht aufgerufen, sondern persönlich vom Arzt im Wartezimmer abgeholt. Gespräche und körperliche Untersuchungen finden in getrennten Räumen statt.

Der Patient weiß mit dem Betreten des Sprechzimmers, dass dies ein Ort zum Reden ist, dass der Arzt ausschließlich ihm und seinem Anliegen zur Verfügung steht, dass das Gespräch in einem geschützten, ungestörten Rahmen ohne äußere Unterbrechung von Telefonaten und Helferinnen abläuft, und er weiß, dass das Gespräch nach der vereinbarten Zeit auch umgehend beendet werden wird.

Da die gesamte Tagesorganisation davon abhängt, dass die vorgegebenen Zeitrahmen nicht überschritten werden, wird auf diesen Punkt schon bei der Anmeldung hingewiesen.

Der affektive Zustand eines Patienten am Ende eines Zehn-Minuten-Gesprächs unterscheidet sich grundsätzlich nicht von dem einer Psychotherapiestunde von 50 Minuten. Die Gefühlszustände der Patienten können z.B. von sich erleichtert fühlen, sich verstanden fühlen, stark aufgewühlt sein, sich alleingelassen und im Stich gelassen fühlen reichen. Sie müssen in jedem Fall thematisiert bzw. zumindest angesprochen werden. Bei dringendem Gesprächsbedarf bekommt der Patient einen Folgetermin, falls erforderlich am nächsten Tag.

Auf diese Art und Weise wird eine Zeitüberschreitung in der Regel vermieden. Im Normalfall wird die zur Verfügung stehende Zeit vom Patienten sogar als ausreichend erlebt und nicht selten subjektiv als viel länger empfunden, als sie real abgelaufen ist.

Unangemeldete Patienten

Patienten, die spontan die Praxis aufsuchen, werden nicht „dazwischen geschoben“ oder in einer Pufferzeit untergebracht, sondern festen Zeitblöcken zu Beginn oder am Ende der Sprechzeit zugeteilt (s. Tab. 25.2). Da in diesen spontanen Behandlungen ein großer informatorischer Ge-

halt über die Subjektivität und die inneren Konflikte des Patienten zutage treten kann, werden diese Begegnungen als wichtige Datenquelle für später folgende, dann aber zeitlich festgelegte Gespräche genutzt. Auch wenn dann ad hoc ein hinreichendes Gespräch im Augenblick nicht stattfinden kann, bleibt immer genügend Raum, um dessen Klärungsbedarf anzusprechen, zu fokussieren und mit einer neuen Gesprächsvereinbarung zu verbinden. Dies gilt für Rezeptbestellungen ebenso wie für dringende Untersuchungswünsche, die, nicht selten in einer drängenden Art und Weise vorgetragen, nicht nur Angst und Unsicherheit, sondern auch Wut und Manipulationen als Verhaltensmuster des Patienten offenbaren können, die beim nächsten Termin einen wichtigen Informationshintergrund darstellen und thematisiert werden können.

Notfälle und Erstgespräche

Als Notfälle werden solche Situationen verstanden, die ein sofortiges Handeln erforderlich machen und keinen Aufschub erlauben. Für diese Situationen stehen täglich 2×25 Minuten zur Verfügung. Da im Rückblick auf eine über 30 Jahre lange Praxiserfahrung vor dem Hintergrund anästhesiologischer und notfallmedizinischer Kompetenz solche Notfälle durchschnittlich nur ein- oder zweimal pro Quartal aufgetreten sind, wird hierdurch die Ordnung des Zeitplanes nicht wesentlich tangiert. Tritt allerdings der Notfall ein, verschiebt sich der Zeitplan entsprechend. Der dafür täglich vorgesehene und eingeplante Zeitrahmen wird daher überwiegend von Erstgesprächen genutzt, sodass im normalen Alltag täglich zwei Erstgespräche à 25 Minuten stattfinden können.

In Tab. 25.2 ist die Verteilung dieser Zeitblöcke auf einen Vormittag und Nachmittag dargestellt. Diese Zeitblöcke dienen den Arzthelferinnen zur Unterscheidung und Einteilung der Patienten, wenn sie die Praxis betreten.

Telefongespräche

Mit Telefonsprechstunde sind alle Anrufer gemeint, die ausdrücklich den Arzt sprechen möchten. Dies betrifft nicht nur Patienten, sondern auch Kollegen. Anrufe werden nur in der dafür vorgesehenen Zeitspanne von den Helferinnen weitergeleitet. Diese Einteilung hat sich als besonders effektiv erwiesen, da die zur Verfügung stehende Gesprächszeit nicht durch Telefonate oder die Arzthelferin unterbrochen wird.

Vormittag Mo-Fr			
Blöcke	Patientenanzahl	Gesprächsdauer	Uhrzeit
1	6-15	2-5 Minuten	07.30 – 08.00
2	6-18	5-15 Minuten	08.00 – 09.30
Pause		5 Minuten	09.30 – 09.35
3	1	25 Minuten	09.35 – 10.00
4	6-18	5-15 Minuten	10.00 – 11.30
5	1	25 Minuten	11.35 – 12.00
6	6-15	1-5 Minuten	12.00 – 12.30
7	1-6	Telefonsprechstunde	12.30 – 13.00

Nachmittag Di und Do			
Blöcke	Patientenanzahl	Gesprächsdauer	Uhrzeit
1	1-3	Hausbesuche	15.00 – 15.30
2	1-2	50 Minuten oder: 2x 25	15.30 – 16.20
Pause		10 Minuten	16.20 – 16.30
3	6-15	2-5 Minuten	16.30 – 17.00
4	6-18	5-15 Minuten	17.00 – 18.30
5	6-15	2-5 Minuten	18.30 – 19.00
6	1	50 Minuten	19.00 – 19.50

Tab. 25.2: Zeitraster für den Vormittag (Mo-Fr) und Nachmittag (Di und Do)

25.6.2 Gesprächsserien

Es handelt sich hierbei um fest vereinbarte Folgegespräche von je zehn Minuten Dauer. Die Frequenz dieser Gespräche ist nicht einheitlich, sie ist individuell auf den Patienten abgestimmt und wird zwischen Arzt und Patient gemeinsam fest vereinbart.

Je nach Behandlungsanliegen können so zum Beispiel mehrere Termine pro Woche oder auch nur einmal pro Quartal vereinbart werden. Auf der einen Seite führt das zu einer Reduzierung der Patienten, die spontan bei Beschwerden die Praxis aufsuchen, auf der anderen Seite ermöglicht es dem Arzt, den sich ständig verändernden Leidensdruck des Patienten im Verlauf zu beobachten und dies wiederum zu thematisieren.

In die Gesprächsserien fließen Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Kompetenz des Praxisinhabers ein, sie sind aber keine Psychotherapie im Sinne der Regelversorgung. Das bedeutet aber in der Praxis einen Vorteil. Die Schwellenangst des Patienten wird reduziert und lockert ihre unbewusste Abwehr gegenüber der Wirksamkeit von Gesprächen.

Die kurze, aber regelmäßige Gesprächszeit ermöglicht, bei unbewusster Angst der Patienten vor Abhängigkeit und Autonomieverlust, auch eine sichere Kontrolle über die Regulierung der Nähe- und Distanzschranke. Sie erleichtert sowohl der großen Gruppe von Patienten mit funktionellen Beschwerden, aber auch Patienten mit einer primär schwerwiegenden somatischen Diagnose, wie Herzinfarkt oder Krebserkrankungen, den Einstieg in eine ärztliche Arbeitsbeziehung.

Der Patient erlebt im Rahmen dieser Gesprächsserien, dass, neben den üblichen Gesprächen über Verordnungen und Untersuchungsergebnisse, immer auch genügend Raum für schwierige persönliche Probleme besteht. Er erlebt, dass er die Kontrolle über die Themenwahl behält und dass er nicht aufgrund mangelnder körperlicher Befunde abgewertet oder zu ungeliebten Gesprächsthemen gedrängt wird, sondern mit dem Arzt gemeinsam einen Fokus (Strupp 1991) für eine Gesprächsserie festlegt.

Vor diesem Hintergrund lassen sich auch mit einer primär therapiefeindlichen Gruppe von Patienten sowohl Fragen der Affektbewältigung, Beziehungsprobleme als auch bewusste und unbewusste Konflikte nicht nur ansprechen, sondern auch vertiefen.

Diese Gesprächsserien bilden den wesentlichsten Arbeitsschwerpunkt der Praxis. Da aber gleichzeitig auch tiefenpsychologische Psychotherapie angeboten wird, ergibt sich eine Kombinationsmöglichkeit dieser Zehn-Minuten-Gespräche mit dem Setting der KZT und LZT. Als besonders vorteilhaft hat sich aber die Möglichkeit erwiesen, dass bei jedem Patienten auch probatorische Sitzungen von 25 bzw. 50 Minuten mit den Gesprächsserien von zehn Minuten verknüpft werden können.

Bei der grundsätzlichen Begrenztheit dieser Gesprächsserien ergibt sich eine große Variabilität, sowohl für die Behandlungsfrequenzen als auch für die Dauer des Einzelgesprächs. Diese Gesprächsserien sind nicht auf supportive Interventionen festgelegt. Sie sind in der Regel zwar zeitlich sehr begrenzt und eng in ihrer Fokussierung, erlauben aber auch die Durcharbeitung regressiver Phasen (Jaeggi, Riegels 2008). Diese Gesprächsserien sind auf eine langjährige Arzt-Patienten-Beziehung angelegt. Im Rahmen der hausärztlichen Betreuung können so Gesprächsentwicklungen und Prozesse stattfinden, die von der Krankheitsentstehung bis hin zu ihrer Bewältigung, aber auch in Form einer Sterbebegleitung bis zum Tode reichen können.

25.7 Weiterführende Hinweise

Gut verständliche Überblicke über die Funktionen und Kommunikation in der Hausarztpraxis geben Hewitt (2001) und Jansen (2009), der sich in seiner Darstellung stützt auf: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). (Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.09.2002) (www.degam.de/fachdefinition.html). Der spezifische Ansatz einer Integrierten Psychosomatik in der Allgemeinmedizin wird in Reimer (2017) beschrieben. In anderen Kapiteln des Lehrbuchs werden Ansätze einer biopsychosozialen Medizin (§ 4) und einer biographisch-narrativen Anamneseerhebung (§ 9, 19) behandelt. Eine Vielzahl der Beispiele aus den Kapiteln zum Manual (§ 18-23) entstammen derselben Hausarztpraxis wie die vorausgehend dokumentierten und analysierten Gesprächsbeispiele, die durch den hier beschriebenen Ansatz einer psychosomatischen Gesprächsführung geprägt sind. Zur Fortbildung und Evaluation in der psychosomatischen Grundversorgung sei auf die themenspezifischen Kapitel im Lehrbuch (§ 15, 42) verwiesen.

26 Das Verordnungsgespräch

Katarina Hauser, Stefan Herzig, Jan Matthes

26.1	Hintergrund und Bedeutung	1506
26.2	Die Vorbereitung auf das Verordnungsgespräch	1509
26.3	Auch das Verordnungsgespräch ist bilateral	1511
26.3.1	Wichtige Gesprächsbeiträge der Patientin/des Patienten	
26.3.2	Wichtige Gesprächsbeiträge der Ärztin/des Arztes	
26.4	Kommunikation von Chancen und Risiken	1516
26.4.1	Häufigkeit von Chancen und Risiken einer Arzneitherapie	
26.4.2	Darstellung von Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten	
26.5	Die Entscheidungsfindung	1521
26.6	Der Abschluss des Gesprächs	1522
26.6.1	Hinweise zur korrekten Anwendung der Medikamente	
26.6.2	Anregung zur Verlaufsbeurteilung	
26.7	Ein Leitfaden für das Verordnungsgespräch	1525

Gedacht heißt nicht immer gesagt, gesagt heißt nicht immer gehört, gehört heißt nicht immer verstanden, verstanden heißt nicht immer einverstanden, einverstanden heißt nicht immer angewendet, angewendet heißt noch lange nicht beibehalten.

Konrad Lorenz (1903-1989) zugeschrieben

Abstract: Das Verordnungsgespräch stellt komplexe Anforderungen an die ärztliche Kommunikation. Dieses Kapitel soll zeigen, wie die rechtlich begründete Aufklärungspflicht und die von vielen Patientinnen und Patienten¹ gewünschte Beteiligung am Entscheidungsprozess praktisch umgesetzt werden kann. Anhand des Kommunikationsmodells der par-

¹ Wir haben versucht, bei der Formulierung weitgehend dem Leitfaden für eine geschlechtersensible und inklusive Sprache der Gleichstellungsbeauftragten der Universität zu Köln zu folgen. [↗](#)

tizipativen Entscheidungsfindung wird unter spezieller Berücksichtigung der Risiko-Kommunikation ein Gesprächsleitfaden vorgeschlagen (siehe § 26.7). Auszüge aus Verordnungsgesprächen von Studierenden der Humanmedizin im klinischen Studienabschnitt mit einem Schauspielpatienten sollen die jeweils relevanten Situationen und mögliche Herangehensweisen verdeutlichen, sind aber nicht unbedingt als „best practice“-Beispiele zu verstehen.

26.1 Hintergrund und Bedeutung

Die Adhärenz mit einer Arzneitherapie wird allgemein als das Ausmaß definiert, in dem jemand seine Medikation so einnimmt, wie sie verordnet wurde (Osterberg, Blaschke 2005). Ist dieses unzureichend, spricht man von Non-Adhärenz. Meist ist die eingenommene Menge pro Zeiteinheit gemeint, aber auch der Einnahmezeitpunkt, die Regelmäßigkeit der Einnahme oder die Beachtung spezieller Einnahmehinweise (z. B. „unzerkaut“ oder „mit der Mahlzeit“) spielen hier eine Rolle. Der früher meist verwendete Begriff der „Compliance“ wird oft aus der Perspektive eines pater- beziehungsweise maternalistischen Rollenbildes der Behandelnden (miss-) verstanden, also als Nicht-Befolgen der von ärztlicher Seite verordneten (Arznei-) Therapie. Der heute bevorzugte Begriff Adhärenz zielt auf die therapeutische Allianz zwischen Patientinnen/Patienten und Behandelnden ab und verweist damit explizit auf Verantwortlichkeiten auf beiden Seiten.

Die Bedeutung der medikamentösen Adhärenz wird deutlich, wenn man berücksichtigt, dass einer Übersichtsarbeit zufolge ein Drittel aller vermeidbaren Medikamenten-assoziierten Krankenhausaufnahmen auf Probleme mit der Therapietreue (Adhärenz) zurückzuführen sind (Howard et al. 2007). Sokol et al. (2005) zufolge korreliert die Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen mit der Ausprägung der Non-Adhärenz. In einer Metaanalyse klinischer Studien fand sich gar ein konsistenter Zusammenhang zwischen Adhärenz und Mortalitätssenkung (Simpson et al. 2006). Die medikamentöse Non-Adhärenz stellt demnach ein großes Problem in der medizinischen Versorgung dar (z. B. World Health Organisation 2003). Andererseits kann die Adhärenzförderung nachweislich zur Verbesserung klinischer Endpunkte beitragen (z. B. Matthes, Albus 2014). Faktoren wie Unwissenheit infolge mangelnder Aufklärung und Unzufriedenheit mit dem ärztlichen Gespräch können

dabei die Bereitschaft, Medikamente verordnungsgetreu einzunehmen, senken. Auch fehlende Krankheitseinsicht und ungenaue Einnahmehinweise können zu einer schlechten Therapietreue führen (Düsing 2006, Osterberg, Blaschke 2005). Allerdings kann eine angemessene „Vorbereitung“ auf die Therapie die verordnungsgetreue (langfristige) Einnahme der Medikamente erleichtern. Ein wichtiger Grundstein für eine gute Therapieadhärenz sollte also bereits bei der Initiierung einer Arzneimitteltherapie, im Verordnungsgespräch, gelegt werden.

Im hausärztlichen Praxis-Alltag spielt das Verordnungsgespräch eine wesentliche Rolle: im Schnitt wird bei jedem zweiten bis dritten Arzt-Patient-Kontakt ein Arzneimittel verordnet (Richard, Lussier 2006, Stevenson et al. 2000). Neben der primär medizinischen Bedeutung einer verordneten Therapie ist zu beachten, dass allein schon die Einnahmemodalitäten einen Eingriff in den Alltag bedeuten können. Nicht selten müssen die Betroffenen von ihrer gewohnten Lebensführung abweichen. Darüber hinaus besteht das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Daher erscheint es nachvollziehbar, dass viele Patientinnen und Patienten am medizinischen Prozess weitgehend beteiligt werden wollen. Tatsächlich besteht auf Seiten der Patientinnen/Patienten ein deutlicher Informationsbedarf bezüglich der Hintergründe ihrer Erkrankung und der (alternativen) Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Coulter et al. 1999). Des Weiteren wünschen sie Mitspracherecht und Beteiligung bei Entscheidungen² (z. B. Cullati et al. 2011, Guadagnoli, Ward 1998). Partizipative Entscheidungsfindung (auch: Shared Decision-Making) ist eine wesentliche Methode, durch die sich diese Patientenbeteiligung umsetzen lässt. Auf der Grundlage einer partnerschaftlichen Ausrichtung der Arzt-Patient-Beziehung handelt es

² Die Möglichkeit, eine Medikation auszuwählen, setzt natürlich voraus, dass mehrere grundsätzlich geeignete Arzneimittel zur Behandlung einer Erkrankung verfügbar sind. Dabei kann es sich um gleichwertige Alternativen handeln, es wird aber oft so sein, dass es Unterschiede z. B. hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit gibt (Unterschiede bezüglich des Nebenwirkungsspektrums können für die Wahl aber gerade ausschlaggebend sein). Es wird allerdings immer wieder vorkommen, dass die Ärztin/der Arzt aus fachlicher Sicht eine (Vor-)Auswahl der „anzubietenden“ Optionen treffen muss. In jedem Fall ist die Patientin/der Patient aber über die unterschiedliche „Wertigkeit“ der Optionen in Kenntnis zu setzen (unter Umständen auch der nicht zur Wahl gestellten). Es wird von uns nicht in Frage gestellt, dass es Situationen gibt, in denen man „keine Wahl hat“. Im Sinne der Therapiefreiheit liegt das letztlich aber im Ermessen der jeweiligen Ärztin/des jeweiligen Arztes und stellt stets eine Einzelfallentscheidung dar.

sich dabei um eine Interaktion zwischen den Betroffenen, die darauf abzielt, durch kommunikative Mittel zu einer gemeinsam getroffenen Entscheidung über eine angemessene Vorgehensweise (z. B. Arzneitherapie) zu kommen. Die Vermittlung aktueller wissenschaftlicher Evidenz hat dabei einen wesentlichen Anteil. Letztlich soll die Entscheidung unter Berücksichtigung der Präferenzen der Patientin/des Patienten entlang der klinischen Anforderungen auf die bestmögliche Art getroffen werden. Auch wir orientieren uns bei der hier vorgeschlagenen Vorgehensweise im Verordnungsgespräch (§ 26.7) an der Partizipativen Entscheidungsfindung, nicht zuletzt, da diese offenbar zur Verbesserung klinischer Endpunkte beitragen kann (Hauser et al. 2015).

Der Patientenbeteiligung im Allgemeinen wurde auch auf gesundheitspolitischer und rechtlicher Ebene Rechnung getragen. Die Musterberufsordnung für in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte sieht das Einholen der „Einwilligung der Patienten“ in eine Behandlung nach Aufklärung über deren „Wesen, Bedeutung und Tragweite [...] einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihnen verbundenen Risiken“ vor (2011). Im Jahr 2013 wurde durch das Inkrafttreten des sog. Patientenrechtegesetz (siehe § 630 BGB) auch gesetzlich festgeschrieben, welche Informationen zur Vorbereitung der Patientin/des Patienten auf Behandlungsentscheidungen gehören.

Obwohl ein Großteil der Patientinnen/Patienten in Übereinstimmung mit dem Gesetz die ausführliche Aufklärung über ihre medizinische Situation wünschen und fordern, zeigen wissenschaftliche Erhebungen jedoch, dass sie häufig nicht gut informiert werden (z. B. Richard, Lussier 2006, Tarn et al. 2006). Dabei kann die Diskrepanz zwischen Informationsbedürfnis und tatsächlichem Informationsaustausch Unzufriedenheit auf Patienten-, aber auch auf Arztseite zur Folge haben (z. B. Stevenson et al. 2000). Hinzu kommt, dass letztlich Entscheidungen für eine bestimmte Behandlung doch meist einseitig von Ärztin bzw. Arzt getroffen werden (z. B. Karnieli-Miller, Eisikovits 2009, Loh et al. 2007).

Ein oft gegen die postulierte Patientenbeteiligung und den verstärkten Informationsaustausch geführtes Argument ist der befürchtete zeitliche Mehraufwand, der angesichts des Klinik- und Praxisalltags nicht realisierbar wäre. Eine Vielzahl von Studien lässt diese Befürchtungen allerdings unberechtigt erscheinen (Légaré, Witteman 2013).

Wir schlagen im Folgenden ein Vorgehen im Verordnungsgespräch vor (§ 26.7), das auf der Grundlage von Ergebnissen aus der Kommunikationsforschung und Untersuchungen zur Arzneitherapie sowie unter

Berücksichtigung eigener Erfahrungen entwickelt wurde. Die Anwendbarkeit des resultierenden Leitfadens wurde mit Studierenden der Humanmedizin im klinischen Studienabschnitt im Gespräch mit einem Simulationspatienten³ bestätigt. Der Leitfaden wurde aber (noch) nicht „klinisch getestet“ und ist als ggf. situationsabhängig anzupassende Empfehlung zu verstehen.

26.2 Die Vorbereitung auf das Verordnungsgespräch

In der Arzt-Patient-Kommunikation kommt es häufig zu Missverständnissen (Stevenson et al. 2000). Um dem vorzubeugen, sollte von Anfang an klar sein, was der Zweck des bevorstehenden Gesprächs ist: es soll eine (Behandlungs-) Entscheidung getroffen werden. Bei der Art und Weise, wie diese Entscheidung getroffen werden soll, kann jedoch zunächst noch Klärungsbedarf bestehen. Möchte die Patientin/der Patient überhaupt mitentscheiden oder bevorzugt sie/er es, sich auf die fachliche Kompetenz des ärztlichen Gegenübers ganz und gar zu verlassen? Leider gibt es keinen „Goldstandard“ für das richtige Maß an Patientenbeteiligung und Information. Ganz im Gegenteil liegt hier eine der großen Herausforderungen in der Gesprächsführung, wie an anderer Stelle näher geschildert wird (z. B. Kapitel 10, der Entscheidungsdialog). Der gewünschte Umfang der Informationen und die Beteiligungspräferenz von Patientinnen und Patienten können sich in Abhängigkeit von der Erkrankung, deren Schwere und/oder Stadium sowie der Phase der Behandlung verändern (Butow et al. 2000). Umso mehr empfiehlt es sich, Erwartungen und Präferenzen (ggf. wiederholt) gezielt zu erfragen (Box 26.1). Dieser Schritt ist entscheidend für den weiteren Gesprächsverlauf. Begnügt sich die Patientin/der Patient beispielsweise damit, von der Ärztin/dem Arzt mit einem Medikament „versorgt“ zu werden, wird wahrscheinlich auch keine umfangreiche Information zu alternativen Behandlungen erwartet, sodass sich das Gespräch auf das ärztlicherseits ausgewählte Präparat konzentrieren kann (§ 26.6).

³ Szenario: Einleitung einer Antihypertensiva-Therapie bei einem 50 Jahre alten Patienten mit positiver Familienanamnese, HDL-Cholesterinmangel, kontrolliertem Asthma bronchiale und aktuell asymptomatischer Hyperurikämie

Box 26.1 Eröffnung des Verordnungsgesprächs

Zu Beginn ist die Ausgangssituation zu klären, insbesondere die *Erwartungen* der Patientin/des Patienten an

- die Rolle der Ärztin/des Arztes im Entscheidungsprozess (von paternalistisch über partnerschaftlich ggf. bis hin zu der eines Dienstleisters)
- die Rolle der Patientin/des Patienten im Entscheidungsprozess (grundsätzlicher Wunsch nach, Bereitschaft zur, ggf. Art und Umfang der Beteiligung, eigenes Zutrauen, Eigenverantwortlichkeit).

Aber auch die entsprechenden Erwartungen auf ärztlicher Seite sollten klar sein und der Patientin/dem Patienten mitgeteilt werden.

Falls bei der Patientin/beim Patienten ein Bedürfnis nach aktiver Beteiligung vorliegt, empfiehlt sich die Vorgehensweise laut § 26.3 - 26.6 bzw. § 26.7.

B 26.1 Beispiele für das Erfragen der Bereitschaft, am Entscheidungsprozess teilzunehmen

Beispiel 1

01 A wir haben drei Arten von Medikamenten, der Hauptunterschied sind eigentlich die Nebenwirkungen . ja . von daher würde ich Ihnen die gerne kurz vorstellen, besprechen und dann können wir gemeinsam entscheiden, welche für Sie am passendsten sind, ja? ..

02 P ok .

Beispiel 2

01 A bei Ihnen würde ich vorschlagen, .dass wir di:rekt mit einem Medikament einsteigen [hm], das ist aber ja keine Sache, die ich Ihnen einfach vorsetzen kann ... es soll heute darum gehen, dass wir gemein:sam eine Entscheidung entwickeln, mit der Sie gut leben können . und Sie sagen, ich bin mit dem Medikament (vertraulich), das möchte ich gerne oder aber auch keins von diesen Medikamenten gefällt mir, ich brauche da etwas mehr Zeit zum drüber nachdenken.

02 P ja, verstehe .

03 A ist das in Ordnung für Sie... [ja, ja klar] wenn wir jetzt mal kurz auf Augenhöhe ein paar Medikamente durchgehen und ich Ihnen Vorteile Nachteile, Wirkungen Nebenwirkungen schildere .und nachher gucken wir .

26.3 Auch das Verordnungsgespräch ist bilateral

Sind die Weichen für den weiteren Verlauf des Gesprächs gestellt, geht es darum, relevante Informationen auszutauschen. Wichtig zu beachten ist dabei, dass *beide* Seiten über relevantes und dem Gegenüber größtenteils unbekanntes Wissen verfügen, welches für den Entscheidungsprozess ggf. entscheidend sein kann.

26.3.1 Wichtige Gesprächsbeiträge der Patientin/des Patienten

Im Gespräch über eine Arzneitherapie ist der Redeanteil ärztlicherseits in der Regel höher als auf Patientenseite (Richard, Lussier 2007). Dabei erachten Patientinnen und Patienten aber die Thematisierung ihrer persönlichen Belange (etwa Ängste bezüglich einer Therapie) im ärztlichen Gespräch als mindestens ebenso wichtig wie die Thematisierung der medizinischen Situation selbst (Little et al. 2001). Allerdings gehen Ärztinnen und Ärzte nur selten darauf ein (Richard, Lussier 2006, Sleath et al. 1999), was auch daran liegen mag, dass Patientinnen/Patienten ihre Gesprächsbedürfnisse oft nicht äußern (Barry et al. 2000).

Die Bedeutung des Wissens einer Patientin/eines Patienten um die eigene Situation ist für die Therapieentscheidung erheblich, schließlich kennt man sich selbst am besten. Erwartungen, Zweifel, Wertevorstellungen, persönliche Bedürfnisse, individuelle Umstände sowie die Vereinbarkeit (oder eben Unvereinbarkeit) einer Behandlung mit der eigenen Lebenssituation sind wichtige Informationen, die Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapieoption haben können.

Die Berücksichtigung dieses Wissens kann für einen erfolgreichen Therapieverlauf wesentlich sein, denn Barrieren, die aus den persönlichen Umständen herrühren und die Therapietreue erschweren könnten, können im Gespräch identifiziert, berücksichtigt, umgangen oder aus dem Weg geräumt werden.

Patientinnen und Patienten informieren sich aber auch mehr und mehr über medizinische Aspekte und machen sich ein (ihr) Bild von ihrer Situation (Nink, Schröder 2006). Dies kann Vor- und Nachteile haben, muss aber auf jeden Fall berücksichtigt werden. Sollten die angelegten Informationen zum Beispiel falsch oder unvollständig sein, könnte dies zu einer verzerrten Wahrnehmung der Krankheit und zu

Missverständnissen führen und sich auch auf den Therapieverlauf auswirken.

Box 26.2 Beispiele für wesentliche Informationen auf Seiten der Patientin/des Patienten

- Persönliche Bedürfnisse, Erwartungen an den Krankheitsverlauf und die Behandlung, Wertevorstellungen
- Kenntnis des eigenen Lebensstils und des persönlichen Hintergrunds (z. B. Beruf, familiäre Situation etc.)
- Vorwissen bzgl. der eigenen Erkrankung, Therapieoptionen, Risiken
- Ggf. selbst getroffene Maßnahmen zur Behandlung (z. B. Selbstmedikation)

Es gibt Informationen, die Patientinnen/Patienten haben, der Ärztin/dem Arzt aber (wissentlich oder unwissentlich) vorenthalten. So wenden in Deutschland knapp 40% der Erwachsenen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in Selbstmedikation an (Knopf, Grams 2013). Mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten informiert ihre Ärztin/ihren Arzt allerdings nicht darüber. 14% glauben dabei, diese Information sei für Ärztin bzw. Arzt nicht wichtig (Sleath et al. 2001). Da neben einer inadäquaten Präparatewahl und falscher Anwendung immerhin 4% der mit Selbstmedikation verbundenen Probleme Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln sind, handelt es sich aber durchaus um eine (für eine Therapieentscheidung) wesentliche Information (Eickhoff et al. 2012). Es liegt auf der Hand, dass hier ärztlicherseits aktiv nachgefragt werden muss. Dabei ist bemerkenswert, dass das Wissen von Ärztinnen und Ärzten über die Medikation ihrer Patientinnen und Patienten von diesen offenbar überschätzt wird und ggf. deshalb der ärztlichen Seite Informationen „vorenthalten“ werden (Serper et al. 2013).

B 26.2 Wichtige Aspekte auf Seiten der Patientin/des Patienten: Vorwissen, Lebenssituation und Erwartungshaltung

Beispiel 1

- 01 A ist Ihnen das denn grundsätzlich bewusst . ähm ... dass/was so ein dauerhaft hoher Blutdruck . was das für Folgen haben kann?.
- 02 P ja ich habe mich ein bisschen so schon informiert . nur ich kann

ja halt/ ich würde gerne so von Ihnen wissen...weil wenn ich so im Zimmer sitze und alles lese, das ist ja immer wieder [ja] anders als im Gespräch .

03 A ja, es gibt eben ein Medikament, mit dem man meistens einsteigen kann . was eben auch einen Husten verursachen kann ... ich weiß jetzt nicht was sie von Beruf sind? .

04 P ich arbeite im Büro, in der Bank .

05 A Das heisst, sollte jetzt so etwas auftreten . Sie müssen jetzt nicht unbedingt Vorträge halten oder sowas? . das sowas auftreten würde und dass für Sie ein Problem wäre? .

06 P Nein nein .

Beispiel 2

01 A könnten Sie sich das denn vorstellen, eine medikamentöse Therapie zu beginnen? .

02 P (naja) . sicher [ja], also ich . bin ja auch deshalb hier, um zu wissen, ähm was . was kann man jetzt machen? [hm also] wie kann ich vorgehen jetzt .

26.3.2 Wichtige Gesprächsbeiträge der Ärztin/des Arztes

Die Ärztin/der Arzt wählt eine Behandlung grundsätzlich daher aus, weil ein Nutzen für die Patientin bzw. den Patienten zu erwarten ist. Dem entsprechend kennt sie/er (realistische) Therapieziele und die wahrscheinliche Wirksamkeit einer Arzneitherapie. Patientinnen und Patienten hingegen sind diese Informationen (aus denen sich ggf. erst Therapierbarkeit und Therapiebedürftigkeit einer Erkrankung erschließen) oft nicht (hinreichend) bekannt und sollten am Beginn der Vorstellung von Optionen zur medikamentösen Behandlung stehen, bevor auf die pharmakologischen Eigenschaften der Arzneimittel eingegangen wird.

Detaillierte Informationen zu Arzneimitteln und deren Anwendung sind nicht nur für Ärztin und Arzt unerlässlich. Sofern man mit der Patientin/dem Patienten einen gemeinsamen Weg der Entscheidungsfindung gehen will, benötigt sie/er diese Informationen ebenfalls (und nicht nur dann). Die Frage, „wie viel Information“ zu einer Arzneitherapie notwendig oder hinreichend ist, damit eine Patientin/ein Patient diese nachvollziehen und ggf. eine entsprechende Entscheidung mittragen kann, ist letztlich meist eine Einzelfallentscheidung. Verschiedene Patienten- und Ärztebefragungen kamen jedoch zu ähnlichen Schlüssen

darüber, welche arzneimittelspezifischen Informationen (besonders) relevant sind (z. B. Dickinson, Raynor 2003, Steckelberg et al. 2005) (siehe Box 26.3).

Box 26.3 Essenzielle Informationen zur Arzneitherapie

Folgende für das Verordnungsgespräch wichtige Punkte zu Wirkstoffgruppen (ggf. einzelnen Wirkstoffe/Präparaten) sollten unbedingt angesprochen werden:

- Dauer der Behandlung
- Wirkstoffklasse oder Substanz-/Handelsname,
- Vorteile und Chancen
- Risiken und Nebenwirkungen (siehe auch Box 26.4)
- Wahrscheinlichkeiten, mit denen Risiken und Nebenwirkungen auftreten (§ 26.4), fall- und praxisbezogen

Die Vorteile und Chancen einer Therapie sind die von ärztlicher Seiten im Verordnungsgespräch am häufigsten berücksichtigten Punkte (Tarn et al. 2006) und bezüglich dieser Aspekte ist die Zufriedenheit seitens der Patientinnen und Patienten im Medikamentengespräch auch besonders hoch (Mahler et al. 2009). Bei der von Patientinnen und Patienten ebenfalls als besonders wichtig erachteten Informationen über Risiken und Nebenwirkungen eines Arzneimittels sieht dies jedoch anders aus (Barry et al. 2000, Ziegler et al. 2001). In nur circa einem Drittel aller Verordnungsgespräche im hausärztlichen Praxisalltag kommen potenzielle Risiken und Nebenwirkungen eines Arzneimittels zur Sprache (Makoul et al. 1995, Tarn et al. 2006). Bei Neuverordnungen sind es laut Richard und Lussier (2006) sogar weniger als 17% der Verordnungsgespräche, in denen Nebenwirkungen thematisiert werden.

Das richtige Maß an Information zu finden kann eine Gratwanderung sein. Der Patientin/dem Patienten *alle* Behandlungsmöglichkeiten, jeweils mit Vor- und Nachteilen sowie Risiken und Nebenwirkungen zu erklären, würde nicht nur den zeitlichen Rahmen eines Verordnungsgesprächs sprengen, sondern auch die Patientin/den Patienten überfordern. Die besondere Herausforderung an Ärztin bzw. Arzt zu diesem Zeitpunkt ist es also, eine „kluge“ (Vor-)Auswahl zu treffen. Neben potenziellen Unverträglichkeiten mit anderen eingenommenen Substanzen (auch Selbstmedikation, siehe § 26.3.1) kann hierbei außerdem das Wissen über die persönlichen Hintergründe der Patientin/des Patienten hilfreich sein (§ 26.2 und § 26.3.1). Stehen das Nebenwirkungs-Profil

und die Lebensgewohnheiten in Konflikt? Sind die Einnahmebedingungen (z. B. Injektion) im Tagesablauf umsetzbar? Sind Nebenwirkungen (z. B. Müdigkeit, Konzentrationsmangel) bei der Ausübung eines Berufes zu verantworten (z. B. Arbeit an Maschinen, Führen eines Fahrzeugs)? Diese Fragen können dabei helfen, eine begründete Vorauswahl bezüglich eines Präparats zu treffen. Gegebenenfalls ist auch abschätzbar, welchen Stellenwert bestimmte unerwünschte Arzneimittelwirkungen für die jeweilige Patientin/den jeweiligen Patienten haben würden (Box 26.4).

Box 26.4 Risiken und Nebenwirkungen

Für den Patienten sind nicht *alle* Nebenwirkungen gleichrelevant. Es scheint sinnvoll,

- potenziell *folgeschwere* Risiken und Nebenwirkungen zu nennen (z. B. lebensbedrohliche Nebenwirkungen, Nebenwirkungen mit bleibenden Defekten). Hier tritt die Wahrscheinlichkeit hinter den möglichen Konsequenzen der unerwünschten Wirkung zurück.
- die *häufigsten* Risiken und Nebenwirkungen zu nennen. Wenn auch die Nebenwirkung voraussichtlich nicht folgeschwer verläuft, so ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Nebenwirkung auch diese Patientin/diesen Patienten betrifft, hoch.
- die Nebenwirkungen zu nennen, die voraussichtlich für diese *individuelle* Patientin/diesen *individuellen* Patienten eine *besondere* Bedeutung haben.

Informationen zu Chancen sowie Risiken und Nebenwirkungen gehen in der Regel mit Angaben zu Häufigkeiten bzw. Wahrscheinlichkeiten einher. Aufgrund der besonderen Relevanz und Komplexität ist diesem Thema ein eigener Abschnitt gewidmet (§ 26.4).

B 26.3 Wichtige Information zur Arzneitherapie: Gründe für die Behandlung und bestehende Behandlungsmöglichkeiten

Beispiel 1

01 A Aber nichts desto trotz haben Sie diesen Bluthochdruck und [hm] der muss eben behandelt werden hm? . Ähm Haben Sie denn schon einmal etwas davon gehört, warum Bluthochdruck schädlich sein kann? .

02 P Ich weiß (ein) bisschen was, aber ich hab . von meinem Vater [hm

- aha], der ist ja auch mit 50 gestorben an Herzinfarkt . davon weiß ich (ein) bisschen was, dass auf lange Sicht so etwas kommen könnte [genau] . aber so alles genau kann ich nicht sagen .
- 03 A ja ... also es ist so, dass der hohe Blutdruck auf Dauer von innen die Gefäße schädigt und dass es dann zum Herzinfarkt oder zum Schlaganfall kommen kann . und das sind eben die Langzeitfolgen, die so gefürchtet sind bei dem Bluthochdruck ... und deswegen wird eben empfohlen, eine Therapie zu machen .um den Blutdruck zu senken und das Risiko für das Auftreten dieser Herzkreislauferkrankung zu senken.
- 04 P hm . ja .
- Beispiel 2
- 01 A also ich kann Ihnen ja mal sagen, was wir da für (alternative) Möglichkeiten haben .
- 02 P ja . bitte .
- 03 A Letztendlich ist denen allen gemein, dass sie die Gefäße weit machen und . dadurch dafür sorgen, dass Ihr Blutdruck runter geht [hm] . aber sie haben natürlich alle so leicht unterschiedliche Wirkmechanismen, das heißt gerade so wenn/bezüglich der unerwünschten Wirkungen ... da unterscheiden die sich eben ein bisschen [aha], das Amlodipin, . das hat den Vorteil [...]

26.4 Kommunikation von Chancen und Risiken

Die Aufklärung über Chancen und Risiken ist ein sensibles und in der „evidenzbasierten“ Medizin unverzichtbares Thema, da Patientinnen und Patienten die Ärztin bzw. den Arzt als wichtigste Quelle bezüglich arzneimittelbezogener Informationen ansehen. Erst danach lesen sie die Packungsbeilage oder fragen ihre Apothekerin/ihren Apotheker (Nink, Schröder 2006). Allerdings ist sowohl auf Patienten- als auch auf Arztseite nicht selten ein „Statistischer Analphabetismus“ zu beobachten (Gigerenzer et al. 2007), d. h. statistische Informationen werden häufig nicht bzw. falsch verstanden (z. B. Berry et al. 2002, Gigerenzer et al. 2007, Knapp et al. 2004, Steckelberg et al. 2005, Wegwarth 2013).

Besondere Herausforderungen der Risiko-Kommunikation sind somit zum einen das Verstehen, zum anderen die verständliche Darstellung von Wahrscheinlichkeiten bzw. Häufigkeiten.

26.4.1 Häufigkeit von Chancen und Risiken einer Arzneitherapie

Im Verordnungsgespräch spielt sich die Risiko-Kommunikation hauptsächlich im Bereich der unerwünschten Arzneimittelwirkungen ab. Wichtige Maßzahlen sind in diesem Zusammenhang das relative Risiko, das absolute Risiko sowie die „number needed to harm“ (NNH). Auch die Chancen eine Arzneitherapie lassen sich natürlich quantifizieren (in Analogie zur NNH dann mit der „number needed to treat“, NNT). Kurze Definitionen finden sich in Box 26.5, für Hintergründe und Erläuterungen muss auf die Fach-Literatur verwiesen werden (z. B. Gigerenzer 2014).

Box 26.5 Wichtige Maßzahlen in der Risiko-Kommunikation

Definition	Beispiel
<i>Relatives Risiko, Relative Risikoreduktion:</i> die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Ereignis in einer Gruppe im Vergleich zu einer anderen Gruppe eintritt bzw. die Abnahme dieser Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur anderen Gruppe.	Statine reduzieren in der Prävention von Herz-Kreislauf-erkrankungen die kardiovaskulär bedingte Mortalität um 27%.
<i>Absolute Risiko, Absolute Risikoreduktion:</i> die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Ereignis insgesamt eintritt bzw. die Abnahme der Anzahl der Ereignisse im Vergleich zu einer anderen Gruppe.	Statine reduzieren in der Prävention von Herz-Kreislauf-erkrankungen die Zahl kardiovaskulärer Todesfälle um 14 pro 1.000 Patientinnen/Patienten.
<i>Number needed to treat:</i> Anzahl der Personen, die (für eine bestimmte Zeit) behandelt werden muss, um im Vergleich zu einer anderen Gruppe ein Ereignis zu verhindern.	69 Patientinnen/Patienten müssen in der Prävention von Herz-Kreislauf-erkrankungen mit einem Statin behandelt werden, um einen kardiovaskulär bedingten Todesfall zu verhindern.
<i>Number needed to harm:</i> Anzahl der Personen, die (für eine bestimmte Zeit) behandelt werden müssen, um im Vergleich zu einer anderen Gruppe einen Schaden durch die Behandlung zu verursachen.	Es müssen 7.428 Patientinnen/Patienten in der Prävention von Herz-Kreislauf-erkrankungen mit einem Statin behandelt werden, um eine potenziell tödliche Rhabdomyolyse zu verursachen.

Beispiele nach: LaRosa et al. 1999, Thompson et al. 2003

In Deutschland folgt die Beschreibung der Häufigkeit von unerwünschten Arzneimittelwirkungen z. B. in Packungsbeilagen und Fachinformationen in der Regel einer Empfehlung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (siehe Tabelle 26.1) (BfArM 2002). Diesen Kategorien werden jedoch selbst von Ärztinnen und Ärzten sowie Pharmazeutinnen und Pharmazeuten häufig falsche Häufigkeiten zugeordnet (Ziegler et al. 2013).

Verbale Häufigkeitskategorie (Packungsbeilage)	Entsprechende numerische Kategorie	
	Darstellung in Prozent (relatives Risiko)	Darstellung in natürlichen Zahlen (absolutes Risiko)
sehr selten	≤ 0,01%	kann bis zu 1 von 10.000 Behandelten betreffen
selten	>0,01% bis 0,1%	kann bis zu 1 von 1.000 Behandelten betreffen
gelegentlich	>0,1% bis 1%	kann bis zu 1 von 100 Behandelten betreffen
häufig	>1% bis 10%	kann bis zu 1 von 10 Behandelten betreffen
sehr häufig	>10%	kann mehr als 1 von 10 Behandelten betreffen

Tab. 26.1: Angabe von Häufigkeiten unerwünschter Arzneimittelwirkungen gemäß Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM 2012, 2015).

Dass Packungsbeilagen bei Patientinnen und Patienten häufig zu Unsicherheit und ggf. sogar Ängsten führen (Vinker et al. 2007), mag auch dieser wenig nutzerfreundlichen Angabe von Häufigkeiten zuzuschreiben sein. Umso höher ist daher die Bedeutung der Risikokommunikation im Verordnungsgespräch einzuschätzen.

26.4.2 Darstellung von Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten

Die Herausforderung im Verordnungsgespräch besteht darin, Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten – erwünschter und unerwünschter Arzneimittelwirkungen – nicht nur anschaulich, sondern im medizinischen Kontext in einer laienverständlichen Sprache zu beschreiben (zur Fachkommunikation siehe auch Kapitel § 27). Auch Termini wie „number needed to treat“ oder relatives und absolutes Risiko müssen in der Regel erklärt werden. Es wurde gezeigt, dass die Lektüre der Packungsbeilage bei Patientinnen und Patienten zu arzneimittelbezogenen Ängsten

führen kann, mit dem Risiko, die Bereitschaft zur Einnahme zu senken und die Adhärenz zu verschlechtern (Vinker et al. 2007). Dies mag zum Teil der oben beschriebenen Form geschuldet sein, in der Häufigkeiten angegeben werden. Untersuchungen zeigen, dass Patientinnen/Patienten den Begriffen (Tab. 26.1) deutlich höhere Wahrscheinlichkeiten zuordneten und so das Risiko zum Teil erheblich überschätzten (Fischer, Jungermann 2003, Knapp et al. 2004). So lag die Einschätzung der Kategorie „häufig“ (>1 bis 10% laut BfArM-Empfehlung von 2012) bei einer geschätzten Wahrscheinlichkeit von 34% (Knapp et al. 2004). In einer anderen Untersuchung zeigte sich eine Überschätzung vor allem bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen mit einer Häufigkeit <1% (Fischer, Jungermann 2003). Interessanterweise war dieser Effekt kontextabhängig, d. h. die Häufigkeit leichtgradiger Nebenwirkungen wurde eher überschätzt als die schwerwiegender Nebenwirkungen. Nicht einfach zu beantworten ist die Frage, ob die Darstellung von Häufigkeiten mit Begriffen oder die mit Zahlen besser geeignet ist. So zeigte sich bei Fischer und Jungermann (2003) auch hier eine Kontextabhängigkeit, indem bei leichten Nebenwirkungen die numerische Beschreibung als riskanter interpretiert wurde als die verbale, während es bei schweren Nebenwirkungen genau umgekehrt war. Andererseits war eine generelle Bevorzugung von numerisch beschriebenen Medikamenten gegenüber verbal beschriebenen Medikamenten zu beobachten.

Es kommt hinzu, dass die „Natur“ der Zahlen eine Rolle spielt. Angaben in Form von natürlichen Zahlen scheinen für Patientinnen und Patienten verständlicher zu sein. So führen relative Wahrscheinlichkeiten (vgl. Box 26.5) häufiger zu Fehleinschätzungen als absolute Wahrscheinlichkeiten (z. B. Edwards et al. 2001, Gigerenzer et al. 2007). Damit besteht auch die Gefahr der Überschätzung des Risikos einer Therapie. Relative Risiken sollten also, wenn überhaupt, als zusätzliche und nicht als alleinige Information kommuniziert werden.

Es sollte abschließend noch einmal betont werden, dass das oben Gesagte prinzipiell auch auf die Darstellung von Chancen, das heißt die Wahrscheinlichkeit für erwünschte Ereignisse („Therapieerfolg“) gilt (vgl. Beispiele in Box 26.5). Um eine Abwägung von Nutzen und Risiko zu ermöglichen, sollten deren Wahrscheinlichkeiten unbedingt auch in einer vergleichbaren Art und Weise angegeben werden.

Box 26.6 fasst die wichtigsten Empfehlungen zur Darstellung der Wahrscheinlichkeiten von Chancen und Risiken im Verordnungsgespräch kurz zusammen.

Box 26.6 Empfehlungen zur Darstellung von Wahrscheinlichkeiten

- Wahrscheinlichkeiten in Form von *natürlichen Zahlen* darstellen
- *absolute Wahrscheinlichkeiten* verwenden, relative Zahlen möglichst nur als Zusatz-Information
- Neben der verbalen Darstellung (z. B. „gelegentlich“) immer auch entsprechende *numerische Angaben* machen (1 bis 10 von 1.000), siehe Tab. 26.1
- *Vergleichsgröße nennen* (z. B. „3 von 10“), um Maßstab zu geben

B 26.4 Das Darstellen der Häufigkeit unerwünschter Arzneiwirkungen

Beispiel 1

01 A an Nebenwirkungen bei Ramipril sind häufige Nebenwirkungen . das heißt . maximal 10 von 100 Menschen bekommen das, aber das heißt auch gleichzeitig . dass es 90/bei 90 Menschen nicht so ist ... dass Kopfschmerzen auftreten können [hm], Bauchschmerzen, Übelkeit und . so ein Reizhusten .

Beispiel 2

01 A eine Nebenwirkung, die zwar . nicht häufig ist/die tritt nur gelegentlich auf, das bedeutet zwischen 1 bis 10 von 1000 Leuten . ist eben hm/das nennt man angioneurotisches Ödem [hm], das ist eine Schwellung der Unterhaut und [oh] auch der . der Schleimhäute, das ist selten . aber . nicht gerade un:relevant [hm] .

Beispiel 3

01 A man muss auch wissen, diese . unerwünschten Nebenwirkungen stehen zwar immer ganz groß in den Packungsbeilagen [hm], aber es ist natürlich so, dass das nicht bei je:dem vorkommt . sogar eher bei der Minderheit .

02 P [also] wie häufig . kommt das vor? .

03 A hm .die Einteilung ist/wir reden jetzt hier über häufig, nennt sich das . und das ist 1 von 100 bis 10 von 100 . also maximal 10% die/von den Leuten, die das nehmen, bekommen diese Nebenwirkung [ja] . das ist also jetzt nicht . ähm . sehr wahrscheinlich, dass Sie das bekommen .

26.5 Die Entscheidungsfindung

Die Einigung auf eine Therapieoption als Ziel der gemeinsamen Entscheidungsfindung kann als „großes Finale“ des Verordnungsgesprächs betrachtet werden. Angesichts der Komplexität, aber auch der Allgemeingültigkeit von Aspekten der Entscheidungsfindung verweisen wir an dieser Stelle auf Kapitel „Dialogische Entscheidungsfindung als Prozess der Deliberation“ (§ 10.6.2). In Box 26.7 sind (auch) für das Verordnungsgespräch essenzielle Elemente noch einmal aufgeführt.

Box 26.7 Entscheidung durch Abwägung der Optionen

Um gemeinsam zu einer Entscheidung zu gelangen, ist es hilfreich, mit der Patientin/dem Patienten verschiedene Schritte zu gehen:

- Präferenz bzgl. einer Behandlungsoption erfragen
- Gemeinsames Abwägen der Vor- und Nachteile der Optionen
- Gemeinsames Abwägen, wie gut eine Behandlungsoption zum Lebensstil und zur Situation der Patientin/des Patienten passt, Dauer der Behandlung

Um der Patientin/dem Patienten Hilfestellung beim Abwägen der zum Teil komplexen Informationen zu geben, können sogenannte Entscheidungshilfen („decision aids“) verwendet werden. Dabei kann es sich um ganz unterschiedliche Medien, von Broschüren im Printformat über Hörbücher bis hin zu Computer- bzw. Internet-basierten Angeboten handeln. Auch wenn diese Hilfsmittel auf die eigentliche Entscheidung abzielen, können sie zu jedem passend erscheinenden Zeitpunkt im Gespräch (z. B. Darstellung von Risiken und Chancen, siehe § 26.4.2) oder auch zu dessen Vorbereitung Anwendung finden. Studien zeigen, dass „decision aids“ das Wissen der Patientinnen/Patienten erweitern, ihre Beteiligung an der Entscheidung fördern und Entscheidungskonflikte reduzieren können (Elwyn et al. 2010, Stacey et al. 2014). Somit sind sie ein geeignetes Mittel, um ein partnerschaftliches (Verordnungs-) Gespräch zu ermöglichen. Einige Studien zeigen, dass „decision aids“ dabei einer erfolgreichen Therapie zuträglich sein können. So führte eine Internet-basierte Anwendung dazu, dass sich Patientinnen und Patienten mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko signifikant häufiger für nachweislich wirksame Präventionsmaßnahmen (z. B. Cholesterinsenkende Medikamente) entschieden. Studienergebnisse zum Effekt von Entscheidungshilfen auf die Adhärenz sind allerdings uneinheitlich,

was ggf. als Hinweis darauf gewertet werden kann, dass allein der Einsatz von „decision aids“ hier nicht ausreichend ist (Stacey et al. 2014).

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass eine Therapieentscheidung durchaus auch „vertagt“ werden darf. In den meisten Fällen, besteht kein akuter Handlungsbedarf, so dass man diesen Schritt, mit dem man sich ggf. für einen längeren Zeitraum festlegt, auch „eine Nacht überschlafen“ kann. Dies kann durchaus auch im ärztlichen Interesse sein, denn eine gereifte und aus Überzeugung getroffene Entscheidung wird voraussichtlich eher und konsequenter befolgt, als eine „überstürzt“ getroffene.

26.6 Der Abschluss des Gesprächs

26.6.1 Hinweise zur korrekten Anwendung der Medikamente

Untersuchungen des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkassen (WIdO) zeigen, dass die Ärztin bzw. der Arzt primärer Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten bei Fragen zur Arzneitherapie ist (Nink, Schröder 2006). Erst danach kommen Packungsbeilage oder Apothekerin/Apotheker, wobei auch letztere nicht alle wesentlichen Einnahmehinweise geben (können) (Svarstad et al. 2003). Es ist somit vorrangig eine ärztliche Aufgabe, über die Handhabung und Einnahme von Medikamenten aufzuklären.

Das Abweichen von Einnahmehinweisen kommt per definitionem der Non-Adhärenz gleich. Da mangelnde Adhärenz mit (ggf. prognostischen) Nachteilen einhergeht, ist die Therapietreue wesentliches Ziel des Verordnungsgesprächs. Letztlich können Patientinnen/Patienten aber nur Einnahmehinweise beachten, die sie kennen. Dass dies oft nicht der Fall ist, ist hinreichend belegt (z. B. Barat et al. 2001). Allerdings liegt das nicht unbedingt daran, dass sich Patientinnen und Patienten Informationen zur Arzneitherapie nicht merken könnten: Tarn und Flocke (2001) fanden, dass im Mittel 86% der im Verordnungsgespräch vermittelten Informationen zur medikamentösen Behandlung erinnert wurden, 64% der Patientinnen bzw. Patienten erinnerten sich an alle vermittelten Informationen. Allerdings wurden von ärztlicher Seite nur 62% der als (arzneitherapeutisch) wichtig erachteten Aspekte angesprochen. In knapp einem Viertel der Gespräche fehlten Informationen zur Dosierung, in etwa 40% zur Dauer der Einnahme und in fast 70%

zum Einnahmezeitpunkt. Der Patientin bzw. dem Patienten muss aus unserer Sicht ein schriftlicher Einnahmehinweis an die Hand gegeben werden (vgl. Box 26.8). Darüber hinaus sind die relevanten Einnahmehinweise der jeweiligen Arzneitherapie im Gespräch zu erläutern. Es ist zu beachten, dass Einnahmemodalitäten die Therapieentscheidung durchaus wesentlich beeinflussen können (z. B. bei Eingriffen in Gewohnheiten und Tagesabläufe, vgl. 26.3.1). Insofern sollten Einnahmehinweise gegebenenfalls schon frühzeitig im Gespräch thematisiert werden.

Box 26.8 Wesentliche Bestandteile eines Einnahmehinweises

- *Was*: Name des Medikaments
- *Wann*: z. B. morgens, mittags, abends
- *Wie*: z. B. mit Wasser, unzerkaut, nüchtern etc.
- *Wie viel*: z. B. wie viele Tabletten pro Einnahme
- *Wie oft*: z. B. einmal täglich
- *Wie lange*: z. B. bis Packung aufgebraucht ist, 1 Woche, ein Leben lang

Tarn et al. 2013

B 26.5 Einnahmehinweise im Verordnungsgespräch

- 01 A nehmen Sie einmal täglich eine Tablette, das sind 8 mg .
- 02 P ja .
- 03 A die können Sie unabhängig von den Mahlzeiten einnehmen, müssen Sie nicht irgendwie . eine halbe Stunde vor dem Essen oder so . ist egal .
- 04 P Aha . ok.
- 05 A nur mit ausreichend Flüssigkeit und . immer zur selben Tageszeit, ja? . sodass Sie das dann regelmäßig einnehmen .

26.6.2 Anregung zur Verlaufsbeurteilung

Im Anschluss an die Verordnung ist es die Aufgabe der Ärztin bzw. des Arztes die Patientin bzw. den Patienten bei der Therapie zu begleiten. Dabei geht es nicht nur um die Beurteilung der Wirksamkeit einer Behandlung („Therapieerfolg“). Zumindest nicht nur „unmittelbar“, denn eine (vermeintliche) Unwirksamkeit kann in der (intentionalen oder

nicht intentionalen) Missachtung von Einnahmehinweisen begründet sein (Albus, Matthes 2014). So können das Auftreten von Nebenwirkungen oder Probleme bei der Handhabung des Medikaments den Behandlungserfolg gefährden und sollten demnach (regelmäßig) im Arzt-Patient-Gespräch thematisiert werden. Der Aspekt der Non-Adhärenz darf hierbei kein Tabu sein und sollte offen aber vorwurfsfrei angesprochen werden. In einer Studie zeigte sich, dass bei 40% der Patientinnen/Patienten mit einem vermeintlich Antihypertensiva-refraktären Bluthochdruck allein die Ankündigung, die Einhaltung der Einnahmehinweise nachzuverfolgen, zu einer Senkung des systolischen Blutdrucks führte, in 32% sogar unter den Zielwert von 140 mmHg (Burnier, et al. 2001).

Für die Patientin/den Patienten kann die Ankündigung von weiteren Terminen wichtig sein, da frühzeitig erkennbar wird, dass der Behandlungsverlauf beobachtet und überprüft wird. Somit ist auch klar, dass der gemeinsame Weg, der zu einer Behandlungsentscheidung führt, nicht bei der Verordnung aufhört und sich die Patientin/der Patient auch weiterhin auf seine Ärztin/seinen Arzt verlassen kann.

Box 26.9 Absprachen treffen

Bevor Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient sich trennen, können klar formulierte Absprachen helfen, die Phase der Therapie-Initiierung erfolgreich zu gestalten:

- Absprache für *Anschlussstermin* treffen
- Ankündigen, dass *Verlauf beobachtet* und überprüft wird
- Absprachen treffen über den Umgang mit Medikamenten-bezogenen *Problemen*: z. B. nicht eigenmächtig absetzen, ggf. anrufen, bestimmten Zeitraum abwarten, in dem Nebenwirkungen auftreten könnten etc.

B 26.6 Ankündigen einer Verlaufsbeurteilung

01 A wenn wir, ich sag jetzt erstmal mit der niedrigsten Dosierung anfangen, . dann würden Sie in ei:ner Woche noch einmal wiederkommen und dann würden wir eine Blutuntersuchung machen und . gucken, ob . alles ok ist, ja? . Ob mit den Nie:ren und der Le:ber/ob das Blutbild in Ordnung ist [aha]. und dann können wir auch nochmal besprechen, wie Sie damit so zurecht gekommen sind . und dann würden wir noch einmal so in 3 bis 4 Wo-

- chen einen Kontrolltermin machen .
- 02 P ja ...
- 03 A an dem wir dann Ihren Bluthochdruck kontrollieren, weil der wird leider nicht von dem einen auf den anderen Tag gesenkt . sondern das dauert leider . ein paar Wochen, bis sich das eingespielt hat .
- 04 P ach so? [hm] ja . ok.
- 05 A und dann können wir nach etwa 4 Wochen abschätzen, ob Ihr Blutdruck dadurch gesenkt wird und ob das schon ausreicht in der nied:rigen Dosierung ... (wenn) wir keinen Effekt haben, dann werden wir anfangen, es langsam stückchenweise zu steigern .
- 06 P oh . ok- .
- 07 A aber das sehe ich bei Ih:nen als nicht sehr wahrscheinlich an .
- 08 P gut .

26.7 Ein Leitfaden für das Verordnungsgespräch

Im Folgenden wird ein strukturiertes Vorgehen für das Führen eines Verordnungsgesprächs vorgeschlagen. Ein Gesprächsverlauf ist dynamisch und muss sich den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Gesprächspartner (und ggf. weiteren Einflussfaktoren) anpassen. Insofern beschreibt der Leitfaden einen „idealisierten“ Gesprächsverlauf. Die generelle Umsetzbarkeit und Eignung wurde in Gesprächen gezeigt, die Studierende der Humanmedizin im klinischen Studienabschnitt (3. bis 5. Studienjahr) mit einem Schauspielerpatienten geführt haben (Hauser et al. 2017) und greift tatsächliche Defizite von Studierenden der Humanmedizin in der Arzt-Patient-Kommunikation über ein neu verordnetes Medikament auf (Hauser, Matthes 2017). Die Erprobung in der klinischen Anwendung ist in Vorbereitung.

Box 26.10 Gesprächsleitfaden für ein Arzneimittelverordnungsgespräch

1. Der Patientin/dem Patienten mitteilen, dass eine Entscheidung bezüglich der Therapie ansteht.
 - 1.1 Die Patientin/den Patienten fragen, inwieweit sie/er an der Entscheidung über den weiteren Verlauf der Behandlung beteiligt werden möchte.
2. Der Patientin/dem Patienten mitteilen, dass die Entscheidung über die Behandlung gemeinsam getroffen beziehungsweise getragen werden sollte.

3. Erkundigen nach
 - 3.1 der Kenntnis über und der Einstellung der Patientin/des Patienten zu ihrer/seiner Krankheit.
 - 3.2 Verständnis, Haltung und Erwartungen der Patientin/des Patienten bezüglich einer Therapie.
 - 3.3 persönlichen Problemen und anderen individuellen Umständen, die zu einer schlechten Adhärenz führen könnten.
4. Der Patientin/dem Patienten die relevanten Behandlungsoptionen erläutern und dabei
 - 4.1 den Grund für die Behandlung und das Ziel der Behandlung erwähnen bzw. erklären.
 - 4.2 die Patientin/den Patienten über die Dauer der (jeweiligen) Behandlung informieren.
 - 4.3 Substanzen, Wirkstoffklassen und/oder Handelsnamen nennen.
 - 4.4 Vorteile und Chancen der verschiedenen Behandlungsoptionen beschreiben.
 - 4.5 Risiken und Nebenwirkungen der verschiedenen Behandlungsoption beschreiben.
 - 4.6 die Wahrscheinlichkeiten und ggf. das Ausmaß möglicher Risiken und Nebenwirkungen, aber auch des zu erwartenden Nutzens anschaulich und verständlich erläutern.
5. Sich nach einer etwaigen Präferenz der Patientin/des Patienten für eine der Behandlungsoptionen erkundigen.
6. Gemeinschaftlich mit der Patientin/dem Patienten eine Behandlungsoption aushandeln und
 - 6.1 der Patientin/dem Patienten Hilfestellung dabei leisten, die Vor- und Nachteile der Optionen gegeneinander abzuwägen.
 - 6.2 mit der Patientin/dem Patienten abwägen, wie gut die Behandlungsoptionen zu ihrem/seinem Lebensstil bzw. ihrer/seiner Lebenssituation passt.
7. Eine gemeinsame Entscheidung für eine Therapieoption herbeiführen und
 - 7.1 das Ergebnis/die gemeinsam getroffene Entscheidung noch einmal zusammenfassen.
8. Eine Vereinbarung zur Umsetzung der Entscheidung herbeiführen und dabei
 - 8.1 die Patientin/den Patienten über die genauen Einnahmehinweise (z. B. einzunehmende Menge, Dosierungsintervall) informieren.
 - 8.2 eine Verlaufsbeurteilung (u. a. in Form eines Anschlusstermins) anregen.

27 Fachkommunikation

Ortrun Kliche

27.1	Fachsprache und Fachkommunikation	1528
27.1.1	Allgemeine Probleme der medizinischen Fachsprache	
27.1.2	Herausforderung Fachsprache im Arzt-Patient-Gespräch	
27.2	Verständliche Fachkommunikation mit Patienten	1532
27.2.1	Ausgangspunkt: Wo steht der Patient?	
27.2.2	Fachtermini nachvollziehbar erklären	
27.2.3	Interaktive Verständnisüberprüfung	
27.3	Übung: Gesprächseröffnung bei Arbeit im Team	1543
27.4	Weiterführende Hinweise	1546

[D]er größte Vorzug der Ausdrucksweise [beruht] auf ihrer Deutlichkeit [...], und weil wir wissen, daß diese durch nichts so gestört wird wie durch ungewöhnliche Benennungen, so bezeichnen wir die Dinge so, wie die Mehrzahl es gewohnt ist ...

Galén: Über die natürlichen Kräfte, Buch I.
In: Beintker, Kahlenberg 1954: 13

Abstract: Im Kapitel Fachkommunikation geht es zunächst darum, Charakteristika von Fachsprache vorzustellen und Schwierigkeiten, die sich auch in der Kommunikation unter Mediziner/innen ergeben, zu skizzieren. Der Schwerpunkt des Kapitels liegt jedoch auf den Herausforderungen, die ein verständlicher Umgang mit Fachsprache an Ärzte und Ärztinnen in der Interaktion mit Patienten und Patientinnen stellt, und auf kommunikativen Verfahren, die hilfreich sind, um diese Herausforderungen zu meistern.

Dazu werden drei Säulen herausgearbeitet, die eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation stützen: nämlich das Anknüpfen am Vorwissen des Patienten, das nachvollziehbare Erklären von Fachtermini und die kontinuierliche Verständniskontrolle. Mögliche sprachliche und non-verbale Ausgestaltungen dieser Säulen sowie Klippen, die es dabei zu

umschiffen gilt, werden anhand eines Gesprächsbeispiels nachvollzogen und diskutiert. Die Bedeutung, die dem Anknüpfen am Vorwissen des Patienten gerade in der im Klinikalltag üblichen Teamarbeit zukommt, wird am Ende dieses Kapitels beleuchtet und in einer Übung vertieft.

27.1 Fachsprache und Fachkommunikation

Fachsprache ist ein Segen – zumindest für all jene, die Experte oder Expertin auf einem bestimmten Gebiet sind und sich mit Gleichgesinnten darüber austauschen. „[D]ie möglichst optimale Verständigung über bestimmte Gegenstände und Sachverhalte [ist] sicherlich eines der wichtigsten Ziele fachsprachlicher Kommunikation“ (Roelcke 1991: 205). So wissen z. B. Musiker/innen, was ein Notenschlüssel ist, es bedarf keiner weiteren Erklärung, allerhöchstens einer Präzisierung, ob in einer gegebenen Situation von einem Violin- oder Bassschlüssel die Rede ist. Allen ist klar, dass in einem Notenschlüssel ein Bart keine Rolle spielt. Das ist anders auf dem Gebiet der Schließtechnik. Hier gehören Bärte zu Schlüsseln selbstverständlich dazu, was Schließtechniker/innen einander nicht erklären müssen. Aber manch eine junge, an Transponder gewöhnte Kundin mag sich verständnislos und etwas verschämt ans Kinn fassen, wenn der Schlüsseldienst auf den Bart zu sprechen kommt. Tut dies hingegen der Friseur, wird sich der Kunde nickend zurücklehnen angesichts seines wilden Gestrüpps unter Nase und Kinn und sich freuen, dass geübte Hände die Pflege des Barts übernehmen. Der Friseur wird dies allerdings nur dann zufriedenstellend tun können, wenn er weiß, ob ein Henriquate, eine Schifferkrause oder ein Ducktail das Kinn des Kunden zieren soll. Um dies herauszufinden, muss er diese Bartstile dem Kunden ausführlich beschreiben, seine Kollegen und Kolleginnen wissen jedoch Bescheid und könnten gleich mit der Rasur beginnen.

Unter Fachleuten kann Fachterminologie also für schnelle und präzise Verständigung sorgen, im Experten-Laien-Kontakt bedarf sie zu meist erhellender zusätzlicher Erläuterungen. Die einfachen, einigen Leser/innen sicherlich vertrauten Beispiele illustrieren bereits Phänomene, die in der Arzt-Patient-Kommunikation, aber auch im medizinimmanenten Dialog zur Herausforderung werden können.

27.1.1 Allgemeine Probleme der medizinischen Fachsprache

Ein Fachterminus kommt, wie wir oben gesehen haben, nicht immer im Gewand eines Latinismus oder Gräzismus daher und er kann durchaus Mehrdeutigkeit (Polysemie) aufweisen. Beides gilt auch für die Medizin, wenn wir z. B. an den deutschen Begriff Bandscheibenvorfall denken, der einen komplexen medizinischen Sachverhalt transportiert, und die Polysemie, die in Vorfall steckt. Fachtermini wie Bandscheibenvorfall, die keine Fremdwörter sind, werden hier mit Löning als semi-professionelle Begriffe bezeichnet (vgl. Löning 1994). Bei den schätzungsweise 200.000 medizinischen Fachtermini, die die anatomische Nomenklatur und die klinische Fachsprache zusammen aufweisen, sorgen noch zwei weitere Phänomene dafür, dass selbst unter Ärzten und Ärztinnen eine Verständigung durch Fachsprache kein Selbstläufer ist: Die zunehmende Wissensspezialisierung in der Medizin drängt auch Mediziner/innen mitunter an den Rand des Expertenkreises, was der Chirurg Schulze am Beispiel von Abkürzungen (vgl. dazu Busch 1994: 49f) wie folgt beklagt:

Viele andere [Abkürzungen] aber sind bereits für bestimmte Fachgebiete der Medizin spezifisch und werden von Vertretern eines anderen medizinischen Fachgebietes nicht immer verstanden. Sie wirken daher kommunikationshemmend und sollten nur in begrenzter Zahl zur Anwendung gelangen. [...] Missverständnisse, weil häufig mehrdeutige Abkürzungen können zur Quelle gefährlicher Irrtümer werden. (Schulze 1994: 238)

Zusätzlich sind Synonyme, d.h. mehrere Begriffe für ein und denselben Sachverhalt, besonders in der klinischen Fachsprache üblich, was den bereits erwähnten Chirurgen dazu veranlasst, sich eine „international verbindliche Nomenklatur“ für alle Teilgebiete der Medizin, nicht nur für die Anatomie, zu wünschen. „Dann käme es auch nicht mehr vor, dass es für ein und dieselbe Krankheit 15 Bezeichnungen gibt – eine schwere Belastung für die sprachliche Kommunikation“ (ebd.). Sein Wunsch ist bisher nicht in Erfüllung gegangen, wie kann eine funktionierende Kommunikation unter Mediziner/innen dennoch hergestellt werden? Für die Verständigung „[a]usschlaggebend ist [...] die kommunikative Eindeutigkeit im Gebrauch von Termini“ (Roelcke 1991: 205), jenseits ihrer grundsätzlich möglichen Polysemie und Synonymie (vgl. zum Erschließen medizinischer Terminologie im Kontext auch Karenberg 2015:

2; 179ff). Wenn also durch Einbezug des Kontexts keine Bedeutungsalternativen mehr offen bleiben und Synonyme als solche erkennbar sind, kann der fehlenden Eindeutigkeit von Fachtermini entgegengewirkt werden (Roelcke 1991). Um im medizinimmanenten Diskurs diese kommunikativen Zusatzleistungen zu erfüllen, haben Ärzte/Ärztinnen qua Vorbildung sicherlich gute Voraussetzungen, sofern Sensibilität für Bedeutungsprobleme in der vermeintlich präzisen Fachsprache vorhanden ist. Um in Arzt-Patient-Gesprächen, also im Experten-Laien-Diskurs, gelungene Fachkommunikation realisieren zu können, stellen das Wissensgefälle sowie emotionale und institutionelle Unterschiede die Gesprächsinteraktanten vor ganz andere Herausforderungen.

27.1.2 Herausforderung Fachsprache im Arzt-Patient-Gespräch

Eine Besonderheit im Gespräch zwischen Arzt und Patient besteht darin, dass auf ärztlicher Seite berufliche Alltagsroutine vorherrscht, auf Patientenseite hingegen je nach Krankheit eine Ausnahmesituation und persönliche Betroffenheit mit entsprechenden emotionalen Reaktionen bestehen (vgl. z. B. Brünner 2009: 182, Schulze 1994), was den Kontakt zusätzlich beeinflusst. Vom Arztbesuch versprechen sich Patienten und Patientinnen Rat und Hilfe, die Expertenrolle scheint Ärzten und Ärztinnen damit eindeutig zugeschrieben: Sie verfügen über professionelles, wissenschaftlich fundiertes medizinisches Wissen, welches sie mit entsprechenden Fachtermini in Worte fassen können. Kranke verfügen ganz allgemein über nicht-professionelles Alltagswissen von Krankheit und Gesundheit sowie je individuell über „ein exklusives krankheitsbezogenes Wissen“ (Brünner, Gülich 2002: 20) und sind damit gewissermaßen Experten ihres eigenen Leidens. Außerdem steigt in unserer Informationsgesellschaft der Anteil semi-professionellen, zumeist medial erworbenen Wissens: „Es umfasst selektive Elemente des Expertenwissens, ohne allerdings dessen Komplexität und interne Vernetzung zu besitzen“ (Brünner, Gülich 2002: 21). Eine Wissenskluft zwischen Arzt und Patient mag zwar so gut wie immer bestehen, ihr Ausmaß und ihre Beschaffenheit sind aber individuell verschieden. Das hat Auswirkungen auf die Kommunikation:

Eine generelle *Expertenaufgabe* in der APK [Arzt-Patient-Kommunikation] besteht darin, das zu vermittelnde medizinische Wissen auf das Laienwissen hin zu bearbeiten und zuzuschneiden, um es anschlussfähig und integrierbar zu machen. Dies setzt vo-

raus, sich über das Laienwissen Kenntnis zu verschaffen und sich im Gespräch entsprechend darauf einzustellen. (Brünner 2009: 173; Hervorhebung im Original)

Drei Aspekte für gelungene ärztliche Fachkommunikation im Kontakt mit Patientinnen und Patienten werden hier deutlich: Das komplexe Wissen muss für den konkreten Patienten zurechtgestutzt und in für ihn verständliche Worte gekleidet werden. Um das zu erzielen, muss das Wissen auf Patientenseite ermittelt und mitberücksichtigt werden.

Gerade letzteres scheint auch für Ärzte und Ärztinnen, die patientengerecht kommunizieren möchten, nicht zum selbstverständlichen Vorgehensrepertoire zu gehören. So schreibt der Anästhesiologe Smith, der sich selbst als „very conscious of avoiding technical terms when talking to patients“ sieht, 2010 in einem Leserbrief in der Fachzeitschrift *Anaesthesia and Intensive Care* (und nimmt damit Bezug auf einen Aufsatz über den eingeschränkten Verstehenserfolg bei Patienten nach einer Anästhesieaufklärung):

The [...] striking lesson is that words that I would have considered to be commonplace ordinary speech such as ‘reflux’ and ‘sedation’ were so frequently misunderstood. While I always explain terms such as ‘epidural’ or ‘spinal’, I would not previously have supposed that words such as ‘numbness’ or ‘general anaesthesia’ also needed explanation. (Smith 2010: 775)

Während ihm aus seiner Sicht bestimmte Fachtermini schwer verständlich erschienen, hat er das tatsächliche Verstehensvermögen vieler Patienten und Patientinnen aus den Augen verloren. Eine Erfolg versprechende patientengerechte Fachkommunikation ruht also auf zwei Säulen: erstens auf der verständlichen Vermittlung von Fachterminologie und ihren Sachverhalten und zweitens als Voraussetzung dafür auf ihrer Anpassung an das tatsächliche Gesprächsgegenüber. Erhalten diese beiden Säulen noch eine dritte Stütze, nämlich das regelmäßige Überprüfen, ob der Patient/die Patientin noch folgen kann und soweit verstanden hat, ist eine solide Grundlage geschaffen, auf der Sprecher und Hörer interaktiv für eine funktionierende Verständigung sorgen (vgl. z. B. Brünner 2009, Köhle et al. 2007). Wie können diese drei Säulen in der kommunikativen Praxis aber verbal und nonverbal mit Leben gefüllt werden? Das wird anhand von Beispielen im Folgenden erläutert.

27.2 Verständliche Fachkommunikation mit Patienten

Zur Illustration konkreter Vorgehensweisen für eine gelungene Fachkommunikation im Arzt-Patient-Kontakt werden in den folgenden Kapiteln nicht nur Formulierungsvorschläge aus der Literatur herangezogen, sondern auch authentische Gesprächsbeispiele, in denen das Erklären eines Fachbegriffs bzw. das Vermitteln medizinischer Sachverhalte unter Verwendung entsprechender Fachtermini Schwerpunkt ist.

Anhand eines in seinem Verlauf dargestellten Gesprächsauszugs werden zunächst die oben beschriebenen drei Säulen für verständliche Fachkommunikation nachvollzogen. Es entstammt dem Kölner Lehrprojekt PJ-STArT-Block (Medizinische Fakultät, Universität zu Köln 2012), in dem Medizinstudierende am Ende des 10. Semesters, also an der Schwelle zum Praktischen Jahr, eine Woche auf einer Simulationsstation durchlaufen und auf unterschiedliche Patienten und Patientinnen mit jeweils verschiedenen Krankheitsbildern treffen. Teil dieser Simulationswoche ist das Lehrmodul *Übersetzung von Fachsprache in Alltagssprache*, in dem Schauspielpatienten/innen Fachtermini im MRT-Befund ihrer Lendenwirbelsäule nicht zu verstehen vorgeben und um Erklärung bitten. Die angehenden PJler üben sich dann im patientengerechten Verständlichmachen der Fachsprache. Mit diesem Modul beabsichtigte das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, an dem im ersten vorklinischen Semester die medizinische Fachterminologie gelehrt wird, herauszufinden, wie Studierende am Ende ihres Studiums im Patientenkontakt Fachsprache vermitteln. Die Gespräche wurden in der Forschungsphase von Wintersemester 2009/10 bis Wintersemester 2010/11 videographiert. Die Auswahl des hier herangezogenen Gesprächsauszugs wurde unter Berücksichtigung von Analyseergebnissen zu Simulation und Schauspielerleistung getroffen (vgl. Kliche 2015).

Ein zweites, in § 27.3 eingesetztes Gespräch entstammt einem Gesprächskorpus, das zwischen 1999 und 2005 im Rahmen von Forschungsprojekten zum Dolmetschen im Krankenhaus am SFB Mehrsprachigkeit der Universität Hamburg in verschiedenen Kliniken aufgezeichnet wurde und auch einsprachige Gespräche umfasst (Bührig, Meyer 2009, Bührig et al. 2012).

27.2.1 Ausgangspunkt: Wo steht der Patient?

Wie vor einer Gesprächsphase, in der von ärztlicher Seite Informationen vermittelt werden sollen, der Wissensstand von Patientinnen und Patienten konkret erhoben werden kann, dazu gibt es in der Literatur gute Formulierungsvorschläge, von denen einige vorgestellt werden sollen (siehe Box 27.1).

Box 27.1 Vorwissen des Patienten ermitteln

Beispiel 1: Vor Diagnosemitteilung

Sie sind jetzt schon einige Zeit krank. Was haben Sie bisher erfahren, was haben Sie sich für Gedanken gemacht?

(Köhle et al. 2007)

Beispiel 2: Vor Erläuterung einer Krankheit

Before we go on, could you tell me what you already know about high blood pressure?

(Kripalani, Weiss 2006: 889)

Beispiel 3: Vor Erläuterung einer Krankheit – Patient erwähnt Vorwissen

D: I don't know how much you already know about diabetes already?

P: Well, I know a little about it – my best friend at college had it.

D: It would be helpful for me to understand a little of what you already know so that I can try to fill in any gaps for you.

(Silverman et al. 2013: 170)

Wie Beispiel 3 aus Box 27.1 illustriert, nennen Patienten und Patientinnen oft keine konkreten Details ihres Vorwissens, sondern äußern sich eher zum Umfang („a little“) oder zum Grund („my best friend at college had it“) ihres Wissens. In diesem Fall fasst der Arzt noch einmal nach, um herauszufinden, bei welchem Wissensstand er tatsächlich ansetzen kann. Häufig ermitteln solche Anfangsdialoge in der Tat nicht mehr als einen ersten Richtwert, denn „welches Wissen der Laie schon hat und welches ihm vermittelt werden muss, welcher individuelle sprachliche Zuschnitt [...] dabei nötig ist und welcher Grad von Fachlichkeit möglich ist [,] [...] kann erst im Verlauf des Gesprächs eingeschätzt oder ausgehandelt werden“ (Brünner 2009: 177).

Auf welche Art und Weise der bereits erwähnte Gesprächsauszug aus dem PJ-STArT-Block, der in diesem Kapitel die Analyse der unterschiedlichen Kommunikationssäulen begleitet, eröffnet wird, zeigt Beispiel B 27.1. Die Simulationspatientin (P) hat zuvor die Phrase „umlau-fende Protrusionen mit Pelottierung des Duralschlauchs“ aus ihrem MRT-Befund als für sie unverständlich benannt und die Medizinstudentin (A) reagiert wie folgt:

B 27.1	„Protrusionen mit Pelottierung des Duralschlauchs?“ – Teil I	
01	A	ja, haben Sie denn ne ungefähre Vorstellung so [+] von der . Anatomie? [2] [also wie]
02	P	[ich weiß] dass meine Wirbelsäule hinten ist- und dass sie vom Kopf . bis quasi zu meinem Popo geht,
03	A	okay, . ich mal Ihnen am besten mal was auf- [=das ist dann]
04	P	[hmhm].
05	A	glaub ich am einfachsten,

Mit ihrer Eröffnungsfrage in Zeile 01 zielt A darauf ab, auf Patientenseite das Vorstellungsvermögen anatomischer Gegebenheiten zu ermitteln, welche die Grundlage zum Verstehen von bestimmten, in entsprechende Fachtermini gekleideten Veränderungen an der Wirbelsäule bilden. Die zwar konkrete, aber wenig fundierte Antwort von P in 02 gibt A Hinweise darauf, dass die anatomischen Kenntnisse der Patientin möglicherweise nicht ausreichen, um einer Erklärung gut folgen zu können. A kündigt in 03 daher an, eine Zeichnung der notwendigen anatomischen Strukturen anzufertigen, diese also zunächst genauer zu beschreiben. Damit beginnt sie ihren Erklärungsteil.

27.2.2 Fachtermini nachvollziehbar erklären

Für die Gesprächsphase im Arzt-Patient-Kontakt, in der von ärztlicher Seite medizinische Sachverhalte vermittelt werden, d.h. viel Information fließt, kommt neben strukturierenden Maßnahmen dem Umgang mit Fachterminologie eine Schlüsselstellung zu. Unter strukturierenden Maßnahmen sind u. a. die Gliederung von Äußerungen, deren „hierarchisch-sequenzielle Organisation vom Allgemeineren zum Spezielleren“, das Hervorheben von Wichtigem (Brünner 2009: 174) oder auch das Orientieren der Patientinnen und Patienten über Gesprächszweck und

Gesprächsverlauf (Lalouschek 2004: 145) zu verstehen. Auch der Einschub von Beschreibungen wäre hier zu nennen.

Was den Umgang mit Fachtermini anbelangt, so ist es nicht empfehlenswert, diese grundsätzlich vollständig zu vermeiden – kann es für Patientinnen und Patienten doch hilfreich sein, mit einigen z. B. zur weiteren Recherche über die eigene Krankheit vertraut zu sein. Und auch völlige Fachsprachenfreiheit kann unverständlich bleiben, wenn Zusammenhänge oder Äußerungsintentionen nicht erkennbar sind (Brünner 2009: 174f). Es geht vielmehr darum, eine bewusste Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Wortwahl zu treffen, Fachbegriffe sorgfältig einzuführen und vor allem die dahinterliegenden komplexen Sachverhalte verständlich zu machen.

Welche kommunikativen Verfahren sich dafür anbieten, ist vielerorts besprochen worden (z. B. in Brünner 2009, 2011, Brünner, Gülich 2002, Kripalani, Weiss 2006, Lalouschek 2004, Silverman et al. 2013). Viele dieser Verfahren, wie z. B. die oben erwähnten strukturierenden Maßnahmen oder auch das Einhalten knapper, eindeutiger Formulierungen sind bekannt und gut nachvollziehbar. Eine wichtige Rolle kommt auch dem Einsatz von Veranschaulichungsverfahren wie Metaphern und Vergleichen zu, soll hier jedoch nicht Schwerpunkt sein (dazu § 11). Vielmehr sollen anhand des bereits eingeführten Gesprächsauszugs „Protrusionen mit Pelottierung des Duralschlauchs?“ exemplarisch Verfahren besprochen werden, die für eine gelungene Fachkommunikation ebenfalls hilfreich, den Leserinnen und Lesern aber vielleicht kaum präsent sind.

Nach der Gesprächseröffnung und dem Ankündigen einer Zeichnung fährt die Studentin folgendermaßen fort (B 27.2):

B 27.2 „Protrusionen mit Pelottierung des Duralschlauchs?“ – Teil II

- | | | |
|----|---|--|
| 05 | A | [z-] also ... wenn Sie [hält Block in Blickrichtung von P] das . sich so: vorstellen, das ist im Prinzip ein Wirbelkörper [-z] wenn man [+] den von oben betrachtet, [ne?] |
| 06 | P | [hmhm] |
| 07 | A | =also [-] [z-] von der Seite sieht das ungefähr so: aus, und geht dann so hier [runter ne?] |
| 08 | P | [ja-] |
| 09 | A | wie sie gesagt haben von Kopf bis [Fuß] |
| 10 | P | [hmhm] |
| 11 | A | und wenn Sie von oben auf einen Wirbelkörper drauf kucken, [z-] |

- dann ist der . eher so .. rund bis oval- . und hat nach hinten
raus so ne Art Bogen, .
- 12 P ja-
- 13 A so, ne? und da auf diesem Bogen sitzen so drei Fortsätze- zwei
seitlich einer hinten- [-z] dieser hintere [zeigt am eigenen Rücken]
das ist [+] dann auch [das was man im Prin]
- 14 P [das was man]
- 15 A zip tasten kann [ne? hier am Hals besonders gut-]
- 16 P [nickt] [ja-]

In Zeile 05 beginnt A zu zeichnen (im Transkript dargestellt mit [z-]), damit P sich die für die Erklärung notwendigen anatomischen Gegebenheiten besser vorstellen, sie in ihrem „Vorstellungsraum *verankern*“ kann (Rehbein 1984: 78; Hervorhebung im Original). Konkret beschreibt sie einen Wirbelkörper (Zeile 05) als Teil der Wirbelsäule (07 und 09) und wird ab Zeile 11 dann genauer, wenn sie den Wirbelkörper mit Attributen versieht. Sie begleitet einige ihrer Zeichnungsschritte verbal durch einfache Begriffe („ein Wirbelkörper“ in Zeile 05, „ne Art Bogen“ in Zeile 11, „drei Fortsätze“ in Zeile 13). An anderer Stelle, in Zeile 07, ist die Zeichnung hingegen Hauptbedeutungsträger: Die deiktischen Verweise „das“ und „so:“ sind ohne sie nicht zu verstehen (§ 7.2). Um P die Möglichkeit zu geben, sich auf der Zeichnung zu orientieren, gibt A Hilfestellung durch Angaben der jeweiligen Blickrichtung („von oben“ in den Zeilen 05 und 11 sowie „von der Seite“ in Zeile 07).

A realisiert damit einiges, was beim Einsatz von Zeichnungen und anderen visuellen Mitteln zu berücksichtigen ist (Box 27.2):

Box 27.2 Der Einsatz von visuellen Mitteln

Verbale Erläuterungen können durch *visuelle Mittel* (Bilder, Zeichnungen, Modelle, praktische Demonstrationen) unterstützt werden. Jedoch gilt gerade für fachliche Bilder: „Man sieht nur, was man weiß.“ Um aussagekräftig und hilfreich für Laien zu sein, muss das spezifische Wissensdefizit, das das Bild beheben soll, durch sprachliches Handeln eingegrenzt und bestimmt sein.

Brünner 2009: 176, Hervorhebung im Original

Zusätzlich zu ihren zeichnerischen und verbalen Verfahren stellt A direkt eine Verbindung zum Wissen von P her, wenn sie sich auf deren Aussage zu ihren anatomischen Vorkenntnissen (Zeile 09) und auf die

allgemein gültige Erfahrungsrealität der Tastbarkeit der Wirbelkörperfortsätze (Zeilen 13 und 15) bezieht. Im letztgenannten Fall übergeht sie allerdings einen Versuch von P, ins Gespräch hereinzukommen (Zeile 14) und fährt fort in ihrer Beschreibung der anatomischen Strukturen (B 27.3):

B 27.3 „Protrusionen mit Pelottierung des Duralschlauchs?“ – Teil III

- 17 A genau, [-] [z-] innerhalb dieses Bogens da sitzt quasi [+] das [-z] Rückenmark, . [-] und äh [z-] zwischen . einzelnen Wirbelkörpern befindet sich jeweils ne Bandscheibe, [-z] [+] ne?
- 18 P [ja-]
- 19 A [=damit] das ganze abgedämpft ist und nicht Knochen auf Knochen direkt steht. . [-] [z-] die Bandscheibe hat außen son faserigen Anteil- und innen halt sone Art Kern, [-z] [+]
- 20 P [nickend] hmhm,
- 21 A verste:hn Sie das soweit?
- 22 P [nickend] ja- soweit versteh ich das [noch,]
-

Verbal und zeichnerisch lässt A in ihrer Fortsetzung der Beschreibung das Rückenmark und eine Bandscheibe (Zeile 17) entstehen. Letztere ergänzt sie um ihre Funktion und um weitere anatomische Details, nämlich ihre Zweiteiligkeit („son faserigen Anteil“ und „sone Art Kern“, Zeile 19).

Damit hält A die Beschreibung, soweit sie sie zur Erklärung der in Fachtermini gekleideten Phrase benötigt, für abgeschlossen. Der weitere Gesprächsverlauf zeigt, dass ihre Ausführungen so gut wie ausreichen und nur um einzelne Details ergänzt werden müssen. Gleichzeitig sind sie ausreichend knapp gehalten, um durch überflüssige Einzelheiten keine Verwirrung stiften zu können. Bevor sie zum Erklären übergeht, verständigt sie sich mit P darüber, ob diese ihr soweit hat folgen können (Zeile 21), ob sie die beschriebenen anatomischen Strukturen also als gemeinsames, geteiltes Wissen voraussetzen kann (§ 27.2.3). Nun folgt die eigentliche Erklärung (B 27.4):

B 27.4 „Protrusionen mit Pelottierung des Duralschlauchs?“ - Teil IV

- 23 A [genau,] [-] und äh bei nem Bandscheibenvorfall was da im Prinzip passiert- ist dass [setzt Stift auf Zeichnung an] dieser Kern sich durch den Faseranteil durchdrückt, [1] entweder zum Bei-

- spiel in Richtung Rückenmark oder [ergänzt Zeichnung] hier treten die Wurzeln aus- dann in die:se Richtung,
- 24 P ja,
- 25 A [z-] =und .[blickt in Befund] ne Protrusion das bedeutet einfache Vorwölbung dieses Kerns- [-z] [+] also noch kein [-] richtiger Vorfall-
- 26 P ja,
- 27 A und [blickt in Befund] ähm in dem Fall Pelottierung des Duralschlauchs- [-z] =das bedeutet dass im Prinzip [1] der Mantel der die das Rückenmark umgibt- [-z] son bisschen eingedellt wird [+] durch diesen v diese Vorwölbung,

A beginnt in Zeile 23 mit der Erklärung eines semi-professionellen Begriffs, den sie wohl für geläufig hält („Bandscheibenvorfall“). Er kommt in dem Befundzitat zwar nicht vor, steht aber in engem inhaltlichem Zusammenhang mit Protrusion. Diesen Zusammenhang macht sie für P allerdings nicht explizit, und wenn diese ihn durch entsprechende Vorkenntnisse nicht herstellen kann, kommt eine Erklärung, die sich auf den Terminus Bandscheibe bezieht, überraschend. Anhand des zuvor beschriebenen anatomischen Instrumentariums, welches sie um ein Detail („die Wurzeln“ Zeile 23) ergänzen muss, erläutert A aber den dahinter stehenden Sachverhalt. Diesen setzt sie also auch bei Verwendung eines geläufigen semi-professionellen Begriffs nicht voraus (siehe dazu Box 27.3).

Box 27.3 Semi-professionelle Sprache

Die Identität in der sprachlichen Dimension bei Patienten und Ärzten, präziser im sprachlichen Ausdruck, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese Identität für die Bedeutung, d.h. für die mentale Dimension nicht gegeben ist. [...] [Für Ärzte] bleibt die Wirklichkeit [...] eine wissenschaftlich systematisierte Abstraktion vielfältiger realer Krankheitsercheinungen, das darauf bezogene Wissen bleibt ein wissenschaftliches mit entsprechenden Kategorisierungen [...], nur die sonst übliche Versprachlichung gegenüber Kollegen in professionellen Ausdrücken (i.a. häufig lateinisch-griechischer Provenienz) [...] wird zugunsten einer patientenorientierteren Ausdrucksform [...] mit semi-professionellen Kategorisierungen aufgegeben.

Löning 1994: 105

Die Erklärung von Bandscheibenvorfall dient A als Grundlage, um den ersten Fachterminus Protrusion der als unverständlich markierten Phrase zu zitieren und in ihrer Erklärung als dessen Abstufung einzuordnen („einfach ne Vorwölbung dieses Kerns“, „noch kein richtiger Vorfall“, B 27.4 Zeile 25). Die Vorwölbung des Kerns hält sie auch auf der Zeichnung fest. Dann zitiert sie Pelottierung des Duralschlauchs und macht P damit wiederum deutlich, welchen Termini sie sich nun zuwendet. Den fachlichen Gehalt (Brünner 2009: 176), nämlich die Eindellung des Mantels verursacht durch die Vorwölbung des Kerns, stellt sie wieder unter Zuhilfenahme der zuvor skizzierten und um ein Detail (den „Mantel der die das Rückenmark umgibt“, Zeile 27) erweiterten anatomischen Angaben dar.

Es ist zu konstatieren, dass die Beschreibung der Anatomie mehr Zeit und Raum einnimmt als der eigentliche Erklärungsteil, den A recht kurz halten kann. Beim Erklären kann sie nämlich auf Elemente zurückgreifen, die sie zuvor auf der Zeichnung, zumeist verbal begleitet, eingeführt hat. Darin zeigt sich, wie hilfreich die Beschreibungsinsertion für beide Gesprächspartner ist: „[Sie] öffnet nicht nur den Hörern, sondern auch den Sprechern den ‚Vorstellungsraum‘ und damit den Blick auf den Sachverhalt“ (Kliche 2012). Diese Leistung muss A, während sie erklärt, nicht mehr erfüllen, sondern sie kann sich auf die Erklärung konzentrieren.

27.2.3 Interaktive Verständnisüberprüfung

Nachdem A ihre Gesprächspartnerin P bereits in der Eröffnung des in mehreren Teilen zitierten Gesprächsausschnitts in Bezug auf ihren Wissenshintergrund direkt angesprochen hat (B 27.1), unternimmt sie auch im Verlauf des Erklärungsteils weitere, z. T. interaktive Maßnahmen, um P beim Verstehen zu unterstützen und den Verstehenserfolg zu überprüfen.

Zu diesen Maßnahmen gehören die orientierenden Richtungshinweise zum Betrachten der Zeichnung (B 27.2, Zeilen 05, 07 und 11), die Bezugnahme auf Ps selbst formulierte Vorkenntnisse (B 27.2, Zeile 09) und das Verweisen auf einfaches plastisches Erfahrungswissen (B 27.2, Zeilen 13 und 15). Außerdem überprüft sie regelmäßig durch entsprechende Rückversicherungen den Verstehensprozess von P. Wie sie das genau tut und welche Gefahren dabei lauern, soll anhand des Beschreibungsteils genauer beleuchtet werden, der in B 27.5 noch einmal

dargestellt wird. In der Kommentarspalte wird auf die für die Interaktion bedeutenden kommunikativen Verfahren wie Blickkontakt, Tag Question (also Rückversicherungsfrage, wie z. B. die nachgeschaltete Fragepartikel „ne?“) und Hörerreaktion hingewiesen.

B 27.5		„Protrusionen mit Pelottierung des Duralschlauchs?“ – Teil II	Kommentar
05	A	[z-] also ... wenn Sie [hält Block in Blickrichtung von P] das . sich so: vorstellen, das ist im Prinzip ein Wirbelkörper [-z] wenn man [+] den von oben betrachtet, [ne?]	Blick zu Hörer Tag Question
06	P	[hmhm]	Hörersignal
07	A	=also [-] [z-] von der Seite sieht das ungefähr so: aus, und geht dann so hier [runter ne?]	Tag Question
08	P	[ja-]	Hörersignal
09	A	wie sie gesagt haben von Kopf bis [Fuß]	
10	P	[hmhm]	Hörersignal
11	A	und wenn Sie von oben auf einen Wirbelkörper drauf kucken, [z-] dann ist der . eher so .. rund bis oval- . und hat nach hinten raus so ne Art Bogen, .	
12	P	ja-	Hörersignal
13	A	so, ne? und da auf diesem Bogen sitzen so drei Fortsätze- zwei seitlich einer hinten- [-z] dieser hintere [zeigt am eigenen Rücken] das ist [+] dann auch [das was man im Prin]	Blick zu Hörer
14	P	[das was man]	Hörerreaktion
15	A	zip tasten kann [ne? hier am Hals besonders gut-]	Blick zu Hörer
16	P	[nickt] [ja-]	Hörersignal
17	A	genau, [-] [z-] innerhalb dieses Bogens da sitzt quasi [+] das [-z] Rückenmark, . [-] und äh [z-] zwischen . einzelnen Wirbelkörpern befindet sich jeweils ne Bandscheibe, [-z] [+] ne?	Blick zu Hörer Tag Question
18	P	[ja-]	Hörersignal
19	A	[=damit] das ganze abgedämpft ist und nicht Knochen auf Knochen direkt steht. . [-] [z-] die Bandscheibe hat außen son faserigen Anteil- und innen halt sone Art Kern, [-z] [+]	Blick zu Hörer
20	P	[nickend] hmhm,	Hörersignal

21	A	verste:hn Sie das soweit?	Checking
22	P	[nickend] ja– soweit versteh ich das [noch,]	Hörerantwort

Zunächst einmal zeigt sich, dass A ihre Zeichnungsphase immer wieder unterbricht, um P anzublicken. Damit verschafft sie sich zumindest die Möglichkeit, durch einen Blickkontakt mit P oder in Ps Mimik Anhaltspunkte für Verstehen oder Nichtverstehen zu gewinnen. Außerdem ist das Wechselspiel von Blick und/oder Tag Question und Hörersignal zu erkennen: A äußert häufiger ein „ne?“, dem ein Blick zu P vorausgehen kann, aber nicht muss. Damit erhält sie von P mehrmals direkt oder auch etwas zeitverzögert grundsätzlich affirmative Hörersignale wie „hmhm“ und „ja-“ (B 27.5, Zeilen 05/06, 07/08, 15/16, Zeilen 17/18), die sie, da keine Verstehensprobleme angezeigt werden, zum Fortfahren ermutigen.

Diese affirmativen Hörersignale sind allerdings mit Vorsicht zu genießen, sagen sie doch wenig über den tatsächlichen Verstehensstand aus, zumal, wenn sie nach Tag Questions auftreten (Box 27.4).

Box 27.4 Die Crux von Rückversicherungsfragen (Tag Questions)

[S]ogenannte Tag Questions, also Rückversicherungsfragen, [nehmen] bezüglich der Verständnisförderung eine zwiespältige Rolle ein [...], da sie als Konsens erheischende Verfahren oft eine Zustimmungsmotivautomatik auslösen, die nicht immer mit tatsächlicher mentaler Übereinstimmung einhergeht. Dessen sind sich die Ärzte und Ärztinnen, die beständig Tag Questions einsetzen, vermutlich nicht bewusst.

Reisigl 2011: 116

Ob A sich der in Box 27.4 angesprochenen Problematik bewusst ist, wissen wir zwar nicht, ihre verständnisüberprüfende Frage am Ende der Beschreibungseinheit („verste:hn Sie das soweit?“, Zeile 21, B 27.5) deutet aber darauf hin, dass ihr die einfachen Hörersignale von P nicht ausreichen, um sicherzugehen, dass diese die Beschreibung der Anatomie tatsächlich verstanden hat. Erst als P antwortet und ein Verstehen explizit bejaht, schließt A die Beschreibung ab und wendet sich dem nächsten Schritt, der Erklärung zu.

Das Vorgehen von A erinnert an das von Silverman et al. so bezeichneten Chunking and Checking (Box 27.5).

Box 27.5 Chunking and Checking

[C]hunking and checking – that is, giving information in small pieces, pausing and checking for understanding before proceeding, and being guided by the patient’s reactions to see what information is required next. Only then is it likely that patients will both recall and understand. As they assimilate each section of information, they will become ready for the next one.

Silverman et al. 2013: 174

Je nach Gesprächsinhalt oder -situation kann es auch notwendig sein, den patientenseitigen Verstehensprozess genauer zu überprüfen, d.h. herauszufinden, was genau der Patient/die Patientin verstanden hat. Von Patientenseite eine entsprechende Zusammenfassung zu fordern, muss in der Interaktion sensibel gelöst werden, eine Arzt-Patient-Beziehung sieht anders als in der Schule so eine Prüfung ja nicht vor (vgl. Brünner 2009: 175). Die Literatur bietet für diese so genannten Teach back- (Kripalani, Weiss 2006) oder Tell back-Verfahren (Silverman et al. 2013) entsprechende Formulierungsmöglichkeiten an (siehe Boxen 27.6 und 27.7):

Box 27.6 Teach back-Verfahren I

D: I always ask my patients to repeat things back to make sure I have explained them clearly. I’d like you to tell me how you’re going to take the new medicine that we talked about today.

D: When you get home, your [husband/wife] will ask you what the doctor said. What will you tell them?

Kripalani, Weiss 2013: 889

Box 27.7 Teach back-Verfahren II

D: I know I’ve given you a lot of information today and I’m concerned that I might not have made it very clear – it would help me if you repeated back to me what we have agreed on so far, so I can make sure we are on the same track.

Silverman et al. 2013: 175

27.3 Übung: Gesprächseröffnung bei Arbeit im Team

In der Teamarbeit im Krankenhaus kommt es häufig vor, dass erste Schritte im Behandlungsablauf von einem Kollegen/einer Kollegin vorgenommen werden, bevor man selbst die folgenden Schritte übernimmt. Solche Übernahmen bergen das Risiko von Informationsverlust oder nicht passgenauem Anschluss. Anknüpfen an das tatsächliche Patientenwissen, entsprechend angepasstes Erklären sowie interaktive Verständnissicherung sind auch in solchen Situationen der Schlüssel zu einer gelungenen Verständigung. Folgendes Szenario entstammt dem Korpus Dolmetschen im Krankenhaus (§ 27.2): Ein 75jähriger Patient, der wegen einer chronischen Bronchitis im Krankenhaus liegt, soll von einer jungen angehenden Internistin (zum Zeitpunkt der Aufnahme im Jahre 2000 Ärztin im Praktikum) über die Knochenmarkpunktion aufgeklärt werden und, sofern er in die Untersuchung einwilligt, dies durch seine Unterschrift bekunden. Zuvor hat ihn die Stationsärztin, Frau Dr. Zielke, über den Grund für das Untersuchungsvorhaben unterrichtet und die Methode Knochenmarkpunktion bereits eingeführt. Über den Inhalt dieses ersten Gesprächs ist uns nichts bekannt, wir wissen auch nicht, wie detailliert die junge Ärztin darüber Bescheid weiß. Sie beginnt das Gespräch wie folgt (B 27.6):

B 27.6 „Frau Dr. Zielke hat schon mit Ihnen gesprochen.“ (ab 00:08)

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | A | gut, Herr Rath! [1,5] ähm Frau .. Zielke hat .. mein ich schon mit Ihnen gesprochen- |
| 02 | P | ja, |
| 03 | A | dass sie in Ihrem Blut .. äh bestimmte . Auffälligkeiten .. gefunden hat, ... dass da so bestimmte Antikörper zu sehen sind, (jedenfalls) dass da eine irre . äh etwas Auffälliges is in dem Blut, |
| 04 | P | hmhm |
| 05 | A | [1,5] um . auszuschließen dass Ihr Knochenmark . beteiligt ist das heißt dort wo die . Blutbildung . stattfindet ... ähm . müssten wir . ähm eine Probe entnehmen von diesem Knochenmark, |
| 06 | P | hmhm |
| 07 | A | Wie das funktioniert würde ich Ihnen jetzt gern . erklären, |

Korpus Dolmetschen im Krankenhaus, Gespräch D-AUF-52

In den folgenden Übungen (Box 27.8) können Sie diesen Gesprächsbeginn genauer unter die Lupe nehmen.

Box 27.8 Übungsaufgaben und Aufgabenlösungen

Aufgabe 1:

Arbeiten Sie heraus, wie die junge Ärztin den Bezug zum bereits gelaufenen Gespräch herstellt.

Lösungen:

- A erwähnt, formuliert als Vermutung („mein ich“), das bereits gelaufene Gespräch.
- A fasst den Befund zusammen.
- A nennt einen Grund für die geplante Knochenmarkpunktion.
- A bezieht P nicht mit ein.

Aufgabe 2:

Arbeiten Sie die Wortwahl der Ärztin heraus.

Lösungen:

- A verwendet fast ausschließlich deutsche, z. T. semi-professionelle Begriffe („Antikörper“ Zeile 03; „Knochenmark“; „Blutbildung“ Zeile 05)
- A setzt einfache, aber inhaltsarme Umschreibungen: „bestimmte Auffälligkeiten“; „etwas Auffälliges“ (Zeile 03) ein.
- A benutzt im Kontext von Auffälligkeiten im Blut ein riskantes Wort oder Wortfragment: „eine irre“ (Zeile 03; „irre“ könnte hier Adjektiv, aber auch Teil des Substantivs „Irregularität“ sein)

In den folgenden neun Minuten des Gesprächs erwähnt die Ärztin diese „Auffälligkeiten“ im Blut nicht mehr. Sie erläutert den Ablauf der Knochenmarkpunktion, benennt und begründet den Ort der Entnahme (den Beckenknochen), informiert über die Risiken Infektion und Einblutung und erläutert, was zu deren Verhinderung erfolgen muss.

Der Patient scheint gut folgen zu können. Er stellt immer wieder Zwischenfragen, die die Ärztin zumeist auch sofort beantwortet. Den

Patienten interessiert, ob die Punktion unter Narkose erfolgt, wie lange er liegen muss, ob es zu Lähmungen kommen kann, was nach einer Infektion passiert, wo, durch wen und wann punktiert wird. Nach diesen eher praktischen Fragen durch den Patienten wiederholt die Ärztin die beiden bereits erwähnten Risiken und fragt anschließend nach Allergien. Der Patient gibt entsprechend Auskunft und in Minute 09:30 bitet er die Ärztin, ihm aufzuschreiben, wie die geplante Untersuchungsmethode heißt. An dieser Stelle setzt folgender Ausschnitt wieder ein (B 27.7):

B 27.7		„Frau Dr. Zielke hat schon mit Ihnen gesprochen.“ (ab 09:30)
11	A	... eine . Knochenmarks [2] Knochen [schreibt] [2] marks [1] ähm [1,5] punktion, [2] beziehungsweise Aspiration,
12	P	für [1,1] für .. Eiweiß?
13	A	... nein um diese [1,5] ähm ich .
14	P	hmhm
15	A	dachte ich hätts schon . e erwähnt, ähm . die Blutbildung geht von dem Knochenmark aus,
16	P	ja aber Frau [Doktor Ziel]
17	A	[und dort]
18	P	ke sagte doch was von .. weil da irgendwie da war doch so eine .. Tabelle zu sehen, und da waren die die Eiweiße irgendwie nich ... so aus gebildet- wie das sein sollte,

Korpus Dolmetschen im Krankenhaus, Gespräch D-AUF-52

In Zeile 12 wird deutlich, dass der Patient zwar mehr als neun Minuten lang aktiver Gesprächspartner im Aufklärungsgespräch ist, aber von Anfang an eine grundlegende Information nicht verstanden hat. Frau Dr. Zielke hat zuvor offensichtlich von auffälligen Eiweißen gesprochen, während die zweite Ärztin „Antikörper“ bzw. ganz allgemein „etwas Auffälliges in dem Blut“ als Grund für die geplante Rückenmarkpunktion angibt. Dass sich die beiden Ärztinnen auf dasselbe Phänomen beziehen, hat sich dem Patienten nicht erschlossen. Seine zur Klärung bestimmte Frage „für [1,1] für .. Eiweiß?“ (Zeile 12), in die er sein zuvor Verstandenes einbringt, verneint die Ärztin und setzt zu einer neuen Erklärung an. Seine Formulierungen mit „ja aber“ (Zeile 16) und „doch“ (Zeile 18), die den Versuch eines Widerspruchs, einer Richtigstellung deutlich werden lassen, sowie sein neuerlicher Hinweis auf Eiweiße zeigen, dass er aufgrund seiner Vorinformationen nicht überzeugt ist und weiterhin diese vermeintliche inhaltliche Diskrepanz bearbeiten möchte.

Durch einen Gesprächsbeginn, der den Patienten mit einbezogen und seinem Wissensstand Raum gegeben hätte, hätte diese grundlegende Verstehenslücke gleich zu Anfang geschlossen werden können. Die folgende Übungsaufgabe (Box 27.9) widmet sich dieser Problematik.

Box 27.9 Übungsaufgaben und Aufgabenlösungen

Aufgabe 3:

Bitte formulieren Sie eine gelungenere Gesprächseröffnung.

Lösungsmöglichkeiten

- „Frau Dr. Zielke hat Sie über die geplante Knochenmarkpunktion ja bereits aufgeklärt. Damit ich einen Anhaltspunkt habe, was Sie schon wissen und was Ihnen noch unklar ist, würde ich Sie bitten, mir einmal zu berichten, was Sie aus dem Gespräch mitgenommen haben.“
- „Frau Dr. Zielke hat Ihnen ja schon mitgeteilt, dass wir eine Knochenmarkpunktion bei Ihnen durchführen wollen. Was hat Sie Ihnen denn alles gesagt? Berichten Sie mal, dann weiß ich besser, wo ich anknüpfen kann.“ – Nachdem der Patient berichtet hat, die Frage anschließen: „Was ist Ihnen aus dem Gespräch mit Frau Ziele denn noch unklar?“

27.4 Weiterführende Hinweise

Fachkommunikation im Arzt-Patient-Gespräch, aber auch unter Medizinern hat, wie wir gesehen haben, so ihre Tücken. Diese sind bei entsprechender Sensibilität, durch das Einsetzen bestimmter kommunikativer Verfahren, von denen einige hier vorgestellt wurden, und vor allem durch interaktiven Einbezug des jeweiligen Gesprächsgegenübers aber zu meistern. Es geht schließlich nicht um das aussichtslose Unterfangen, DIE perfekte Erklärung, DIE perfekte Wissensdarstellung zu finden. Vielmehr nimmt neben adäquaten kommunikativen Verfahren das

interaktive Aushandeln von Verstehen durch Arzt und Patient einen zentralen Platz ein.

Auf weiterführende Literatur ist jeweils an entsprechender Stelle hingewiesen worden. Der Einsatz von Veranschaulichungsverfahren ist mit Blick auf § 11 dieses Lehrbuchs hier nicht behandelt worden. Er kann zusätzlich z. B. auch in Brünner, Gülich 2002 eindrücklich nachvollzogen werden. Ausführliche, durch zahlreiche Gesprächsbeispiele bestens illustrierte Darstellungen und Analysen von verschiedenen Vermittlungsstrategien medizinischen Wissens finden sich in Brünner 2011, auch wenn ihr Hauptfokus auf Gesundheitssendungen liegt, wodurch sich der Adressatenzuschnitt bzw. der Einbezug von Adressaten natürlich verändert. Zu unterschiedlichen verständnissichernden Handlungen sei auf Klüber et al. 2012 verwiesen, die am Beispiel von Anästhesieaufklärungen deren Konsequenzen für Patientenreaktionen aufzeigen.

28 Interkulturelle Kommunikation

Florian Menz

28.1	Einleitung: Kulturelle Unterschiede oder Sprachbarrieren?	1549
28.2	Allgemeine Probleme mehrsprachiger Arzt-Patient-Kommunikation	1552
28.3	Lösungsansätze zur Verständnisförderung in mehrsprachiger Kommunikation	1553
28.3.1	Interkulturelle Kompetenz	
28.3.2	Professionelles Dolmetschen	
28.3.3	Laiendolmetschen	
28.4	Ausblick und weiterführende Hinweise	1563

Und immer wieder die Sprache ...

Kogoi 2011: 260

Abstract: Einleitend wird der Begriff der Kultur kritisch hinterfragt, da er häufig verwendet wird, um Differenzen zu erklären, die entweder deutlich komplexer sind oder aber andere, nämlich kommunikative Ursachen haben. Daran anschließend werden allgemeine Probleme, die in mehrsprachiger Arzt-Patient-Kommunikation auftreten, besprochen, um anschließend (in § 28.3) einige institutionalisierte Lösungsformen mit ihren Vor- und Nachteilen vorzustellen. Insbesondere handelt es sich dabei um den Erwerb und das Wissen „interkultureller Kompetenz“ sowie um den Einsatz von professionellen und LaiendolmetscherInnen. Anhand eines ausführlichen Analysebeispiels werden die Probleme und Gefahren unzureichenden Dolmetschens illustriert. Im abschließenden Abschnitt (§ 28.4) wird kurz auf technikunterstützte Formen der Gesprächsmittlung eingegangen.

28.1 Einleitung: Kulturelle Unterschiede oder Sprachbarrieren?

Sprachliche und kulturelle Vielfalt hat in den letzten Dekaden mit Sicherheit weltweit und daher auch in Europas Nationalstaaten deutlich zugenommen. Dies kann wohl v.a. auf (wirtschaftliche) Globalisierungs- und daraus resultierende Migrationsprozesse zurückgeführt werden. Insbesondere in den Großstädten ist Mehrsprachigkeit ein verbreitetes und bleibendes Phänomen, dem etwa im Gesundheitsbereich noch immer nicht genügend Rechnung getragen wird. Im Vordergrund der Diskussion stehen häufig der größere Aufwand in der Betreuung und das schlechtere Resultat in den Therapien bei PatientInnen mit Migrationserfahrung gerückt, (kulturelle) Unterschiede werden also tendenziell als Defizit, Mangel oder Fehlleistung der PatientInnen kategorisiert (Kutalek 2011: 24). Dabei wird vergessen, dass jegliche Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen in Kultur eingebettet ist und auch die im Westen am weitesten verbreitete Form der evidenzbasierten Medizin kulturell geprägt ist (Napier et al. 2014).

Die Reduktion von Kultur auf eine Taxonomie von Unterschieden geht allerdings häufig nicht über anekdotische Berichte und „mehr oder weniger klischeeartig vorgetragene Kulturunterschiede“ (Meyer 2003: 164) hinaus, wenn z. B. behauptet wird, TürkInnen würden depressive Symptome eher als Magen-Darmtrakt-Beschwerden schildern, im Unterschied zu LateinamerikanerInnen, die „Kopfschmerzen“ in der Vordergrund rücken würden, die sich wiederum von arabischen („Herzbeschwerden“) und chinesischen Kulturen („Kraftlosigkeit, Langeweile) unterscheiden (Machleidt, Callies 2009). In eine ähnliche Kerbe schlagen Aussagen, die mediterrane und muslimische Personen als stärker kollektivistisch orientiert bezeichnen, die Krankheit eher als Folge äußerer Einflüsse anstatt individuellen Verhaltens sähen (Kogoi 2011: 255). Auch andere Institutionen wie z. B. die „Amsterdam Charta of Migrant Friendly Hospitals“ weisen auf die Gefahr hin, dass in Bezug auf kulturelle Unterschiede möglicherweise eher Stereotype reproduziert werden als dass erhellende Ursachen aufgezeigt werden (European Migrant Friendly Hospitals Project, www.mfh-eu.net, Punkt 3).

Sehen wir uns zunächst folgendes Beispiel an (B 28.1) (Reisigl 2011). Nachdem der Arzt gegen Ende des Gesprächs zweieinhalb Minuten lang die Einnahme von verschiedenen Schmerzmedikamenten erklärt hat, wechselt er zu organisatorischen Fragen, um dann zum Ge-

sprächsende zu kommen (Z. 14). Dort nimmt das Gespräch eine überraschende Wendung:

B 28.1 Kommunikationsprobleme		
01	A	Das heißt so Ende September kommen Sie zur Kontrolle
02	P	Ende September, aha
03	A	Termine gibt's schon. Können Sie vorne an der Leitstelle ausmachen
04	P	jetz?
05	A	Ja, Sie können für Ende September einen Kontrolltermin vereinbaren.
06	P	Okay
07	A	Und dann machen Sie aber diesen Kopfschmerzkalender weiter
08	P	Weiter? Okay
09		[Auslassung]
10	A	Bei der Anmeldung: Termin für Ende September • und Kopfschmerzkalender.
11	P	ja, okay
12	T	Und Ende September kommen Sie wieder.
13	P	Okay, danke
14	A	Gut?
15	T	Okay. Und welche Medikamente nehmen ich?

Die Frage in Z. 15 macht deutlich, dass der Patient die vorausgegangenen Erläuterungen nicht verstanden hat. Es handelt sich eindeutig um ein Beispiel schwieriger Kommunikation, die auf mangelnde Sprachkenntnisse zurückzuführen ist. Ob hier allerdings so genannte kulturelle Unterschiede ebenfalls eine Rolle spielen, kann nicht ohne weiteres behauptet werden.

Daher ist bei der Verwendung des Kulturbegriffs und des Begriffs interkultureller Kommunikation Vorsicht angebracht (Menz et al. 2013). Daher sollen an dieser Stelle einige kritische Anmerkungen und Monita vorangestellt werden. Erstens ist es unzulässig, kommunikative Probleme unterschiedlichster Art einem einzelnen „kulturellen“ Faktor kausal zuzuschreiben, wenn unterschiedliche Sprachkompetenzen im Spiel sind. Nicht jedes Missverständnis mit nicht-deutschen Muttersprachlern ist kulturell bedingt. Vielmehr ist darauf hinzuweisen, dass eine gewisse „Fremdheit“ (z. B. bezüglich der Institutionen des Gesundheitswesens, aber auch der Zugänge zu relevanten Informationen etc.) generell ein Hauptfaktor für ungleiche bzw. benachteiligende Zuwendungen

ist. „Fremdheit“ ist jedoch nicht auf eine andere Sprachzugehörigkeit oder „Kultur“ beschränkt, sondern ist auch innerhalb einer Sprachgemeinschaft/Nation ein Faktum und z. B. durch soziale Milieus oder auch Geschlecht gegeben (Blasch et al. 2010, Bührig, Meyer 1998, Menz, Lalouschek 2005). Weitere Faktoren für Schwierigkeiten bei der Verständigung können das Thema allgemein bzw. die Institutionen des Gesundheitswesens selbst darstellen, aber auch die Krankenvorgeschichte oder Umweltbedingungen wie zu geringe Raum- und Zeitressourcen. Auch das Persönlichkeitsprofil (Extrovertiertheit, Introvertiertheit usw.) und die jeweilige Tagesverfassung können eine Rolle spielen (Engel, Hoffmann 2003: 20).

Zweitens sind „Kulturen“ historisch: Medizinische Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit ändern sich ebenso im historischen Verlauf wie Krankheitsdefinitionen selbst, da sie nicht ausschließlich biologisch, sondern auch sozial, politisch und kulturell definiert sind (Kutalek 2011: 24-25).

Drittens schließlich sind kulturbezogene Kategorien wie „kulturelle Identität“ und „kulturelle Mitgliedschaft“ keine fixen und kommunikativ vorgängigen Größen, sondern werden maßgeblich erst in Interaktionen von den GesprächsteilnehmerInnen hervorgebracht, reproduziert, transformiert und relevant gesetzt oder hinterfragt (Menz et al. 2013).

Es scheint daher sinnvoll, sich zunächst näher anzusehen, wie Sprachbarrieren in der medizinischen Kommunikation aufrecht erhalten bleiben, da die Sprache der Medizin in den deutschsprachigen Ländern nach wie vor weit überwiegend Deutsch ist. Im Folgenden soll daher zunächst auf die Beschreibung dieser Sprachbarrieren (welche besonderen Schwierigkeiten sich für PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen bieten) und anschließend auf mögliche Lösungsansätze eingegangen werden. Allerdings muss vorab gesagt werden, dass es, da es sich um Kommunikation und Beziehungsgestaltung handelt (§ 3.2), keine Patentlösung oder gar Rezepte geben kann. Vielmehr wird und muss es immer darum gehen, situationsadäquate und kontextabhängige Lösungen selbst zu erarbeiten.

Es geht also im besten Falle darum, einerseits Kultur nicht vorschnell als monokausalen Erklärungsfaktor für Unterschiede und Probleme heranzuziehen, ihn aber auch nicht zu verleugnen, wo er von Bedeutung ist.

28.2 Allgemeine Probleme mehrsprachiger Arzt-Patient-Kommunikation

Untersuchungen zeigen (vgl. z. B. Roberts et al. 2005), dass bei geringen Kenntnissen der Sprache des Arztes/der Ärztin spezifische Formen von Missverständnissen auf allen Ebenen des Sprachsystems und der Interaktion auftreten können. Dies betrifft auf der phonologisch-phonetischen Ebene Aussprache und Wortbetonung sowie Intonation und Redewiedergabe, auf der syntaktisch-lexikalischen Ebene Grammatik und Wortschatz sowie auf einer pragmatischen Ebene den Mangel an Kontextinformationen.

Vor allem aber zeigt der Präsentationsstil von Beschwerden und Symptomen folgeschwere Unterschiede. Der Präsentationsstil hat einen entscheidenden Einfluss auf Missverständnisse, da er die Erwartungshaltung der ÄrztInnen unterläuft und dadurch Verständnisschwierigkeiten verursacht (Meeuwesen et al. 2010). So sind viele PatientInnen, die mit den westlichen Gesundheitssystemen nicht vertraut sind, von seiner Symptomorientiertheit überrascht, das erlernten Mustern der Kontaktherstellung und Beziehungsgestaltung durch Formen des *small talks* zu Beginn eines Gesprächs zuwiderläuft. Derartige unterschiedliche Formen der Selbstpräsentation im ärztlichen Gespräch sind viel häufiger für kommunikative Probleme verantwortlich als etwa kulturspezifisch unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit (Roberts et al. 2005). Vor allem jedoch widersprechen die in westlichen Gesellschaften zunehmend geforderten patientenorientierten Gesprächsstrategien sehr häufig den Erwartungen an die Arzt-Patient-Beziehung von PatientInnen mit anderem kulturellem Hintergrund. Ein Mehr an Orientierungen und Informationen über den Ablauf (Roberts, 2006: 190) erschwert in solchen Fällen die Kommunikation tendenziell, statt sie zu erleichtern. Entscheidend für eine Verbesserung sind daher verstärkte Sensibilisierungen und Erhöhung der Achtsamkeit in Trainings für derartige Präsentationsstrategien. Denn herkömmliche Kommunikationstrainings auf der Basis monolingualer Sprecher sind unbrauchbar, weil sie genau diese Probleme der unterschiedlichen Selbstpräsentation und Erwartungen an bzw. Annahmen über Gespräche nicht lösen.

Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass sich Rollenerwartungen und kommunikative Aufgaben der ÄrztInnen in der Kommunikation mit PatientInnen, die nicht Deutsch als Erstsprache haben, verschieben, etwa hin zu stärker nicht-medizinischen Fragen und einem höheren Anteil

an verwaltungsspezifischen als medizinischen Problemen (Valero-Garcés 2002). Ebenso entscheidend sind jedoch auch strukturelle Widersprüche, die auf die bürokratische (administrative) Organisation des Gesundheitswesens zurückzuführen sind (Roberts 2006), etwa die zunehmende Notwendigkeit der Dokumentation und die Verwendung der dafür vorgegebenen computerisierten Muster und Abfolgen. Sie orientieren sich an monolingualen Sprechern und benachteiligen ebenfalls PatientInnen mit eingeschränkten Kenntnissen der Behandlungssprache, weil diese die Abläufe nicht kennen.

28.3 Lösungsansätze zur Verständnissförderung in mehrsprachiger Kommunikation

Umfassende Aufklärung und Information sind Bedingungen gelingender ärztlicher Kommunikation und nicht zuletzt deshalb auch als Bringschuld der medizinischen Institutionen gesetzlich verankert. Die Einlösung dieser Anforderungen ist unter Gesprächspartnern, die keine gemeinsame Sprache zur Verfügung haben, naturgemäß noch komplexer als in einsprachigen Kommunikationssettings. Zur Verringerung der Probleme bieten sich unterschiedliche Möglichkeiten an, die jedoch nicht alle von gleicher Qualität sind. Einige sollen im Folgenden in Bezug auf Vor- und Nachteile diskutiert werden.

28.3.1 Interkulturelle Kompetenz

In der Kommunikation mit PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen ist es besonders wichtig, einige grundlegende Parameter zu berücksichtigen, die manchmal als *interkulturelle Kompetenz* zusammengefasst werden (Deardorff 2009); dieser Ausdruck ist allerdings insofern irreführend, als, wie weiter oben argumentiert, es in erster Linie kommunikative Verhaltensweisen betrifft. Der wichtigste Punkt ist die Bereitschaft, prinzipiell Unterschiede in den Kommunikationsstrategien und -gewohnheiten als möglich anzuerkennen und zu akzeptieren. Es gilt also, eine gewisse Sensibilität zu entwickeln, dass die eigenen Erwartungen an bestimmte Kommunikationsmuster (z. B. prägnante Schilderung von Symptomen und Beschwerden in einer bestimmten Reihenfolge) nicht automatisch von den PatientInnen geteilt werden.

Diese Bereitschaft zur Akzeptanz wird auch als Differenzierungsfähigkeit bezeichnet und beinhaltet die Reflexion eigener Vorstellungen, Erwartungen und Orientierungssysteme und die Anerkennung, dass diese nicht die einzig gültigen sind (Peintinger 2011). Diese Reflexionsfähigkeit kann geübt und trainiert und darf nicht mit einem „*anything goes*“ verwechselt werden.

Die Bewusstheit darüber macht aber eine Thematisierung von Unterschieden möglich und ist nicht nur auf mehrsprachige Kommunikation beschränkt, sondern im Grunde jeder Interaktion, auch unter Gleichsprachigen, inhärent. Ruft man sich dies ins Bewusstsein, kann auch die *Falle der Ethnisierung* (Groenemeyer, Mansel 2003) vermieden werden. Man spricht von Ethnisierung, wenn Personen auf ihre Herkunftskultur reduziert werden. Es ist also die vorschnelle Erklärung von Missverständnissen durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten ethnischen Gruppe gemeint, ohne andere Aspekte überhaupt in Betracht zu ziehen. „Interkulturelle Kompetenz“ entspricht in diesem Verständnis einer kommunikativen Grundhaltung, die der prinzipiellen Vagheit und Unterdeterminiertheit von Kommunikation Rechnung trägt. Sie ist damit eine individuelle Disposition bzw. Einstellung. Einige Hilfestellungen, kulturelle Kompetenz zu entwickeln und zu fördern, sind in Box 28.1 zusammengefasst.

Box 28.1 Wichtige Punkte zum Konzept der interkulturellen Kompetenz

- Kulturelle Kompetenz ist kein Endpunkt, sondern ein Lern- und Erfahrungsprozess während der gesamten beruflichen Laufbahn
- Niemand ist in allen Kulturen kompetent. Fragen und Ansprechen von Unsicherheiten sind daher erlaubt und sinnvoll, wie z. B.
 - Fragen nach kommunikativen Praktiken („Stört es Sie, wenn ich Ihnen die Hand gebe?“)
 - Fragen nach dem soziokulturellen Hintergrund („Wo sind Sie geboren und aufgewachsen?“)
 - Fragen nach der persönlichen Krankheitsdeutung
 - usw. (Kogoi 2011, Kropiunigg 2011, Peintinger 2011)
- Grundsätzlich gilt, dass kulturspezifisches Wissen weniger bedeutend ist als die allgemeine Haltung (Respektbekunden, Zeitnehmen, Erklärungen, Genauigkeit der Untersuchung, PatientInnenbeteiligung)

Ein signifikant anderes Setting zur Lösung der interaktiven Probleme in multilingualen und multikulturellen Begegnungen ist die Hinzuziehung von *Dolmetschern*. Aufgrund der umfangreichen Literatur soll hier auf jene Untersuchungen fokussiert werden, die linguistisch orientierte Ansätze verfolgen, eine Forschungsrichtung innerhalb der Dolmetschstudien, die zunehmend an Gewicht und Aufmerksamkeit gewinnt (Bolden 2000, Bührig 2001, Bührig, Meyer 2004, Pöchhacker, Shlesinger 2005: 157, 2007). Zwei große Bereiche lassen sich beim sogenannten Gemeindedolmetschen (community interpreting) unterscheiden, nämlich professionelles Dolmetschen und Dolmetschen von Familienangehörigen. Sie stellen die extremen Pole unterschiedlicher Kontexte innerhalb von gemittelter mehrsprachiger Kommunikation dar.

28.3.2 Professionelles Dolmetschen

Diskursanalytisch orientierte Studien zu professionellem Dolmetschen stehen an der Schnittstelle zwischen den Forschungsfeldern des Dolmetschens, das nach wie vor sehr stark von professionellen Normen des Dolmetschens geprägt ist, und angewandt linguistischen Paradigmen, die die Gesprächsbedürfnisse in den Vordergrund stellen. Die Widersprüche, die sich zwischen rollenspezifischen Postulaten und ethischen Richtlinien von Dolmetschverbänden auf der einen Seite und den tatsächlichen interaktiven Handlungen auf der anderen Seite ergeben, führen zu Interaktionsdilemmata (Angelelli 2004). So wird in Ausbildungseinrichtungen nach wie vor verlangt, dass DolmetscherInnen nicht als eigenständige Persönlichkeiten in der gedolmetschten Situation hervortreten dürften, sondern „unsichtbar“ zu bleiben hätten. Angelellis Analyse von beinahe 400 gedolmetschten kommunikativen Ereignissen zeigt jedoch auf, dass eine Reihe von sprachlichen Handlungen auf eine Sichtbarkeit der DolmetscherInnen hinweist: DolmetscherInnen stellen sich als am gedolmetschten Interaktionsereignis teilnehmendes Mitglied vor; sie verbalisieren Interaktionsregeln (z. B. Turnübernahmeregeln); sie paraphrasieren (Fach-)Ausdrücke oder Konzepte; sie ändern Register nach oben oder unten (z. B. informelleres Übersetzen als die ursprüngliche Äußerung); sie filtern Informationen; sie übernehmen Perspektiven einer Partei. Über diese einzelnen sprachlichen Äußerungen hinaus ist die interaktive Teilnahme der DolmetscherInnen jedoch auch von ihrem Verständnis des Zwecks des Gesprächs und nicht nur vom Ziel des Übersetzens geprägt. DolmetscherInnen

sind nicht passive TeilnehmerInnen am Interaktionsgeschehen, sondern ihre Übersetzungen sind stark von der ärztlichen Perspektive geprägt. Dolmetscher teilen die normative Orientierung der Ärzte an möglichst objektiv formulierten biomedizinisch relevanten Informationen. Diese Orientierung äußert sich nicht nur in einer Verstärkung von Informationen, die sie diesbezüglich für relevant halten (z. B. eine möglichst vollständige Erhebung von Symptomen), sondern auch in einer Unterdrückung von subjektiv orientierten PatientInneninformationen zu soziopsychologischen Fragenkomplexen (Bolden 2000).

Während Bolden also bei der Beteiligung von DolmetscherInnen im Sinne Mishlers (1984) eine Verstärkung der „Sprache der Medizin“ feststellt (§ 10.2), kommen andere zu differenzierteren Ergebnissen. In ihrer Untersuchung von allerdings nur 3 gedolmetschten Gesprächen stellen Merlini und Favaron (2005) fest, dass die Dolmetscherinnen eine eigenständige Position einnehmen, in der sie zwischen den ärztlichen und den Sichtweisen der PatientInnen mitteln. Die Analyse einiger sprachlicher Besonderheiten (prosodische Merkmale wie Intonation und Emphase, Redeübernahme, Unterbrechungen etc.) weist das starke Engagement der Dolmetscher in der Interaktion als Charakteristikum dieser Mittlerposition aus, allerdings unter einer starken Einbeziehung der PatientInnen. Auch Sator (2013) kommt zu ähnlichen Ergebnissen.

Darüber hinaus zeigen viele Untersuchungen auch, dass MigrantInnen der Einsatz professioneller DolmetscherInnen wichtig ist (Borde, David 2005), und dies, obwohl professionelle DolmetscherInnen, wenn überhaupt, eher im Krankenhaus als in der niedergelassenen Praxis zum Einsatz kommen. Daher sollen hier kurz einige wichtige Parameter für einen effizienten Einsatz genannt werden, nicht zuletzt um diese Möglichkeit einer patientInnenorientierten Gesprächsführung zu forcieren. Darüber hinaus spielen die unten angeführten Aspekte beim viel häufigeren Laiendolmetschen ebenfalls eine Rolle (§ 28.3.3). Grundsätzlich sind beim professionellen Dolmetschen folgende Punkte beachtenswert (Box 28.2), die im Aufgabenbereich des Arztes/der Ärztin als Mitglied der Institution liegen.

Box 28.2 Wichtige Punkte beim Einsatz von professionellen DolmetscherInnen

- DolmetscherInnen sollten im Voraus „gebucht“ werden.
- Es ist sinnvoll, DolmetscherInnen vorher kurz zu informieren, was das Anliegen des Arztes an den Patienten/die Patientin ist.

28. Interkulturelle Kommunikation

- Die Sitzanordnung sollte so sein, dass zwischen allen Parteien Augenkontakt möglich ist.
- Das Geschlecht des Dolmetschers/der Dolmetscherin sollte für den Patienten/die Patientin angemessen sein.
- Es sollten möglichst offene Fragen gestellt werden, damit die Verständnissfähigkeit des Patienten überprüft werden kann.
- Medizinischer Jargon (§ 10.5, 27) sollte nach Möglichkeit vermieden, Fachausdrücke sollen erklärt werden.
- Trotz der Anwesenheit des Dolmetschers sollte immer der Patient/die Patientin direkt angesprochen werden.
- Der Umfang der Gesprächsbeiträge sollte nicht zu lang sein, damit der Dolmetscher/die Dolmetscherin gut übersetzen kann.
- Kopfnicken sollte nicht als Signal des Verstehens interpretiert werden, sondern es sollten andere, explizite Formen der Verständnissicherung eingesetzt werden.
- Es ist nicht Aufgabe der DolmetscherInnen, den Patienten/die Patientin zu beraten, zu entscheiden, was wichtig und was nicht wichtig ist, dem Patienten/der Patientin Hilfe anzubieten oder die Information (von Arzt, Ärztin oder PatientIn) zu analysieren und zu interpretieren, oder gar den Patienten zu beruhigen. Diese Gesprächsaufgaben bleiben auch in gedolmetschten Begegnungen stets Aufgabe des/der gesprächsführenden Arztes/Ärztin.

Eine Sonderform des professionellen Dolmetschens ist die *schriftliche Information* (Wesselmann et al. 2004: 45ff.). Manche Inhalte eignen sich dafür besonders gut, weil sie standardisierte Informationen enthalten. Insbesondere organisatorische Informationen über den Ablauf in der Praxis, die Auflistung von Organisationen und Institutionen, die unterstützend tätig sind und von denen es mittlerweile eine beträchtliche Anzahl gibt. Auch der Einsatz von Piktogrammen kann hier hilfreich sein (Parmakerli 2010: 162).

28.3.3 Laiendolmetschen

Vor andere gravierende Kommunikationsprobleme sind Gespräche mit Laiendolmetschern gestellt. Unter dem Begriff Laiendolmetscher sind Sprachmittler zu verstehen, die keine akademische Ausbildung als DolmetscherInnen haben und zu Kommunikationszwecken eingesetzt werden. Sie dürften in dem medizinischen Bereich weitaus häufiger sein, als gemeinhin angenommen (vgl. Pöchhacker, Kadric 1999). Im

Wesentlichen umfassen LaiendolmetscherInnen zwei Gruppen von Personen, die sich noch einmal in Bezug auf ihre Kompetenzen unterscheiden. Die wohl größte Gruppe sind Familienangehörige oder Freunde der PatientInnen, die zur Konsultation mitgenommen werden und als DolmetscherInnen fungieren sollen. Wenn es sich dabei um (minderjährige) Kinder handelt, können solche Dreiparteien-Konstellationen nicht zuletzt große ethische Probleme aufwerfen, abgesehen davon, dass bei Kindern neben der emotionalen Betroffenheit häufig auch die kognitiven Fertigkeiten noch nicht genügend ausgebildet sind, um verlässliche Dienste absolvieren zu können.

Die zweite Gruppe sind Angehörige von medizinischen und Gesundheitsberufen, die eine multilinguale Kompetenz haben und (z. B. im Krankenhaus, aber auch Ordinationsassistentinnen etc.) als DolmetscherInnen eingesetzt werden. Diese Gruppe wird in manchen Pilotprojekten geschult, um sprachmittelnde Aufgaben kompetent wahrnehmen zu können (Meyer 2003, Wesselmann et al. 2004). Denn die Beherrschung von zwei oder mehreren Sprachen allein ist noch keine Garantie für zufriedenstellendes Dolmetschen, wie die zitierten Untersuchungen zeigen. Der große Vorteil liegt darin, dass sie meistens mit den institutionellen Abläufen vertraut sind und eine medizinische Vorbildung haben.

Bei Familienangehörigen macht bei der Wissensvermittlung in diagnostischen Aufklärungsgesprächen insbesondere die Übersetzung von medizinischen Fachausdrücken häufig Probleme, die durch bestimmte Prozeduren wie Wiederholung des Worts in der Ausgangssprache (also z. B. der deutsche Fachausdruck im Portugiesischen) oder Ersetzung durch Umschreibungen kompensiert werden (Meyer 2004). Auch Zeigegesten auf betroffene Stellen am Körper oder im Informationsfolder sowie Wort-für-Wort-Übersetzungen in die Zielsprache werden als Hilfsstrategien angewandt. Letztere führen häufig zu Problemen beim Verstehen, so dass die gedolmetschten Aufklärungsgespräche an Qualität zu wünschen übriglassen und die Informationen weniger genau und vollständig sind als in monolingualen Gesprächen (Bühlig, Meyer 2004, Meyer 2004).

Einige weitere Unterschiede zwischen Gesprächen mit professionellen DolmetscherInnen und solchen mit LaiendolmetscherInnen sind ebenfalls für die Gesprächsqualität von Bedeutung. So werden von den professionellen DolmetscherInnen alle ärztlichen Fragen übersetzt und kaum neue hinzugefügt, von den FamiliendolmetscherInnen werden jedoch nur ca. 14% der Fragen übersetzt, hingegen durchschnittlich 50%

der Fragen direkt vom Dolmetscher (etwa dem Ehemann) beantwortet und auch deutlich mehr neue Fragen eingebracht (Valero-Garcés 2002, 2005).

Vor allem jedoch stechen einige qualitative Unterschiede und Gemeinsamkeiten ins Auge. So zeigen von Laien gedolmetschte Gespräche aufgrund der relativ geringen linguistischen Kompetenz auch des Dolmetschers/der Dolmetscherin Änderungen bei der Einhaltung von Kommunikationskonventionen. Zwar sind, ähnlich wie in nicht gedolmetschten, für die laiengedolmetschten Gespräche kommunikative Verständnissicherungsstrategien wie häufiges Nachfragen, Wiederholungen und Reformulierungen typisch. Im Unterschied zu professionellen Dolmetschungen sind die Laiendolmetschungen jedoch gekennzeichnet durch die Übernahme unterschiedlicher Rollen durch den Dolmetscher. Häufig übernimmt er die Frageaktivitäten des Arztes/der Ärztin oder gibt Antworten auf ärztliche Fragen direkt, ohne sie zu übersetzen. Wenn der Übersetzer/die Übersetzerin direkt mit einer der beiden Parteien spricht, bleiben diese Passagen für den/die andere unübersetzt, was bei den professionellen Dolmetschungen nie der Fall ist (Sator 2013). Ad-hoc-Dolmetschungen durch Familienangehörige sind demnach einem hohen Missverständnisrisiko ausgesetzt. Die professionellen ÜbersetzerInnen verwenden bei den Übersetzungen gemäß den Verbandsrichtlinien auch die 1. Person, während die LaiendolmetscherInnen meistens die dritte Person häufig in Verbindung mit Berichtverben („sie sagt“) verwenden. Ähnliche Ergebnisse in Bezug auf Therapiesitzungen referiert auch Bot (2005), die in dem Perspektivenwechsel durch die Verwendung der 3. Person bei Übersetzungen jedoch kein so großes Problem sieht, wie häufig in der Literatur angenommen wird, sondern es vielmehr als eine Adaption an die interaktive Realität interpretiert.

Ein Beispiel für problematisches Laiendolmetschen

Im Folgenden möchte ich ein Beispiel besprechen, das einige problematische Aspekte beim Laiendolmetschen auf den Punkt bringt. Das Beispiel ist von Sator (2013) ausführlich analysiert worden und soll hier gekürzt wiedergegeben werden. Das analysierte Material besteht aus einem Erstgespräch und vier Kontrollgesprächen mit einer türkischsprach-

chigen Patientin auf einer Kopfschmerzambulanz in Wien.¹ Die Patientin spricht kaum Deutsch und wird im *Erstgespräch* von ihrer schwangeren Tochter „gedolmetscht“. Im Lauf des Gesprächs wird eine stationäre Aufnahme für den Analgetikaentzug vereinbart. Allerdings nimmt die Patientin den Krankenhausaufenthalt nicht wahr, sondern reist zum fraglichen Zeitpunkt in die Türkei zu einem Familienbesuch. Es scheint also so, als wäre die Patientin, aus welchen Gründen auch immer, nicht *compliant* gewesen, ja der Arzt vermutet in einem informellen Interview sogar, es könnte mit der geringeren Verbindlichkeit von Türken generell zu tun haben.

Der folgende Transkriptausschnitt (B 28.2) zeigt jene Stelle aus dem Erstgespräch, in dem die stationäre Aufnahme „verhandelt“ wird.

B 28.2 Problematische Laiendolmetschung

- 01 A (Ich) mein, weiß ned, was würd für Sie mehr infrage kommen oder eher infrage kommen? ((1s)) Also, das Ganze ambulant zu machen oder/oder stationär ähmm zu machen. **Das ähm müssen Sie dann entscheiden.**
- 02 P ((1,5s)) Ahh
- 03 T İki hafta burda mı yatmak istiyon yoksa ...
T *Willst du zwei Wochen hier bleiben oder ...²*
- 04 P ((3s)) Ne zaman?
P *((3s)) Wann?*
- 05 T Wann wird sie da aufgenommen, wenn sie ...
- 06 A Ahm, an sich würd ich/würd ich jetzt telef/würd ich jetzt anrufen, ahh auf einer der Statio/Stationen, ahmm und würd einfach fragen. Das heißt, dass ... Ähh ih so vom Gefühl her würd ich sagen, dass das relativ rasch gehen könnte. Dass ma einen Termin haben, und sie kommen könntent/könnte. Jo? Wär das die/die Variante, die die Sie möchten? ((1s)) Also, aufgenommen werden und dann wieder ambulant zu kommen?
- 07 P Ne zaman?
P *Wann?*
- 08 T Ya ne bilim ne zaman yer olursa.
T *Was soll ich das wissen, wann immer ein Platz frei ist.*
- 09 P ((2,5s)) Sen doğururken olmasın ((4s)).

¹ Die Diagnose lautet auf Migräne ohne Aura sowie medikamenteninduzierten Kopfschmerz.

² Die Übersetzung der türkischen Passagen wird zum leichteren Verständnis kursiv gesetzt.

28. Interkulturelle Kommunikation

- P ((2,5s)) *Es soll nicht sein, wenn du entbindest ((4s)).*
- 10 *[Auslassung: Es wird geklärt, dass Aufnahme Termin VOR der Entbindung wäre]*
- 11 A Hm?
- 12 T Hangisini istiyon?
T *Welches willst du?*
- 13 P Huh?
P *Huh?*
- 14 T Hangisini istiyon?
T *Welches willst du?*
- 15 P Ne diyo?
P *Was sagt er?*
- 16 T Ya burda yatcan iki hafta diyo yada hap falan yazim eve git diyo.
T *Er sagt, dass du entweder zwei Wochen da bleiben wirst oder ich verschreib dir Tabletten und du gehst heim.*
- 17 P **Hm • • şimdi hap yazsın. • • bi deneyim. • • olmazsa gerçek yatacam annem hm?**
P *Hm er soll jetzt Tabletten verschreiben. Ich versuche es mal, und wenn es nicht geht, dann bleib ich wirklich hier.*
- 18 T Zaten seni hastaneye alırlarsa • • • Mitte • • Mitte Juli.
T *Wenn sie dich aufnehmen im Krankenhaus sowieso Mitte/Mitte Juli.*
- 19 T Also, wenn sie aufgenommen wird, Mitte Mai circa, oder?
- 20 A Ahmm, i kann... I ruaf amoi an oben. Dann schau ma, jo?
- 21 *[Der Arzt telefoniert mit der Station und vereinbart einen Termin für einen stationären Entzug Mitte Mai]*

Sieht man sich das Gespräch aus der Perspektive des Arztes, der kein Türkisch versteht, an, also nur die deutschsprachigen Passagen, so sieht es tatsächlich nach *Non-Compliance* der Patientin aus, die eine Vereinbarung zugunsten eines Türkei-besuchs nicht eingehalten hätte.

Sieht man sich jedoch die entsprechende Gesprächspassage im Erstgespräch genauer an, kommt man zu einem anderen Schluss. In Zeile 1 schildert der Arzt kurz die beiden Möglichkeiten der stationären Aufnahme und der ambulanten Behandlung zum Analgetikaentzug und übergibt der Patientin die Entscheidung. Diese bespricht sich mit ihrer Tochter und möchte sicherstellen, dass sie bei der Geburt ihres Enkels dabei sein kann, was ihr vom Arzt auch bestätigt wird (Z. 2-10). In Z. 11 bis 16 fasst die Tochter in sehr verkürzender Form die beiden Alternativen zusammen und drängt die Mutter zu einer Entscheidung. Diese

präferiert den ambulanten Entzug, was von der Tochter nicht übersetzt wird. Sie versichert sich vielmehr erneut, dass die Aufnahme im Mai stattfinden würde, deutlich vor dem Geburtstermin Ende Juni. Der Arzt verspricht, das telefonisch zu klären (Z. 20), vereinbart aber dann entgegen seiner Ankündigung („dann schau ma, jo?“) sofort einen Termin.

Es lässt sich also feststellen, dass die Patientin eine deutliche Präferenz für einen ambulanten Entzug äußert, der allerdings von der Tochter unzureichend gedolmetscht wird. Der Arzt wiederum sichert *seine* Vermutung einer Entscheidung für einen stationären Aufenthalt nicht genügend ab, sondern organisiert (vorschnell) ein Krankenbett (Sator 2013). Die Dolmetschung durch die Tochter erfolgt in beide Richtungen unvollständig (die Entscheidung der Patientin für den ambulanten Entzug wird beispielsweise *nicht* gedolmetscht), und es bleibt auch unklar, ob sie nicht eigene Interessen verfolgt. Aber auch die Verständnissicherung durch den Arzt ist unzureichend, und die Dolmetschung wird mangelhaft organisiert, da er nicht auf eine vollständige Dolmetschung drängt. Damit zeigt dieses – nicht untypische – Gespräch genau jene Unzulänglichkeiten, die bei FamiliendolmetscherInnen immer wieder festgestellt wurden.

Die Folgen sind erheblich: Die Entscheidung für den stationären Aufenthalt geschieht über den Kopf der Patientin hinweg, und letztlich erfolgt ein Sprechen *über* die Patientin und anstelle eines Gesprächs *mit* ihr (Sator, Gülich 2013).

Schlussfolgerungen für die Praxis des Laiendolmetschens

Die Komplexität der Verständigungsvoraussetzungen in gedolmetschten Gesprächen steigt exponentiell. Gibt es in einer dyadischen monolingualen Situation prinzipiell zwei Konstellationen (Arzt/Ärztin spricht mit PatientIn, PatientIn spricht mit Ärztin/Arzt), so steigen diese durch die Anwesenheit einer dolmetschenden Person auf 15 nachgewiesene Beteiligungsformen (Sator, Gülich 2013), je nachdem welche Sprache verwendet wird, welcheR TeilnehmerIn primär adressiert wird und wie auf den/die nicht-adressierten Dritten referiert wird, ob also mit bzw. über jemanden oder anstelle eines anderen gesprochen wird.

Angesichts der Ergebnisse dieser Studien ist davon auszugehen, dass Laiendolmetschen nicht die Standards erfüllt, die an monolinguale medizinische Kommunikation herangetragen werden (Reisigl 2011, Sator 2013). Auch die Kompetenzen von LaiendolmetscherInnen sind in

der Regel unzureichend und eine Schulung ist außer bei institutionen-internem Personal schwer systematisch durchzuführen. Daher sind andere Maßnahmen sinnvoll, die hier aufgeführt werden sollen (Box 28.3):

Box 28.3 Wichtige Punkte beim Einsatz von LaiendolmetscherInnen

- Es ist Aufgabe des Arztes/der Ärztin, in einer Dreiparteienkommunikation die Organisation der Dolmetschung zu übernehmen, da die LaiendolmetscherInnen diesbezüglich keine Kompetenzen haben. Dazu gehört eine kurze Orientierungsphase zu Beginn des Gesprächs über Sprachkenntnisse auch der DolmetscherInnen, über eine Vereinbarung zum Dolmetschen und über die Anliegen der PatientInnen (Sator 2013, Sator, Gülich 2013).
- Es ist Aufgabe des Arztes/der Ärztin, während des Gesprächs die Dolmetschung konsequent zu organisieren (also die Angehörigen um die Übersetzung zu bitten bzw. sie einzufordern) (Menz 2011) und zusätzliche Maßnahmen zur Verständnissicherung einzusetzen (Zeichnungen, Skizzen, vermehrte Nachfragen, Hörersignale etc.) (Reisigl 2011).
- Wichtig ist es, die Gesprächsbeiträge in kleine Teile zu portionieren, Nebengespräche zu vermeiden, darauf zu achten, dass auch die PatientInnen keine Nebengespräche führen und die DolmetscherInnen diesbezüglich zu instruieren (Meeuwesen et al. 2010).
- Schließlich zeigt sich auch, dass gedolmetschte Gespräche nicht unbedingt länger sein müssen, also zwar qualitativ, aber nicht quantitativ aufwändiger sind (Menz 2013).

28.4 Ausblick und weiterführende Hinweise

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass die Kommunikation mit PatientInnen, die die Erstsprache der ÄrztInnen ungenügend beherrschen, in der medizinischen Behandlung Nachteile zu gewärtigen haben. Sie bekommen nicht nur weniger affektive Zuwendung (Schouten, Meeuwesen 2006), sondern haben auch einen schlechteren Zugang zu Informationen. Nach wie vor wird es im deutschsprachigen Raum als Bringschuld der PatientInnen gesehen, für eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und den notwendigen Informationsaustausch zu sorgen. Daher bedürfen die in diesem Beitrag genannten Mittel und Wege

zur Reduzierung dieser Nachteile einer Ergänzung durch weitere gesellschaftliche Maßnahmen. So müssten Schulungs- und Fortbildungsmöglichkeiten für ÄrztInnen angeboten werden, um Laiendolmetschsituationen, die im niedergelassenen Bereich sehr häufig sind, zufriedenstellend und effizient für alle Gesprächsbeteiligten, insbesondere auch für die ÄrztInnen selbst, gestalten zu können.

Des Weiteren ist eine bessere Information auch und vor allem in den ärztlichen Praxen über bereits bestehende Unterstützungsmöglichkeiten und MigrantInnennetzwerke notwendig (Flubacher 1999). Als besondere Maßnahme müsste die Zahl der ÄrztInnen mit anderen Erstsprachen signifikant erhöht werden, da sie weit unter dem Durchschnitt der Bevölkerungsgruppen liegt.

Eine weitere Möglichkeit ist der Einsatz von Videodolmetsch-Instrumenten. Dabei können sich Arzt/Ärztin und PatientIn über eine auf einem elektronischen Medium (Standgerät, Laptop, Tablet) zugeschaltete professionelle Dolmetscherin verständigen. Derartige Projekte wurden bereits in der Schweiz und in Österreich erfolgreich getestet, und sie werden zunehmend sowohl in Spitälern als auch niedergelassenen Praxen erfolgreich eingesetzt (Kletecka-Pulker 2013, Pöchlhammer 2014). Da VideodolmetscherInnen nicht vor Ort sein müssen und daher leichter organisiert werden können, könnte Videodolmetschen sich zu einer Form vermittelter Kommunikation entwickeln, die die Vorteile professionellen Dolmetschen gewährleistet, ohne ihre Nachteile der schweren Verfügbarkeit in Kauf nehmen zu müssen.

Letztlich ist auf mittelfristige Sicht eine Änderung der politischen Sichtweise im Sinne einer „*best practice*“ anzustreben, in der MigrantInnen nicht als Problem, sondern als eine Gruppe, die ökonomisches Wachstum, positive demographische Veränderungen und kulturelle Bereicherung bringt, anerkannt werden (Baldaszi 2003). Von diesem Einstellungswandel würden nicht zuletzt auch andere benachteiligte Gruppen „ohne Migrationshintergrund“ profitieren, deren Benachteiligung im Gesundheitswesen nachgewiesen ist (vgl. z. B. Menz, Lalouschek 2005).

Als weiterführende Literatur, die eine Reihe von nicht nur sprachlichen Aspekten zu interkultureller Kommunikation abdeckt und die eigens auch für Ärztinnen und Ärzte konzipiert ist, sind der von Michael Peintinger herausgegebene Sammelband und der dazugehörige Leitfaden empfehlenswert (Peintinger (Hg.) 2011). Stärker linguistisch orientierte Fragestellungen werden in Apfelbaum, Müller (Hg.) (1998) angeschnitten, detaillierte gesprächslinguistische Analysen finden sich z. B. in Menz (Hg.) (2013).

29

Kommunikation mit chronisch körperlich Kranken

Christian Albus, Armin Koerfer

29.1	Einführung	1566
29.2	Beziehungsaufbau	1568
29.3	Themen und Funktionen der Kommunikation	1571
29.3.1	Stärkung der emotionalen Krankheitsbewältigung	
29.3.2	Förderung der Gesundheitskompetenz	
29.3.3	Motivierende Gesprächsführung	
29.3.4	Berücksichtigung psychosozialer Risikofaktoren	
29.3.5	Exploration psychischer Komorbidität	
29.3.6	Umgang mit maladaptiver Verleugnung	
29.4	Ergänzende Behandlungsangebote	1581
29.5	Weiterführende Hinweise	1582
29.6	Kölner Evaluationsbogen Kommunikation – Diabetes und Depression (KEK-DD)	1583

Studies across various diseases indicate adherence levels are lower when patients have both depression and chronic illness.

Haskard-Zolnieriek, Williams 2014: 456

Abstract: Die Kommunikation mit chronisch körperlich Kranken wie z.B. einer koronaren Herzerkrankung (KHK) oder eines Diabetes mellitus stellt deutlich andere Anforderungen an den Arzt als bei akuten Krankheiten. Steht im Akutfall eine gleichermaßen zielgerichtet-explorative wie empathisch-unterstützende Gesprächsführung in Bezug auf die Symptomatik und Therapie ganz im Vordergrund, bedarf es zur bedarfsgerechten Kommunikation mit chronisch Kranken deutlich umfassenderer Fokusbildungen. Neben der (im Vergleich zum Akutfall meist geringer ausgeprägten) Symptomatik und medikamentösen (Dau-

er-)Therapie müssen Aspekte wie die längerfristige emotionale Bewältigung der Erkrankung sowie lebenslange Anforderungen an das Gesundheitsverhalten kommunikativ bearbeitet werden, weil deren Gelingen von zentraler Bedeutung für die Lebensqualität und Prognose sind. In dem Kontext sollten vor allem die individuellen Facetten der Gesundheitskompetenz, der Krankheitsbewältigung und der Lebenssituation erhoben werden. Maladaptive Verleugnung, bestimmte psychosoziale Risikofaktoren und psychische Komorbiditäten stellen bedeutsamer Barrieren für eine gelungene Krankheitsbewältigung sowie adaptives Gesundheitsverhalten dar und sollten durch angemessene kommunikative und weitergehende Ansätze adressiert werden. Das Kapitel führt dazu anhand zahlreicher konkreter Beispiele in sinnvolle kommunikative Techniken ein.

29.1 Einführung

Die Kommunikation mit Patienten, die an einer körperlichen Erkrankung leiden, gehört für Ärzte zum beruflichen Alltag. Von daher wird das Thema im Grunde in allen Kapiteln dieses Buches berührt. Hier dennoch ein „spezifisches“ Kapitel vorzulegen, bedarf einer einführenden Begründung:

Schon die Konfrontation mit einer *akuten* körperlichen Erkrankung (z.B. einem akuten Herzinfarkt) stellt für jeden Menschen eine Herausforderung dar. Neben der Notwendigkeit, akute Symptome wie z.B. Schmerzen und Luftnot (bzw. deren Residuen unter Therapie) zu verarbeiten, sind die Patienten vor allem durch die Unsicherheit belastet, was deren Ursache ist. Je nach Art der Symptomatik und der Diagnose (eher „benigne“ oder „maligne“) – die zudem erst durch mehr oder weniger eingreifende Diagnostik gestellt wird – kommt es deshalb bei allen Betroffenen zu einer unmittelbaren seelischen Reaktion, die von relativem Gleichmut bis hin zu vollständiger Überflutung durch Angst (sog. „Akute Belastungsreaktion“) reichen kann.

Die kommunikativen Anforderungen an Ärzte bestehen bei akuten Erkrankungen (sofern der Patient bei Bewusstsein ist) in einer gleichermaßen zielgerichtet-explorativen wie *empathisch-unterstützenden* Gesprächsführung (§ 20, 21), um sowohl eine rasche Diagnosestellung zu ermöglichen, als auch den Patienten bei der Bewältigung der Akutsymptome zu unterstützen.

29. Kommunikation mit chronisch körperlich Kranken

Charakteristisch für akute Erkrankungen ist jedoch ihr zeitlich-begrenzter Verlauf, so dass es – wenn nicht rasch der Tod oder postakut eine Behinderung eintritt – mit oder ggf. auch ohne Therapie zu einer vollständigen Ausheilung bzw. Verschwinden der (Akut-)Symptome kommt. Typischerweise ist dieser „benigne“ Verlauf begleitet von einem „spontanen“ Nachlassen der seelischen Belastung.

Anders stellt sich die Situation bei *chronischen* Erkrankungen bzw. bei Erkrankungen dar, die nach akuter Erstmanifestation in einen chronischen oder chronisch-rezidivierenden, lebenslangen Verlauf übergehen. Beispiele für diese Gruppe sind die „Volkskrankheiten“ Koronare Herzkrankheit (KHK) und Diabetes mellitus Typ 2, ferner das Asthma bronchiale, die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Arterielle Hypertonie, Rheumatoide Arthritis und etliche andere Erkrankungen aus fast allen medizinischen Bereichen. Hier kommt es im Gegensatz zu akuten Erkrankungen nie zu einer vollständigen Ausheilung. Zwar sind die Patienten nicht selten (relativ) symptomarm, sie bleiben jedoch lebenslang krank und meist auch lebenslang behandlungsbedürftig, was erheblich andere bzw. größere Anforderungen an die *emotionale, kognitive* und *handlungsbezogene Krankheitsbewältigung* („*coping with illness*“) stellt als bei akuten Erkrankungen.

Am Beispiel der KHK soll verdeutlicht werden, wie der Zusammenhang zwischen akuter und chronischer Verlaufsform sein kann: Akute Manifestationen (wie ein Herzinfarkt) sind möglich, häufiger sind jedoch „subakute“ Symptome wie (stabile) Angina pectoris („Brustenge“). Nach deren Therapie (z.B. in Gestalt einer herzkathetergestützten „Ballondilatation“) ist die Angina pectoris zwar häufig verschwunden, dennoch besteht eine „chronische KHK“ in Gestalt einer Arteriosklerose der Herzkranzarterien mit dem lebenslangen Risiko des (Wieder-) Auftretens subakuter oder akuter Symptome. Da der KHK ein komplexes Ursachegefüge aus *biologischen* (z.B. Fettstoffwechselstörungen), *verhaltensbezogenen* (z.B. Rauchen) und *psychosozialen* (z.B. „chronischer Stress“) Faktoren zugrunde liegt, ist die längerfristige Prognose maßgeblich davon abhängig, ob es gelingt, alle relevanten Faktoren möglichst günstig zu beeinflussen (Albus, Herrmann-Lingen 2017, Albus, Köhle 2017, Ladwig et al. 2013).

Daraus ergeben sich erweiterte Anforderungen an die Arzt-Patient-Kommunikation: Neben der Meisterung etwaiger Akutsituationen (siehe oben) geht es bei chronischen Erkrankungen wie z.B. der KHK vor allem darum, die individuelle *biopsychosoziale* Gesamtkonstellation (§ 4) zu erfassen und zu berücksichtigen.

Dies umfasst insbesondere eine Förderung der *Gesundheitskompetenz* („Health literacy“, v.a. Verständnis von Ursachen und Behandlung der Erkrankung), der *Krankheitsbewältigung* (z.B. „Verleugnung“ vs. „active coping“) und des *Gesundheitsverhaltens* (z.B. Nichtrauchen, gesunde Ernährung, geeignete Bewegung, medikamentöse Adhärenz) vor dem Hintergrund der individuellen *psychosozialen Konstellation* (z.B. Bildungsniveau, Einkommen, Ausmaß sozialer Unterstützung, psychosoziale Risikofaktoren). Bei bis zu einem Drittel der Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen liegen zudem Symptome einer *psychischen Komorbidität* (z.B. Depression, Angststörung) (§ 30, 31) vor, die möglichst frühzeitig identifiziert und behandelt werden sollten (Albus, Köhle 2017, Kulzer et al. 2013).

Alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die über das unmittelbare Arzt-Patient-Gespräch hinausgehen, bedürfen zudem einer *partizipativen Entscheidungsfindung*. Da dieses Thema bereits in anderen Kapiteln des Lehrbuchs intensiv durchgearbeitet wurde (§ 10, 22, 26), soll es an dieser Stelle lediglich unter dem Aspekt der Motivation wiederaufgenommen und spezifiziert werden, der für die spätere Adhärenz des Patienten bedeutsam ist.

29.2 Beziehungsaufbau

Patienten mit chronischen Erkrankungen profitieren sehr von einer wohlwollenden und aktiven Beziehungsaufnahme. Viele Patienten bedürfen einer konkreten emotionalen, edukativen und praktischen Unterstützung, um die lebenslangen Anforderungen durch ihre Erkrankung meistern zu können. Dem Arzt als primären Ansprechpartner bei körperlichen Erkrankungen wird in der Regel eine besondere Kompetenz zugestanden, dabei hilfreich sein zu können.

Bei den meisten Patienten gelingt es nach Berücksichtigung der allgemeinen Maximen ärztlicher Gesprächsführung (§ 17-23) ohne größere Probleme, eine hilfreiche therapeutische Beziehung herzustellen. Besondere Herausforderungen an den Arzt stellen jedoch Patienten mit *maladaptivem* Gesundheitsverhalten, z.B. anhaltendem Rauchen oder medikamentöser *Non-Adhärenz*, dar. Das Gespräch mit diesen Patienten kann ausgesprochen schwierig sein, da es typischerweise von einer stark negativen Affektspannung gegenüber der Erkrankung und deren

Behandlung geprägt ist. Dies kann in große Skepsis, zum Teil auch latent oder offen aversives Verhalten gegenüber dem Arzt einmünden.

Im Erstgespräch und in den Folgeterminen sollte deshalb großen Wert auf den Beziehungsaufbau gelegt werden. Hierzu waren vorausgehend die wesentlichen Empfehlungen zur Gesprächsführung gegeben worden (§ 3, 17-18), die nachfolgend vertieft und erweitert werden: Es ist besonders bei Patienten mit *maladaptivem* Gesundheitsverhalten von größter Bedeutung, dass der Arzt nicht als „Kontrollleur“ auftritt, sondern als Gesprächspartner, der (zugleich) als Mensch in der Lage ist, sich vorurteilsfrei auch den „Sünden“ im Umgang mit der körperlichen Erkrankung zuzuwenden, ansonsten ist die Chance sehr gering, dass eine tragfähige Arbeitsbeziehung zustande kommt. Dazu ist hilfreich, sich im Gespräch nicht nur dem aktuellen Anliegen des Patienten (z.B. akute körperliche Beschwerden) zuzuwenden, sondern danach auch explizit die Belastungen durch die Erkrankung (z. B. Notwendigkeit komplexer Medikation, häufiges Blutzuckermessen bei Diabetes mellitus Typ 1 etc.) anzuerkennen und ohne vorschnelle Wertung nach dem Umgang damit zu fragen. Bei *empathischem* Vorgehen wird dann auch möglich, das seelische Befinden und die Lebenssituation zu explorieren. Mit diesen essentiellen Themenkomplexen können dann z.B. ein Mangel an sozialer Unterstützung, ein Gefühl chronischer beruflicher Überforderung (eine Form von „Stress“) oder Symptome psychischer Komorbidität (z.B. Depression, Angststörung) als Hintergrund maladaptiven Gesundheitsverhaltens aufgedeckt werden.

Hier sei nochmals auf die vielen Beispiele der Patienten verwiesen, die schon zu Gesprächsbeginn mit einem rein „biomedizinischen“ Patientenanliegen dem Arzt zugleich ein spezifisches Beziehungsangebot als „Dienstleister“ unterbreitet hatten, das von ärztlicher Seite erst nach und nach in Richtung auf eine kooperative Beziehung gestaltet wurde (§ 19.8, 22.4, 22.5). So sei an den ca. 25-jährigen Patienten erinnert, dem die Diagnose („Diabetes mellitus Typ 1“) seit längerer Zeit bekannt war und dessen Behandlung mit Insulin („Spritzen“) bisher nach objektiven Kriterien (i.e. HbA1c) erfolgreich war, der sich jedoch in seiner Lebensqualität erheblich eingeschränkt fühlte. Das Gespräch eröffnet er jedoch mit einer ausgesprochen biomedizinischen „Eintrittskarte“.

B 29.1 „Gewünschte Umstellung auf Pumpe“		
01	A	Herr Müller! . was führt Sie zu uns? .
02	P	Diabetes Typ 1
03	A	ja .
04	P	Bolus-Basis .
05	A	hm .
06	P	gewünschte Umstellung auf Pumpe
07	A	ja, das heißt . äh . es gibt Schwierigkeiten im Basis-Bolus-Konzept bei Ihnen? .
08	P	sagen wir mal so . ich möchte eine Vereinfachung, mehr Variabilität ...
09	A	ja .
10	P	und größere Freiheit ...
11	A	ja ...
12	P	weil das Verschwinden mit dem Pen . und so . ist also .. manchmal in meinem Beruf spezifisch auch nicht so günstig .
13	A	ja . ja .
14	P	also .
15	A	also, das Verschwinden heißt, dass Sie dann mal ab und zu weg müssen, weil Sie sich das Insulin injizieren müssen .
16	P	richtig, zum Beispiel .

Mit der „Eintrittskarte“ wurde dem Arzt gleich zu Gesprächsbeginn die Rolle eines Dienstleiters angetragen, der die „präferierte“ Dienstleistung („gewünschte Umstellung auf Pumpe“) ohne weitere Beratung erbringen sollte. Der behandelnde Arzt hat durch seine Art der Intervention den Wandel zu einem Kooperationsmodell eingeleitet, indem es sich zunächst behutsam nach den „Schwierigkeiten“ mit dem bisherigen Behandlungsverfahren erkundigt. In der anschließenden Exploration kamen dann nicht nur berufsbedingte „Schwierigkeiten“ zur Sprache, sondern komplexe Motivgeschichten, die die Lebensführung als „Diabetiker“ insgesamt betrafen. In der weiteren „biopsychosozialen“ Anamneseerhebung, die vorausgehend im Detail nachgezeichnet wurde (§ 22.5), war eine Reihe von psychosozialen Belastungen (Scham, Angst, Schmerzüberwindung, Sich-Quälen usw.) zum Vorschein gekommen, die das augenscheinlich „biotechnische“ Anliegen eines Therapiewechsels („Spritze“ versus „Pumpe“) zunehmend nachvollziehbar werden ließen, bevor sich beide Gesprächspartner auf eine probeweise Umstellung des Therapieverfahrens verständigen konnten.

29.3 Themen und Funktionen der Kommunikation

Nachfolgend sollen die spezifischen Themen und Funktionen der Kommunikation mit chronisch körperlich Kranken differenziert werden. Mit der hier gewählten Reihenfolge der Darstellung soll keineswegs eine fixierte Gesprächsabfolge nahegelegt werden, die ganz im Sinne der *Kunst der ärztlichen Gesprächsführung* (§ 17) flexibel und im Dialog mit dem Patienten zu entwickeln ist.

29.3.1 Stärkung der emotionalen Krankheitsbewältigung

Probleme der emotionalen Krankheitsbewältigung wie Ängste oder Gefühle der Überforderung bzw. Hilflosigkeit werden bei empathischem Vorgehen meist auch von primär skeptischen Patienten bereitwillig berichtet. Wesentlich ist allerdings, dass die Patienten darauf vertrauen können, dass etwaige Klagen ohne „billige Tipps“ seitens des Arztes (z.B. „Sie müssen sich zusammenreißen“) beantwortet werden. Der Arzt muss zur Herstellung dieses Vertrauens „in Vorleistung“ gehen, d.h. er muss aktiv und empathisch nach Gefühlen im Kontext der Erkrankung fragen und nicht vorschnell werten.

In dem Fallbeispiel exploriert ein Arzt einen Patienten mit KHK, der sich schon mehrfach wegen „Schwächegefühlen“ vorgestellt hat, ohne dass sich Hinweise für einen Progress der Grunderkrankung ergeben.

B 29.2 „Es ging so ...“

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | A | Wie ging es Ihnen denn seelisch, als die KHK diagnostiziert wurde? |
| 02 | P | Es ging so ... |
| 03 | A | Ich könnte mir vorstellen, dass Sie nach der Diagnose erst mal ziemlich geschockt waren. |
| 04 | P | Das war auch so. |
| 05 | A | Was haben Sie denn empfunden? Mögen Sie das genauer erzählen? |

Die Möglichkeit, mit einem Arzt auch über Gefühle emotionaler Belastung im Kontext einer körperlichen Erkrankung sprechen zu können, stellt für viele Patienten eine neue Erfahrung dar. Sie ist zudem eine wichtige Voraussetzung, sich im Verlauf adaptiven und etwaigen mal-

adaptiven Anteilen der Krankheitsbewältigung und des Gesundheitsverhaltens zuwenden zu können.

29.3.2 Förderung der Gesundheitskompetenz

Unter *Gesundheitskompetenz* („Health literacy“) versteht man in einer neueren, umfassenden Definition das Wissen und die Motivation, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden (Sörensen et al. 2012). Aktuelle epidemiologische Studien zeigen, dass etwa 54% der deutschen Allgemeinbevölkerung eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweisen (Schaeffer et al. 2017). Bei Menschen mit einer KHK zeigte sich bei ca. 30% eine niedrige Gesundheitskompetenz (Ghisi et al. 2018). Konsistent durch alle Stichproben war eine niedrige Gesundheitskompetenz mit höherem Alter, geringer Bildung, niedrigem sozioökonomischen Status und Migrationshintergrund assoziiert (Ghisi et al. 2018, Schaeffer et al. 2017). Die Folgen sind gravierend, z.B. ist bei KHK-Patienten eine niedrige Gesundheitskompetenz mit Rauchen, ungünstiger Ernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht assoziiert (Aaby et al. 2017), was zu häufigeren Krankenhausbehandlungen und schlechterer Lebensqualität beiträgt (Ghisi et al. 2018).

Im Teil IV dieses Buches („Manual und Praxis“) wurden bereits wesentliche Hinweise zur kommunikativen Erfassung der Gesundheitskompetenz gegeben, wie die nach Fragen zur subjektiven Krankheits-theorie (Ursachenüberzeugung; § 21.5), nach externalen vs. internalen Kontrollüberzeugungen (Annahmen, dass eine Krankheit eher durch äußere oder durch eigene Wirkfaktoren beeinflusst wird; § 22.2) sowie nach der Behandlungserwartung (§ 22.2). Diese Hinweise werden nachfolgend anhand weiterer Formulierungsvorschläge vertieft.

Folgende Fragen sind geeignet, Patienten zu einer Schilderung ihrer Gesundheitskompetenz anzuregen:

Box 29.1 Fragen zur Gesundheitskompetenz

- Haben Sie eine Idee, wie es zu Ihrer Krankheit gekommen ist?
- Mögen Sie mir schildern, wie Ihre Erkrankung funktioniert?
- Kennen Sie Ansätze, mit denen man Ihre Erkrankung behandeln kann? Welche sind das?
- Was können Sie selber tun, damit Ihre Erkrankung gut verläuft?

29. Kommunikation mit chronisch körperlich Kranken

Die Gesundheitskompetenz ist auch relevant für die „klassischen“ Facetten der Krankheitsbewältigung, die unter den Oberbegriffen „*Aktives Coping*“, „*Fähigkeit zu Ablenkung und Selbstaufbau*“ sowie „*Resignation und Selbstbeschuldigung*“ („depressive coping“) bekannt geworden sind (Albus, Köhle 2017). Die folgende Tabelle listet konkrete Formulierungsbeispiele auf:

Box 29.2 Fragen zur Krankheitsbewältigung

Fragen nach „aktivem Coping“:

- Glauben Sie, dass Sie aktiv etwas Gutes für Ihre Gesundheit tun können? Womit?
- Haben Sie in der letzten Zeit nach Informationen über Ihre Erkrankung gesucht? Welche?

Fragen nach der Fähigkeit zu Ablenkung und Selbstaufbau:

- Wann haben Sie das letzte Mal etwas Schönes unternommen? Was war das?
- Kennen Sie den Gedanken, sich damit zu trösten, dass es anderen noch schlechter geht als Ihnen?

Fragen nach Resignation und Selbstbeschuldigung:

- Kennen Sie den Gedanken, dass alles doch keinen Sinn mehr hat?
- Haben Sie schon mal gedacht, dass Sie es nicht besser verdient haben?

Derartige Fragen können immer nur Denk- und Redeanlässe zu Themen schaffen, die dann gesprächsweise zu vertiefen und zu verknüpfen sind. Bei günstiger Gesprächsentwicklung, in der der Arzt entsprechende Nachfragen stellt, werden mit diesen Typen von Fragen auch *Patientenerzählungen* (§ 9, 19, 20) initiiert, in denen biographisch relevante Ereignisse, Erlebnisse und Einstellungen zu individuellen Themenkomplexen zur Sprache kommen können (Schuld und Sühne, Sinnhaftigkeit und Sinnlosigkeit, Resignation bis zur Suizidalität, aber auch Selbstvertrauen und Zuversicht). Diese narrativen Selbstdarstellungen von Patienten erlauben wiederum Rückschlüsse auf die (Defizite an) Ressourcen bei der Krankheitsbewältigung der Patienten sowie auf ihr erwartbares Gesundheitsverhalten.

29.3.3 Motivierende Gesprächsführung

Ein *maladaptives Gesundheitsverhalten* (z.B. medikamentöse Non-Adhärenz, anhaltender Tabakkonsum, Fehlernährung etc.) kann die Prognose bei chronischen körperlichen Erkrankungen wie z.B. der KHK oder dem Diabetes mellitus erheblich verschlechtern (Albus, Hermann-Lingen 2017, Ladwig et al. 2013, Kulzer et al. 2013). Häufig wissen die Patienten durchaus um die prinzipielle Schädlichkeit ihres Verhaltens, ändern es aber nicht oder nicht nachhaltig. Dem liegen entweder *maladaptive Verleugnungsprozesse* zugrunde, oder das Verhalten kann aufgrund unzureichender *Motivation*, mangelnder sozialer *Unterstützung* oder einer psychischen *Komorbidität* (z.B. Depression) nicht verändert werden. Nicht selten erfüllt maladaptives Krankheitsverhalten an sich auch die Kriterien einer psychischen Komorbidität (z. B. psychogene Essstörungen bei Diabetes mellitus, Nikotinabhängigkeit bei KHK), in deren Entstehung und Aufrechterhaltung multiple *biopsychosoziale* Faktoren einfließen.

So bedeutsam diese maladaptiven Verhaltensmuster sind, so schwer gestaltet sich häufig deren Fokussierung. Die Patienten befürchten in der Regel Vorwürfe und Beschämung. Die kommunikative Annäherung an das Thema sollte entsprechend empathisch geschehen. Ein zentraler Punkt ist, die Eröffnung eines Patienten nicht mit Vorwürfen zu beantworten (z.B. „Wenn Sie weiter rauchen, kann ich nichts für sie tun“). Zudem empfiehlt es sich, diesen Bereich nicht zu früh, sondern erst nach Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patient Beziehung anzusprechen.

In der neueren Literatur werden Empfehlungen zum Umgang mit maladaptivem Gesundheitsverhalten mit der Zielsetzung, eine Änderung anzuregen bzw. zu unterstützen, als „motivierende Gesprächsführung“ („motivational interviewing“) bezeichnet. Rollnick et al. (2010) haben eine Liste der „top 10 most useful questions for motivational interviewing“ vorgelegt, die nachfolgend dargestellt werden:

Box 29.3 Fragen im Rahmen der motivierenden Gesprächsführung

- Was ist Ihnen dazu aufgefallen?
- Wie wichtig ist es Ihnen, das Verhalten zu ändern?
- Wie zuversichtlich sind Sie, dass sie das ändern können?
- Welche Vorteile sehen Sie darin?
- Welche Nachteile sehen Sie darin?
- Was macht für Sie am meisten Sinn?

- Was würde sich in Zukunft damit ändern?
- In welcher Weise?
- Wie geht es Ihnen jetzt damit?

Rollnick et al. 2010 (Übers. C.A.)

Da Patienten auf Fragen dieser Art nicht immer mit einfachen Antworten reagieren können, sind die mit diesen Fragen verbundenen Themen wiederholt in passenden Varianten in das *Motivationsgespräch* einzubringen, zumal sich die Lebensverhältnisse und Einstellungen der Patienten zwischenzeitlich auch verändert haben können. Ebenso können sich im Gespräch über die psychosozialen Risikofaktoren spezifische Dauerthemen entwickeln, weil hier gerade bei chronischen Erkrankungen mit mehr oder weniger langfristigen Umstellungsschwierigkeiten der Patienten (kurzfristigen „Rückschlägen“, aber auch anhaltenden „Rückfällen“ in „alte“ Verhaltensmuster wie Rauchen, Fehlernährung usw.) zu rechnen ist.

29.3.4 Berücksichtigung psychosozialer Risikofaktoren

Bestimmte psychosoziale Faktoren haben bei zahlreichen chronischen körperlichen Erkrankungen einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf. Zum Beispiel ist für die KHK gut abgesichert, dass neben soziodemographischen Merkmalen wie niedrigem Bildungsniveau und geringer sozialer Unterstützung vor allem Probleme der *Affekt- und Beziehungsregulation* wie Depressivität, Ängstlichkeit (auch unterhalb eines „krankheitswertigen“ Niveaus) und Feindseligkeit – in der Regel subjektiv typischerweise als „Stress“ dargestellt – sowie sozialer Rückzug die Manifestation von Symptomen beschleunigen und die Umsetzung optimaler Therapiestrategien behindern können (Albus, Hermann-Lingen 2017, Albus, Köhle 2017, Ladwig et al. 2013).

Die Fähigkeit zur Umstellung des Gesundheitsverhaltens ist auch vom Ausmaß der sozialen Unterstützung abhängig (Albus, Köhle 2017). Zu deren Verständnis ist allerdings wichtig, dass es dabei nicht um die reine Verfügbarkeit sozialer Unterstützung (z.B. verheiratet ja/nein) geht, sondern um die subjektiv wahrgenommene Güte der Unterstützung, ob sie emotional und/oder lebenspraktisch tatsächlich unterstützend ist. Neuere Studien zeigen z.B. in Bezug auf eine Verhaltensänderung (Nichtrauchen, Abnehmen, mehr Bewegung etc.), dass dies umso

besser gelingt, wenn der Partner parallel die gleiche Änderung vollzieht. War er z.B. schon vorher Nichtraucher oder sportlich aktiv, ist der positive Effekt sehr viel schwächer (Jackson et al. 2015).

Aufgrund dessen wird mittlerweile in zahlreichen nationalen und internationalen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der KHK und des Diabetes mellitus empfohlen, nicht nur nach Symptomen einer psychischen Komorbidität zu suchen, sondern zusätzlich nach weiteren psychosozialen Risikofaktoren zu suchen und bei deren Nachweis angemessene psychosoziale Angebote zu unterbreiten (Albus et al. 2017, Piepoli et al. 2016).

Die Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK (BÄK et al. 2016) empfiehlt zu dem Zweck folgende Formulierungen, die natürlich schon passende Themenentwicklungen voraussetzen, an die mit gezielten Fragen angeschlossen werden kann.

Box 29.4 Fragen zu psychosozialen Risikofaktoren

Niedriger sozioökonomischer Status

- Sind Sie Arbeiter oder Handwerker?
- Ist der Haupt- oder Volksschulabschluss (oder weniger) Ihr höchster Bildungsabschluss?

Soziale Isolation/mangelnde soziale Unterstützung

- Leben Sie allein?
- Haben/Vermissen Sie eine oder mehrere Personen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können?

Beruflicher Stress

- Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit häufig sehr stark gefordert?
- Vermissen Sie es, auf die Gestaltung Ihrer Arbeitsaufgaben Einfluss nehmen zu können?
- Erhalten Sie deutlich zu wenig Bezahlung oder Anerkennung für Ihren Arbeitseinsatz?
- Machen Sie sich Sorgen um Ihren Arbeitsplatz oder Ihr berufliches Fortkommen?

Familiärer Stress

- Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrem Lebenspartner oder Ihrer Familie?

Feindseligkeit und Neigung zu Ärger

- Ärgern Sie sich häufig über Kleinigkeiten?
- Sind Sie oft verärgert über Angewohnheiten anderer Leute?

Negative Affektivität und soziale Hemmung („Typ D Muster“)

- Fühlen Sie sich allgemein häufig ängstlich, irritierbar und depressiv?
- Fällt es Ihnen schwer, Ihre Gedanken und Gefühle mit Fremden zu teilen?

BÄK et al. 2016

Für die kommunikative Annäherung ist wichtig, dass eine Beschämung des Patienten durch ein (stark) konfrontatives Vorgehen vermieden werden sollte. Stattdessen sollte eine tangentielle Gesprächsführung präferiert werden (§ 3, 17, 32). Deren Kern ist (zunächst) ein *empathischer* Dialog, der vor allem auf zusätzliche Informationen über psychosoziale Faktoren abzielt. Erst danach wird behutsam ein möglicher Bezug zur Erkrankung selbst hergestellt. Dadurch wird auch eine *Annäherung* an Probleme der *Selbst- und Beziehungsregulation* erreicht, die z.B. durch Rauchen, Fehlernährung, zu viel Alkohol etc. abgewehrt werden. Ein günstiger Ausgangspunkt hierfür kann die Fokussierung von belastenden Lebensereignissen, Beziehungsproblemen oder Alltagsängsten sein.

Im folgenden Fallbeispiel adressiert der Arzt das Thema soziale Unterstützung bei einem Patienten mit unzureichenden Blutzuckerwerten bei Diabetes mellitus Typ 2.

B 29.3 „Ich soll mich einfach nur zusammenreißen.“

- | | | |
|----|---|---|
| 01 | A | Wer gehört denn alles zum Haushalt? |
| 02 | P | Meine Frau und meine beiden Kinder |
| 03 | A | Können Sie mit Ihrer Frau über den Diabetes sprechen? |
| 04 | P | meine Frau sagt immer, ich soll mich einfach nur zusammenreißen. Die hat leicht reden ... das hilft gar nicht ... |
| 05 | A | Das kann ich gut empfinden. Was würden Sie denn als hilfreich erleben? |

Im nächsten Fallbeispiel benötigt ein Patient mit KHK bereits nach einem Jahr den nächsten Stent. Der Patient vermutet „Stress“ als Ursache, aber sein Anteil an der Konfliktsituation ist ihm nicht bewusst.

B 29.4	„Was kann ich denn dafür?“	
01	P	Wenn ich keinen Stress hätte, ginge es mir gut ...
02	A	Ja, Stress kann in der Tat bei Herzerkrankungen eine wichtige Rolle spielen. Können Sie mir genauer sagen, was Sie mit Stress meinen?
03	P	Ich hatte total Stress auf der Arbeit ... total viel Ärger mit meinem Chef.
04	A	Worüber haben Sie sich denn geärgert?
05	P	Der hackt die ganze Zeit auf mir rum.
06	A	Wie sind Sie denn damit umgegangen?
07	P	Wie? Was kann ich denn dafür?
08	A	Na ja, ich kann Ihren Ärger schon nachvollziehen, aber ich frage mich, ob man einen Weg finden kann, den Konflikt mit dem Chef zu entschärfen. Das wäre auch gut für Ihre Gesundheit. Mögen Sie mal einen Anlass erzählen?

Ausgehend von der möglichst konkreten Schilderung belastender Situationen gelingt es bei tragfähiger therapeutischer Beziehung meistens, mit dem Patienten die Überzeugung zu entwickeln, dass es für ihn Sinn macht, sich seinem eigenen Erleben und Verhalten zuzuwenden, um bestimmte potentiell belastende Situationen besser zu meistern. Dieser Prozess kann im Sinne der *Psychosomatischen Grundversorgung* (§ 15, 42) vertieft werden. In ausgewählten Fällen kann er auch Anlass zu einer Fachpsychotherapie geben.

29.3.5 Exploration psychischer Komorbidität

Aufgrund der erheblichen Bedeutung einer *psychischen Komorbidität* (v.a. Depression und Angststörungen) für die Lebensqualität und Prognose verschiedener körperlicher Erkrankungen (KHK, Diabetes mellitus, onkologische Erkrankungen) wird mittlerweile in zahlreichen nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen, das im Arzt-Patient-Gespräch routinemäßig nach Hinweisen für eine psychische Komorbidität gesucht werden sollte. Bei deren Nachweis soll eine Psychotherapie und/oder Medikation eingeleitet werden (Albus et al. 2017, Piepoli et al. 2016, Kulzer et al. 2013).

29. Kommunikation mit chronisch körperlich Kranken

Für den Bereich der chronischen KHK empfiehlt die Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK (BÄK et al. 2016) folgende Formulierungen:

Box 29.5 Fragen zum Screening psychischer Komorbidität

Depression

- Fühlten Sie sich in den letzten 14 Tagen häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?
- Hatten Sie in den letzten 14 Tagen deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Panikstörung

- Haben Sie plötzliche Anfälle, bei denen Sie in Angst und Schrecken versetzt werden, und bei denen Sie unter Symptomen wie Herzrasen, Zittern, Schwitzen, Luftnot, Todesangst u.a. leiden?

Generalisierte Angststörung

- Fühlen Sie sich nervös oder angespannt?
- Machen Sie sich häufig über Dinge mehr Sorgen als andere Menschen?
- Haben Sie das Gefühl, ständig besorgt zu sein und dies nicht unter Kontrolle zu haben?

BÄK et al. 2016

Wir haben in Erweiterung des *Kölner Evaluationsbogens Kommunikation* (KEK; s. § 17 und Anhang 44.2), der die Erfassung von sechs wesentlichen Domänen bzw. Schritten eines allgemeinen ärztlichen Erstgesprächs erfasst, einen „KEK Depression bei Diabetes“ (KEK-DD) entwickelt, der den KEK um diabetes- und depressionsspezifische Dimensionen erweitert (s. § 29.6). Der Evaluationsbogen erfasst differenziert, inwieweit sowohl typische Symptome des Diabetes mellitus, als auch einer Depression erhoben werden. Die „Ankerbeispiele“ für geeignete Fragen, die jede Domäne enthält, können zugleich als Manual für eine geeignete Exploration bei einer Komorbidität eines Diabetes mellitus mit einer Depression dienen.

29.3.6 Umgang mit maladaptiver Verleugnung

Im Kontrast zu einer etwaigen psychischen Belastung muss bei chronischen Erkrankungen auch damit gerechnet werden, dass die Krankheitsbewältigung durch *maladaptive Verleugnung* bestimmt sein kann. Dies stabilisiert zwar das seelische Befinden, führt aber, wie oben eingeführt, zu ausgeprägt maladaptiven Verhaltensmustern, wie z.B. medikamentöser Non-Adhärenz, ausbleibender Umstellung des Gesundheitsverhaltens in Richtung Nichtrauchen etc. In dieser Situation ist ein angemessener kommunikativer Umgang mit maladaptiver Verleugnung eine wesentliche Voraussetzung, um trotzdem einen Zugang zum Patienten herzustellen.

Dazu ist hilfreich, dass der Arzt sich verdeutlicht, dass aus psychodynamischer Sicht eine „Verleugnung“ grundsätzlich dazu dient, eine Überflutung mit Ängsten zu verhindern. Körperlich Gesunde wie Kranke bedürfen einer „ausreichenden“ (=adaptiven) Verleugnung, um nicht durch Ängste vor zukünftigem Leid, Siechtum und Tod überflutet zu werden. Dies geschieht im Übrigen keineswegs immer bewusst, sondern Verleugnungsprozesse laufen überwiegend unbewusst ab.

Eine Verleugnung wird im Kontext einer Erkrankung erst dann maladaptiv, wenn darüber die spezifischen Anforderungen der Therapie an das Gesundheitsverhalten vernachlässigt werden. Der Hintergrund einer dergestalt maladaptiven Verleugnung kann darin gesehen werden, dass dem Individuum keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung stehen, seine Ängste in Bezug auf eine Krankheit angemessen zu „zügeln“, sie adaptiv zu meistern (Albus, Köhle 2017). Im Gegenzug schwächt sich maladaptive Verleugnung ab, sobald es gelingt, in einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung im Patienten ein *Gefühl der Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit* seiner Erkrankung im Sinne einer *salutogenetischen* Perspektive zu fördern (Albus, Köhle 2017).

Diese Einsicht hat weitreichende Folgen für das ärztliche Kommunikationsverhalten: Ein intrusives, vorwurfsvolles Vorgehen („Wenn Sie nicht aufhören zu rauchen, sind Sie in sechs Monaten tot“) ist kontraproduktiv. Günstiger ist es, behutsam mögliche Gefühle der Angst oder Ratlosigkeit/Hilflosigkeit angesichts der Erkrankung anzusprechen. Man sollte jedoch auf keinen Fall insistieren, falls der Patient dies nicht aufgreift. Stattdessen ist es sinnvoller, die erreichte seelische Stabilisierung zu würdigen und im zweiten Schritt aktiv auf die individuelle Krankheitsbewältigung einzugehen. In dem Kontext können dann auch

29. Kommunikation mit chronisch körperlich Kranken

behutsam „blinde Flecken“ im Gesundheitsverhalten angesprochen werden.

Das folgende Fallbeispiel schildert eine Sequenz aus einem Gespräch mit einem KHK-Patienten, der vor einem Vierteljahr einen Herzinfarkt hatte und kurz nach dem Krankenhausaufenthalt wieder angefangen hat zu rauchen.

B 29.5 „Einfach weiter gemacht wie bisher“

- 01 A Wie geht es Ihnen mit der Herzkrankheit?
02 P Gut, keine Probleme.
03 A Ich könnte mir vorstellen, dass Sie kurz nach dem Herzinfarkt ziemlich geschockt waren?
04 P Ja klar, aber jetzt nicht mehr ...
05 A Wie kriegen Sie das hin, dass sich heute wieder wohl fühlen?
06 P Einfach weiter gemacht wie vorher.
07 A Und es ist ja auch wichtig, dass Sie darauf achten, dass es Ihnen seelisch gut geht. Aber ich möchte heute mit Ihnen auch danach gucken, ob die Krankheit an sich gut im Griff ist. Ist das ok?

Dieses Vorgehen gibt vor allem maladaptiv-verleugnenden Patienten die Möglichkeit, von ihren „Leistungen“ in der Krankheitsbewältigung zu berichten, fördert ein Nachlassen initialer Skepsis bzw. latenten Ärgers gegenüber dem Arzt und schafft Vertrauen. Anschließend lassen sich meist unproblematisch die charakteristischen Facetten der individuellen Krankheitsbewältigung herausarbeiten, die behutsam in Richtung etwaiger maladaptiver Punkte vertieft werden können.

29.4 Ergänzende Behandlungsangebote

In bestimmten Konstellationen, etwa dem Nachweis einer niedrigen krankheitsspezifischen Gesundheitskompetenz, psychosozialer Risikofaktoren oder psychischer Komorbidität, sind ergänzende Behandlungsangebote angezeigt. Zum Beispiel sind für eine Reihe internistischer Erkrankungen (v.a. Diabetes mellitus, Arterielle Hypertonie) *Patientenschulungen* verfügbar, die einen gut-evaluierten Ansatz zur Förderung des krankheitsbezogenen Wissens und der Handhabung einschlägiger Therapiekonzepte umfassen (Piepoli et al. 2016, Kulzer et al. 2013).

Bei Patienten mit KHK hat sich ein primär multimodales Vorgehen bewährt, das Wissensvermittlung, Sport- und Bewegungstherapie sowie psychosoziale Unterstützung umfasst, und das als ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme angeboten wird (Albus, Köhle 2017, Piepoli et al. 2016, Ladwig et al. 2013).

Werden ergänzende Behandlungsangebote besprochen, ist es von größter Bedeutung, dass der Patient sich nicht „abgeschoben“ fühlt, sondern dass er klar nachvollziehen kann, warum ihm ergänzend zur (haus-)ärztlichen Versorgung zu der Maßnahme geraten wird.

Das nachfolgende Gespräch mit einem KHK-Patienten, der aufgrund massiver Interaktionsprobleme am Arbeitsplatz sehr häufig den Arzt aufsucht und dem der Arzt zu einer Psychotherapie raten möchte, soll dies abschließend demonstrieren:

B 29.6 „Ich bin doch nicht verrückt“

- 01 A Ich schlage vor, dass Sie sich zur Überwindung der Probleme mit Ihrer Arbeitssituation eine weitergehende Therapie gönnen, eine Psychotherapie.
- 02 P Ich weiß nicht ... wie soll das helfen?
- 03 A Ihre Lebenssituation ist total stressig. Das ist nicht gut für Ihre Seele und Ihren Körper. Die Therapie soll sie dabei unterstützen, neue Wege zur Lösung der Konflikte zu finden.
- 04 P Aber ich bin doch nicht verrückt ...
- 05 A Das sehe ich auch so. Aber ich bin davon überzeugt, dass es Sinn macht, Ihre Behandlung jetzt auf zwei Beine zu stellen: Das eine Bein bin ich; Ich betreue Sie wie bisher als Arzt. Aber sie nutzen zusätzlich eine Psychotherapie zur Stressbewältigung, das ist das andere Bein. Auf zwei Beinen kommen Sie besser voran.

29.5 Weiterführende Hinweise

Zur Vertiefung der vorbeschriebenen Inhalte sind zahlreiche Publikationen sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten verfügbar. Die nachfolgenden Hinweise erheben deshalb keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern heben nur zwei, aus Sicht der Autoren besonders geeignete Quellen hervor. Für Studierende, Ärzte, Psychologen und an-

29. Kommunikation mit chronisch körperlich Kranken

dere Gesundheitsberufe, die sich z.B. vertieft in die Thematik biopsychosozialer Gesichtspunkte und Therapieansätze bei Herz-Kreislaufkrankungen einarbeiten möchten, wird der Praxisleitfaden „Psychokardiologie“ von Herrmann-Lingen et al. (2014) empfohlen.

Herrmann-Lingen hat zu dem Thema auch ein Fortbildungscurriculum „Psychokardiologische Grundversorgung“ initiiert, das seit nunmehr fast 10 Jahren über die „Weiter- und Fortbildungsakademie Kardiologie“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. angeboten wird (<http://dgk.org/weiter-und-fortbildungsakademie>).

29.6 Kölner Evaluationsbogen Kommunikation – Diabetes und Depression (KEK-DD)

Wie bereits ausgeführt, haben wir in Erweiterung des *Kölner Evaluationsbogens Kommunikation* (KEK; s. § 17 und Anhang 44.2), der die Erfassung von sechs wesentlichen Domänen bzw. Schritten eines allgemeinen ärztlichen Erstgespräches erfasst, einen „KEK Depression bei Diabetes“ (KEK-DD) entwickelt, der den KEK um diabetes- und depressionsspezifische Dimensionen erweitert (s.u.) Der Evaluationsbogen erfasst differenziert, inwieweit sowohl typische Symptome des Diabetes mellitus, als auch einer Depression erhoben werden. Die „Ankerbeispiele“ für geeignete Fragen, die jede Domäne enthält, können zugleich als Manual für eine geeignete Exploration bei einer Komorbidität eines Diabetes mellitus mit einer Depression dienen.

Siehe nächste Seite:

Abb. 29.1:

Kölner Evaluationsbogen Kommunikation – Depression bei Diabetes (KEK-DD)

Kölner Evaluationsbogen Kommunikation – DD						KEK-DD
OSCE-Checkliste zur ärztlichen Gesprächsführung bei Ko-Morbidität: Diabetes, Depression						12009
© Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln						22018
Nr.	Kurs	Interviewer	Datum	Patient (SP)	Rater	Summe:
						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 73
1 Allgemeine Anamnese			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 18	4 Zusatzsymptome Depression		<input type="checkbox"/> 7
1 Beziehung herstellen • Begrüßen und Vorstellen • Situieren und Orientieren (Zeit, Ziele)			0 1	1 Konzentration „Wie steht es mit Ihrer Konzentrationsfähigkeit (bei Arbeit, Zeitungslektüre)?“		0 1
2 Anliegen anhören • Erzählen fördern • Aktiv zuhören und unterstützen			0 1 2 3 4	2 Selbstvertrauen „Wie würden Sie Ihr Selbstwertgefühl (Selbstvertrauen) einschätzen?“		0 1
3 Emotionen zulassen • Empathisch antworten • Emotionale Öffnung fördern			0 1 2 3 4	3 Schuldgefühle „Machen Sie sich oft Selbstvorwürfe?“		0 1
4 Details explorieren • Beschwerden-Dimensionen erfragen • Allgemeine Anamnese vervollständigen			0 1 2 3 4	4 Zukunftsperspektive „Wie sehen Sie Ihre Zukunft – eher optimistisch oder eher pessimistisch?“		0 1
5 Vorgehen abstimmen • Informationsstand/Erwartungen klären • Therapieplan aushandeln (SDM)			0 1 2 3 4	5 Schlaf „Wie (gut) ist Ihr Schlaf?“		0 1
6 Resümee ziehen			0 1	6 Appetit „Wie ist Ihr Essverhalten, Appetit?“		0 1
				7 Suizidalität „Denken Sie manchmal, dass Sie lieber tot wären?“		0 1
2 Anamnese Diabetes			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20	5 Anamnese Depression (Forts.)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
1 Symptome • Durst, Übelkeit etc. • Unterzuckerung, Nykturie etc.			0 1 2 3 4	1 Entstehung und Verlauf • Beginn „Wann hat das angefangen?“ • Phasen/Episoden „Was waren die schlimmsten Zeiten?“ „Gab es Zeiten der Besserung?“		0 1 2 3 4
2 Beginn und Verlauf • Diagnose wann, von wem gestellt? • Phasen (Befinden, Befunde)			0 1 2 3 4	2 Subjektive Vorstellungen • Konzepte „Was stellen Sie sich unter einer Depression etc. vor?“ • Erklärungen „Sehen Sie selbst Ursachen?“		0 1 2 3 4
3 Voruntersuchungen • Überweisungen (Facharzt) • Einweisungen (aktueller Anlass)			0 1 2 3 4	3 Befunde und Vorbehandlungen • Diagnosen bei Komorbidität „Weswegen waren Sie schon mal in Behandlung (Depression, Angst etc.)?“ • Therapien (Medikation, Psychotherapie)		0 1 2 3 4
4 Vorbehandlungen • Therapiepläne (Ernährung, Insulin etc.) • Therapieerfolge (Adhärenz, Coping etc.)			0 1 2 3 4			
5 Anamnese vervollständigen • Risikofaktoren (KHK; Cholesterin) • Begleit-/Folgeerkrankungen (KHK, Retinopathie, Nephropathie etc.)			0 1 2 3 4			
3 Anamnese Depression			<input type="checkbox"/> 4	6 Vorgehen abstimmen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
1 Einleitung offen „Wie geht es Ihnen seelisch?“			0 1	1 Erwartungen klären • Vorstellungen, Wünsche, Befürchtungen „Was könnte Ihrer Ansicht nach helfen?“ • Kontrollüberzeugungen „Was können Sie an Ihrem Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.) ändern?“		0 1 2 3 4
2 Verdachtsdiagnose: 2-Fragen-Test • Hauptsymptom 1 „Fühlten Sie sich in letzten 14 Tagen überwiegend niedergeschlagen, traurig oder deprimiert?“ • Hauptsymptom 2 „Hatten Sie in den letzten 14 Tagen überwiegend das Interesse an Dingen verloren, die Ihnen sonst Freude bereiten?“			0 1	2 Informationen vermitteln • Info-Bedarf „Haben Sie noch Fragen?“ • Diabetesfolgeschäden/Prävention • Komorbidität: „In depressiven Phasen scheinen Sie Ihre Selbstfürsorglichkeit extrem zu vernachlässigen“		0 1 2 3 4
3 Anschlussfrage nach Bejahung • Hauptsymptom 3 „Fühlten Sie sich in dieser Zeit überwiegend müde und erschöpft?“			0 1	3 Therapieplan aushandeln (SDM) • Adhärenz bzw. Therapiewechsel • Psychotherapie bzw. Konsil • Themen/Ziele für Folgetermine (Visite)		0 1 2 3 4
0 1 [0 = nicht erfüllt; 1 = erfüllt]				0 1 2 3 4 [0 = nicht erfüllt ... 4 = voll erfüllt]		

30

Kommunikation mit depressiven Patienten

Alexander Niecke, Christian Albus

30.1	Grundlagen	1586
30.1.1	Depressionsbegriff	
30.1.2	Depressionsmodelle	
30.1.3	Epidemiologie, Komorbidität und Folgewirkungen	
30.1.4	Klassifikation, Krankheitsbild und Diagnostik	
30.2	Therapie	1591
30.2.1	Psychotherapie in der Depressionsbehandlung	
30.2.2	Psychotherapeutische Wirkfaktoren	
30.3	Ärztliche Gesprächsführung	1593
30.3.1	Beziehungsgestaltung und Interventionsprinzipien in der akuten depressiven Phase	
30.3.2	Beziehungsgestaltung und Interventionsprinzipien in der post-akuten depressiven Phase	
30.3.3	Umgang mit Suizidalität	
30.4	Weiterführende Hinweise	1601

Der Melancholiker zeigt eine außerordentliche Herabsetzung seines Ichgefühls, eine großartige Ichverarmung. Bei der Trauer ist die Welt arm und leer geworden, bei der Melancholie ist es das Ich selbst.

Freud 1917/1949: 431

Abstract: Ziel dieses Beitrags ist es, eine kommunikative Behandlungskompetenz im Umgang mit depressiven Patienten zu vermitteln. Einleitend werden grundlegende Aspekte der Terminologie, Genese, Epidemiologie sowie Diagnostik (§ 30.1) und der psychotherapeutischen Behandlung depressiver Störungen vorangestellt (§ 30.2). Darauf aufbau-

end werden spezifische Strategien der ärztlichen Gesprächsführung vermittelt. Dabei wird abhängig vom jeweiligen Verlaufsstadium der Depression auf therapeutische Grundhaltungen und Interventionsprinzipien fokussiert (§ 30.3) und dies an Beispielen illustriert.

30.1 Grundlagen

30.1.1 Depressionsbegriff

Depressives Erleben ist ein bedeutsames Thema des menschlichen Lebens, zu jeder Zeit und in jeder Kultur. Allerdings ist der Depressionsbegriff im Laufe der Geschichte erheblichen Veränderungen unterworfen gewesen (vgl. Böker 2011). Als „Melancholie“ (Schwarzgalligkeit) wurde bereits in der griechischen Antike im Corpus Hippocraticum (Hippokrates, De morbis I, 30) ein körperlich bedingter - und somit nicht mehr als ein von den Göttern zu den Menschen gesandter - depressiver Gemütszustand beschrieben. Der Begriff der „Depression“ fand jedoch erst Anfang des 19. Jahrhunderts Eingang in die medizinische Terminologie. Kraepelins paradigmatische Beschreibung des „manisch-depressiven Irreseins“ als eine Störung des Denkens, der Stimmung und des Willens (Kraepelin 1899) führte dabei zum „Siegessäug“ (Böker 2011) des Depressionsbegriffs und löste die Melancholie nach zweieinhalb Jahrhunderten ab. Dem Kraepelin'schen Konzept, dass die Depression nur Teilerscheinung einer manisch-depressiven Erkrankungsentität darstelle, wurde jedoch widersprochen und schließlich die Selbstständigkeit unipolarer und bipolarer affektiver Störungen postuliert (Wernicke 1900, Kleist 1953). Als Kern der Depression beschrieb Jaspers eine „tiefe Traurigkeit“ und eine „Hemmung alles seelischen Geschehens“ (Jaspers 1913/1965). Bis zur Einführung des aktuellen Klassifikationssystems der WHO (ICD-10, 1992) dienten ätiopathogenetische Modellvorstellungen als Einteilungsgrundlage depressiver Störungen, zuletzt in reaktive, neurotische und endogene Depressionen. Heute wird der streng operationalisierte Depressionsbegriff rein symptomatisch-deskriptiv gefasst.

Box 30.1 Depressives Erleben

Depressive Zustände beginnen so, daß Dingen, die einem viel bedeuten, das Gefühl entzogen wird; man fühlt sich innerlich schwach [und] haltlos. Man sucht irgendeinen Halt bei Menschen, Dingen, Beschäftigungen. Hebt sich das Gefühl an einem solchen Anker wieder empor, so wird die Zukunft leichter, man vergißt sich vielleicht wieder ganz. Es bleibt aber vielleicht immer irgendwo eine Angst, das Gefühl entfalle einem wieder, man traut seinem Gefühl darum nicht recht und so auch der Zukunft nicht.

Binswanger 1960

30.1.2 Depressionsmodelle

Spezifische Depressionsmodelle und psychotherapeutische Behandlungsansätze finden sich in psychodynamischen, interpersonellen, behavioralen, humanistischen und systemischen Theorieschulen (vgl. Böcker 2008). Die psychoanalytische Theorie zur Ätiologie und Behandlung der Depression reicht von ihren klassischen Konzepten von Abraham („frühkindliche Urverstimmung“, 1912) bis Freud („Trauer und Melancholie“, 1917) bis hin zu modernen integrativ-multimodalen Konzepten von Benedetti („Depressionssubtypen“, 1981) und Rudolf („Depressiver Grundkonflikt“, 2003). Der theoretische Hintergrund der Interpersonellen Psychotherapie (Klerman, Weissman 1984) beruht auf den Ideen der interpersonellen Schule (Sullivan 1957) und der Bindungstheorie (Bowlby 1969). Die kognitive Verhaltenstherapie stützt sich vor allem auf die Arbeiten von Beck („Kognitive Triade“, 1974), Lewinsohn („Verstärkerverlusttheorie“, 1974) und Seligmann („Erlernte Hilflosigkeit“, 1975). Auch die aus der humanistischen Tradition stammende Gesprächspsychotherapie, die zuletzt mit Elementen der Gestalttherapie von Greenberg modifiziert wurde („Emotionszentrierte Therapie“, 2005), gilt als wissenschaftlich evident.

Luyten und Blatt fassen das heutige Verständnis der Genese der Depression aus psychodynamischer Sicht zusammen. Zentrales Moment ist der Verlust einer wichtigen Person oder eines inneren oder äußeren Ziels oder Halts, wenn gleichzeitig protektive Bewältigungs- bzw. Abwehrmechanismen erschöpft oder nicht ausreichend angelegt sind. Die Depression kann somit als eine ubiquitäre menschliche Reaktion auf Hilflosigkeit verstanden werden. Aber auch Befunde aus der Persön-

lichkeits-, Bindungs- und Emotionstheorie tragen zum psychodynamischen Verständnis der Depressionsentstehung bei (Luyten, Blatt 2012).

30.1.3 Epidemiologie, Komorbidität und Folgewirkungen

Depressive Störungen zeichnen sich durch eine komplexe und multifaktorielle Genese sowie eine große interindividuelle Varianz aus. Die Depression wird trotz dieser Heterogenität als gemeinsame Endstrecke vielfältiger biologischer und psychischer Mechanismen verstanden. Wegen ihrer hohen Prävalenz, ihrer erheblichen sozioökonomischen Bedeutung und nicht zuletzt dem großen persönlichen Leid der Betroffenen wird ihr der Status einer Volkskrankheit zuteil (Schauenburg et al. 1999, Niecke, Albus 2011). Die S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2015) ist derzeit die einzige Behandlungsleitlinie die sich mit dem Prädikat einer Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) mit einer psychischen Störung befasst. Wie im Folgenden zusammengefasst, gibt die NVL unter anderem Auskunft zur Epidemiologie, Komorbidität und Folgewirkungen depressiver Störungen.

Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz, also das Risiko im Laufe der Lebensspanne an einer Depression (alle Formen) zu erkranken, liegt national wie international bei 16-20%. Frauen sind etwa doppelt so häufig wie Männer betroffen, sie erkranken früher und haben längere Erkrankungsepisoden und eine höhere Rückfallgefahr. Depressionen treten in jedem Lebensalter auf, kommen zu einem beträchtlichen Anteil bereits in der Kindheit und Adoleszenz vor und sind in höherem Lebensalter die häufigste psychische Störung. Das Fehlen einer vertrauensvollen persönlichen Beziehung und ein niedriger sozioökonomischer Status gelten als sichere Risikofaktoren für das Auftreten einer Depression.

Komorbidität

Depressionen weisen eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen auf. Das gleichzeitige Vorkommen einer anderen psychischen Störung ist bei depressiven Patienten häufiger als eine (unipolare)

30. Kommunikation mit depressiven Patienten

Depression in Reinform. So lässt sich bei rund 60% der depressiven Patienten mindestens eine weitere bedeutsame psychische Störung feststellen, insbesondere Angststörungen, substanzbezogene und somatoforme Störungen. Depressive Patienten mit komorbiden psychischen Störungen haben eine ungünstigere Prognose, die mit einem erhöhten Chronifizierungs- und Suizidrisiko sowie häufiger Therapieresistenz verbunden ist. Aber auch die Wechselwirkungen von depressiven Störungen mit körperlichen Erkrankungen sind vielfältig und gut belegt. Die Prävalenz für die Entwicklung einer depressiven Störung bei (chronischen) somatischen Erkrankungen ist etwa doppelt so hoch. Es ist evident, dass psychotherapeutische Behandlungen die psychische Situation auch bei körperlich Kranken signifikant verbessern.

Folgewirkungen

Depressionen zählen zu den wichtigsten Volkskrankheiten. Depressive Symptome führen zu einer starken Beeinträchtigung der körperlichen und seelischen Befindlichkeit und gehen mit einer hohen Mortalität, vor allem durch Suizide, einher. Depressionen haben schwerwiegende Auswirkungen auf das soziale Netzwerk der Patienten, verbunden mit hohen Anforderungen an ihre Angehörigen, insbesondere an die Kinder depressiv erkrankter Eltern. Depressive Störungen reduzieren die berufliche Leistungsfähigkeit, führen zu höheren Raten von Arbeitsausfalltagen und vorzeitigen Berentungen.

30.1.4 Klassifikation, Krankheitsbild und Diagnostik

Depressionen haben typischerweise einen phasenhaften Verlauf, die über mindestens zwei Wochen (Zeitkriterium), oftmals mehrere Monate, bei einigen Patienten auch über Jahre anhalten können. Episoden mit über zwei Jahren Dauer gelten definitionsgemäß als chronisch. Eine vollständige Remission nach Abklingen der Phase gilt als prognostisch günstiger, als eine unvollständige Remission mit bleibender Residualsymptomatik, bei der das Risiko für einen Rückfall oder ein Rezidiv erhöht bleibt. Mehr als die Hälfte der Patienten erleidet im Leben mehr als eine depressive Episode. Treten nur depressive Episoden auf, so spricht man von einer unipolaren Depression. Treten im Verlauf nicht nur depressive, sondern auch manische Episoden spricht man von einer bipo-

laren affektiven Störung. Unter den chronischen Depressionsformen werden die meist subsyndromal verlaufende Dysthymie und über zwei Jahre persistierende depressive Episoden sowie die Kombination einer Dysthymie mit einer depressiven Episode („Double Depression“), zusammengefasst.

Box 30.2 Einteilung nach verschiedenen Merkmalen

Schweregrad

- leichtgradig
- mittelgradig
- schwergradig
- psychotische Zusatzsymptome
- somatisches Zusatzsyndrom

Verlauf

- monophasisch
- rezidivierend
- chronisch
- bipolar

Komorbidität

- komorbide psychische Störung
- komorbide körperliche Erkrankung

Das Krankheitsbild der Depression ist gekennzeichnet durch einen länger andauernden Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesslosigkeit und Antriebslosigkeit, der häufig verbunden ist mit verschiedensten körperlichen Beschwerden. Depressive Menschen sind meist durch einen erheblichen Funktionsverlust in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Wie kaum eine andere Erkrankung gehen Depressionen mit einem hohen Leidensdruck einher, da die Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl depressiver Menschen beeinträchtigt. Als Ausdruck eines potentiell lebensbedrohlichen Krankheitsverlaufs gilt die Suizidalität als eines der wichtigsten Symptome, welches bei jeder Depression mit bedacht und abgeklärt werden sollte (DGPPN 2015).

Box 30.3 Diagnosekriterien einer Unipolaren Depression

3 Hauptkriterien (HK)

- Tieftraurige Stimmung
- Anhedonie
- Antriebshemmung

7 Nebenkriterien (NK)

- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung
- Selbstwertverlust
- Wertlosigkeits- und Schuldgefühle
- Pessimistische Zukunftsgedanken
- Schlafstörung (meist Insomnie)
- Essstörung (meist Esshemmung)
- Suizidalität

Schweregradeinteilung nach Anzahl der Haupt- und Nebenkriterien:
Leicht (2 HK, 2 NK), Mittel (2 HK, 3-4 NK), Schwer (3 HK, >4 NK)

Delling et al. 2013

30.2 Therapie

30.2.1 Psychotherapie in der Depressionsbehandlung

Eine große Zahl an qualitativ hochwertigen Studien belegt die generelle Wirksamkeit von Psychotherapie in der Behandlung von depressiven Patienten mit überzeugender Evidenz. Dabei ist Psychotherapie kurzfristig genauso wirksam wie Pharmakotherapie, dieser jedoch langfristig überlegen. Studien zeigen, dass sogenannte Carry-over-Effekte, das heißt längerfristige Wirkungen nach Beendigung einer Behandlung, bei Psychotherapien deutlich ausgeprägter sind als bei Pharmakotherapien, so dass signifikant weniger Rezidive auftraten. Deshalb wird in der postakuten Phase zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen (Niecke, Albus 2011, DGPPN 2015).

Vor allem bei schweren depressiven Episoden und bei chronischen Depressionsformen hat eine Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie statistisch signifikante additive Effekte gegenüber

einer Monotherapie, weshalb Patienten über die Überlegenheit einer Kombinationsbehandlung aufgeklärt werden sollen. Hinsichtlich einer Differenzialindikation zwischen beiden Behandlungsformen, haben das subjektive Krankheitskonzept des Patienten und seine Behandlungspräferenz eine ausschlaggebende Bedeutung (DGPPN 2015).

Bezüglich der Wertigkeit spezifischer Psychotherapieverfahren werden deren Gemeinsamkeiten, wie die Bedeutung der Patient-Therapeut-Beziehung, betont. Forschungsbedarf besteht insbesondere hinsichtlich der Wirksamkeit von Psychotherapie bei somatischer Komorbidität. Neuere Studien zeigen, dass innerhalb der ersten fünf Therapiewochen unter Psychotherapie häufig plötzliche und deutliche Symptomverbesserungen („sudden gains“) auftreten und, dass bei schweren Depressionen Therapeuten mit mehrjähriger Erfahrung wirksamer sind als Berufsanfänger (DGPPN 2015).

30.2.2 Psychotherapeutische Wirkfaktoren

Aus der Psychotherapieforschung ist bestens bekannt, dass sogenannten „unpezifischen“, methodenübergreifenden Wirkfaktoren („common factors“) in der Behandlung depressiv Erkrankter eine entscheidende Bedeutung zukommt und demgegenüber verfahrensspezifische Therapietechniken nur eine untergeordnete Auswirkung auf das Behandlungsergebnis haben (Wampold 2001). Zu diesen gemeinsamen, verfahrensunabhängigen Wirkfaktoren zählen die Qualität der therapeutischen Beziehung (Alliance), die interpersonelle Fähigkeit des Therapeuten (Competence), aber auch die Überzeugtheit des Therapeuten von seiner Behandlungsmethode (Allegiance). Den stärksten Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat dabei, über alle Therapieschulen hinweg, die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung. Hierzu zählt vor allem eine warme, wertschätzende und angstfreie Kontaktaufnahme des Therapeuten zum Patienten (Orlinsky et al. 1994).

Auch in der NVL (DGPPN 2015) wird auf diese Befunde der Psychotherapieforschung verwiesen und der Begriff „Psychotherapie“ in einem allgemeinen Sinn gebraucht, wobei unter diesem Terminus die großen Unterschiede teilweise stark konkurrierender Therapieschulen hinter ihren noch größeren Gemeinsamkeiten zurückstehen. Die erste psychotherapeutische Behandlungsempfehlung lautet dementsprechend: „Grundlage einer jeden psychotherapeutischen Intervention sollte die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen

Beziehung sein, deren Qualität in der Regel zum Behandlungserfolg beiträgt“.

Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren können aber nicht unabhängig voneinander gesehen werden und sind unlösbar in einem gemeinsamen Kontext verbunden (Wampold 2001). So darf die große Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren in der Psychotherapie auch keinesfalls mit einem therapeutischen Nihilismus verwechselt werden. Dennoch lässt sich für die Behandlung ableiten, dass es entscheidend darauf ankommt, dass der Behandler seinem Patienten jenseits der störungsspezifischen Interventionstechnik, auch auf der Beziehungsebene die richtigen Signale gibt (Böker 2008). Eine tragfähige und vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung bildet gewissermaßen das Fundament in der Behandlung depressiver Patienten. Eine vertrauensvolle Beziehung könnte wie folgt zum Thema gemacht werden:

B 30.1 „Ich weiß nicht“ (therapeutische Beziehung)

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | A | können Sie mir sagen, was Sie so belastet? |
| 2 | P | hm .. ich weiß nicht. |
| 3 | A | vielleicht wissen Sie ja nicht, ob Sie mir vertrauen können? |
| 4 | P | ja, doch, das schon. |
| 5 | A | gut. es ist für die Behandlung sehr wichtig, dass Sie mir möglichst freimütig und offen erzählen was los ist ... damit ich Ihre innere Not besser verstehen kann ... ich verspreche Ihnen, ich werde mein Möglichstes tun, Sie, wo ich kann zu unterstützen. |

30.3 Ärztliche Gesprächsführung

30.3.1 Beziehungsgestaltung und Interventionsprinzipien in der akuten depressiven Phase

In der akuten Phase der Depression steht in der Regel die depressive Symptombelastung im Vordergrund des Patientenerlebens. Damit wird eine möglichst weitgehende Symptomreduktion das vordringliche Behandlungsziel. Für den Patienten ist es wichtig, dass er erfährt und erkennt das und wie er seine Symptome kontrollieren kann, aber auch

wie er seine psychosoziale Funktionsfähigkeit und Teilhabe wiedererlangen kann.

Die kommunikativen Anforderungen an den Behandler in der Akutphase werden von Wöller und Kruse (2015) beschrieben: Sie betreffen in zentraler Weise seine emotional-einfühlende Präsenz und Verfügbarkeit als reale Person. Für den Patienten ist es von größter Bedeutung sich an ein Gegenüber wenden zu können, das für ihn da ist, ihm zuhört und bei dem er Entlastung, Beruhigung und Anerkennung erfährt. Hinter das Beziehungsangebot, für den Patienten als Gegenüber verfügbar zu sein („da zu sein“), tritt der rein verbale Gesprächsinhalt in seiner Bedeutung oftmals zurück, das heißt es ist nicht so wichtig, worüber gesprochen wird, sondern das und wie gesprochen wird (Wöller, Kruse 2015). Um das Gespräch zu „verlebendigen“ ist dabei häufig eine höhere Aktivität auf Seiten des Arztes notwendig, weil die Resonanzfähigkeit akut depressiver Patienten erheblich eingeschränkt ist (Devitalisierung).

Es empfiehlt sich, eine unterstützend-haltgebende Grundhaltung einzunehmen. Das Durcharbeiten von innerseelischen oder zwischenmenschlichen Konflikten stellt in dieser Phase im Allgemeinen noch eine zu große Überforderungssituation dar, die die Patient-Arzt-Beziehung unter Umständen auch labilisieren kann und ist allenfalls bei niedriger Symptombelastung angezeigt (Wöller, Kruse 2015). Ihre Interventionen sollten in erster Linie auf Beruhigung und Entlastung zielen und dem Wohlbefinden und der Selbstwertstärkung dienen. Auch das Ansprechen der Inneren Not des Patienten und die Anerkennung seines Leids sind hilfreiche Interventionen („mitgeteiltes Leid ist halbes Leid“). Für den Behandlungserfolg ist es wichtig, dass der Behandler als „Hoffnungsträger“ erlebt werden kann, der Zuversicht vermittelt, ohne dabei das Leid des Betroffenen zu bagatellisieren. Das folgende Beispiel ist einem Visitengespräch im Rahmen einer stationären Psychotherapie entnommen, nachdem die Patientin im letzten Visitengespräch angekündigt hatte, dass sie beabsichtige, eine schriftliche Prüfung im Rahmen ihres Studiums abzulegen.

B 30.2 „Ich kann das alles nicht“ (Zuversicht wecken)

- | | | |
|---|---|---|
| 1 | A | guten Morgen Frau X [Händedruck im Stehen] .. [beide setzen sich] und ... wie hat es sich entwickelt? |
| 2 | P | [lächelt] hm, also, nicht so gut [Blick beschämt auf den Boden] |
| 3 | A | was ist denn das Problem, was ist denn passiert? |
| 4 | P | ich bin nicht hingegangen ... ich konnte mich einfach nicht rich- |

30. Kommunikation mit depressiven Patienten

- 5 A tig konzentrieren ... ich kann das *alles* nicht.
das ist ja richtig, dass sie nicht hingehen wenn sie sich nicht konzentrieren können. das wäre ja Harakiri ... dann mitzuschreiben. sie denken jetzt vielleicht, das könnten Sie nie schaffen ... aber vielleicht können Sie das einfach *noch* nicht.
- 6 P [lächelt; nimmt wieder Blickkontakt auf] hm, vielleicht.

Neben medizinischer Aufklärung des Patienten hinsichtlich Diagnose und Informationen zu Hilfen bei der Krankheitsbewältigung (Psychoedukation), kann es hilfreich sein, eine für den Patienten wichtige Bezugsperson mit einzubeziehen (DGPPN 2015), um diese über die Notwendigkeit zu informieren, den Patienten zu entlasten und nicht zu überfordern. Die gemeinsame Abstimmung eines Gesamtbehandlungsplans - im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung - fokussiert auf verschiedene Therapieoptionen (Psychotherapie, Medikamente), verschiedene Akteure der Versorgung (Grundversorgung, Psychotherapeuten, Psychiater) und verschiedene Behandlungssettings (ambulant, stationär). Unter kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des geplanten Vorgehens, sollten auf jeden Fall die Präferenzen und Abneigungen des Patienten berücksichtigt werden. Bei Patienten mit massiver Symptombelastung, insbesondere beim Vorliegen von Suizidalität (§ 30.3.2), wahnhaften Symptomen oder schwerwiegenden psychosozialen Belastungsfaktoren, ist meist die Einleitung einer Notfalleinweisung notwendig.

Box 30.4 Kommunikation in der Akutphase

- Verfügbarkeit und empathische Präsenz
- Aktive und unterstützende Haltung
- Entlastung und Beruhigung
- Anerkennung von Leid
- Hoffnung und Zuversicht wecken
- Psychoedukation (ggf. mit Bezugsperson)
- Behandlungsplan erstellen
- Suizidalität ansprechen und abklären

30.3.2 Beziehungsgestaltung und Interventionsprinzipien in der postakuten depressiven Phase

Mit Abklingen der akuten Symptombelastung rücken die nachhaltige Stabilisierung und die Entwicklung eines Symptomverständnisses in den Fokus der Therapie. Hierzu ist es hilfreich sich Gedanken zu den Affekten, Konflikten und zur Beziehungsgestaltung des Patienten zu machen („Kein Symptom ohne Affekt, kein Affekt ohne Konflikt und kein Konflikt ohne Beziehung“). Therapeutische Haltungen und Interventionsprinzipien sind in der psychodynamischen Literatur vielfach beschrieben worden (z. B. Rudolf 2003, Will et al. 2008, Böker 2011, Wöller, Kruse 2015).

Störung der Emotionsregulation

Depressive Patienten haben erhebliche Schwierigkeiten in der Wahrnehmung, Differenzierung und im Ausdruck ihrer Affekte. Das sogenannte Gefühl der Gefühllosigkeit gilt nicht zuletzt deshalb als Symptom besonders schwerer depressiver Zustände. Therapeutisch ist es förderlich, wenn der Patient in einem ersten Schritt seine emotionale Daueranspannung und seine fehlende emotionale Entlastung wahrnehmen lernt. In weiteren Schritten sollten die dahinterliegenden Emotionen sowie die objektbezogene Bedürftigkeit bzw. Enttäuschung gespürt und identifiziert werden (Rudolf 2003). Können in der Depression gebundene negative Affekte wie Enttäuschungswut, Verzweiflung, Racheimpulse oder Schuldgefühle vom Patienten ausgedrückt werden, wird dies in der Regel als entlastend erlebt. Ermutigen Sie ihren Patienten deshalb Ihnen seine Gefühle und Wünsche mitzuteilen. Dazu können Sie Ihren Patienten gezielt nach seinem Gefühlszustand befragen. Es kann auch hilfreich sein, dass Sie sich darüber Gedanken machen, was der Patient bei Ihnen für Gefühle auslöst (Gegenübertragung) oder, dass Sie sich empathisch in den Patienten einzufühlend versuchen entsprechende Gefühle anstelle des Patienten formulieren. Die Mitteilung von Emotionen und Bedürfnissen - anstatt einer wortlosen Erwartungshaltung - stellt ein zentrales Element in der Kommunikation mit depressiven Patienten dar (siehe Box 30.7 und § 20).

B 30.3		„...“ (Affekte ansprechen)
1	A	... hm, ja das tut weh
2	P	ja [weint].

Konflikt und Bewältigung

Wie bei anderen psychischen Störungen ist es eine wichtige therapeutische Aufgabe, die die Symptomatik auslösende Bedingungssituation zu identifizieren. Meist steht der Beginn einer depressiven Erkrankungs-episode sowohl in einem zeitlichen Zusammenhang, als auch einem Sinnzusammenhang mit einer spezifischen Konfliktsituation. Typische biografische Depressionsauslöser sind akut belastende oder chronisch kumulierende Trennungs- oder Verlusterlebnisse, bei denen die Bewältigungsbemühungen zum Erliegen gekommen sind. Erkunden Sie gemeinsam mit ihrem Patienten den Auslösekontext, aber auch seine bevorzugten Bewältigungsstrategien. Helfen Sie ihm, einen Zugang zu seinen negativen biografischen Erfahrungen zu bekommen und funktionale und dysfunktionale Anteile seiner Bewältigungsstrategien zu verstehen. Gelingt es dem Patienten, Verluste und Einschränkungen zuzulassen, ertragen und abtrauern zu können, ist dies eine entscheidende Voraussetzung, sich letztlich mit seiner eigenen Biografie und Traumatisierungen auszusöhnen.

Konflikt und Struktur

Verschiedene depressive Prägnanztypen lassen sich unterschiedlichen Konfliktmechanismen zuordnen, beispielsweise Selbstwert- und Schuld- oder Abhängigkeitskonflikten (vgl. Benedetti 1982). Eine Differenz zwischen angestrebtem, oftmals aber unrealistisch überhöhtem Selbstbild und wahrgenommenem Selbstbild kann zu starken, schambehafteten Selbstzweifeln und zur Selbstentwertung führen („Ich bin wertlos“). Therapeutisch sollten Interventionen bei narzisstischen Selbstwertkrisen einerseits die fehlende Selbstbehauptung und das hohe Kränkungs-potential fokussieren, andererseits Selbstfürsorge und Frustrationstoleranz fördern. Eine führende Schuldthematik mit Selbstanklage („Ich bin schuld“) und Selbstbestrafungstendenzen (z. B. Selbstverletzungen)

kann als Ausdruck eines maladaptiven Lösungsversuches verstanden werden, bei dem ein ungelöster interpersonaler Konflikt ins Intrapsychische verschoben wurde. Therapeutische Interventionen sollten Gewissenskonflikten auf Selbstakzeptanz und die Relativierung von Selbstvorwürfen (unter Umständen auch von Fremdvorwürfen) fokussieren und von quälenden Schuldgefühlen entlasten. Ein weiterer depressiver Prägungstyp steht im Zusammenhang mit einem Abhängigkeitskonflikt, der sich entweder durch passiv-abhängige Versorgungswünsche äußern kann und die oftmals von süchtigen Tendenzen begleitet sind („Ich habe nicht genug bekommen“) oder aber umgekehrt durch einen forciert altruistischen Abtretungsmodus gekennzeichnet ist („Ich brauche nichts und niemand“). Therapeutische Interventionen sollten bei Abhängigkeitskonflikten auf eine Balance von Bindungswünschen und Verselbständigungsbestrebungen zielen. Die hier nur cursorisch beschriebenen Konfliktmechanismen werden dabei maßgeblich durch Integrationsniveau der psychischen Struktur moderiert, was gegebenenfalls zusätzliche spezifische Interventionen erfordert, die an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.

Bindungsstörung

In Gestaltung ihrer Beziehungen zeigen depressive Patienten charakteristische maladaptive Interaktionsmuster. Rudolf beschreibt prototypisch die depressive Symptombildung im Beziehungskontext als „depressiven Grundkonflikt“ (Rudolf 2003): Der depressiv strukturierte Patient hat eine große Sehnsucht nach positiven Beziehungen. In der Hoffnung auf ein gütiges, gerechtes und versorgendes Gegenüber stellt er dabei seine eigenen Bedürfnisse zurück. Vielmehr noch versucht er die Erwartungen des Gegenübers zu erspüren und zu erfüllen und macht somit das Angebot einer harmonischen und gänzlich unaggressiven Beziehung. Eine positive Reaktion des idealisierten Gegenübers wird einerseits erhofft, andererseits wird gleichzeitig die zentrale pathogene Überzeugung mobilisiert, auch in dieser Beziehung wieder enttäuscht zu werden. Dies führt zu einer höchst ambivalenten Reaktion, bei der neben einem übergroßen Wunsch nach Beziehung gleichzeitig auch eine unterdrückte Wut besteht, die zur Abwertung des Beziehungsangebotes führt („Was er will, das kriegt er nicht und was er kriegt, das will er nicht“). So reicht ein alleiniges, bedingungslos freundliches Kontaktverhalten nicht aus, wenn die unterschwellig vorhandene

30. Kommunikation mit depressiven Patienten

Aggression nicht gleichzeitig auch reflektiert werden kann. Oftmals ist dieses dysfunktionale Interaktionsmuster auch in der Patient-Arzt-Beziehung wahrnehmbar und kann hier direkt untersucht und behandelt werden. Dabei gilt es die Ambivalenz zu bearbeiten, die verzerrten Objektwahrnehmungen zu korrigieren und dem resultierenden Rückzug von den Objekten entgegenzusteuern („Isolation verstärkt Depression“). Stellen Sie jedoch die Idealisierungen nicht zu früh infrage und sprechen Sie die abgewehrte Aggression nicht zu früh an. Letztlich ist es entscheidend, dass der Patient die Sicherheit erfährt, dass es wichtige Andere gibt, an die er sich wenden kann, ohne dass er durch aggressive Regungen einen Beziehungsabbruch befürchten muss.

Box 30.5 Kommunikation in der Postakutphase

- Aktive, zugewandte und interessierte Haltung
- Wahrnehmung und Differenzierung von Gefühlen
- Mitteilung und Ausdruck von Gefühlen
- Auslösende Situationen erkunden
- Konflikte identifizieren und bearbeiten
- Bewältigungsstrategien identifizieren und bearbeiten
- Selbstwert stärken
- Selbstfürsorge fördern
- Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen
- Negative Überzeugungen bearbeiten
- Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung reflektieren

30.2.3 Umgang mit Suizidalität

Suizidalität (*neulateinisch*: sui = sich selbst, caedere = brechen, fällen, töten) ist ein häufiges Symptom im Rahmen depressiver Störungen und schwere depressive Störungen sind die häufigste Ursache für vollzogene Suizide. Es empfiehlt sich, grundsätzlich bei jedem depressiven Patienten mit dem Auftreten von suizidalen Krisen zu rechnen und routinemäßig eine Abschätzung der gegenwärtigen Suizidalität vorzunehmen. Zur Abschätzung der gegenwärtigen Suizidalität ist dabei die offene Thematisierung mit direkten, ernst- und teilnehmenden Fragen nach Suizidphantasien, bis hin zu drängenden suizidalen Handlungsimpulsen, unerlässlich. Für eine Beurteilung der gegenwärtigen Selbstgefähr-

dition ist es wichtig zu klären, ob der Patient Rückhaltegründe benennen kann. Fragen nach bindenden, den Patienten im Leben haltenden und am Suizid hindernden äußeren (z. B. Familie, Kinder, Partner, religiöse Bindung) und inneren Faktoren (z. B. Hoffnung und Vertrauen, frühere Erfahrungen von Krisenbewältigung, Zukunftsperspektive). Je mehr bindende Faktoren genannt werden können, je mehr Gründe Patienten finden, die für das Leben sprechen, desto unwahrscheinlicher ist es, dass sie ihren Suizidgedanken entsprechend handeln.

Box 30.6 Abklärung von Suizidalität

- „Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?“
- „Häufig?“
- „Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? D. h. mit anderen Worten: Haben sich Suizidgedanken aufgedrängt?“
- „Konnten Sie diese Gedanken bei Seite schieben?“
- „Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es tun würden?“
- „Haben Sie Vorbereitungen getroffen?“
- „Umgekehrt: Gibt es etwas, was Sie davon abhält?“
- „Haben Sie schon mit jemandem über Ihre Suizidgedanken gesprochen?“
- „Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?“
- „Hat sich in Ihrer Familie oder Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?“

DGPPN 2015

Bei suizidgefährdeten depressiven Patienten sollte primär auf die Suizidalität fokussiert werden. Das kurzfristige Ziel bei akuter Suizidalität besteht dabei in intensiver Kontaktgestaltung zur aktiven unmittelbaren Unterstützung und Entlastung bis zum Abklingen der Krise. Eine tragfähige therapeutische Beziehung kann dabei per se suizidpräventiv wirken. Wesentliche Merkmale des Gesprächs- und Beziehungsangebots an suizidale Patienten sind: Raum und Zeit zur Verfügung stellen (Zuwendungsangebot), Sicherung eines emotionalen Zugangs und einer entsprechenden emotionalen Reaktion des Patienten und die beruhigende Versicherung, dass Hilfe möglich ist.

Box 30.7 Indikationen zur sofortigen Klinikeinweisung

- Unmittelbare suizidale Handlungsabsichten
- Fehlende Distanzierung nach stattgehabtem Suizidversuch
- Fehlender emotionaler Rapport („nicht im Kontakt sein“)
- Fehlende Absprachefähigkeit
- Aufgehobene Steuerungsfähigkeit
- Fehlen von verfügbaren Schutzpersonen

30.4 Weiterführende Hinweise

Vertiefendes Detailwissen zur Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung depressiver Patienten ist den Lehrbüchern der Psychosomatischen Medizin (v. Uexküll 2011, Rudolf, Henningsen 2013, Senf, Broda 2011), speziellen Monografien zur Psychodynamik und Psychotherapie der Depression (Schauenburg, Hofmann 2007, Will et al. 2008, Böker 2011) sowie entsprechenden Behandlungsmanualen (z. B. Taylor 2008, Steinert et al. 2016) und der kombinierten Behandlungs- und Versorgungsleitlinie zur unipolaren Depression (DGPPN et al. 2015) zu entnehmen.

Neben den hier genannten spezifischen Kommunikationstechniken mit depressiven Patienten sei auf die Beiträge zu den ärztlichen Schlüsselkompetenzen (§ 6) und Emotionen (§ 20) verwiesen.

31 Kommunikation bei Angststörungen

Franziska Geiser, Hendrik Vogt

31.1	Epidemiologie von Angsterkrankungen: Angsterkrankungen sind häufig	1603
31.2	Angsterkrankungen verstehen	1604
31.2.1	Realangst und Angsterkrankung	
31.2.2	Pathologische Angst: Erklärungsmodelle	
31.2.3	Gegenübertragung „Angst“	
31.2.4	Diagnosestellung	
31.2.5	Allgemeine kommunikative Aspekte	
31.3	Praxisbeispiele	1614
31.3.1	Der ängstliche Patient / der Patient mit generalisierter Angststörung	
31.3.2	Die Patientin mit Panikstörung	

Die Angst eines Seiltänzers: in wessen Netz er fallen könnte.

Stanislas Jerzy Lec

Abstract: In diesem Kapitel werden die kommunikativen Herausforderungen, die sich aus dem Umgang mit Patienten mit Angsterkrankungen ergeben, besprochen. Die Bedeutung dieses Themas für den klinischen Alltag ergibt sich schon aus der Häufigkeit der Störung (§ 31.1). Hilfreich ist es, auch bei scheinbar unbegründeten, pathologischen Ängsten zu verstehen, dass diese durch „tiefere“ und biographisch durchaus nachvollziehbare Ängste genährt werden. Nur so kann das Bedürfnis des Patienten, mit seinen Befürchtungen ernst genommen zu werden, erfüllt werden. Dabei spielt auch die Wahrnehmung der eigenen Gefühle eine wichtige Rolle (§ 31.2). Anhand von Praxisbeispielen zeigen wir Wege auf, sich nicht gegen die Angst (und somit zwangsläufig

gegen den Patienten) zu stellen, sondern mit dem Patienten gemeinsam eine die Angst akzeptierende Lösung für die Situation zu finden (§ 31.3).

31.1 Epidemiologie von Angsterkrankungen: Angsterkrankungen sind häufig

Angsterkrankungen stellen die häufigste Gruppe aller psychischen Störungen dar. Eine durch das Robert Koch-Institut durchgeführte Studie (RKI 2013) ergab, dass innerhalb eines Jahres bei insgesamt 16% der deutschen Gesamtbevölkerung zeitweise oder dauerhaft die Kriterien einer Angststörung erfüllt waren. Jeder klinisch tätige Arzt wird deshalb in seinem Berufsalltag Patienten mit einer Angststörung begegnen. Unter den Patienten einer Hausarztpraxis oder einer klinischen Notaufnahme liegt die Gesamtprävalenz für Angststörungen bei ca. 19,5% (Kroenke et al. 2007)

Angstpatienten stellen sich häufig zunächst mit körperlichen Symptomen beim Arzt vor. So führen die als sehr bedrohlich erlebten körperlichen Symptome einer Panikstörung Patienten oft in allgemeine oder kardiologische Notaufnahmen. Es bedarf dann einer guten Kommunikation zwischen Arzt und Patient, um die Symptome richtig einzuordnen, die Diagnose korrekt zu stellen und überzeugend zu vermitteln sowie den Patienten zu einer adäquaten Therapie zu motivieren. In einer kanadischen Studie konnte gezeigt werden, dass die Anzahl der fehlerhaften oder fehlenden Diagnosen von Angsterkrankungen erschreckend hoch ist (zwischen 71% bei der generalisierten Angststörung bis zu 98% für die soziale Phobie) (Vermani et al. 2011)

Angststörungen können aber auch außerhalb der Notfallambulanz die alltäglichen Behandlungsabläufe stören, insbesondere dann, wenn der Arzt die komorbide Angsterkrankung nicht erkannt und angesprochen hat. So kann ein Patient mit einer Panikstörung, der wegen Schlafstörungen vorübergehend ein Benzodiazepin verordnet bekam, dieses auch zur Angstreduktion einsetzen und eine Abhängigkeit entwickeln. Eine Patientin mit einer Agoraphobie nimmt den dringend empfohlenen Facharzttermin deshalb nicht wahr, weil sie sich davor fürchtet, unbekannte Strecken mit dem Auto zu fahren. Ein Patient mit einer generalisierten Angststörung lässt sich vor einem geplanten Eingriff nicht beruhigen, obwohl er einfühlsam aufgeklärt wurde. Eine Patientin mit einer Klaustrophobie verweigert das nötige MRT, weil sie die Enge in

Panik versetzt. Ein Patient mit einer Spritzenphobie spricht diese nicht an, fällt aber bei der Blutentnahme in Ohnmacht.

Wie können Sie als Arzt/Ärztin die Kommunikation so gestalten, dass Sie eine Angststörung möglichst erkennen und mit dem Patienten in schwierigen Situationen zu guten Lösungswegen kommen?

31.2 Angsterkrankungen verstehen

Box 31.1 Patientenbeispiel 1.1

Sie kommen als Stationsärztin einer internistischen Normalstation zu einem Patienten ins Zimmer, um ihn über eine Gastroskopie aufzuklären. Sie bemerken, dass der Patient sehr genau aufpasst, sich die verschiedenen Details genau erklären lässt und immer wieder Nachfragen zu den erwähnten Komplikationen hat. Darüber hinaus deutet er immer wieder an, überhaupt nicht zuversichtlich zu sein, es könne ja „alles Mögliche passieren“, und fragt nach Alternativen zur Behandlung und ob „Abwarten“ nicht auch ginge. Als Sie am Ende des Aufklärungsgesprächs fragen, ob es noch offene Fragen gebe, erwähnt der Patient, dass er Angst davor habe, dass Sie bei der Gastroskopie „aus Versehen die falsche Röhre erwischen“ und er dann „keine Luft mehr bekäme“. Sie versichern, dass dies bei einem erfahrenen Internisten nicht passiere, und selbst wenn, dies dann sofort bemerkt und korrigiert würde. Dies hört der Patient, aber beruhigen kann er sich nicht. Nachfolgend möchte er wissen, was denn eigentlich passiere, wenn während der Gastroskopie der Untersucher selber krank würde und z. B. einen Herzinfarkt bekäme – wer kümmere sich dann um ihn? Schon leicht genervt versichern Sie, dass solche Zwischenfälle vielleicht nicht ausgeschlossen wären, aber doch sehr unrealistisch, die Gastroskopie ja an sich ungefährlich sei und genügend Personal anwesend sei, welches verhindern werde, dass (ihm) etwas Schwerwiegendes zustoße. Sie fühlen sich zunehmend ärgerlich, weil Sie das Gefühl haben, dass der Patient Ihnen nicht vertrauen will, und weil dieses Gespräch schon länger dauert als geplant. Am Ende des Aufklärungsgesprächs weigert sich der Patient zu unterschreiben, da das „bei so vielen Risiken ja mehr ein Himmelfahrtskommando als alles andere ist“. Und außerdem würde er ja schon gerne noch mit dem zuständigen Oberarzt sprechen, vielleicht habe dieser ja „etwas mehr Erfahrung“ und könne ihm „seine Angst nehmen“.

Aus dieser Situation (Box 31.1) gehen wahrscheinlich sowohl Sie als Stationsärztin als auch der Patient unbefriedigt und unverstanden heraus. Um einen Zugang zum Patienten zu bekommen, stellt sich für Sie zunächst die Herausforderung, den Patienten, seine Situation und seine Ängste nachzuvollziehen. Erst dadurch können Sie eine gemeinsame Gesprächsebene finden und anschließend auch fachliche Information vermitteln. Deshalb sollen anhand dieses Fallbeispiels die generellen Mechanismen, Kennzeichen und Abgrenzungen von Angst und Angsterkrankungen erläutert werden.

31.2.1 Realangst und Angsterkrankung

Zunächst einmal ist es wichtig, zwischen dem allgemeinen Begriff der ‚Angst‘ und der ‚pathologischen Angst‘ zu unterscheiden. Angst gehört zu den Grundgefühlen eines jeden Menschen und hat eine biologisch sinnvolle Funktion, indem wir mögliche Gefahren erkennen (beispielsweise einen auf uns zufahrenden LKW) und wir ggf. Gegenmaßnahmen (von der Straße springen) einleiten können. Davon zu unterscheiden ist die pathologische Angst, bei der es zu „übertriebenen, unrealistischen (...) Reaktionen“ kommt, die aber „meist eine natürliche Basis hat“ (Bandelow 2014). Beides können Sie auch im obigen Fallbeispiel wiederfinden: Die grundsätzliche Angst, die Kontrolle abzugeben (Narkose) oder Angst vor (Nach-)Blutungen sind nachvollziehbar und realistisch. Wohingegen die Ängste, durch eine Ungeschicktheit des Behandlers „aus Versehen“ zu ersticken oder „vergessen“ zu werden, wenn der Behandler selber krank wird, sicherlich als weniger nachvollziehbar und unrealistisch bezeichnet werden können. Dennoch haben auch sie eine Grundlage, die zu verstehen Ihnen weiterhelfen wird.

31.2.2 Pathologische Angst: Erklärungsmodelle

Zur Entstehung von pathologischer Angst gibt es aus der Psychotherapie zwei zentrale Erklärungsmodelle, das psychodynamische Modell und das verhaltenstheoretische Modell, auf die hier kurz eingegangen werden soll.

Das *psychodynamische Entstehungsmodell* der Angst geht von der Vorstellung aus, dass es innerhalb eines jeden Individuums fortwährende intrapsychische Konflikte gibt, die durch die Lebensgeschichte

geprägt sind. Beispiel für einen solchen Konflikt ist der Wunsch nach Versorgung durch die Eltern einerseits und der Wunsch nach Unabhängigkeit andererseits. Dieser wird gut gelöst, wenn das Kind sich von den Eltern beschützt fühlt, aber auch die Erfahrung macht, dass es manchmal seinen eigenen Willen durchsetzen und sich von den Eltern entfernen darf. Ungelöst bleibt der Konflikt, wenn ein ausgewogenes Ausprobieren beider Seiten nicht möglich ist, z. B. weil die Eltern das Kind vernachlässigen oder schlagen, oder weil sie überbehütend oder übermäßig restriktiv sind. Die vorläufige Lösung ist dann, sich entweder nur auf die Seite des Versorgtwerdens oder nur auf die Seite der Autonomie zu begeben, der Patient wird z. B. extrem abhängig von anderen („ich traue mir nichts zu, ich brauche andere und fürchte, verlassen zu werden“) oder ausgesprochen autonom („ich mache alles selbst, weil ich fürchte, eingeengt oder enttäuscht zu werden“). Unbewusst bleiben aber sowohl die Sehnsucht nach der nicht gelebten Seite wie auch die Angst davor bestehen. Dies gelingt so lange relativ problemlos, bis, meist in einer Belastungssituation, auch die nicht gelebte Seite des Konflikts angesprochen wird. So kann ein sehr abhängiger Mensch zwar das Bedürfnis haben, gegenüber einem Arzt auch eigene Wünsche zu formulieren oder eigene Entscheidungen zu treffen, dieses Bedürfnis weckt aber die Phantasie, dann abgelehnt oder schlecht versorgt zu werden. Andererseits kann bei einer körperlichen Erkrankung die Sehnsucht wachsen, von anderen unterstützt und getröstet zu werden, was wiederum der autonome Mensch schwer formulieren kann aus Angst, dann die Kontrolle zu verlieren.

Im obigen Fallbeispiel spürt der Patient nur, dass die Situation ihm anhaltendes und ansteigendes Unbehagen verursacht. Unbewusste Ursache dafür ist, dass er Kontrolle aufgeben und sich in einer unsicheren Situation anderen anvertrauen muss. Dies ist zwar für jeden Patienten ein schwieriger Schritt, aufgrund seiner Biographie (s. u.) ist dies für den beschriebenen Patienten aber eine besonders bedrohliche Situation. Bewusst erlebt er das als das Gefühl, dass die Narkose nicht wirklich sicher sei, und dass die Ärztin es nicht schafft, ihn zu beruhigen. Zusätzliche Sachinformation ändert allerdings nicht viel an seinem Grundgefühl. Dies wiederum macht irgendwann die Ärztin ärgerlich, die dies als Angriff auf ihre Kompetenz erlebt.

Das *verhaltenstheoretische Modell* sieht als Ursache der Symptome eine Konditionierung von Symptomen, d. h. die Verknüpfung von Angst mit bestimmten Situationsbedingungen, und dysfunktionale, d. h. übertriebene oder unrealistische Angstkognitionen. Auch diese wurden im

31. Kommunikation bei Angststörungen

Laufe der Lebensgeschichte erworben. Gewalterfahrungen in der Kindheit können dazu führen, dass das Aufgeben von Kontrolle mit physiologischen Angstreaktionen verknüpft ist. Sie können außerdem die Überzeugung prägen, dass immer dann etwas Gefährliches passiert, wenn ich nicht gut genug aufpasse. Eine überängstliche Erziehung kann zur habituellen Überbetonung von Gefahren führen. Sie erschwert zudem die Entwicklung einer Selbstwirksamkeitsüberzeugung, d. h. dem Grundvertrauen, dass ich selbst erfolgreich den Lauf der Dinge beeinflussen kann. Häufige Kennzeichen einer Angststörung sind kognitive Fehler wie katastrophisierendes Denken (d. h. es wird nur der schlechteste aller möglichen Ausgänge angenommen ohne Rücksicht auf Wahrscheinlichkeiten), eine Überbewertung physiologischer Körpervorgänge, die durch die Angst ausgelöst wurden, als gefährlich, und eine hohe Tendenz zur Vermeidung angstauslösender Situationen anstelle einer aktiven Problembewältigung.

Box 31.2 Patientenbeispiel 1.2

Auf Nachfragen berichtet der Patient zögernd, dass vor zwei Jahren bei seiner Tochter nach einer Mandeloperation eine Nachblutung im Aufwachraum erst spät bemerkt worden sei. Er habe nur durch die Scheibe zusehen können, wie sich die Ärzte um das Kind bemühten. Er habe sich extrem panisch und hilflos gefühlt. Seither sei sein Vertrauen in Ärzte erschüttert, obwohl er nicht sicher sei, ob damals etwas falsch gemacht wurde.

Die biographische Anamnese ergibt, dass der Vater des Patienten die Familie früh verlassen habe. Der Patient sei deshalb wichtigste Bezugsperson der Mutter gewesen, die sehr ängstlich und überprotektiv gewesen sei. Er habe sich schon als Kind seinerseits viel um sie gekümmert und Verantwortung für sie übernommen. Er sei bis heute sehr bemüht, alles richtig zu machen und könne nur schwer Dinge anderen überlassen. Er sei schon immer ein eher vorsichtiger Mensch gewesen, erst seit der Operation der Tochter vermeide er aber Arztbesuche und Krankenhäuser. Der jetzigen Untersuchung habe er nur auf Drängen seines Hausarztes zugestimmt.

Sowohl Patient wie auch Ärztin scheitern dann daran, seine Ängste zu mindern, da sie nur die aktuellen äußeren Bedingungen und nicht auch die emotionale Grundlage der Angst ansprechen. Unabhängig vom Erklärungsmodell ist es wichtig, zu verstehen, dass bei pathologischen

Ängsten die aktuell wahrzunehmende (ausgesprochenen oder unausgesprochene) Angst sich nicht nur auf die jetzige Situation bezieht, sondern ein Auslöser ist für eine tieferliegende Angstbereitschaft, welche wiederum durch frühere Erfahrungen geprägt wurde. Dies führt häufig dazu, dass logisches Argumentieren oder das Anführen von medizinischem Fachwissen den Patienten nur bedingt (oder gar nicht) beruhigt. Der Patient wünscht sich nichts mehr als eine Beruhigung seiner Ängste, ist aber so „gestrickt“, dass er diese, so irrational sie erscheinen mögen, nicht überwinden kann. Gleichzeitig schämt er sich, solche Angst zu haben. Entweder er passt sich dann scheinbar an, geht aber in die Vermeidung – erscheint z. B. wiederholt nicht zum vereinbarten Untersuchungstermin. Oder er versucht, die Scham zu bewältigen, indem er seinem Gegenüber vorwirft, nicht fürsorglich genug zu sein. Beides führt über kurz oder lang zu einer gravierenden Störung der Arzt-Patient-Beziehung.

Sie werden nicht immer Zeit haben für eine komplette biographische Anamnese. Gerade in der Akutsituation sind Sie einer Lösung schon näher, wenn Sie prinzipiell akzeptieren, dass die Angst des Patienten begründet ist. Eine ehemalige Doktorandin von uns, die heute als Chirurgin arbeitet, schilderte es aber so: „Beim ersten Kontakt nehme ich mir etwas mehr Zeit fürs Zuhören und freue mich, wenn ich mehr von den Lebensgeschichten erfahre. Danach ist jeder Kurzkontakt herzlicher – und die Patienten lieben mich!“

31.2.3 Gegenübertragung „Angst“

Eine weitere Herausforderung, die sich im Umgang mit „Angstpatienten“ ergibt, ist die Ihrer Gegenübertragung. Als Gegenübertragung bezeichnet man das Gefühl, das in Ihnen durch den Umgang mit dem Gegenüber ausgelöst wird. Dabei kann es sich um ein Gefühl handeln was als komplementäre Reaktion auf das Verhalten des Patienten entsteht, oder aber ein Gefühl sein, welches der Patient selbst verspürt und an Sie „weitergibt“. Vermutlich reagieren Sie auf die Angst des Patienten zunächst mit Fürsorge. Das ist gut, solange es nicht in eine zu hohe Identifikation mit dem Patienten einmündet (problematisch wäre: „ich muss und werde diesen Patienten retten“). Wenn Fürsorge wenig fruchtet, beginnen Sie, sich ebenfalls hilflos zu fühlen, und die Fürsorge kann schnell in Ärger umschlagen (weil der Patient Ihre Fachkenntnisse und Bemühungen „missachtet“). Eine andere häufige Möglichkeit ist, dass

31. Kommunikation bei Angststörungen

Sie ebenfalls beginnen, Unsicherheit oder Angst zu verspüren (z. B. fühlen Sie sich von dem Patienten in Ihrer Arztrolle überfordert und verunsichert und wünschen sich, dass jemand anders für diesen Patienten zuständig wäre). Im ersten Fall wäre eine typische Reaktion, den Patienten als ‚schwierigen Patienten‘ einzustufen und sich mit den Kollegen zusammen über diesen aufzuregen. Wenn der Patient Ihren Ärger und die von ihm befürchtete Ablehnung spürt, kann die Arzt-Patienten-Beziehung dauerhaft beschädigt sein. Im Fall der „übernommenen“ Angst kann die Sache noch etwas komplexer werden, weil Ihr persönlicher Umgang mit dem Gefühl Angst relevant wird. Niemand nimmt eigene Ängste und Unsicherheiten gerne in sich wahr – gerade im stressigen beruflichen Alltag als Arzt/Ärztin ist es daher häufig einfacher, die Angst abzuwehren, als sich mit ihr auseinanderzusetzen. In der Konsequenz, die Angst „wegmachen zu wollen“, kann es dann z. B. passieren, dass Sie den angstauslösenden Faktor (=den Patienten) ignorieren, nicht mehr so häufig in sein Zimmer gehen, nicht weiter auf seine Ängste eingehen oder ihn im schlimmsten Fall mit Tranquilizern „ruhigstellen“.

Versuchen Sie daher die Gefühle, die der Patient in Ihnen auslöst, ehrlich wahrzunehmen. Machen Sie sich klar, dass Angst in jeder Kommunikation beim Gegenüber ebenfalls Gefühle auslöst (z. B. Fürsorge, Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Ärger, Angst oder Unsicherheit). Dies ist normal und kein Problem, wenn Sie zwischen Ihr Fühlen und Ihr Handeln eine Pause einlegen und sich bewusst entscheiden, ob Sie nach Ihrem Gefühl handeln wollen oder nicht. Bei starken Gegenübertragungsgefühlen ist es besser, sich von diesen nicht leiten zu lassen, sondern (idealerweise im Gespräch mit anderen) diese zu verstehen, zu „lüften“ und ausklingen zu lassen.

31.2.4 Diagnosestellung

Die Diagnose einer Angsterkrankung und die weitere Spezifizierung, welche Angsterkrankung vorliegt, wird aus der Anamnese sowie ggf. differenzialdiagnostischen (somatischen) Untersuchungen gestellt. Eine detaillierte Beschreibung der verschiedenen Krankheitsbilder würde den Umfang dieses Buches überschreiten, so dass wir auf entsprechende Fachliteratur aus dem Bereich der Psychosomatischen Medizin und der Psychiatrie sowie auf die S3-Leitlinie „Behandlung von Angststörungen“

verweisen (Bandelow et al. 2013). Eine Kurzzusammenfassung der wichtigsten Krankheitsbilder zeigt Box 31.3.

Box 31.3 Wichtige Angststörungen im Überblick, modifiziert/gekürzt nach ICD10

Panikstörung

Wiederkehrende schwere Angstattacken mit plötzlich auftretendem Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen. Oft entsteht sekundär auch die Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden.

Generalisierte Angststörung

Generalisierte und anhaltende, nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkte Angst und Besorgtheit ("frei flottierend"). Die Symptome sind variabel, Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden gehören zu diesem Bild. Häufig wird die Befürchtung geäußert, der Patient selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder einen Unfall haben.

Soziale Phobie

Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen, die zu Vermeidung sozialer Situationen führt. Umfassendere soziale Phobien sind in der Regel mit niedrigem Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden. Sie können sich in Beschwerden wie Erröten, Händezittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen äußern. Dabei meint die betreffende Person manchmal, dass eine dieser sekundären Manifestationen der Angst das primäre Problem darstellt. Die Symptome können sich bis zu Panikattacken steigern.

Spezifische Phobie

Phobien, die auf eng umschriebene Situationen wie Nähe von bestimmten Tieren, Höhen, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, Urinieren auf öffentlichen Toiletten, Genuss bestimmter Speisen, Zahnarztbesuch oder auf den Anblick von Blut oder Verletzungen beschränkt sind. Obwohl die auslösende Situation streng begrenzt ist, kann sie Panikzustände wie bei Agoraphobie oder sozialer Phobie hervorrufen.

31.2.5 Allgemeine kommunikative Aspekte

Aus dem bisher Erläuterten ergeben sich folgende Grundlagen für die Kommunikation mit sehr ängstlichen Patienten:

- Wie für alle Situationen, in denen Emotionen eine Rolle spielen, gilt das Prinzip des verstehenden Zuhörens: Benennen Sie das Gefühl, das Sie beim Patienten wahrnehmen („*Die Untersuchung löst bei Ihnen Angst aus.*“ „*Sie wirken auf mich gerade sehr unsicher.*“). Lassen Sie dem Patienten danach Zeit zu antworten. Er wird darauf reagieren, indem er Ihnen mehr von sich erzählt. Ermutigen Sie ihn zum Weiterreden, indem Sie wieder mit verstehendem Zuhören reagieren (Benennen des ausgedrückten Gefühls).
- Hinter aggressivem Auftreten steht oft Angst. Hier ist verstehendes Zuhören besonders hilfreich.
- Dass Sie die Position des Patienten benennen und verstehen, bedeutet nicht, dass Sie ihm zustimmen – aber widersprechen Sie nicht im ersten Schritt („*Sie glauben, dass diese Untersuchung nicht sicher ist.*“). Wenn Sie sich erst einmal auf die Seite des Patienten stellen, wird er eher bereit sein, später auch Ihre Perspektive zu akzeptieren.
- Das verstehende Zuhören hilft dem Patienten, sich selbst über seine Gefühle klarer zu werden, und festigt die Arzt-Patient-Beziehung. Das ist die wichtigste Grundlage für eine gelingende Kommunikation.
- Fragen Sie im zweiten Schritt nach: wovor hat der Patient am meisten Angst? Was befürchtet er, was passieren könnte? Was würde ihm mehr Sicherheit geben?
- Erst im dritten Schritt ist es angebracht, dem Patienten fachliche Information zu geben.
- Die angestrebte Lösung ist nicht, dass die Angst verschwindet. Die angestrebte Lösung ist, dass der Patient und Sie nötige und wichtige Schritte in Diagnostik und Behandlung unternehmen können, auch wenn er Angst hat. Erkennen Sie die Angst an und suchen Sie in diesem Sinne mit dem Patienten zusammen nach Möglichkeiten.
- Achten Sie auf Ihre Gegenübertragungsgefühle. Wenn diese stark sind, lehnen Sie sich im Geiste zurück und verlangsamten Sie das Tempo des Gesprächs. Vermitteln Sie, dass Sie den Patienten mit

seinen Ängsten aushalten können, auch wenn es noch keine einfache Lösung gibt.

Um Angststörungen zu erkennen, sind weitere Schritte notwendig:

- Fragen Sie den Patienten, ob er Ängste auch aus anderen Situationen kennt.
- Screeningfragen sind:
 - *Haben Sie manchmal plötzliche Zustände von starker körperlicher Erregung oder Angst?*
 - *Gibt es Dinge oder Situationen im Alltag, die Sie vermeiden, weil Sie befürchten, Angst zu bekommen (z. B. Menschenmengen, Kaufhäuser, Bus fahren)?*
 - *Machen Sie sich ständig Sorgen um alles Mögliche?*
 - *Gehört es zu Ihren schlimmsten Befürchtungen, sich in Gruppen zu blamieren oder negativ beurteilt zu werden?*
 - *Gibt es Situationen, die Ihnen besonders Angst machen (z. B. Tiere, Höhen, enge Räume)?*
- Falls der Patient eine Frage bejaht, explorieren Sie die Störung weiter. Denken Sie daran, dass eine Angststörung selten allein kommt: oft bestehen parallel mehrere Angststörungen oder eine Depression.
- Achten Sie auf vegetative körperliche Symptome, die ein Hinweis auf eine Angststörung sein könnten.
- Wenn ein Patient sagt, dass er keine Angst habe, sondern nur unerklärliche Körpersymptome, dann nehmen Sie das zunächst so an. Manche Patienten haben in der Kindheit gelernt, keine Angst zu zeigen, und nehmen auch selbst nur noch die körperlichen Phänomene davon wahr.
- Der Patient schämt sich bereits für seine „unnötigen“ Ängste. Vermeiden Sie, ihn weiter zu beschämen. Normalisieren Sie seine Gefühle, indem Sie vermitteln, dass viele Menschen „unrealistische“ Ängste haben.
- Hilfreich ist, Patienten mit einer Angststörung ein psychophysiologisches Erklärungsmodell anzubieten. Das kann so lauten wie in Box 31.4:

Box 31.4 Psychophysiologisches Erklärungsmodell

„Die Biologie hat uns mit einem gut funktionierenden Angstsystem ausgestattet, damit wir bei Gefahren kämpfen oder flüchten können. Dieses springt bei jeder Form von wahrgenommener Bedrohung an. Es erhöht den Herzschlag, die Atmung und die Muskelspannung, damit viel Sauerstoff zu den Muskeln kommt und wir schnell laufen können. Durch die schnellere Atmung wird viel CO₂ abgeatmet, dabei kann ein Gefühl von Luftnot entstehen und es kann zu Schwindel und Kribbeln kommen. Dabei ist aber immer mehr als genug Sauerstoff im Körper. Die von Ihnen geschilderten Symptome lassen sich alle durch diese Angstreaktion erklären. Diese ist ungefährlich, man kann an Angst nicht sterben. Wenn jemand ein empfindliches Angstsystem hat, tritt diese Angstreaktion schneller auf. Dann können auch an sich ungefährliche Situationen Angst auslösen. Ein Angstsystem kann schon genetisch empfindlicher sein, oder durch negative Erfahrungen in der Kindheit oder im späteren Leben empfindlicher werden. Die Angstreaktion läuft sehr schnell ab, damit wir rasch reagieren. Das bedeutet, dass wir in der Situation die Angst oft nur schwer beeinflussen können. Es ist aber möglich, langfristig die Empfindlichkeit wieder zu reduzieren, z. B. durch Psychotherapie oder durch Medikamente.“

- Therapieoptionen für Angststörungen sind in der Leitlinie gut beschrieben. Es werden Psychotherapie oder Pharmakotherapie empfohlen.
- Wenn Sie eine Psychotherapie empfehlen, erläutern Sie dem Patienten auch, wie er konkret vorgehen soll (Adressen suchen z. B. über die Therapeutensuchfunktionen im Internet von Ärztekammer oder Kassenärztlicher Vereinigung, mehrere Psychotherapeuten anrufen, mit Wartezeiten von Wochen bis Monaten rechnen, Erstgespräche vereinbaren), ermutigen Sie den Patienten, bei der Therapeutensuche beharrlich zu sein, und vereinbaren Sie einen Termin in vier Wochen, an dem Sie besprechen, ob er Erfolg hatte.
- Die Versuchung ist groß, das Problem durch die Gabe eines Benzodiazepins zu „lösen“. Damit haben Sie sich selbst entlastet, leisten dem Patienten aber evtl. einen Bärendienst. Die Gabe eines Benzodiazepins ist auch im akuten Angstanfall in der Regel unnötig und vermittelt dem Patienten, dass nur ein Medikament hilft; langfristig besteht eine hohe Gefahr der (dann iatrogenen)

psychischen und physischen Abhängigkeitsentwicklung. Deshalb sollen Benzodiazepine nur in besonderen Ausnahmesituationen, z. B. bei Patienten mit ausgeprägter Herzerkrankung oder bei Suizidalität, gegeben werden. Akzeptabel sind Benzodiazepine, wenn die Angstsituation konkret und einmalig sein wird, z. B. vor einer OP oder invasiven Maßnahme oder für eine MRT-Untersuchung.

31.3 Praxisbeispiele

31.3.1 Der ängstliche Patient / der Patient mit generalisierter Angststörung

Kommen wir auf das Fallbeispiel aus Box 31.1/2 zurück. Dieses könnte sich auf jeder internistischen Normalstation eines Krankenhauses so oder ähnlich abspielen. Der Patient gibt Ihnen darin ganz klar zu erkennen, dass er Angst hat, einerseits Angst aus nachvollziehbaren Gründen (= Realängste vor regelhaften Komplikationen einer Gastroskopie) und darüber hinaus Angst vor unrealistischen Komplikationen (Ersticken durch fehlerhaftes Verwenden der Trachea, Angst vor einem Herzinfarkt des Behandlers während der Gastroskopie). Er erwartet von Ihnen in Ihrer Rolle als Arzt eine Linderung dieser Angst. Der Patient nimmt dabei die Unterscheidung zwischen Realangst und pathologischer Angst nicht wahr und hält beides für gleich wichtig.

Aufgrund des sich darbietenden Mischbildes von Realangst und pathologischer Angst können Sie an dem Patientenauftrag („nimm mir die Angst“) nur scheitern, wenn Sie versuchen, dies rein über logisches Denken und medizinisches Fachwissen zu lösen. Die pathologischen Ängste sind in dieser Situation durch Sie nicht auflösbar. Angstlindernd ist hier in erster Linie, wenn der Patient das Gefühl hat, bei Ihnen gut aufgehoben zu sein. Das erreichen Sie nicht verbal-kognitiv durch Sachinformation, sondern durch einen empathisch-verstehenden Gesprächsstil. Schalten Sie deshalb immer dann, wenn Sie spüren, dass die Emotionen im Vordergrund stehen, vom Erklären aufs verstehende Zuhören, und zwar so lange, bis Sie die Emotion des Patienten wirklich erfasst haben (s. u.). Gelingt Ihnen das, dann fühlt sich der Patient ernst genommen und angenommen, und er verspürt möglicherweise ein Stück der Sicherheit, die ihm (intrinsisch, also aus sich heraus) auf-

31. Kommunikation bei Angststörungen

grund der (Belastungs-)Situation fehlt. Bitten Sie dann um Erlaubnis, ihm weitere Erläuterungen geben zu dürfen. Falls der Patient auf seiner Angst beharrt, zeigen Sie erneut Verständnis und fragen Sie, ob es eine Möglichkeit für ihn gäbe, trotz seiner Angst mit der Information, die er jetzt hat, sein Einverständnis für nötige Schritte zu geben. Fragen Sie, was ihm dabei helfen könnte. Im optimalen Fall können Sie so genügend Vertrauen aufbauen, dass der Patient die Möglichkeit sieht, seine Ängste auszuhalten und sich Ihnen und Ihren Kollegen trotz Angst anzuvertrauen.

Box 31.5 Patientenbeispiel 1.3

Ärztin: „Wenn Sie sagen, dass bei einer Gastroskopie alles Mögliche passieren kann, was meinen Sie dann damit?“

Patient: „Naja, man hört ja so viel. Zum Beispiel, dass der Schlauch nicht in die Speiseröhre geschoben wird, sondern in die Luftröhre.“

Ärztin (widerspricht ihm nicht, sondern antwortet erst verstehend): „Sie haben die Vorstellung, dass der Gastroskopieschlauch versehentlich in die Luftröhre geschoben werden könnte, und das macht Ihnen große Angst.“

Patient: „Ja, genau. Dann bekäme ich ja keine Luft mehr, aber wegen der Medikamente, die ich bekomme, könnte ich vielleicht gar nicht reagieren.“

Ärztin (bleibt beim Verstehen): „Sie haben das Gefühl, dass Sie Ihr Leben in die Hand der Ärzte legen und sich selbst nicht mehr schützen könnten, wenn etwas schiefginge.“

Patient: „Ja, das ist doch so! Ich weiß doch gar nicht, ob der Arzt das wirklich richtig kann.“

Ärztin (stellt sich auf die Seite des Patienten, bittet um seine Erlaubnis für Sachinformation): „Ja, dann kann ich verstehen, dass das für Sie eine sehr schwere Entscheidung ist. Sich so anzuvertrauen ist für viele Patienten nicht leicht. Ich würde Ihnen dazu gerne noch etwas mehr Informationen geben, ist das für Sie jetzt in Ordnung?“

Patient: „Ja, dafür sitzen wir doch hier!“

Ärztin (muss nun nicht gegen den Patienten argumentieren, sondern hat seine Einladung zur Erklärung): „An der Spitze des Schlauches befindet sich ja eine Kamera, die von Anfang an eingeschaltet ist. Der Arzt sieht also schon beim Einführen genau, wohin er den Schlauch schiebt. In die Luftröhre kann der Schlauch deshalb nicht geraten, die ist von außen wie von innen sehr gut von der Speiseröhre zu unterscheiden. Jeder Arzt kann das sehen. Dr. X ist ein sehr erfahrener Arzt, der bei uns alle Magenspiegelungen durchführt.“

Patient: „Ja, aber aus Versehen könnte das dann ja doch passieren.“

Ärztin (gerät nicht ins Streiten und wertet die Angst nicht ab): „Ich bin sicher, dass das nicht geschehen wird, aber ich höre, dass Sie große Angst haben. Gibt es etwas, was Ihnen helfen könnte, die Untersuchung trotz dieser Angst machen zu lassen?“

Patient: „Ich finde es schwierig, dass Sie mich hier aufklären, aber ich Dr. X noch gar nicht gesehen habe. Wenn ich morgen in den Untersuchungsraum geschoben werde ist mir das zu spät.“

Ärztin: „Sie möchten Dr. X. vorher kennenlernen, damit Sie mehr Vertrauen haben können?“

Patient: „Ja.“

Ärztin: „Gut. Jetzt gerade ist das aber leider nicht möglich, weil er bei den Untersuchungen ist. Gesetzlich ist es so, dass die Aufklärung 24 Stunden vor der Magenspiegelung geschehen muss. Damit wir das morgen früh durchführen können, müssten Sie also jetzt unterschreiben. Wir könnten das jetzt zusammen machen, und ich kann trotzdem organisieren, dass Dr. X. dann heute Abend nochmal kurz bei Ihnen vorbeikommt. Wenn Sie mit der Unterschrift aber bis heute Abend warten wollen, könnten wir die Untersuchung morgen nicht mehr durchführen, dann müssten wir einen neuen Termin vereinbaren. Was wäre Ihnen lieber?“ (Gibt dem Patienten eine Wahlmöglichkeit und damit ein Kontrollgefühl).

Patient: „Na, also jetzt bin ich schon mal hier, nochmal halte ich das nicht aus! Kann ich denn meine Unterschrift heute Abend zurückziehen, wenn ich nicht überzeugt bin?“

Ärztin: „Das können Sie ohnehin zu jeder Zeit. Natürlich wäre es uns lieber, wenn wir Ihre Zweifel so ausräumen können, dass Sie sich trotz Ihrer Angst bei uns aufgehoben fühlen. Sie können Dr. X heute Abend gerne noch offene Fragen stellen, er wird allerdings nach einem langen Tag nicht das ganze Aufklärungsgespräch wiederholen können. Aber es steht Ihnen jederzeit frei, die Untersuchung abzulehnen.“

Patient: „Gut. Dann unterschreibe ich jetzt, aber ich werde mich morgen nicht untersuchen lassen, wenn Dr. X heute Abend nicht kommt!“

Ärztin: „Gut. Ich gebe mein Bestes, damit wir das zusammen schaffen! Ich komme gegen vier Uhr nochmal bei Ihnen vorbei.“

Patient: „Ja, das würde mich freuen.“

Die Ärztin hat sich nicht verleiten lassen, sofort mit Gegenargumenten zu antworten, sondern hat vor allem aufmerksam und empathisch zugehört und die emotionale Seite des Problems benannt. Außerdem hat sie die Autonomie des Patienten anerkannt und ihm durch die Ankün-

31. Kommunikation bei Angststörungen

digung weiterer Kontakte Fürsorge zugesichert. Das hat dem Patienten geholfen, Vertrauen zu fassen.

Beim zweiten Kontakt könnte die Ärztin, wenn sie ein paar Minuten Zeit hat und zudem den Mut aufbringt, etwas für ihre Rolle Ungewöhnliches zu tun, dem Patienten noch eine Entspannungsübung anbieten, mit der er sich selbst beruhigen kann (Box 31.6).

Box 31.6 Entspannungsübung für Patienten im Krankenhaus

Folgende kurze Entspannungsübung können Sie Patienten anbieten – so sie sich darauf einlassen können, besteht außerdem die gute Möglichkeit für die Patienten, dies in Eigenverantwortung fortzuführen.

Entspannende Atemtechnik

- Prinzip: Langsamer und länger ausatmen als einatmen
- Wirkung durch: Beruhigung des vegetativen Nervensystems, Ablenkung von kreisenden Gedanken durch das Achten auf die Atmung
- Durchführung: Die Übung dauert wenige Minuten und kann im Sitzen, Liegen oder Stehen durchgeführt werden.
- Anleitung: Weisen Sie den Patienten an, dass es darauf ankommt, dass er langsam und lange ausatmet, dass also die Ausatmung deutlich länger ist als die Einatmung.
- Während der Patient einatmet, hebt man die Hand und zählt bis drei und während er ausatmet, senkt man die Hand und zählt bis fünf. (CAVE: Es ist wichtig, darauf zu achten, dass der Patient normal tief atmet und nicht hyperventiliert.)
- Sobald der Patient die Übung gut mitmachen kann, kann er aufgefordert werden, sie in seinem eigenen Tempo alleine fortzuführen und in Gedanken selber mitzuzählen. Man achtet darauf, dass weiterhin die Ausatmung länger ist als die Einatmung.
- Der Patient sollte diese Atemtechnik mehrmals täglich üben, um im Bedarfsfall (Anspannung/Angst, kreisende Gedanken, etc.) daran zu denken und sie sicher anwenden zu können.

31.3.2 Die Patientin mit Panikstörung

Box 31.6 Patientenbeispiel 2.1

In der zentralen Notaufnahme eines Krankenhauses der Maximalversorgung stellt sich eine junge Patientin (23 Jahre) vor. Bereits im Erstkontakt merken Sie die extreme Anspannung der Patientin, die sich unter anderem in ihren hektischen Erzählungen und der dramatischen Wortwahl widerspiegelt. Sie wäre heute mit ihrem Freund im Kaufhaus einkaufen gewesen, als sie plötzlich ein komisches Gefühl überkommen habe, ihr sei plötzlich ganz heiß geworden, dann wieder kalt. Sie habe angefangen zu schwitzen (obwohl es wegen der Klimaanlage eigentlich kalt in dem Kaufhaus gewesen sei). Sie habe schlecht Luft bekommen da sie ganz schnell hätte atmen müssen. Außerdem habe sie Druck auf der Brust verspürt und ihr sei schwindelig geworden. Ihr Herz habe ihr „bis zum Hals“ geschlagen, als wenn es gleich „aus der Brust springt“. Schwarz vor Augen sei ihr nicht geworden, aber sie habe große Angst davor gehabt, ohnmächtig zu werden oder gar zu sterben. In dem Kaufhaus hätte es ja auch schließlich niemanden gegeben, der ihr hätte helfen können! Daraufhin habe sie einen Rettungswagen rufen lassen, der sie hierhergebracht habe. Aktuell wären die körperlichen Symptome wieder weg, allerdings würde sie sich immer noch etwas unwohl fühlen. Etwas Ähnliches sei vor ca. 14 Tagen schon einmal aufgetreten, sie sei auch damals schon hier in der Notaufnahme gewesen.

Die weitere Anamnese (fokussiert auf klinische Notfalldiagnosen wie z. B. Myokardinfarkt, Lungenembolie etc.), sowie die durchgeführten klinischen wie laborchemischen Untersuchungen ergeben einen somatischen Normalbefund. Ein Blick in den Ambulanzbrief vor 14 Tagen verrät, dass damals eine ebenso blande Diagnostik erfolgt ist.

Dies ist ein klassisches Beispiel für eine Angststörung, welche Ihnen in der Notaufnahme begegnen kann. Die Patientin schließt (durchaus folgerichtig) aus den plötzlich aufgetretenen heftigen Symptomen und der damit einhergehenden Todesangst darauf, dass sie unter einer bedrohlichen körperlichen Störung leidet. Von Ihnen als Arzt erwartet sie die Reduktion der akuten Angst, indem Sie sie durch Ihre ärztliche Heilkunst vor dem Versterben retten und anschließend dafür sorgen werden, dass eine (somatische) Diagnose gestellt, eine Behandlung eingeleitet und weitere Anfälle verhindert werden (§ 32).

Meist hilft allein schon die Anwesenheit des Arztes, um die Angst rasch zu lindern („ein Retter ist da und tut was“). Häufig wird in dieser

31. Kommunikation bei Angststörungen

Situation vorschnell ein Benzodiazepin gegeben. Zwar klingt dadurch die Angst rasch ab, was auch für den Arzt bequemer ist, als im Kontakt zu bleiben und das natürliche Abflauen abzuwarten. Gleichzeitig lernt die Patientin aber daraus, dass die Attacke tatsächlich gefährlich und nur mit einem Medikament zu behandeln ist. Ihre Angst in Situationen, in denen keine unmittelbare medizinische Hilfe greifbar ist, wird deshalb weiter ansteigen. Zudem wird sie bei der nächsten Attacke nach Benzodiazepinen verlangen, möglichst auch schon prophylaktisch. Diese haben aber ein hohes Abhängigkeitspotenzial. So könnten Sie dann völlig unnötigerweise zu einer iatrogen verursachten Medikamentenabhängigkeit beitragen.

Natürlich ist es Ihre erste Aufgabe, mögliche akut bedrohliche körperliche Differentialdiagnosen auszuschließen (Bandelow et al. 2014). Dem werden Sie in der Notaufnahme schon aus juristischen Gründen kaum entgehen können. Wenn solche Untersuchungen aber zeitnah schon durchgeführt wurden, es keine anderen Hinweise auf eine neu aufgetretene Erkrankung gibt und die Symptomatik typisch ist für eine Panikattacke, müssen diese nicht unnötig wiederholt werden. Überflüssige apparative Diagnostik führt bei (allen) Angststörungen zu einer Verfestigung der Angst vor einer körperlichen Erkrankung („auch der Arzt glaubt eigentlich, dass mir körperlich etwas fehlt“), einer Verzögerung der adäquaten Therapie und unnötigen Kosten.

Kehren wir zurück zu unserem Beispiel. Aus Ihrem ärztlichen Verständnis erwarten Sie, dass die Mitteilung an die Patientin, dass alle Befunde unauffällig sind und deshalb alles in Ordnung sei, diese beruhigt. Das mag auch kurzfristig so sein. Nicht aufgelöst haben Sie aber den eklatanten Widerspruch zwischen der extrem ängstigenden Erfahrung der Patientin und Ihrer Aussage, es sei nichts Besorgniserregendes zu finden. (Stellen Sie sich vor, Sie spüren nach dem Essen bei jedem Atemzug eine Gräte in Ihrem Hals und befürchten, daran zu ersticken, aber Ihr Freund, den Sie bitten, nachzusehen, sagt, dort sei nichts zu sehen. Das könnte Sie vermutlich auch nicht wirklich befriedigen.) Die Mitteilung der negativen Befunde ist deshalb nur der kleinere Teil Ihrer ärztlichen Aufgabe (§ 31.2.2). Viel wichtiger ist eine nachvollziehbare Erklärung, wie denn diese Attacke zustande kommt, und warum (und nicht nur, dass!) sie nicht gefährlich ist. Dafür müssen Sie weitere Symptome der Panikstörung wie typische vegetative Symptome, Erwartungsangst und Vermeidungsverhalten kennen und abfragen. Ausgehend von den Symptomen sollten Sie dem Patienten anschließend Ihre Verdachtsdiagnose oder Diagnose mitteilen und zumindest grundlegend

erklären können, was eine Panikstörung ist. Erst daraus ergibt sich für den Patienten eine ausreichende Motivation, Ihrem Rat zu folgen, sich zur weiteren Diagnostik oder zur Behandlung beim Hausarzt bzw. bei einem Fachmann vorzustellen (Facharzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologischer Psychotherapeut).

Für die Mitteilung der Diagnose gelten die Grundsätze der Kommunikation bei psychosomatischen/somatoformen Störungen (§ 32). Wichtig ist, dem Patienten empathisch und ernst gegenüberzutreten und nicht aufgrund des vermeintlich psychischen Ursprungs der Symptome deren Vorhandensein in Frage zu stellen. Die Symptome des Patienten sind real und beeinträchtigend, Ihr gemeinsames Ziel ist, deren Ursprung zu klären und die Störung zu behandeln. Oft fürchten Patienten aufgrund negativer Vorerfahrungen (z. B. familiär, im Freundeskreis oder bei anderen Arztkontakten), dass ihnen wegen der blanden Untersuchungsergebnisse automatisch die Glaubwürdigkeit abgesprochen wird bzw. ihnen „Simulation“ unterstellt wird. Ihre Aufgabe ist es, zu vermitteln, dass sich das Erleben starker Symptome und das Fehlen somatischer Befunde keineswegs widersprechen, sondern auf eine Angststörung hinweisen können. So bestätigen Sie das Erleben des Patienten, anstatt es zu „falsifizieren“.

Box 31.7 Patientenbeispiel 2.2

„Ich fasse die Situation noch einmal zusammen: [Symptome, Auftreten ggf. Ängste des Patienten nennen]. Ich verstehe, dass Ihr erster Gedanke war, dass mit Ihrem Herzen etwas nicht stimmt. Die Untersuchungsergebnisse zeigen aber, dass mit Ihrem Herzen alles in Ordnung ist. Von dem, was ich bisher von Ihnen gehört habe, wäre die wahrscheinlichste Diagnose eine so genannte Panikstörung. Diese kommt gerade bei jüngeren Patientinnen, die wie Sie unter vielem Stress stehen, häufig vor. Kurz gefasst könnte man sagen, dass dabei das Angstsystem in unserem Körper zu schnell anspringt und hochfährt. Das passiert, wenn das Angstsystem wegen vieler Belastungen im Leben oder wegen aktuellem Stress überempfindlich geworden ist. Alle Symptome, die Sie genannt haben (...), dienen dabei dazu, in einer Angstsituation schnell weglaufen oder kämpfen zu können (das ist etwa, wie wenn Sie untrainiert 100 m rennen würden). Biologisch ist das völlig ungefährlich, der Körper hält das gut aus, es fühlt sich aber sehr bedrohlich an. Meistens verschwindet eine Angststörung nicht von selbst, man kann sie aber gut behandeln. Die Therapie der Wahl ist eine Psychotherapie oder auch Medikamente, so-

31. Kommunikation bei Angststörungen

genannte SSRI. Es wäre wichtig, dass Sie dies mit Ihrem Hausarzt noch einmal besprechen. Bitte machen Sie bei ihm zeitnah einen Termin.“
Als Hausarzt können Sie schon eine Diagnose stellen und die Therapieoptionen besprechen oder ggf. weitere Diagnostik veranlassen.

Box 31.8 Patientenbeispiel 2.3

Während Sie gerade im Arztzimmer den Ambulanzbrief der Patientin anfertigen, werden Sie von einem Krankenpfleger in das Zimmer der Patientin gerufen. Die junge Frau redet noch hektischer als zuvor, stützt sich mit ihren Armen auf ihren Beinen auf, kurz darauf steht sie auf und läuft im Untersuchungszimmer umher. Dabei beginnt sie immer schneller zu atmen, dies wird von kurzen Wortfetzen wie „ich kriege keine Luft“ „was ist los hier“ „gleich kippe ich um“ unterbrochen. Plötzlich sacken ihr die Beine weg und Sie können die Patientin noch so gerade auf einen Stuhl setzen, wo sie weiter hyperventiliert.

Diese Fallbeschreibung wäre eine klassische für eine akute Panikattacke. Mögliche Maßnahmen bei akuter Panikattacke:

- Lautes Ansprechen mit Namen der Patientin:

„Frau Meier, können Sie mich hören? Schauen Sie mich bitte an.“

- Beruhigen und Aufmerksamkeit vom Körper weg auf die Umgebung lenken:

„Sie haben eine Panikattacke. Das macht Ihnen Angst, aber es ist ungefährlich und geht vorbei. Wir warten zusammen ab, bis Sie ruhiger werden.“

„Sie sind hier in Bonn, in der Klinik für...; hier sind Sie sicher, es wird Ihnen nichts passieren.“

- Anweisungen geben bzgl. des Verhaltens:

„Stellen Sie die Füße mal ganz fest auf den Boden, spüren Sie den Boden unter den Füßen / den Stuhl auf dem Sie sitzen.“

„Atmen Sie langsamer und nicht so tief, atmen Sie mit mir...ein...und aus...und ein...und aus...“

- Ggf. die Patientin in eine Tüte atmen lassen. (Cave: Nur, wenn die Patientin signalisiert, dass sie damit einverstanden ist, nicht erzwingen! Kann sonst Erstickungsangst verstärken.)

Häufige „Fehler“, die es in dieser Situation zu vermeiden gilt:

- Zum Zeitsparen Tranquilizer geben (s. o.).
- Selbst hektisch werden. Dazu kann es hilfreich sein zu überprüfen, ob Sie wirklich glauben, dass eine Panikattacke und Hyperventilieren ungefährlich sind. Wenn nicht, lesen Sie nach, was in der Panikattacke physiologisch passiert. Spätestens mit einer Ohnmacht, die nicht plötzlich auftritt, fängt jeder wieder normal an zu atmen. Erinnern Sie sich ans Luftmatratze aufblasen, oder machen Sie in einer stillen Stunde ein Selbstexperiment mit drei Minuten starker Hyperventilation (auch Sie werden nicht sterben).
- Die Patientin allein lassen – wenn Sie keine Zeit haben, setzen Sie die Patientin zu einer Pflegekraft mit Erfahrung, und kommen später zurück.
- Nach Abklingen der Panikattacke das Problem als beendet sehen – die Attacke ist nur ein Symptom, die Erkrankung bleibt bestehen. Es ist Ihre Aufgabe als Arzt, mit der Patientin über das Geschehen zu reden, damit sie die richtige Therapie erhält und die Symptomatik nicht chronifiziert.

32 Kommunikation bei somatoformen Störungen

Christina Burbaum, Kurt Fritzsche, Anne-Maria Stresing

32.1	Erscheinungsbild und Klassifikation von somatoformen Störungen	1624
32.2	Begrifflichkeiten, Parallelklassifikationen und Differenzialdiagnosen	1627
32.3	Häufigkeit, Verlauf und Ursachen	1628
32.4	Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung bei somatoformen Störungen	1629
32.4.1	Beispiel „Rumoren im Darm“	
32.4.2	Leitlinien und Empfehlungen	
32.5	Gesprächsanalysen: Psychosomatische Erklärungen im Gespräch über somatoforme Beschwerden	1633
32.5.1	Interaktiver Druck	
32.5.2	Vages und vorsichtiges Formulieren bis zum „Drumherumreden“	
32.5.3	Reaktionen der Patienten auf die psychosomatischen Zusammenführungen	
32.6	Fazit und Anregungen für die Praxis	1643
32.6.1	Vom Reattributionsmodell zur „tangentialen“ Gesprächsführung	
32.6.2	Vom vagen „Drumherumreden“ zur klaren, wertschätzenden und anerkennenden Begleitung	
32.7	Weiterführende Hinweise	1648

Jetzt tun sie [die Ärzte] so als hätte ich gar nix. Und des find ich nicht in Ordnung, weil ich habe was. Ich hab was Organisches. Ich hab nicht gar nichts.

Patientin

Abstract: Einleitend wird beschrieben, wie sich somatoforme Beschwerden im klinischen Alltag zeigen und wie sie nach dem ICD-10 diagnostisch eingeordnet werden (§ 32.1). Im Zusammenhang mit somatoformen und körperlich unklaren Beschwerden besteht jedoch hinsichtlich der Begrifflichkeit und Klassifizierung eine uneinheitliche und letztlich unbefriedigende Situation (§ 32.2). Es folgen kurz Angaben zu Häufigkeiten, Verlauf und Ursachen der Beschwerden (§ 32.3). Ein wesentlicher Aspekt im Zusammenhang mit somatoformen Beschwerden ist die Beziehung und Kommunikation zwischen Behandler und Patient. Dies wird anhand eines fiktiven Gesprächsbeispiels und im Rückgriff auf die Darstellung und Empfehlungen in den Leitlinien illustriert (§ 32.4).

Es folgen Ergebnisse aus eigenen konversationsanalytisch untersuchten Behandler-Patient-Gesprächen, die im Akutkrankenhaus im Rahmen der diagnostischen Abklärung der unklaren Beschwerden stattgefunden haben. Es konnte nachgezeichnet werden, wie die psychosomatisch ausgebildeten Behandler bei dem Versuch, Patienten für alternative Erklärungsmodelle für ihre Beschwerden zu sensibilisieren, interaktiven Druck ausüben (§ 32.5.1) und dass es in diesem Zusammenhang auch das Phänomen eines „Drumherumredens“ gibt (§ 32.5.2). Patienten reagieren angesichts dieser Sensibilisierungsversuche der Behandler in Richtung Psychosomatik mit unterschiedlichen Strategien oftmals ausweichend und sich rechtfertigend (§ 32.5.3).

Abschließend wird diskutiert, wie den rekonstruierten Gefahren und Fallstricken in der Gesprächsführung mit solchen Patienten mit einer behutsamen und zugleich klar, wertschätzenden Vorgehensweise begegnet werden könnte (§ 32.6).

32.1 Erscheinungsbild und Klassifikation von somatoformen Störungen

„Ihre Untersuchungsergebnisse liegen jetzt vor: Die Laborwerte und EKG-Ergebnisse zeigen keinerlei Auffälligkeiten. Sie sind völlig gesund.“ In der Regel sind Patienten erleichtert, wenn sie eine solche Aussage von ihrem Arzt erhalten. Patienten, die unter körperlichen Beschwerden leiden, die medizinisch nicht oder nicht hinreichend erklärt werden können, fühlen sich angesichts solcher Sätze allerdings oft hilflos.

Noch vor wenigen Jahren hätte Frau A. sich dagegen verwehrt, hätte man ihr gesagt, dass sie sich einmal geradezu wünschen würde, körperlich

32. Kommunikation bei somatoformen Störungen

erkrankt zu sein. Nach mehr als 20 Arztbesuchen und drei mehrwöchigen Krankschreibungen, ist dieser Gedanke Frau A. jedoch sehr vertraut. Denn trotz ihrer „medizinischen Karriere“, die eine ernsthafte körperliche Krankheit vermuten lässt, fehlt Frau A. „nichts“. Von einer organmedizinischen Perspektive aus können Frau A.s Beschwerden nicht als krankhaft eingeordnet und dementsprechend auch nicht konventionell schulmedizinisch therapiert werden. Und doch leidet Frau A. unter gravierenden körperlichen Beschwerden, die von Gelenk-, Muskel-, Kopf- und Bauchschmerzen über Schlafstörungen und Müdigkeit bis hin zu einer erhöhten Infektanfälligkeit reichen und die ihre Lebensqualität in hohem Maße beeinträchtigen.

In der psychosomatischen und psychiatrischen Medizin würde bei Frau A. der Verdacht auf eine somatoforme Störung vorliegen. Folgende Bestimmungsstücke sind laut ICD-10 (Dilling, Freyberger 2006) charakteristisch für eine somatoforme Störung:

1. Patienten bieten wiederholt körperliche Symptome dar in Verbindung mit der hartnäckigen Forderung nach medizinischen Untersuchungen...
2. ...trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind.
3. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innere Beteiligung des Patienten.

Die Symptome der Patienten sind vielfältig und können jedes Organsystem betreffen: Die Betroffenen klagen zum Beispiel über unterschiedlichste Schmerzen, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Magen-Darm-Probleme, Schwindel oder Mattigkeit. Oft treten mehrere Beschwerden gleichzeitig auf. Die häufigsten Manifestationen zeigt Tabelle 32.1.

Organsystem	Häufige Symptome
Herz	Brustschmerzen, Herzrasen, Herzstolpern
Blutdruck	hypertone und hypotone Regulationsstörung
Oberer Gastrointestinaltrakt	Übelkeit, Globusgefühl, Meteorismus
Unterer Gastrointestinaltrakt	Schmerzen, Diarrhoe, Obstipation
Atmung	Hyperventilation mit Parästhesien
Bewegungsapparat	Rückenschmerzen
Urogenitalsystem	Häufiger Harndrang, Menstruationsstörungen
Allgemeinsymptome	Müdigkeit, Leistungsminderung, Schlafstörungen

Tab. 32.1: Manifestationen somatoformer Symptome
(angelehnt an Fritzsche und Wirsching 2006)

Klassifiziert werden somatoforme Störungen derzeit im ICD-10 (Dilling et al. 1993) unter der Kategorie F45.

- Somatoforme autonome Funktionsstörungen der vegetativ versorgten Organsysteme wie Herz, Magen-Darm-Trakt, Atmung und Urogenitalsystem (ICD-10: F45.3).
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4).
- Als schwerste Ausprägung umfasst die so genannte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) vielfältige, häufig wechselnde körperliche Symptome, die bereits über Jahre bestehen und mehrere Organsysteme betreffen.
- Bei der hypochondrischen Störung (ICD-10: F 45.2) beschäftigen sich die Patienten in übertriebener Weise und über lange Zeit mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschrei-

tenden körperlichen Erkrankungen zu leiden. Alltägliche Körperempfindungen werden als bedrohlich und belastend fehlinterpretiert. Bei der körperdysmorphen Störung wird der Körper als vermeintlich missgestaltet interpretiert. Dies geht meist mit dem Wunsch nach kosmetischen Operationen einher.

32.2 Begrifflichkeiten, Parallelklassifikationen und Differentialdiagnosen

Im Zusammenhang mit somatoformen Störungen gibt es zahlreiche z.T. umstrittene Bezeichnungen und Parallelklassifikationen, in denen sich die Schwierigkeit widerspiegelt, die oft unklaren Beschwerden begrifflich und konzeptuell zu fassen (Creed et al. 2010, Hausteiner-Wiehle, Henningsen 2015: 5ff). In anderen medizinischen Fachgebieten wird häufig von funktionellen oder nicht-spezifischen Beschwerden gesprochen und es finden sich dort eigene Verschlüsselungen. Mit der Bezeichnung „funktionelles Symptom oder Syndrom“ (wie z. B. Reizdarm, funktionelle Herzbeschwerden etc.) kommt zum Ausdruck, dass körperliche Funktionen gestört sind, jedoch keine Gewebeschädigung vorliegt. Außerdem werden somatoforme Beschwerden mitunter als psychosomatische Störungen, medically unexplained (physical) symptoms (MUS) oder körperliche Beschwerden ohne ausreichenden Organbefund bezeichnet. Das Konzept „körperliche Beschwerden ohne ausreichenden Organbefund“ ist einerseits deskriptiver als die Bezeichnung somatoforme Störungen fördert aber andererseits den Dualismus zwischen Körper und Seele. Die Beschwerden des Patienten werden entweder als organisch verursacht oder organisch nicht erklärbar angesehen. Letzteres führt oft implizit zur Annahme einer psychischen Ursache. Dieses Konzept widerspricht dem *biopsychosozialen Modell* (§ 4) bei dem somatische, psychische und soziale Faktoren in unterschiedlicher Gewichtung zum Krankheitsgeschehen beitragen.

In Fachkreisen wird verstärkt diskutiert, welche diagnostische Beschreibung für diese Beschwerden klinisch sinnvoll und zugleich für die Patienten akzeptabel und nicht stigmatisierend sein könnte. Die Neuauflage des amerikanischen Diagnostischen Klassifizierungssystems für psychiatrische Störungen DSM-5 (Dimsdale et al. 2013) versucht diesen Dualismus zu überwinden. In einer neuen diagnostischen Kategorie mit

dem Namen „Somatic Symptom Disorder“ (SSD) werden körperliche Beschwerden diagnostiziert, die als belastend und einschränkend erlebt werden (gleichgültig, ob sie medizinisch erklärt werden können oder nicht) und es werden im Diagnosekriterium B kognitiv-emotionale und Verhaltensmerkmale im Umgang mit den körperlichen Symptomen beschrieben (wie eine dysfunktionale Krankheitswahrnehmung, auffälliges Krankheitsverhalten und ausgeprägte Gesundheitsängste).

Differentialdiagnostisch können somatoforme Symptome auch Teil einer Angststörung oder einer Depression sein. Gefühle der Angst oder depressive Symptome werden nicht bewusst erlebt, sondern kommen nur auf körperlicher Ebene zum Ausdruck. Abzugrenzen sind die somatoformen Störungen von der bewussten Simulation oder Aggravierung von Symptomen. Da sich Patienten mit somatoformen Störungen häufig mit ihren Beschwerden nicht ernst genommen fühlen, ist es wichtig zu verstehen, dass sie die Beschwerden tatsächlich haben und diese nicht vor-täuschen, bewusst dramatisieren oder sich einbilden. Es ist in der Fachwelt unumstritten, dass die Beschwerden für die Betroffenen genauso real sind wie solche, die eindeutig medizinisch erklärbar sind.

32.3 Häufigkeit, Verlauf und Ursachen

Die 12-Monats-Prävalenz somatoformer Störungen in der erwachsenen Bevölkerung beträgt 3,5 % (Jacobi et al. 2014). Bei Frauen wird deutlich häufiger eine somatoforme Störung diagnostiziert als bei Männern. Die Störung tritt unabhängig vom Alter und Herkunft der Patienten auf. Ca. 30% der Patienten, die einen Hausarzt aufsuchen, haben körperliche Beschwerden ohne ausreichenden Organbefund. Es wird unterschieden zwischen leichteren Verläufen (ca. 50-75%), in denen es zu einer Besserung von Lebensqualität und Funktionsfähigkeit kommt und schwereren Verläufen (10-30%) (olde Hartman et al. 2009). Klinisch ist es zur Orientierung wichtig, Charakteristika von schweren und leichteren Verläufen zu kennen und Warnsignale („red flags“) und prognostisch günstige Faktoren („green flags“) zu erkennen (siehe Hausteiner-Wiehle et al. 2013: 113-6).

Medizinisch ungeklärten Symptomen liegt kein einheitlicher Krankheitsprozess zugrunde, vielmehr wird von einem Zusammenspiel diverser Faktoren und Prozesse ausgegangen (Rief, Broadbent 2007). Die Störung

entsteht häufig in aktuellen Krisenzeiten vor dem Hintergrund einer frühen Beziehungsstörung, Kommunikationsproblemen oder Gewalterfahrungen in der Kindheit und dem Lernen am elterlichen Modell. Oft spielt eine Krankheitserfahrung in der Familie eine Rolle. Auch genetische und neurobiologische Ursachen werden vermutet. In vielen Fällen entstehen nach kurzer Zeit Teufelskreise: Die Wahrnehmung einer körperlichen Unstimmigkeit, gepaart mit der Befürchtung einer schweren Erkrankung, führt zu Angst, die die körperlich-seelische Anspannung verstärkt, so dass sich die Symptome verschlimmern – und die Angst weiter zunimmt. Schonung und Krankschreibung können diese Prozesse noch verstärken. Den gemeinsamen Hintergrund unterschiedlicher therapeutischer Ansätze stellt ein biopsychosoziales Modell dar, in dem biologische, psychische und soziale Aspekte in die Entstehung und Aufrechterhaltung der Beschwerden einfließen (vgl. z. B. Arbeitskreis PISO 2012, Kleinstäuber et al. 2012).

Leider dauert es häufig viele Jahre, bis bei betroffenen Patienten die Diagnose „somatoforme Störung“ gestellt wird und entsprechende Behandlungen eingeleitet werden. Nach jahrelanger Chronifizierung kann bei schwereren Fällen eine Besserung allerdings „nur“ in einer Steigerung der Lebensqualität und einem besseren Umgang mit den Beschwerden bestehen. Patienten mit somatoformen Störungen stellen insofern eine ökonomisch relevante Gruppe im Gesundheitssystem dar: Auch nach dem zuverlässigen Ausschluss einer körperlichen Krankheit werden wiederholt nicht indizierte Behandlungen (z. B. Medikamentengabe) und weitere diagnostische Untersuchungen sowie chirurgische Eingriffe durchgeführt. Deshalb wird im Zusammenhang mit MUS auch über iatrogene – also ärztlicherseits verursachte – Schädigungen diskutiert.

32.4 Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung bei somatoformen Störungen

Somatoforme Störungen werden auch als „Beziehungsstörungen“ im Gesundheitssystem bezeichnet (Rudolf, Henningsen 2003). Wie sich in einer Vielzahl von Studien gezeigt hat, kann eine missglückende Arzt-Patienten-Kommunikation zur Aufrechterhaltung der Symptome beitragen und den Einstieg in eine regelrechte „Krankenkariere“ bedeuten. Folgende Dynamik kann sich zwischen Patienten mit somatoformen Störungen

und ihren Ärzten entwickeln (vgl. Salmon 2007): Patienten mit medizinisch unklaren Symptomen wünschen sich vom Arzt mehr emotionale Unterstützung als Patienten, deren Symptome medizinisch erklärt werden können (Salmon et al. 2005). Dagegen steht die Beobachtung, dass Ärzte gerade weniger patientenzentriert in der Konsultation vorgehen, wenn Patienten medizinisch ungeklärte Symptome präsentieren als gegenüber Patienten, die ein klassisches medizinisches Symptombild präsentierten (Epstein et al. 2006). Zugleich konnte gezeigt werden, dass eine Mehrheit der Patienten mit medizinisch unklaren Symptomen im Arzt-Patient-Gespräch Hinweise auf psychosoziale Probleme gibt. Ärzte reagieren auf die Symptombildung der Patienten mit Normalisierungen und übergehen meist psychosoziale Hinweise. Die beschwichtigende Reaktion der Ärzte provoziert die Patienten, die Darstellung ihrer Beschwerden zu intensivieren, um von ihren Ärzten Engagement und Verständnis einzufordern. Als Antwort auf diese verstärkte Darstellung und möglicherweise um die Konsultation zu beenden, neigen Ärzte zu (medizinisch nicht indizierten) somatischen Interventionen.

Diese Maßnahmen bleiben oftmals ineffektiv, können zu Nebenwirkungen führen oder zur Chronifizierung und somatischen Fixierung bei den Patienten beitragen. So beginnt oft die mit dem Begriff *doctor shopping* oder *doctor hopping* bezeichnete Spirale, die durch Hoffnung auf Hilfe, erneute Enttäuschungen und Weiterüberweisungen gekennzeichnet ist. Wenn Patienten dagegen die Möglichkeit bekommen, im Hausarztgespräch psychosoziale Probleme anzusprechen, wird die Wahrscheinlichkeit einer somatischen Intervention reduziert (Salmon et al. 2007).

32.4.1 Beispiel „Rumoren im Darm“

Im folgenden fiktiven Gespräch mit der Patientin Frau A. könnten sich Aspekte dieser Dynamik folgendermaßen abbilden: Die (mittlerweile dritte) Hausärztin (Ä) von Frau A. (P) hat sie zu einer Darmspiegelung zu einem niedergelassenen Gastroenterologen überwiesen. Bei der Besprechung der Befunde kommt es zu dem folgenden Dialog (B 32.1):

B 32.1 „Dieses Rumoren im Darm“

01 Ä Guten Tag Frau A. Kommen Sie rein. Wie geht es Ihnen denn heute?

32. Kommunikation bei somatoformen Störungen

- 02 P Ach, wenn nicht die Schmerzen wären, ganz gut. Eigentlich habe ich ja Urlaub, aber wir sind jetzt doch nicht weggefahren. Dieses Rumoren im Darm, besonders wenn ich spät nachmittags irgendwas Fettiges esse, kann einfach nicht normal sein. Und neu-lich waren die Handgelenke wieder so übel ...
- 03 Ä Ja, ich habe hier die Ergebnisse der Darmspiegelung von letzter Woche, die wir ja gemacht haben, nur um sicherzugehen, dass nichts ist. Und ich kann Ihnen erfreulicherweise sagen, dass wirklich alles in Ordnung ist. Sie haben nichts!
- 04 P (schweigt, schaut ungläubig)
- 05 Ä (schaut in ihre Unterlagen) Die Spiegelung war unauffällig. Erfreulich war, dass der Kollege den gesamten Dickdarm sehen konnte. Keine Geschwulst, keine Entzündungszeichen, keine Divertikel. Nur geringfügige Schleimhautveränderungen, das sollten wir in fünf bis zehn Jahren nochmal untersuchen. Dieses Druckgefühl und das Rumoren müssen also woanders herkommen. Lebensmittelunverträglichkeiten hatten wir aber ja schon einmal gecheckt, oder? (schaut in Unterlagen). Ja ... das war ja auch weitgehend unauffällig. Manchmal ist ja auch Stress der Auslöser für solche Beschwerden.
- 06 P Aber ich hätte doch gerade eigentlich Urlaub...
- 07 Ä Tja, was machen wir nun? Ich schreibe Ihnen jetzt nochmal ein anderes pflanzliches Mittel auf, das den Magen-Darm-Trakt etwas beruhigen kann. Und wenn das Ihnen nicht weiterhilft, dann müssen wir nochmal weiter überlegen. Also, genießen Sie den restlichen Urlaub noch, Ihr Darm ist wirklich in Ordnung.

Nach diesem Gespräch sind sowohl Frau A. als auch ihre Ärztin unzufrieden: Frau A. fühlt sich „abgefertigt“, die Ärztin ratlos und unzufrieden. Bei genauerer Betrachtung der Interaktion¹ fallen folgende Aspekte auf: Die Patientin benennt die Belastung durch die Beschwerden, gibt einen Hinweis, ihren Urlaub aufgrund der Beschwerden abgesagt zu haben und äußert die Befürchtung, dass etwas nicht normal sein könne. Die Ärztin greift diese Hinweise auf die psychosoziale Befindlichkeit der Patientin nicht auf. Auch geht sie nicht auf die neu erwähnten Handgelenksbeschwerden ein. Stattdessen präsentiert sie die „erfreuliche“ Nachricht, dass die Untersuchungsergebnisse unauffällig seien. Die Ärztin übergeht

¹ Eine Gesprächsanalyse fiktiver Gespräche ist unüblich und nur begrenzt sinnvoll. Da in diesem Fall das Beispiel auf der Basis verschiedener Studien und konversationsanalytischer eigener Untersuchungen konstruiert wurde, können an ihm einige typische interaktive Fallstricke aufgezeigt werden.

auch die offensichtliche Irritation und Nichtreaktion der Patientin und fährt unbeirrt fort. Sie bezieht die Patientin in ihren Ursachen- und Zielvorstellungen in keiner Weise ein und erfragt nicht die Befürchtungen der Patientin. Der Hinweis auf die geringfügigen Schleimhautveränderungen kann eher verunsichernd wirken. Das mehrfache Nachschlagen in den Befunden und in der Patientenakte (z. B. ob Lebensmittelunverträglichkeiten bereits geprüft wurden) wirkt fahrig und zeugt nicht von einer umfassenden Sichtung der Befunde und einem therapeutischen Gesamtkonzept. Es fehlt eine adäquate Erklärung der Beschwerden. Stress als möglicher auslösender/aufrechterhaltender Faktor der Beschwerden wird als Notlösung an letzter Stelle in den Raum geworfen und von der Patientin mit dem Hinweis in Frage gestellt, dass die Beschwerden ja auch im aktuellen Urlaub (Logik: Urlaub ist per se stressfreie Zeit) auftreten. Diese Erklärung verfolgt eine simple Alltagslogik, stellt die Plausibilität einer körperlichen Erkrankung wieder her und zeigt, dass die Patientin komplexe Wechselwirkungsmodelle chronifizierter Beschwerden nicht kennt. Die Ärztin lässt das Thema fallen und beendet die Konsultation mit dem Verschreiben eines weiteren Medikamentes, einem arglos bis zynisch wirkenden Rat, den restlichen Urlaub noch zu genießen (mit dem noch einmal deutlich wird, dass sie die Befindlichkeit der Patientin nicht wahrgenommen hat oder sie ignoriert) und einer abschließenden Rückversicherung, dass alles in Ordnung sei. Die Patientin greift keinen der drei Aspekte mehr auf. In einem Übungsteil (§ 32.6.2) sollen die alternativen Gesprächsführungsmöglichkeiten noch ausdifferenziert werden.

32.4.2 Leitlinien und Empfehlungen

In den S3-Leitlinien "Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden, Umgang mit Patienten" werden Empfehlungen zur Beziehungsgestaltung und konkreten Gesprächsführung von Behandlern formuliert, die an verschiedenen Punkten der beschriebenen Dynamik zwischen Arzt und Patient ansetzen und einen Ausweg ermöglichen sollen (Hausteiner-Wiehle et al. 2013, Schaefert et al. 2012) (Box 32.1).

Box 32.1 Empfehlungen zur Beziehungs- und Gesprächsgestaltung

Empfohlen wird eine symptom- und bewältigungsorientierte, aktiv-stützende, biopsychosoziale Grundhaltung („Sowohl-als-auch-Haltung“) geprägt von situativer „Stimmigkeit“, das heißt vom richtigen Maß aus Zurückhaltung und Echtheit („Nicht alles, was echt ist, will ich sagen, doch was ich sage, soll echt sein“). (...)

Zuerst sollte sich der Behandler die Beschwerden spontan und ausführlich schildern lassen („Annehmen der Beschwerdeklage“) und verbal wie nonverbal Aufmerksamkeit, Interesse und Akzeptanz signalisieren („aktives Zuhören“). Mit psychosozialen Themen soll zunächst beiläufig und indirekt statt konfrontativ umgegangen werden, zum Beispiel durch das Begleiten des Wechsels zwischen Andeuten psychosozialer Belastungen und Rückkehr zur Beschwerdeklage („tangentielle Gesprächsführung“). Hinweise auf psychosoziale Probleme und Bedürfnisse sollen empathisch aufgegriffen und als bedeutsam benannt werden. Bei der Herstellung des Kontextbezugs können Redewendungen aus dem Volksmund helfen („etwas schlägt auf den Magen“). Dem Patienten soll angeboten werden, Entscheidungen nach adäquater Information gemeinsam zu treffen („Partizipative Entscheidungsfindung“).

Schaefer et al. 2012: 806ff. (Kurzfassung der Leitlinie "Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden, Umgang mit Patienten")

In den ausführlichen Leitlinien werden zu den verschiedenen Empfehlungen konkrete Formulierungsbeispiele vorgeschlagen, auf die an dieser Stelle nur verwiesen werden kann (Hausteiner-Wiehle et al. 2013). Gerade bei schwereren Verläufen werden regelmäßige, zeitlich begrenzte, nicht beschwerdegesteuerte Termine empfohlen. Bestimmte körperorientierte beziehungsweise non-verbale Therapieelemente und Entspannungsverfahren können als Zusatzmaßnahmen innerhalb eines Gesamtbehandlungsplans, jedoch nicht als Monotherapien empfohlen werden. Überweisungen, vor allem in die psychosoziale Medizin, sollten gut organisiert sowie behutsam vor- und nachbesprochen werden.

32.5 Gesprächsanalysen: Psychosomatische Erklärungen im Gespräch über somatoforme Beschwerden

Zwischen dem, was in Leitlinien und Behandlungsmanualen zur Gesprächsführung empfohlen wird, und dem, was im konkreten ärztlichen

oder therapeutischen Gespräch real gesagt wird, liegt oft eine große Kluft. Zugleich kann ein leitlinienorientiertes oder manualisiertes Vorgehen im Gespräch dazu führen, dass sich der Behandler an einem Modell orientiert und der konkrete Patient mit seinen komplexen Beschwerden und die Interaktion im Hier und Jetzt aus dem Blick geraten. Linguistische Gesprächsanalysen können auf der Mikroebene nachzeichnen, was im Gespräch tatsächlich passiert und wo es aufgrund von Missverständnissen oder ungünstigen Formulierungen von Behandlern beispielsweise zu interaktiven Problemen oder Widerständen kommt. Im Folgenden möchten wir auf der Basis von erfolgten Gesprächsanalysen problematische Aspekte der Gesprächsführung zwischen Behandlern und Patienten mit somatoformen Störungen vertiefend darstellen, die bei der Sensibilisierung für und der Erörterung von psychosomatischen Erklärungen der Beschwerden auftreten können.

Besteht der Verdacht auf das Vorliegen einer somatoformen Störung, bahnen Ärzte in der Praxis oder in der Klinik eine Überweisung in eine psychotherapeutische Behandlung an, da Psychotherapie bei einem Großteil der Beschwerden, neben physiotherapeutischen und pharmakologischen Ansätzen, die indizierte Behandlung darstellt (Henningsen 2007). Dieser Übergang stellt für alle Beteiligten eine Herausforderung dar, da die Überweisung in psychosomatische und psychotherapeutische Mitbehandlung oft immer noch als stigmatisierend erlebt wird. Patienten bewerten Krankheitsbezeichnungen wie „vegetative Dystonie“, „psychosomatische“, „medizinisch ungeklärte“ oder „funktionelle Erschöpfung“ als kränkend. Diese Bezeichnungen interpretieren sie als Unterstellung, psychisch gestört zu sein oder sich die Symptome einzubilden bzw. vorzutäuschen (Stone et al. 2002). Durch die meisten Erklärungen der Ärzte sehen die Patienten mit medizinisch unklaren Symptomen den Realitätsgehalt ihrer Beschwerden in Frage gestellt (Salmon et al. 1999). In dieser Überweisungsphase von einer rein somatischen Behandlung hin zu einer psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlung ist es bei einer stationär erfolgenden diagnostischen Abklärung der Symptome in einigen Kliniken möglich, dass Psychotherapeuten hinzu gerufen werden, um die Patient/innen in einem Gespräch diagnostisch einzuschätzen, über psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und zu solchen zu motivieren.

Mit einer interdisziplinären Arbeitsgruppe haben wir vor einigen Jahren solche Gespräche untersucht, die im Rahmen einer Studie am Universitätsklinikum geführt wurden von Behandlern mit Patienten, die zur Abklärung von unklaren Beschwerden stationär in der Klinik waren und

bei denen der Verdacht auf eine somatoforme Störung im Raum stand. Die Daten stammen aus dem DFG-Projekt "Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes" der Universitätsklinik Freiburg. Abt. Psychosomatik (vgl. Schweickhardt et al. 2007, Fritzsche et al. 2005). In diesem Rahmen führten speziell geschulte psychologische und ärztliche Psychotherapeut/innen bis zu 5 Gespräche (von jeweils 45-60 Minuten Dauer) mit 49 Patient/innen mit MUS. Die Gespräche liegen als Audioaufnahmen vor. Die Gespräche fanden im Zeitraum von 6/2002 bis 10/2004 statt, während des stationären Aufenthaltes der Patient/innen im somatischen Akutkrankenhaus zur Abklärung der körperlichen Beschwerden mithilfe einer umfangreichen Diagnostik. Den Therapiegesprächen liegt ein manualisiertes Vorgehen zugrunde. Die Anlage der Intervention basiert vorwiegend auf einem modifizierten Reattribuierungsmodell nach Goldberg et al. (1989) und integriert verschiedene psychotherapeutische Ansätze (Fritzsche et al. 2005, Schweickhardt et al. 2007). Ziel der Studie war es, Patienten für eine anschließende Psychotherapie zu motivieren. Wir untersuchten diese aufgezeichneten Gespräche mit linguistischen Methoden, um häufige und möglicherweise problematische Gesprächsmuster zu rekonstruieren.

Die Analysen der Erklärungsmodelle in den Gesprächen zeigen, dass die an der Studie beteiligten Therapeuten oftmals einseitige psychische Erklärungen für die Beschwerden der Patienten heranziehen (Birkner, Burbaum 2013, Stresing 2011). In den Gesprächen und den verhandelten Erklärungsmodellen finden sich – sowohl in den Konzeptualisierungen der Patient/innen als auch in denjenigen der Therapeut/innen – dichotome Erklärungsmodelle: Leib/Körper vs. Seele, Organisch vs. Nicht-Organisch/Kopf, Bewusst vs. unter- bzw. unbewusst oder auch „etwas haben“ vs. „nichts haben“. Mitunter wird den Patienten ein (einfacher) Ursache-Wirkungs-Zusammenhang angeboten, den diese oft als nicht nachvollziehbar zurückweisen. Diesen Aspekt wollen wir im Folgenden genauer betrachten.

In der konversationsanalytischen Analyse der Gespräche (Stresing 2011, Burbaum et al. 2010) wurde bei der Analyse der Gesprächsaktivitäten der Therapeuten u. a. ein sehr häufig genutztes Verfahren rekonstruiert, mit dem Therapeuten die Patienten für alternative Krankheitsmodelle zu sensibilisieren versuchen. Diese Verfahren nennen wir „psychosomatische Zusammenführungen“. Bezogen auf das der Studie zugrundeliegende Reattributionsmodell entsprechen die Zusammenführungen dem Punkt „making the link“, also einer offenen Verbindung von

psychologischen und physischen Faktoren (vgl. Goldberg et al. 1989: 693). Sie sind ein eher *konfrontatives* Verfahren, mit dem die Therapeuten den Patienten argumentativ eine psychosomatische Erklärung ihrer körperlichen Beschwerden anbieten. In den Zusammenführungen stellen die Therapeuten eine Verbindung her zwischen einem aktuellen oder früheren Ereignis, den dabei erlebten psychosozialen Stressoren, den Gefühlen des Patienten, und ihren körperlichen Beschwerden. Im Sinne einer Fremdpositionierung werden also die Erfahrungen, Gefühle und Beschwerden des Patienten vor dem Hintergrund eines psychosomatischen Modells betrachtet und der Patient als ein potentiell psychosomatischer Patient positioniert.

Es finden sich unterschiedliche Typen und Realisierungen der Zusammenführungen (Abstraktere und generelle Modelle vs. Konkrete und personalisierte Attributionen). In den meisten Zusammenführungen sind folgende – zunächst scheinbar gegensätzliche – Phänomene zu finden:

1. Die Therapeuten legen argumentativ ein psychosomatisches Erklärungsmodell nahe und arbeiten dabei auf Zustimmung, indem sie auf verschiedenen Wegen interaktiven Druck auf ihr Gegenüber aufbauen.
2. Die Therapeuten wählen häufig vage, vorsichtige und mitunter umständliche Formulierungen. Manchmal ist dieses Vorgehen verbunden mit einem expliziten Vermeiden der Kategorisierung „psychosomatisch“, die zu konfusen und hilflosen Interventionen führen kann und die gerade dadurch eine brisante Qualität erhalten.

32.5.1 Interaktiver Druck

Auf der interaktionellen Ebene bauen die Therapeuten mit den psychosomatischen Zusammenführungen oft ein hohes Maß an Druck auf, um den Patienten zu einer Zustimmung des Modells zu bewegen. Dies zeigt sich in verschiedenen Techniken, die immer wieder in den Zusammenführungen zu finden sind: Die Therapeuten nutzen Fragen (oder Fragepartikel), die eine zustimmende Antwort nahelegen wie „können Sie sich vorstellen, dass...?“ oder verwenden dreigliedrige Aufzählungen, die eine (starke) rhetorische Strategie darstellen, um den Gesprächspartner zu einer Zustimmung zur eigenen Sichtweise zu bewegen (Hutchby 2006, Jef-

32. Kommunikation bei somatoformen Störungen

erson 1991). Immer wieder greifen die Therapeuten auf in bisherigen Gesprächen Gesagtes zurück. So integrieren die Therapeuten bereits erwähnte biographische Ereignisse in die Modelle oder greifen auf Selbstaussagen der Patienten zurück („Ich bin ein eher zurückhaltender Mensch“), die diese nicht bestreiten konnten, da sie sich zuvor im Gespräch selbst so charakterisiert hatten. Nicht selten werden auch bekannte Sprichwörter eingesetzt („Stress schlägt auf den Magen“), die als Gemeinplätze ebenfalls eine Zustimmung nahelegen. Mit diesen Formulierungen greifen die Therapeuten zwar typische Modelle – z. T. wie in den Leitlinien empfohlen in sprichwörtlicher Weise – aus dem Alltag der Patienten auf (siehe Box 32.1). Der Nachteil liegt in einer Simplifizierung psychosomatischer Wirkzusammenhänge, die aktuellen psychosomatischen Modellen über komplexe Wechselwirkungen nicht gerecht wird (Rief, Broadbent 2010). Bei den z. T. diffusen Symptomen, die sich über lange Zeit häufig im Zusammenspiel mit anderen körperlichen Erkrankungen chronifiziert haben, können simple Modelle wie „der Ärger schlägt mir auf den Magen“ schlichtweg an ihre Grenzen stoßen.

B 32.2 Interaktiver Druck: „Dass Sie einfach sehen ...“

- Drittes Gespräch: 48-jährige Patientin mit diffusen Beschwerden (akut vor allem Schwächegefühl in den Beinen) und Therapeutin
- 01 T Naja aber was . mir wichtig is dass sie einfach sehn ... [schluckt]
was da alles . was sie alles so auf ihren Schultern . tragen
[sag ich mal,
- 02 P [hmhm
- 03 T oder auf dem Rücken? [atmet ein]
ähm ... was da alles zusammenkommt? ... was eben .
auch das Schmerzerleben was sie (.) vorhin
angesprochen haben . verändern kann, ja .
dass es einfach dann zu . stärkeren Schmerzen kommt?
... es kann zu stärkeren Ängsten komm,
es kann auch zu stärkeren sag ich ma ... depressiven
Verstimmungen kommen, ja? ...
wenn dieser Gesamtspannungsgrad ... hoch is, ja?
- 04 P hm=hm
- 05 T ... oder es kommt zu mehr körperlichen Symptomen, ja?
- 06 P ja,
- 07 T und wie sie grad ebend äh selber nochmal gemerkt haben,
da is also n ganz direkter Zusammenhang bei ihnen eigentlich
von dieser ... beruflichen Belastung?

... und ner körperlichen ... Reak[tion, ja?
08 P [hm=hm,
09 T jetzt dieses . Magendruck od[er . Galle oder nichts essen
10 P [hmhm
11 T könn,

Die Therapeutin unterstreicht die Relevanz ihrer folgenden Äußerung mit der einleitenden Formulierung „was mir wichtig ist“ und geht dann dazu über, einen Zusammenhang von psychosozialen Belastungen und einer körperlichen Symptomatik herzustellen. Sie verwendet zunächst das Sprichwort „was sie da alles auf ihren Schultern tragen“, repariert dies zu „auf ihrem Rücken“ und expliziert dann „was alles“ näher als „was da alles zusammenkommt“. Obwohl die Äußerung in Frageintonation realisiert wird und die Patientin auch einen Antwort-Slot erhält, erfolgt keine Hörerrückmeldung von der Patientin, so dass die Therapeutin mit ihrem Turn fortfährt und als Folge der von ihr genannten Belastungen eine Veränderung des Schmerzerlebens nennt. Sie verweist mit einem Rückbezug darauf, dass die Patientin selbst bereits auf eine solche Veränderung aufmerksam gemacht hat.

Die Therapeutin produziert daraufhin eine `three-part list` und nennt drei mögliche Konsequenzen der Belastungen, die die Patientin „auf ihrem Rücken trägt“, wobei die Folgen, die sie nennt, in einer `Stigmatisierungsskala` jeweils weiter nach oben gehen: Zunächst benennt sie stärkere Schmerzen, dann stärkere Ängste und als letzten Punkt nennt sie stärkere depressive Verstimmungen. Dreierlisten werden oft eingesetzt, um von dem Gegenüber eine Antwort einzufordern (vgl. Jefferson 1991) bzw. um das Gegenüber von dem eigenen Standpunkt zu überzeugen (vgl. Hutchby 2006). Die Patientin reagiert trotz einer antworteinfordern- den `tag question` („ja?“) nicht auf ihre Äußerung. Daraufhin `rundet` die Therapeutin ihre Äußerung mit dem Verweis darauf ab, dass dies Reaktionen seien, die auftreten, wenn der „Gesamtanspannungsgrad“ hoch ist, was die Patientin mit einem minimalen „hmhm“ ratifiziert.

Die Zusammenführung ist an der verbalen Oberfläche relativ implizit gestaltet: Die Therapeutin benennt keine konkreten Belastungen der Patientin, sondern umschreibt sie mit „was“ oder eben mit dem relativ vagen Begriff „Gesamtanspannungsgrad“. Da die Therapeutin in diesem Fall nur sehr minimale Rückmeldungssignale erhält, führt sie ihre Zusammenführung weiter aus und wird konkreter und auch direkter. Sie verschiebt zunächst den Fokus von psychischen Problemen wie Ängsten und depressiven Verstimmungen wieder auf „körperliche Symptome“. Im

Anschluss setzt sie einen Rückbezug ein und verweist darauf, dass die Patientin selbst einen „ganz direkten Zusammenhang“ von ihrer beruflichen Belastung und einer körperlichen Reaktion darauf gespürt hat. Die Patientin hatte kurz zuvor im Gespräch darauf hingewiesen, dass es ihr bereits schlecht wird, wenn sie nur an ihre Arbeit denkt. Die Therapeutin kann hier mit diesem Rückbezug also nicht nur auf eine Äußerung, sondern auf eine körperliche Symptomatik der Patientin verweisen, die sie selber im Hier und Jetzt des Gespräches miterlebt hat. Die Therapeutin spezifiziert im Anschluss die „körperliche Reaktion“ mit „Magendruck, Galle, nichts essen“ was die Patientin mit zustimmenden Hörersignalen begleitet.

32.5.2 Vages und vorsichtiges Formulieren bis zum „Drumherumreden“

Im Gegensatz zu den rhetorischen Techniken der Zusammenführungen, die oft systematisch an der Zustimmung der Patienten ausgerichtet sind, sind viele der Zusammenführungen auf der inhaltlichen Ebene relativ vorsichtig, implizit und zum Teil regelrecht umständlich gestaltet. So finden sich zahlreiche Modalisierungen in den Zusammenführungen z. B. mit Modalpartikeln wie „irgendwie“, „eigentlich“ oder „vielleicht“, die den Absolutheitsanspruch der Attribution herunterstufen und mit denen die Therapeuten die Reichweite und den Geltungsanspruch ihrer Aussage wieder zurücknehmen. Außerdem rahmen die Therapeuten ihre Aussagen häufig als ihre subjektive Sichtweise und beenden die Zusammenführung häufig mit abschließenden Fragen an die Patienten, ob sie die psychosomatischen Zusammenführungen annehmen können.

B 32.3 Vagheit I: „nicht so ganz so sicher“

Zweites Gespräch mit 40 jähriger Patientin mit Rückenschmerzen, Bauchkrämpfen, Durchfällen mit Therapeut.

01 T öhm ich hab aber ... die . Befürchtung,
und es wird . vielleicht auch nich: so hundertprozentig: ...
öh: zu klären sein dass vielleicht ...dass sie vielleicht doch auch
enttäuscht sein könnten nach so ner Operation,
dass eben ... der Beschwerdezustand . dass öh, verstehn sie,
ich ha/ich hab . öh . son bisschen das Gefühl
... öh dass ihr ... Krankheitsbild sehr sehr ... komplex is

und ich bin mir nicht so ganz so sicher ob das nur mit so nem
öh so nem Einzelbefund wirklich ausreichend erklärt is,
... wie [sehen sie das denn

Verbunden mit dieser Vagheit aber auch unabhängig davon wählen
Therapeuten im Rahmen der Zusammenführungen beispielsweise um-
schreibende und andeutende Begrifflichkeiten wie „Spannung“ oder „Un-
ruhe“, die eine Deutung sowohl in physische als auch in psychische Rich-
tung erlauben. Hiermit vermeiden sie explizite Begrifflichkeiten wie „psy-
chosomatisch“.

B 32.4 Interaktiver Druck: „Dass Sie einfach sehen ...“

Zweites Gespräch mit 40-jähriger Patientin mit Rückenschmerzen, Bauch-
krämpfen, Durchfällen mit Therapeut (zu einem späteren Zeitpunkt)

- 01 T ... ich glaube das is mehr so dass man ...
was ich vielleicht auch überlegen muss:
dass es ein . ein Kernproblem gibt was man ... lösen kann
oder vielleicht auch nicht immer lösen kann,
- 02 P Hm
- 03 T oder nicht so perfekt lösen kann wie sie sich das wünschen,
wie das natürlich ganz verständlich is,
... und dass es . um dieses . Kernproblem
was natürlich das wichtigste is un . vollkommen im
Vordergrund steht,
... das wären also ihre körperlichen ... Beschwerden und
ihre Erkrankung .
sich v ... vielleicht auch noch ... kleinere ... Probleme
drumrum gruppieren . hm wo eben ne gewisse
Hilfestellung möglich is,
das wär sozusagen . öh das was . öh ich ihnen
auch gesprächlich vielleicht anbieten kann,
ähm also ich . öh ich denke es geht nicht darum
hm ihnen jetzt öh:: sozusagen eine psychische . Verursachung
dieser Erkrankung zu unterstellen,
oder gar ... äh ne Einbildung was ja öh: also .
was ja ein ganz: ... öh sagen wer mal öh
demütigender öh schlimmer öhm ... hm öh hm Vorwurf
eigentlich auch: öh öh sein müsste,
wenn man . wenn man das ihnen so sagen würde,
das müssten sie doch ... vermutlich als ... öhm .

ja als: ja . sehr schlimm empfinden,
so stell ich mir das zumindest vor,
04 P also wenn man mir das: vorwerfen würde dass das bei mir

Der Therapeut bezieht sich auf das „Kernproblem“ der Patientin, das allerdings erst nach mehreren Reparaturen und Parenthesen konkret benannt wird („das wären also ihre körperlichen Beschwerden und ihre Erkrankung“). Zunächst erklärt er, dass dieses Kernproblem lösbar ist, anschließend repariert er diese Aussage allerdings zweimal, so dass seine ursprüngliche Aussage fast ins Gegenteil verkehrt wird. In seiner folgenden Äußerung identifiziert er die körperlichen Beschwerden der Patientin als das zentrale Problem. Damit gesteht er der Patientin ausdrücklich die Legitimität ihrer Beschwerden zu und unterstreicht ihre Glaubwürdigkeit.

Im Anschluss bezieht er sich jedoch auf weitere mögliche psychische bzw. psychosoziale Belastungen, die er mit der Patientin in den Gesprächen bearbeiten kann. Die Belastungen werden jedoch nicht explizit benannt, sondern werden als „kleinere Probleme“ paraphrasiert, die sich um das Kernproblem „drumrum gruppieren“. Der Therapeut versucht ganz offensichtlich zu vermeiden, die Patientin auch nur annähernd als psychosomatisch zu kategorisieren. Im Anschluss weist er den Vorwurf der Patientin zurück, ihr eine Einbildung ihrer Beschwerden zu unterstellen. Er nennt psychische Ursachen und eine Einbildung der Beschwerden quasi `in einem Atemzug. Zwar wird die „psychische Verursachung“ auf syntaktischer Ebene durch „oder“ von der „Einbildung“ abgegrenzt, allerdings wird allein durch das direkte Aufeinanderfolgen beider Symptomauslöser suggeriert, dass sie einer Kategorie angehören.

Auch wenn dieses Beispiel ein Extrembeispiel darstellt: umständliche und schwer verständliche Formulierungen finden sich immer wieder in den Gesprächen. Sie können als ein Versuch gesehen werden, eine als kränkend angenommene Kategorisierung des Patienten als „psychosomatischer Patient“ explizit zu vermeiden. Auf der verbalen Ebene führt dies jedoch zu einer Ausdrucksweise, die man alltagssprachlich als ein „Drumherumreden“ beschreiben könnte und die auf die Patienten eine eher verunsichernde, irritierende Wirkung haben. Damit werden die Patienten möglicherweise überhaupt erst auf das (potentiell) Heikle der Aussage hingewiesen (vgl. Bergmann 1992). Die Vagheit und Vorsicht der Therapeuten nehmen– wie in dem vorangegangenen Beispiel – mitunter ein solches Ausmaß an, dass sie kontraproduktiv werden und sich ins Gegenteil verkehren.

32.5.3 Reaktionen der Patienten auf die psychosomatischen Zusammenführungen

Im Hinblick auf die Reaktionen der Patienten auf diese Zusammenführungen sind nun wiederum zwei Aspekte hervorzuheben: Viele Patienten lassen die psychosomatischen Erklärungsversuche der Therapeuten mit unterschiedlichen Strategien einfach ins Leere laufen: Sie greifen beispielsweise einen Aspekt der Erklärung auf und führen diesen weiter – ohne aber tatsächlich auf den vom Therapeuten angesprochenen psychosomatischen Zusammenhang einzugehen. So scheint es für viele Patienten zwar durchaus einleuchtend, dass psychische Belastungen sich auf den Körper auswirken können. Im Gespräch machen sie ihrem Gegenüber jedoch – mal subtil, mal recht brachial – deutlich, dass ihnen die spezifischen, auf kindliche oder sonstige Lebensbelastungen zurückgehenden Erklärungen nur bedingt einleuchten oder schlicht nicht auf ihre konkreten, häufig massiven körperlichen Beschwerden passen. Hier vollziehen sie häufig eine Art Ausschlussdiagnostik, mit der sie argumentativ darlegen, weswegen eine Psychogenese der Beschwerden in ihrem Fall nicht in Frage komme.

Auffällig in den Analysen ist zudem das Phänomen, dass die Patienten in den Gesprächen mit den Therapeuten oft den Eindruck vermitteln, sich rechtfertigen zu müssen. Sie machen deutlich, dass sie sich mit ihren Beschwerden nicht immer ernst genommen fühlen und „beweisen“ und verteidigen diese Beschwerden, als müssten sie regelrecht um ihr „Aufenthaltsrecht“ im Krankenhaus und im schulmedizinischen System kämpfen. Gelegentlich verteidigen sie sogar ihren ganzen Lebensstil („Ich bin aber mit dieser Strategie immer gut gefahren, sonst wäre ich beruflich nicht an dem Punkt, an dem ich jetzt bin“) – so als müssten sie einen Angriff auf ihre gesamte Person abwehren. Eine psychosomatische Erklärung, manchmal aber auch nur das Gespräch mit einem Therapeuten an sich, scheint für nicht wenige Patienten eine Bedrohung ihres Selbstbildes zu sein. Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch die Dichotomie „körperlich krank vs. eingebildet“, die Patienten in den Gesprächen manchmal eröffnen: Als Alternative einer körperlichen Krankheit, die den Beschwerden zugrunde liegt, konstruieren Patient/innen "nichts" oder eingebilddete Beschwerden als Gegensatz. Diese Konzeptualisierung hat einen hohen appellativen Charakter und mag von den Patient/innen als Provokation genutzt werden. Sie kann jedoch gleichzeitig die Ratlosigkeit und Irritation zum Ausdruck bringen, dass eine andere Erklärung nicht im Rahmen des Vorstellbaren liegt.

32.6 Fazit und Anregungen für die Praxis

Die Gesprächsanalysen konnten bei unserem Thema mögliche Fallstricke und Gefahren im Sprechen mit Patienten mit somatoformen Störungen erkennbar werden lassen. Sowohl der interaktive Druck, mit dem die Therapeuten eine psychosomatische Lesart der Beschwerden anbieten, als auch die vagen, umständlichen Formulierungen zeigen die Schwierigkeiten, mit denen auch kommunikativ geschulte Behandler im Gespräch über somatoforme Beschwerden zu kämpfen haben.²

Im Zentrum der hier vorgestellten Analysen stand die Frage, auf welche Weise die Therapeuten psychosomatische Erklärungen den Patienten nahebringen versuchen und wie die Patienten diese Erklärungen aufgreifen. Die Frage, welche Erklärungsmodelle im Einzelnen in den Gesprächen verhandelt wurden und wie sich in den Gesprächen gemeinsame Suchaktivitäten nach Erklärungen über längere Strecken entfalten, wurde an anderer Stelle näher beleuchtet (Birkner, Burbaum 2013, Stresing 2011). Welche Erklärungsmodelle nun für die jeweiligen Beschwerden gefunden wurden bzw. gefunden werden sollten, haben wir hier nicht thematisiert. Dies hat zwei Gründe: Die Frage nach den Erklärungsmodellen sollte zum einen prozesshaft sehr individuell mit den Patienten in Passung entwickelt werden und sollte die eigenen Erklärungen der Patienten für ihre Beschwerden aufgreifen. Zum anderen sollten sich die Erklärungsmodelle der somatischen und ggf. psycho-physiologischen Zusammenhänge entsprechend am Erkenntnisstand der jeweiligen Fachdisziplin orientieren. Diese können angesichts der großen Vielfalt an Beschwerdebildern hier nicht aufgegriffen werden.

Was lässt sich nun aus den Analysen für die Praxis mitnehmen?

32.6.1 Vom Reattributionsmodell zur „tangentialen“ Gesprächsführung

Die Studie, aus der das zugrundeliegende Datenkorpus stammt, und das Behandlungsmanual, das den beteiligten Therapeut/innen vorlag, basieren auf dem modifizierten Reattributionsmodell (Goldberg et al. 1989), an

² Zur Frage, in wieweit die Ergebnisse der Analysen spezifisch nur für das untersuchte Setting (Studie im Rahmen des psychosomatischen Konsildienstes in einer Akutklinik) gelten siehe Burbaum et al. 2011 und Stresing 2011.

dem sich seit über 20 Jahren auch die meisten Kommunikationstrainings von Ärzten zu somatoformen Störungen orientieren. In diesem Modell steht die Umattribuierung der Beschwerdeursache in Richtung eines psychosomatischen Erklärungsmodells im Mittelpunkt. Die in der Forschung zu Arzt-Patient-Gesprächen bei somatoformen Störungen führende britische Arbeitsgruppe hat vor einigen Jahren die Studienlage zum Reattributionsmodell bei MUS gesichtet (Gask et al. 2011) und auf dieser Basis das Modell kritisch diskutiert und in seiner ursprünglichen Form als zu simplizistisch in Frage gestellt. So konnten Verlaufsstudien zeigen, dass der Anteil von zunächst als medizinisch nicht erklärbaren Beschwerden, die im weiteren Verlauf medizinisch erklärbar wurden, größer war (in einer Studie von Morriss et al. 2007 waren es knapp 10%), als bisher angenommen. Daher sei die beiderseitige Wachsamkeit, inwieweit organische Pathologien vorliegen, durchaus angebracht und die Konsultationen müssten diese Möglichkeit stärker berücksichtigen. Eine einseitige Verfolgung des Reattributionsmodells berge die Gefahr, die Kommunikation für diese Option abzuschotten. Der interaktive Widerstand der Patienten auf einseitige psychosomatische Deutungen (Burbaum et al. 2010, vgl. auch Stresing 2011) und die in unseren Analysen rekonstruierten Forderungen der Patient/innen nach einer ergebnisoffenen Suche (Birkner, Burbaum 2013) erscheinen vor diesem Hintergrund also sehr berechtigt. Auch erscheint ein allzu insistierendes Nachfragen nach möglichen psychosozialen Problemen als erklärende Ursache/Auslöser der Beschwerden durch die Therapeut/innen sowohl einseitig als auch fragwürdig.

Außerdem zeigte eine randomisiert kontrollierte Studie, dass die Gesprächsführungstechnik, in der ein Hausarzt eine körperliche Erklärung der Beschwerden anbot (z. B. „stressbedingte Freisetzung von Hormonen verursacht Beschwerden XY“) und sich sensiblen Themen des Patienten indirekt näherte, im Vergleich zum Reattributionsansatz zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität führte (Aiarzaguena et al. 2007). Wir sprechen in diesem Zusammenhang von einer „tangentialen“ Gesprächsführung (Rudolf, Henningsen 2003, Schäfert et al. 2008) (§ 3.2, 17.3). Unsere Analysen unterstreichen, dass nicht nur in ersten diagnostischen Gesprächen, sondern auch im weiteren Prozess psychosoziale Themen nicht konfrontativ und insistierend erfolgen sollten. Der in den Leitlinien vorgeschlagene Wechsel zwischen der Thematisierung psychosozialer Themen und der Rückkehr zur Beschwerdeklage erscheint möglicherweise auf den ersten Blick unbefriedigend, aber ist für den Patienten und die Arzt-Patient-Beziehung besser als ein forciertes Arbeiten in

Richtung einer – zu simplen, einseitigen und vorschnellen – psychosomatischen Erklärung der Beschwerden.

32.6.2 Vom vagen „Drumherumreden“ zur klaren, wertschätzenden und anerkennenden Begleitung

Ein Fazit aus den Analysen ist jedoch auch, dass eine *tangentiale* Gesprächsführung nicht mit einer (über-)vorsichtigen, allzu vagen und „verschwurbelten“ Gesprächsführung verwechselt werden darf. Eine zu stark modalisierende, einklammernde und abschwächende Gesprächsführung hat eine verunsichernde und irritierende Wirkung und kann von Patienten geradezu als Warnsignal verstanden werden, dass der Behandler etwas Heikles und Schwieriges anspricht. Stattdessen sollte ein klares, aufrichtiges, patientenzentriertes Vorgehen der Weg der Wahl sein. Da sich Patienten offenbar angesichts einer fehlenden „richtigen“ Diagnose persönlich in Frage gestellt fühlen, könnten Behandler gerade die Sorge, Kränkung und Verunsicherung, durch die noch nicht erfolgte Diagnose aufgreifen und diese Situation für den Patienten normalisieren. Es erscheint vor dem Hintergrund der Gesprächsanalysen umso wichtiger, die Leistung anzuerkennen, mit den Beschwerden und den damit einhergehenden Beeinträchtigungen und der Unsicherheit konfrontiert zu sein und derzeit zu leben. Dies kann in einem schlichten Zuhören und Aufgreifen der Beschwerdeschilderung zum Ausdruck kommen.

Auch kann die Einbeziehung der sonstigen Lebensleistungen und Ressourcen den Patienten darin unterstützen, die verunsichernde Situation zu bewältigen und einen Behandlungsweg mitzugehen, in dem eine abwartende Offenheit gemeinsam ausgehalten wird (anstatt einer eskalierenden Überdiagnostik, die auf der Basis der bisherigen Befunde medizinisch nicht indiziert ist). Die Stärkung der Beziehung zum Patienten durch ein Ernstnehmen der Symptome und der möglichen Ohnmacht und des Ärgers über die erfolglosen Untersuchungen sind dann mindestens ebenso wichtig wie die weitere Suche nach einer für alle Beteiligten plausiblen Erklärung für die Beschwerden. In dieser „beziehungsstärkenden“ Vorgehensweise kann dann im weiteren Verlauf auch der Weg zu einer flankierenden psychotherapeutischen Begleitung (parallel zur hausärztlichen Betreuung!), die man beispielsweise einschlägt, um „Strategien zu finden, die helfen, mit den Beschwerden besser zurecht zu kommen“, vom Patienten leichter beschritten werden.

Box 32.2 Übungsaufgabe und Lösungsvorschläge (Fall von Frau A)

Bitte überlegen Sie sich auf der Basis der Leitlinien-Empfehlungen (§ 32.4), wie Sie das eingangs wiedergegebene Gespräch (B 32.1) mit Frau A. zur Besprechung der Befunde gestalten könnten.

Ä: Guten Tag Frau A. Kommen Sie rein. Wie geht es Ihnen denn heute?

K: Ach, wenn nicht die Schmerzen wären, ganz gut. Eigentlich habe ich ja Urlaub, aber wir sind jetzt doch nicht weggefahren. Dieses Rumoren im Darm, besonders wenn ich spät nachmittags irgendwas Fettiges esse, kann einfach nicht normal sein. Und neulich waren die Handgelenke wieder so übel ...

Was könnten Sie antworten? Wie könnten Sie die Befunde besprechen? - Hier mögliche Antworten notieren:

Folgende kleine Auswahl an *Formulierungen* und *Ideen* sind *Vorschläge* für unterschiedliche Wege, auf denen Sie Frau A. möglicherweise verstehen und erreichen können. Sie sind natürlich keinesfalls schablonenhaft in andere Gespräche zu übertragen, sollen hier aber verschiedene Ansatzpunkte aufzeigen (siehe auch Hausteiner-Wiehle et al. 2013: 57ff).

- Information geben, Transparenz gewährleisten, Beschwerden anerkennen und Zuversicht zeigen: *„Frau A., die Befunde sind alle da und ich kann Ihnen mitteilen, dass sie unauffällig sind. Das heißt auf der einen Seite, dass es im Moment keinerlei Hinweise dafür gibt, dass sich hinter dem Rumoren im Darm eine ernste Krankheit verbirgt. Auf der anderen Seite, dass ich zunächst noch nicht sagen kann, wie wir die Beschwerden in den Griff bekommen.“*
- Belastung durch Symptome und psychosoziale Aspekte der Beschwerden erfragen: *„Mögen Sie mir noch einmal genau schildern, welche Beschwerden Sie im Moment haben?“* - *„Inwieweit sind Sie durch Ihre Beschwerden im Moment beeinträchtigt?“*

32. Kommunikation bei somatoformen Störungen

- Emotionen durchgehend aufgreifen (Angst und Ärger bei „unklaren“ Beschwerden/Befunden) (§ 20); Erzählungen empathisch begleiten (§ 19, 20); hier genügt oft eine tangentielle Gesprächsführung (§ 3, 17): *„Wie schade, dass Sie Ihren Urlaub absagen mussten aufgrund der Beschwerden.“*
- Subjektive Krankheitstheorien erfragen (§ 21): *„Ich sehe, dass es Ihnen mit diesem Rumoren wirklich schlecht geht und weiß, dass Sie nun schon einen längeren Leidensweg hinter sich haben. Wahrscheinlich haben Sie sich auch schon oft überlegt, wo Ihre Beschwerden eigentlich herkommen. Was sind denn Ihre Vermutungen?“*
- Subjektive Erklärungsansätze würdigen und ggf. fachlich kommentieren: *„Ich kann jetzt besser nachvollziehen, dass Sie sich Sorgen machen, dass bei Ihnen auch ein Tumor sein könnte, wenn Sie das so nah bei Ihrem Bruder mitbekommen haben. Und dass Sie nun besonders vorsichtig sein wollen, da es bei ihm ja zu spät erkannt wurde. Bei Ihnen haben wir ja nun bereits viele Laborwerte vorliegen und da können Sie wirklich beruhigt sein ...“*
- Diagnostische Einordnung vornehmen und Angebote unterbreiten, die Symptome als stressbedingt zu erklären: *„Medizinisch bezeichnen wir solche Beschwerden als funktionell. Das bedeutet, dass der Ablauf körperlicher Vorgänge beeinträchtigt ist, nicht aber die Organe selbst. So etwas kann auf eine Stressreaktion hindeuten.“*
- Obwohl viele Patienten offen für solche Erklärungsangebote sind, sollte eine Zurückweisung akzeptiert (und vorerst nicht weiter insistiert) werden: *„Das ist für Sie aber nicht vorstellbar.“*
- Durch Fragen den Fokus auf Ressourcen, Ausnahmen und eigene Coping-Strategien lenken. Hier können im weiteren Verlauf Bewegung, Entspannungsverfahren, körperorientierte entspannende Verfahren, Selbstfürsorgliches Verhalten und ggf. Entlastungen durch Gespräche als therapeutische Wege zur Sprache kommen: *„Gibt es etwas, bei dem Sie merken, dass es Ihnen gut tut, wenn Ihr Darm wieder einmal rumort?“ - „Gibt es Auszeiten, in denen die Beschwerden besser sind?“*
- Anregen, ein Symptomtagebuch zu führen. Beschwerdeunabhängige Termine anbieten und vereinbaren: *„Wenn wir keine Ursachen finden, heißt das nicht, dass wir die Beschwerden gar nicht beeinflussen können. Der menschliche Körper ist sehr komplex, und viele äußere und innere Reize haben Einfluss auf unser Wohlbefinden. Wenn wir wissen wollen, wie Sie die Beschwerden verbessern können, müssen wir gemeinsam versuchen, sie besser zu verstehen. Ich möchte Ihnen gerne vorschlagen, dass Sie die nächsten zwei Wochen ein Symptomtagebuch führen. Ich gebe Ihnen einen Vordruck mit und*

erkläre es Ihnen noch genauer. Wir sehen uns dann in 2 Wochen wieder und schauen uns Ihr Protokoll genau an.“

- Zeit bis zur nächsten Sprechstunde überbrücken (§ 23): „Glauben Sie, dass Sie mit den Beschwerden bis dahin so (ggf. eigene erfolgreiche Strategien der Patientin nennen) zurechtkommen?“
- Sollte sich im Symptomtagebuch ein Zusammenhang zwischen Stress und den Symptomen zeigen, kann ein entstigmatisierendes Normalisieren und das Aufzeigen einfacher erklärender psychophysiologischer Mechanismen weiterführen: „Viele meiner Patienten reagieren in Überlastungsmomenten mit Verdauungsbeschwerden“ - „Unser Darm ist vom vegetativen Nervensystem gesteuert. Wenn uns etwas belastet, ängstigt oder stresst, reagiert das vegetative Nervensystem und es kann z. B. zu Verdauungsbeschwerden kommen.“

32.7 Weiterführende Hinweise

Im Internet bieten die S3-Leitlinien „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden, Umgang mit Patienten“ in unterschiedlicher Ausführlichkeit und ebenso Patientenleitlinien einen gut zugänglichen und umfassenden Einblick in die Thematik [☞](#).

Das Praxisbuch (Hausteiner-Wiehle, Henningsen 2015) gibt eine Fülle an Anregungen und Beispielen auch zur Kommunikation. Einführungen für Patienten (z. B. Rauh, Rief 2006, Lieb, v. Pein 2009) bieten sich ebenfalls als leicht verständliche Einführung an, in der man Anregungen für Erklärungsmodelle und Vorgehensweisen bekommen kann.

Unserer Erfahrung nach gibt es jedoch häufig bei der Anwendung und Nutzung solcher Modelle im realen Gespräch einen Bruch und ein Modell kann mit der jeweiligen konkreten sprachlichen Umsetzung im ganz spezifischen Gesprächskontext gelingen oder auch scheitern. Daher empfehlen wir zur kritischen Reflexion und konstruktiven Erweiterung der eigenen Gesprächsführung, gelegentlich ein solches Gespräch mit Patienten mit somatoformen oder unklaren Körperbeschwerden aufzuzeichnen (natürlich mit Einwilligung des Patienten). Beim erneuten Anhören und noch viel mehr beim Verschriftlichen werden die eigenen Strategien (z. B. interaktiver Druck oder ein „Drumherumreden“) klar sichtbar. Die Art und Weise, wie Patienten Ihre Interventionen aufgreifen, gibt Ihnen (in Intonation, Inhalt, Ausführlichkeit etc.) eine klare Rückmeldung, ob

32. Kommunikation bei somatoformen Störungen

er/sie sich von Ihnen ernst genommen fühlt oder in eine Verteidigungsposition geraten ist.

33

Kommunikation mit Schmerzpatienten

Regina Geisler, Florian Menz

33.1	Die sprachliche Darstellung von Schmerzen	1651
33.1.1	Klassifizierungsmöglichkeiten	
33.1.2	Schmerzdarstellung als gemeinsame interaktive Aufgabe im medizinischen Gespräch	
33.2	Veranschaulichungsverfahren in der Schmerzdarstellung	1654
33.2.1	Sprachliche Kategorisierung von Schmerzdarstellungen	
33.2.2	Gestik und Mimik von Schmerzdarstellungen	
33.3	Schmerzdifferenzierung als diagnostisches Mittel	1656
33.4	Unterschiedliche Konzeptualisierungen von Schmerz bei PatientInnen und ÄrztInnen: das Problem der Passung	1659
33.5	Gendertypische Schmerzdarstellungen	1661
33.6	Schmerzkommunikation im Alter	1665
33.7	Aufgaben für die ärztliche Gesprächsführung	1665
33.7.1	Mediale Unterstützung verbaler Schmerzkommunikation	
33.7.2	Gesprächsgestaltung in der Interaktion mit SchmerzpatientInnen	
33.8	Weiterführende Hinweise	1669

„Ja, aber es ist doch da ein Etwas, was meinen Ausruf des Schmerzes begleitet! Und um dessentwillen ich ihn mache. Und dieses Etwas ist das, was wichtig ist, - und schrecklich.“ - Wem teilen wir das nur mit? Und bei welcher Gelegenheit?

Ludwig Wittgenstein, 1980, § 296

Abstract: Kommunikation mit SchmerzpatientInnen ist für viele ÄrztInnen fixer Bestandteil ihrer Arbeitspraxis. Welche Merkmale diese spezielle Form der Kommunikation aufweist, welche Spezifika es besonders zu berücksichtigen gilt und welches Potential in diesen, oft als kompli-

33. Kommunikation mit Schmerzpatienten

kationsanfällig geltenden Gesprächssituationen, liegt, soll das folgende Kapitel klären.

Zunächst werden die Möglichkeiten zur sprachlichen Darstellung von Schmerzen sowie deren interaktive Bearbeitung im Gespräch (§ 33.1) umrissen, wobei wir dabei stets davon ausgehen, dass Schmerzdarstellungen gemeinsam von PatientInnen und ÄrztInnen hervorgebracht und ausverhandelt werden. Ebenso werden sprachliche Kategorisierungen von Schmerzen sowie gestische und mimische Mittel zur Veranschaulichung (§ 33.2) vorgestellt. Das Potential von Schmerzdarstellungen zur differentialdiagnostischen Anamnese hat bislang in Lehre und Praxis noch nicht hinlänglich Beachtung gefunden, praktische Beispiele und Empfehlungen für eine effiziente Bearbeitung im Gespräch sollen dem entgegenwirken (§ 33.3).

Unterschiedliche Schmerzkonzeptionen von ÄrztInnen und PatientInnen (§ 33.4) führen oftmals zu unbefriedigenden Gesprächssituationen für ÄrztInnen und PatientInnen, dies wirkt sich, ebenso wie gendertypische (§ 33.5) und altersspezifische (§ 33.6) Schmerzkommunikation unmittelbar auf das Gespräch und auf die Gesundheitsversorgung aus. Um eine möglichst adäquate Kommunikation über Schmerzen zu ermöglichen und diese Interaktionssituation zu erleichtern, schließt das Kapitel mit praktischen Hinweisen, Richtlinien und Methoden (§ 33.7) ab, deren Beachtung ärztliche Gesprächsführung mit SchmerzpatientInnen optimiert.

33.1 Die sprachliche Darstellung von Schmerzen

Schmerzen sind unmittelbar erlebbare Krankheitssymptome, das Sprechen darüber ist damit zentral für Anamnese, Diagnose und Behandlung im Gespräch zwischen PatientInnen und ÄrztInnen. Schmerzen können auf unterschiedlichste Weise thematisiert werden. Die Beschreibung von Schmerzen ist dabei nur eine von vielen Möglichkeiten. Wir verwenden daher als übergeordneten Begriff, der alle Formen beinhalten soll, den Ausdruck der Schmerzdarstellung. Er subsumiert z. B. Beschreibungen, Erzählungen, szenische Schilderungen aber auch andere, etwa nonverbale Formen (s. a. § 12), über Schmerzen zu kommunizieren.

Kommunikation über Schmerzen erweist sich im medizinischen Kontext vielfach als problematisch, da PatientInnen mit der Schwierig-

keit konfrontiert werden, ihr subjektives Empfinden eines nicht alltäglichen Zustandes mit dem ihnen zur Verfügung stehenden Beschreibungsrepertoire situationsadäquat darzustellen. Gleichzeitig stehen ÄrztInnen der Aufgabe gegenüber, diese Darstellungen in medizinisch und diagnostisch bearbeitbare Information zu „übersetzen“ (Ehlich 1990, Menz et al. 2002, Mishler 1984).

Im medizinischen Alltag ist Gesundheitspersonal in der Regel mit drei Arten von Schmerzdarstellungen konfrontiert: 1) Weinen, Schreien, Wimmern 2) Schmerzinterjektionen wie beispielsweise „au“ 3) Verbale Darstellung von Schmerzen (Ehlich 1985). Von Bedeutung für die Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist primär die Beschreibung des Schmerzes. In der Realität behindern sich Ausdruck (Weinen, Schreien, Wimmern sowie Schmerzausrufe) und Beschreibung des Schmerzes vielfach, da der Ausdruck von Schmerz diagnostisch kaum hilfreich ist, eine verbale Schmerzdarstellung von PatientInnen jedoch vor den oben angeführten Problemen steht (Heath 1989).

33.1.1 Klassifizierungsmöglichkeiten

Schmerzen werden in der Medizin auf unterschiedlichste Weise typologisiert und systematisiert. Aus linguistischer Perspektive sind drei Differenzierungstypen für die Schmerzdarstellung relevant. Zunächst erweist sich eine Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Schmerzen als sinnvoll, da diese unterschiedlichen Krankheitsdynamiken jeweils mit spezifischen Anforderungen und Erwartungen an das ärztliche Gespräch und an die Beteiligung von PatientInnen einhergehen (Kreissl et al. 2004, Lalouschek 2008, 2010, Overlach 2008). Des Weiteren ist aus gesprächsanalytischer Sicht die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Schmerzen von Bedeutung. Bei ersteren sind die Schmerzen selbst eine zu behandelnde Krankheit, bei letzteren treten sie als Begleit- oder Nebenerscheinung einer anderen Erkrankung auf. Bei primären Schmerzen ist daher das ärztliche Gespräch das wichtigste Diagnosemittel. Drittens müssen auch kulturwissenschaftliche Perspektiven berücksichtigt werden (§ 28), denn der Wahrnehmung von Schmerzen wohnen historische, kulturelle und psychosoziale Aspekte inne, welche Einfluss auf die Kommunikation über Schmerzen nehmen (Lalouschek 2010, Morris 1991).

33.1.2 Schmerzdarstellung als gemeinsame interaktive Aufgabe im medizinischen Gespräch

Linguistisch betrachtet sind Schmerzen ein „interaktives Phänomen“ (Ehlich 1985), das gemeinsam von PatientInnen und ÄrztInnen bearbeitet werden muss. Denn was Schmerzen sind, ist nicht durch einfache Wahrnehmung oder aus sich selbst heraus feststellbar. Vielmehr bedarf es dazu der interaktiven Einigung, um beispielsweise die Grenze zwischen Schmerz und Nicht-Schmerz zu ziehen und seine Behandlungswürdigkeit zu konstatieren, wie der folgende Gesprächsausschnitt exemplarisch verdeutlicht (Reisigl 2010: 109f.).

B 33.1 Schmerz vs. Nicht-Schmerz	
26	A Nein. Weg kann ich es leider nicht [machen].
27	P [lachend] H aber nein, das ist zu viel verlangt, das versteh ich. Ich [ich]
28	A [Okay.]
29	P bin auch bereit damit zu leben. Wissen Sie, i ich [sag nicht],
30	A [Ja, (nein.)]
31	P dass das ein Schme:rz ist. Aber [es is . un:angenehm.]
32	A [Ja. Hmhm]

Die Patientin beklagt sich über ein Taubheitsgefühl in der Hand, das der Arzt „leider nicht [weg] machen“ kann, worauf der Aushandlungsdialog einsetzt, um sich auf das zu Behandelnde zu einigen.

Diesen Aushandlungsprozessen liegen allerdings, wie noch zu sehen sein wird, häufig divergierende Schmerzkonzepte von ÄrztInnen und PatientInnen zugrunde. Unterschiedliche Perspektiven, auf das, was als Schmerz aufgefasst wird, aber auch unterschiedliche Systematiken und Beschreibungsinventare von Laien und Experten rufen vielfach Störungen und Probleme im Gespräch hervor (Deppermann 2003). Viele davon sind von LinguistInnen systematisch untersucht worden.

Diskurs- und gesprächsanalytische Untersuchungen bringen nicht nur Erkenntnisse über unterschiedliche Schmerzdarstellungen und hierfür herangezogene (vorwiegend) sprachliche und nonverbale Mittel, sondern legen auch Spezifika der Schmerzbeschreibung offen.

Insbesondere sollen Aspekte der Informationsverarbeitung, der Schmerzdifferenzierung sowie der Einfluss einiger soziologischer Parameter wie Gender und Alter auf die Schmerzdarstellung berücksichtigt

werden. Abschließend werden Aufgaben und Perspektiven für die ärztliche Gesprächsführung aufgezeigt, um den Umgang mit SchmerzpatientInnen in der medizinischen Praxis zu erleichtern und zu einer Optimierung beizutragen. Die Annahme, dass Schmerzdarstellungen gemeinsam von PatientIn und Arzt bzw. Ärztin hergestellt und ausverhandelt werden, wird dabei durchgehend als gegeben vorausgesetzt.

33.2 Veranschaulichungsverfahren in der Schmerzdarstellung

Sieht man sich Sprachkorpora zur Darstellung von Schmerzen im Deutschen an, lassen sich klare Präferenzen ausmachen, welche grammatischen Konstruktionen in der Darstellung verwendet werden (Overlach 2008: 164). Die mit Abstand häufigste Konstruktion ist die Darstellung des Schmerzes als Besitz („Ich habe Schmerzen“). Ebenfalls häufig sind Kopulakonstruktionen mit dem nominalen Schmerzausdruck in Subjektposition („Der Schmerz ist ...“). Im Weiteren treten häufig Konstruktionen mit „wehtun“ und expletivem es/das in Subjektpositionen, vielfach auch in Verbindung mit Wenn-dann-Sätzen („Es tut hier weh, wenn ich ...“) auf. Die Ausnahme bilden Sätze mit einem nominalen Schmerzausdruck in der Subjektposition, die eine Auswirkung der Schmerzen auf PatientInnen beschreiben („Der Schmerz lässt mich nicht schlafen“) sowie Sätze mit Verben, die sinnliche Wahrnehmungen des Schmerzes mit den PatientInnen in Subjektposition beinhalten („Ich empfinde Schmerzen“). Dies weist darauf hin, dass das Alltagsrepertoire, über Schmerzen zu sprechen, nicht sehr ausdifferenziert und für medizinische Abklärungen ungenügend ist. Daher müssen ÄrztInnen im Gespräch über Schmerzen aussagekräftigere Formen finden, die sich in spezifischen Kategorisierungen niederschlagen.

33.2.1 Sprachliche Kategorisierung von Schmerzdarstellungen

Schmerzfragebögen, wie sie z. B. an Schmerzkliniken oder Schmerzsambulanzen verwendet werden, eignen sich gut als Ausgangspunkt für die Analyse von komplexeren Schmerzdarstellungen. Die häufigsten Kategorisierungen von Schmerzen betreffen v. a. vier Dimensionen:

33. Kommunikation mit Schmerzpatienten

- Die Lokalisation des Schmerzes und seine Dynamik („Wo schmerzt es und wohin wandert der Schmerz?“)
- Die Intensität des Schmerzes und seine Dynamik („Wie stark ist der Schmerz und wie verändert sich die Intensität des Schmerzes?“)
- Die zeitliche Dimension, die Zeitpunkt, Dauer, Häufigkeit und zeitliche Dynamik des Schmerzes beinhaltet, sowie
- die Qualität des Schmerzes. Zur Beschreibung der Qualität werden in erster Linie metaphorische Ausdrücke wie „brennend, stechend, bohrend, schneidend“ u. ä. verwendet (Reisigl 2010).

Derartige Kategorienschemata beruhen v. a. auf arztseitigen Erhebungsstrategien. Analysiert man Darstellungen von Patienten und Patientinnen, wenn sie in nicht-medizinischen Kontexten über ihre Schmerzen sprechen, unterscheiden sich deren Kategorisierungen. Neben der Spezifikation der Schmerzen, welche die vier oben beschriebenen Dimensionen der Lokalisation, Intensität, Zeit und Qualität enthält, finden sich noch zusätzliche Differenzierungen, die in Abbildung 33.1 zusammengefasst sind (Blasch et al. 2010: 129).

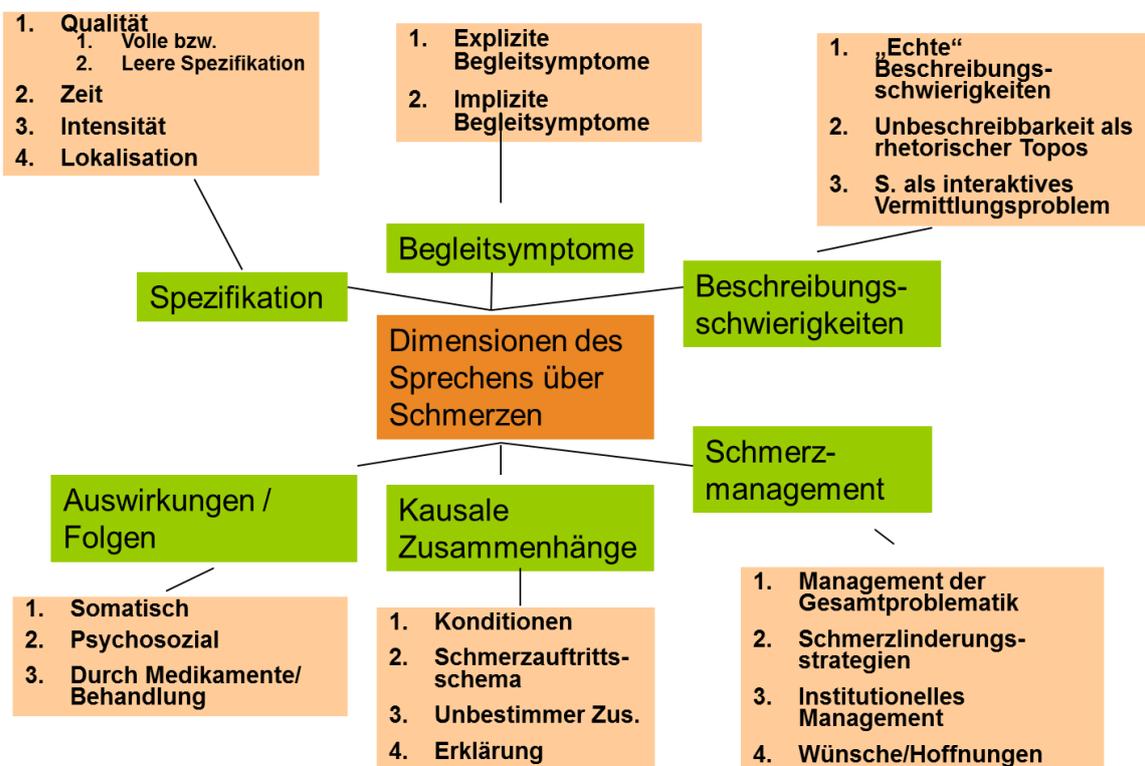


Abb. 33.1: Schmerzdifferenzierungen

Die Darstellungen der PatientInnen sind also durchaus komplex und umfassen weit mehr Bereiche als für gewöhnlich im ärztlichen Gespräch thematisiert werden. Insbesondere die Dimension der Beschreibungsschwierigkeiten wird in medizinischen Kontexten noch zu wenig berücksichtigt. Vielfach wird dabei bildhafte Sprache (Metaphern, Metonymien und Vergleiche) gebraucht, da diese Varianten es ermöglichen, auch schwer vermittelbare Erfahrungen mitzuteilen und scheinbar „Unbeschreibbares“ zu beschreiben (Brünner, Gülich 2002, Surmann 2002) (s. auch § 11).

Darüber hinaus kann die unterschiedliche Konzeptualisierung von Schmerzen, wie sie sich in den vorgestellten unterschiedlichen kategorienrastern darstellt, Ursache für problematische Kommunikation sein (vgl. auch § 33.3).

33.2.2 Gestik und Mimik von Schmerzdarstellungen

Weil es keinesfalls eine leichte Aufgabe ist, Schmerzen zu beschreiben, werden oftmals Gesten zur Verdeutlichung herangezogen. Insbesondere für die präzise Lokalisation der Schmerzen wird die so genannte *Zeigegeste* häufig herangezogen (§ 7.2, 12, 21). Durch sie wird der Körper gleichzeitig Subjekt und Objekt des Zeigens. Als Objekt verweist die Zeigegeste auf die schmerzende Stelle, als Subjekt muss der Zeigende gleichzeitig den Kontakt mit dem Arzt aufrecht erhalten. Dies geschieht durch die Beibehaltung des Blickkontaktes (Stukenbrock 2008). Es handelt sich dabei also in der Tat um eine komplexe Tätigkeit, da Blickrichtung und Zeigegeste nicht in dieselbe Richtung weisen.

Neben den Zeigegesten finden sich in ärztlichen Gesprächen auch so genannte *Imitationsgesten*. PatientInnen zeigen hier eine Bewegung nach, die üblicherweise Schmerzen verursacht oder an sich schmerzhaft ist. Letztlich werden von PatientInnen manchmal *abstrakt beschreibende Gesten* herangezogen. Sie dienen primär zur Schmerzdifferenzierung und dazu, spezifische Aspekte einzelner Schmerzarten und -qualitäten darzustellen, ohne jedoch konkrete Zeige- oder Imitationsgesten anzuwenden. Krampfartige Schmerzen im Bauchraum können beispielsweise zusätzlich zur verbalen Beschreibung durch das Ballen der Faust verdeutlicht werden (Hydén, Peolsson 2002: 331ff).

33.3 Schmerzdifferenzierung als diagnostisches Mittel

Viele SchmerzpatientInnen, insbesondere solche mit Kopfschmerzen, leiden an unterschiedlichen Formen von Schmerzen, die sie häufig im ärztlichen Gespräch auch zu differenzieren versuchen. Dazu nutzen sie unterschiedliche Strategien zur Differenzierung von Schmerzen und bieten damit den ÄrztInnen ideale Ansatzpunkte zur differentialdiagnostischen Abklärung der Beschwerden (Sator 2011). Die Differenzierungsstrategien der PatientInnen können erstens unterschieden werden in *explizites Ausführen* („Also, ich hab zwei verschiedene Arten von Kopfschmerzen“) oder eher *implizites Vermitteln*, wie das folgende Beispiel zeigt:

B 33.2 Implizite Schmerzdifferenzierung

01 A Wegen meiner Migräne . probleme, die ich schon seit frühester .
Jugend . also . praktisch seit der . Pubertät hab hh und . die
jetzt wieder . verstärkt auftreten . und ah . ich praktisch also .
durch die Medikamente . keine Erleichterung finde. hh Wo i frü-
her auch angesprochen hab, also reagier ich . zum Teil jetzt
überhaupt nicht. Zur klassischen Migräne hat sich jetzt die/äh
Kopfschmerzen also von der Halswirbelsäule noch . dazu: . ge-
sellt . hh und durch die Verspannung . vom Nacken . äh Schul-
ter, Nacken rauf also tritt des no:ch verstärkter auf.

Die Patientin beginnt ihre Beschwerden zu schildern und diese zeitlich und die Intensität betreffend zu rahmen. Die Patientin differenziert nicht klar zwischen zwei Formen des Kopfschmerzes, sondern legt den Fokus auf den Schmerzverlauf und die Verschlechterung des Zustandes. Dennoch unterscheidet sie sprachlich zwischen einer „klassischen Migräne“ (Zeile 4) und „Kopfschmerzen von der Halswirbelsäule“ (Zeile 5). Eine explizite Unterscheidung zwischen den beiden Typen wird jedoch weder von der Patientin noch vom Arzt vorgenommen (Sator 2010).

Die Differenzierungen können zweitens *typenbildend* oder *nicht-typisierend* sein. So sind im obigen Beispiel die Formulierungen „klassische Migräne“ und „Kopfschmerzen also von der Halswirbelsäule“ solche Typisierungen. Sie sind in der Regel interaktiv aufwändiger als die nicht-typisierende Darstellung von unterschiedlichen Schmerzformen. Was drittens die Reihenfolge betrifft, werden Schmerzdifferenzierungen

von PatientInnen entweder einander kontrastiv gegenübergestellt und direkt verglichen (*parallel-kontrastive Darstellung*, z. B. „die Kopfschmerzen von der Halswirbelsäule sind da, während die klassische Migräne eher dort ist“, verbunden mit einer Zeigegeste), oder verschiedene Schmerzformen werden systematisch nacheinander abgehandelt (*systematisch-konsequente Schmerzdifferenzierung*, z. B. „Ich hab zwei Arten von Kopfschmerzen“, gefolgt von zwei klar getrennten ausführlichen Beschreibungen) (Sator 2011: 244-7).

Analog dazu können Ärzte und Ärztinnen unterschiedlich mit den Differenzierungsangeboten der PatientInnen umgehen. Erstens können sie die Aufgabe der Schmerzdifferenzierung *hochstufen* oder *rückstufen* (§ 17.4, 20.4), also auf Differenzierungen, die von PatientInnen vorgenommen werden, eingehen oder sie nicht berücksichtigen. Zweitens können sie die Strategien der Typisierung und der Darstellung (parallel-kontrastiv oder systematisch-konsequente) aufgreifen oder umformen, also die gegenteilige Strategie wählen. Drittens können ärztliche Beiträge die patientenseitigen Schmerzdifferenzierungen erweitern, reduzieren oder modifizieren und sichern, indem etwa eine gemeinsame Fokussierung auf einzelne Schmerzvarianten vorgenommen und das korrekte Verständnis gesichert wird.

Nicht immer differenzieren Patientinnen und Patienten unterschiedliche Schmerzen. *Wenn* sie allerdings Differenzierungsstrategien verwenden, dann entsteht ein „Differenzierungszwang“ auch für die Ärzte und Ärztinnen (Sator 2011: 242), d. h. die eingeführten Differenzierungen müssen interaktiv bearbeitet werden. Dies hat Vor- und Nachteile: Einerseits kann die von den PatientInnen eingebrachte Differenzierung oder Typologie zur diagnostischen Schärfe der Schmerzvarianten beitragen. Andererseits schränkt der Differenzierungsrahmen auch ein, weil alle Varianten des Schmerzerlebens in die vorgegebene Ordnung eingepasst werden müssen und dies in der Praxis nicht immer möglich ist. Dies führt zu interaktiven Komplikationen in der ÄrztInnen-PatientInnen-Kommunikation. Zusätzlich bleibt die Schwierigkeit, lebensweltliche Schmerzdifferenzierungen von PatientInnen in medizinisch-diagnostisch verwert- und bearbeitbare Kategorien zu transferieren, da die patientenseitigen Differenzierungen nicht immer den medizinisch als relevant angesehenen entsprechen.

Für ÄrztInnen erweisen sich im Hinblick auf eine produktive Bearbeitung von Schmerzdifferenzierungen folgende Strategien als sinnvoll:

Box 33.1 Empfehlungen zur Schmerzdifferenzierung

- Es ist ratsam, sich an der Differenzierung von PatientInnen zu orientieren und, von dieser ausgehend, in einem weiteren Schritt etwaige eigene Differenzierungen vorzunehmen. Dabei sollte weiterhin die Differenzierung der PatientInnen berücksichtigt werden (etwa durch Wiederaufgreifen der Begrifflichkeiten, die PatientInnen in der Beschreibung genutzt haben) (Sator 2010: 198).
- Eine zu frühe Fokussierung auf einzelne Varianten von Beschwerden ist nicht sinnvoll, da möglichst offene Beschwerdedarstellungen zu diesem Zeitpunkt PatientInnen genauere Ausführungen ermöglichen. Offene Fragen sind im Gespräch sowohl bei Schmerzbeschreibung auch als bei der Thematisierung von psychosozialen Konsequenzen des Schmerzes zu bevorzugen (Laerum et al. 2006: 38).
- ÄrztInnen sollten klare Referenzformen für die einzelnen Schmerztypen wählen und sich dabei an der Typologie und Terminologie der PatientInnen orientieren (Sator 2010: 197).
- ÄrztInnen sollten offene Fragen ohne Kategorisierungen vorgeben, da andernfalls Verwirrung bei PatientInnen hervorgerufen werden kann (Sator 2010: 198).

33.4 Unterschiedliche Konzeptualisierungen von Schmerz bei PatientInnen und ÄrztInnen: das Problem der Passung

In § 33.2.1 wurde bereits auf die potentielle Problematik unterschiedlicher Konzeptualisierungen von Schmerz zwischen PatientInnen und PatientInnen hingewiesen, da sie jeweils unterschiedliche Schwerpunkte fokussieren. Eine der Folgen sind Informationsdefizite in der Beschwerdeanamnese, die ÄrztInnen eine Diagnosestellung massiv erschweren. In Zahnarztgesprächen zu chronischen Gesichtsschmerzen zeigte sich dieses Informationsungleichgewicht in den Bereichen „Beschwerdeanamnese“, „Beeinträchtigung/Leidensdruck“ und „biopsychosoziale Anamnese“ besonders auffällig (Kreissl et al. 2004). In Gesprächen mit nichtmedizinischem Personal wurden bis zu 10-mal mehr unerwähnte, für die Anamnese aber durchwegs relevante, Stichpunkte als bei ÄrztInnen genannt. Insbesondere die Art der Gesprächsführung, nämlich

offene, erzählgenerierende Fragen zu stellen, machte dies möglich. Das für die ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion übliche Frage-Antwort-Schema bedingt eine strukturell eher geschlossene Form, die es für PatientInnen erschwert, eigene Konzepte des Schmerzes zu artikulieren, da das Konzept der ÄrztInnen eindeutig im Mittelpunkt der Interaktion steht, und so der Beschreibungsspielraum von PatientInnen stark eingeschränkt bleibt. Die Gestaltung des Gesprächs hat eine stärkere Wirkung auf den Gesprächsverlauf als die objektiv verfügbare Zeit, und dies obwohl für die zahnärztliche Praxis ausführliche Anamneseerhebungen ungewöhnlich sind und gesetzlich in der Gebührenordnung auch nur begrenzt als Abrechnungsposition vorgesehen und honoriert werden.

Geht man der Frage nach, wie und worüber in Schmerzdarstellungen gesprochen wird, so wird deutlich, dass die thematisierten Aspekte des Schmerzes in unterschiedlichen Settings stark differieren. Im ärztlichen Gespräch stehen die Spezifikationen der Schmerzqualität (Lokalisation, Intensität, Zeit, Schmerzart), die Medikation, Begleitsymptome und Schmerzdifferenzierungen im Mittelpunkt. Diese Themen können als *symptomorientiert* klassifiziert werden.

Sprechen PatientInnen mit anderen Personen als ÄrztInnen, etwa in Gesprächen mit einer Linguistin, über ihre Schmerzen, thematisieren sie vorzugsweise Fragen des Schmerzmanagements, Beeinträchtigungen durch die Schmerzen, subjektive Krankheitstheorien und psychosoziale Auswirkungen (Kreissl et al. 2004). Schmerzen werden in Bezug auf die Auswirkungen auf den Alltag und nicht so sehr in Bezug auf die Symptomatik und die Erscheinungsformen dargestellt. PatientInnen stellen ihre Schmerzen in den Kontext ihres Alltags, präsentieren sie als (manchmal gewichtigen) Teil ihres Lebensvollzugs und beschreiben sie hauptsächlich über den Umgang mit ihnen. Sie thematisieren, welche Vermeidungsstrategien sie einsetzen, um das Auftreten von Schmerzen zu verhindern, welche Einflüsse günstig für die (Nicht-)Entwicklung des gesamten Schmerzgeschehens sind und, falls der Schmerz bereits eingetreten ist, welche Bewältigungsstrategien sie anwenden, um eine positive Einwirkung zu erreichen. Diese Darstellungsformen können als *kontextualisierend* zusammengefasst werden. PatientInnen reden in nicht-medizinischen Gesprächen also nicht nur mehr über Schmerzen, sondern auch über unterschiedliche Schwerpunkte.

Aus ärztlicher Sicht mag die Schwerpunktsetzung auf Schmerzspezifikationen und Medikamente durchaus logisch sein, für PatientInnen wirkt dieser Fokus jedoch besonders dann irritierend, wenn im Vorfeld

(subjektiv) nicht ausreichend auf deren Hauptanliegen eingegangen wurde oder die Zielsetzung des Gesprächs unklar bleibt. Mangelnde Passungen in Bezug auf das primäre Thema und den primären Zweck des Gesprächs sind die gravierendsten Ursachen für misslingende Kommunikation in diesem Bereich (Blasch et al. 2010: 285). Daher ist es wichtig, die Möglichkeit unterschiedlicher Konzeptualisierungen während des gesamten Gesprächs im Auge zu behalten und gegebenenfalls die Passung zu thematisieren.

33.5 Gendertypische Schmerzdarstellungen

„The pain field has moved on from debating whether sex differences in pain exist, to recognizing the importance of these differences” (Greenspan et al. 2007: 27).

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlung und Betreuung können einerseits durch unterschiedliche physiologische und anatomische Faktoren auftreten, gleichzeitig sind jedoch auch Rollenverhalten und Strategien zum Umgang mit Schmerzen wichtige Einflussgrößen für Behandlungs- und Diagnoseunterschiede von Männern und Frauen (Schopper et al. 2013). Ein Bewusstsein über die Einflusskraft des Faktors „Gender“ erleichtert in der medizinischen Praxis den Umgang mit unterschiedlichen Schmerzdarstellungen von Patientinnen und Patienten.

Schmerzdarstellungen im Hinblick auf einen Genderbias lassen mit Fokus auf ärztliches und patientInnenseitiges Verhalten Rückschlüsse auf Behandlungsunterschiede zu: ÄrztInnenseitig gibt es Unterschiede im (kommunikativen) Verhalten von ÄrztInnen, die zu Unterschieden in der medikamentösen und operativen Schmerzbehandlung führen. Konkret werden in der Anamnese bei unspezifischen Symptomen an der Halswirbelsäule bei Frauen vermehrt psychosoziale Faktoren erfragt und eher unspezifische Diagnosen gestellt. Laboruntersuchungen werden hingegen häufiger bei Männern angefordert (Hamberg et al. 2002).

Auch bei der Darstellung von Schmerzen sind entlang der Genderachse relevante Unterschiede zu beobachten (Blasch et al. 2010).

- So verwenden Frauen zur Referenz auf Schmerzen in ärztlichen Gesprächen semantisch gehaltvolle Konzepte und weniger semantische Leerformen („es“, „das“) als Männer;

- Darüber hinaus benutzen Frauen signifikant mehr Varianz zur Darstellung ihrer Schmerzen als Männer: Während Männer weit- aus häufiger auf vorgefertigte Formulierungsroutinen („Schmerz haben“ und „weh tun“) zurückgreifen, sind die Ausdrucksweisen von Frauen vielfältiger und variantenreicher;
- Schließlich produzieren Frauen mehr *relativierende Usualitäts- modalisierungen* (Adverbien zur Angabe von Häufigkeiten wie „meistens“, „manchmal“ u. ä.) als Männer, die vermehrt auf die absolute Modalisierung „immer“ rekurren, was ebenfalls in Richtung einer stärkeren Differenzierung bei Frauen interpretiert werden kann.

Insgesamt kann also bei den Schmerzdarstellungen von Frauen eine größere Varianz und Vielfalt konstatiert werden als bei den Männern.

Trotzdem deuten einzelne medizinische Untersuchungen (Penque et al. 1998, Shaw et al. 1994) darauf hin, dass aufgrund dieser unterschiedlichen Präsentationsstrategien von Schmerzen bestimmte Krankheitsbilder wie koronare Herzkrankheit bei weiblichen Patienten häufiger übersehen werden als bei männlichen und in der Folge die Mortalitätsrate höher ist. Denn da die Beschreibung von Brustschmerzen ein zentrales diagnostisches Mittel ist, um gefährliche von harmlosen Ursachen zu unterscheiden und dementsprechende (manchmal lebensrettende) therapeutische Maßnahmen ergreifen zu können, ist die sprachliche Darstellung von entscheidender Bedeutung. Unterschiede in der Schmerzdarstellung zeigen sich in insgesamt vier Bereichen (Menz, Lalouschek 2005, Menz et al. 2002):

Männer stellen sich als informiert und interessiert an Krankheit, Medikation und Therapie dar und stufen ihre Krankheit hoch, indem sie beim Schmerzerleben das Besondere und Ernstzunehmende an ihrer Krankheit hervorheben. Sie stellen sich als Schmerz bewältigend dar, mit Interesse an der Ursachenbewältigung und einer sehr symptomorientierten konkreten Schmerzbeschreibung.

Frauen hingegen heben primär das psychosoziale Umfeld hervor, stufen ihre Schmerzen eher herab, stellen sich als Schmerz ertragend dar, d. h. sie werden abschwächend beschrieben, delegieren die Behandlung eher an die Institution und geben stark kontextualisierte und tendenziell nicht-symptomatische („diffuse“) Schmerzbeschreibungen.

Die folgenden Beispiele geben einen Eindruck dieser unterschiedlichen Darstellungsweisen.

33. Kommunikation mit Schmerzpatienten

B 33.3 Typische Darstellung einer Frau I (62, Schmerzursache koronar): „Naja es wird schon wieder aufhören“

- 168 P Ja aber ich bin so: wie ich schon sagte ein: Me:nsch der was halt hh wenn man ein bissi einen Schmerz hat, so denkt man naja es wird schon wieder aufhörn, und wenn es dann aufhört dann: ... vergess ich das halt wieder. nicht?
- 169 A Mhm [...]
- 171 P Manche laufn halt gleich zum Arzt aber ich bin: . lieber so: dass ich nicht gleich geh. Net?

B 33.4 Typische Schmerzdarstellung einer Frau II (70a, Schmerzursache koronar): „Ich kanns nicht sagen wieso“

- 08 A Wie ist denn das? Äh Sie haben gesagt Sie haben Schmerzen hier?
- 09 P Ja. das: äh hab ich. Ich wills Ihnen sagen . da:her. da:und das zieht sich da rüber, . das zieht sich so und tut weh dabei.
- 10 A Mhm ...
- 11 P .. Das kann man gar nicht so beschreiben dass das: . wie das eigentlich ist. das kommt. ... das hab ich auch wenn ich lieg.
- 12 A Ja?
- 13 P Oder geh; ... und wenn ich: äh . ich hab ein: . wo ich wohn, ... muss ich ein bissi ... bergauf gehen . äh ist nicht vie:l ... das, äh . und da komm/ muss ich oft . geh ich zum Haus, . da krieg ich keine Luft, . da tut mir alles weh, ... da schmeiss ich alles hin, . und ich muss mich schon engl/ äh leg ich mich gleich ins Bett.
- 14 A Mhm
- 15 P Oder ich muss mich niedersetzen und da muss ich . da bleib ich so eine . eine Stunde liegen, dann gehts . ist mir wieder besser. . Das kommt auf ein mal! ... Ich kanns nicht sagen wieso:.

Demgegenüber steht die typische Darstellung eines Mannes:

B 33.5 Typische Darstellung eines Mannes (61a, Schmerzursache koronar): „Begonnen? Eigentlich völlig überraschend.“

- 40 A Wie war das mit dem Schmerz?
- 41 P Begonnen? . Ei:gentlich völlig überraschend.
- 42 A Ja?

43 P In der Nacht von Sonntag auf Mo:ntag wiegesagt ... Zeitpunkt zirka . ein Uhr zwanzig Früh: . mit plötzlich auftretenden kalten Schweißaus= brüchen ... Kopfschmerzen, Erbrechen, Durch= fall, Schwindelgefühl . und einen Druck in der . Brust der der richtig zum Angstgefühl wurde.

Während die Schmerzbeschreibung des Mannes konkret und symptomorientiert ist und die sehr offen gehaltene Frage „Wie war das mit dem Schmerz?“ (Zeile 40) mit detaillierten Informationen zum Zeitpunkt des Auftretens der Symptome und zur Qualität des Schmerzes beantwortet wird, verweist die Frau in Transkript 33.4 auf die Schwierigkeit der Beschreibung (Zeile 11). Sie zieht als Beispiel zur Beschreibung ihren Nachhauseweg heran, geht dabei aber nicht näher auf Zeitpunkt oder Schmerzqualität ein, sondern erläutert ihre Strategie zum Umgang mit den Schmerzen (Zeile 13-15), wobei weniger das Bewältigen, sondern mehr das Ertragen („ich muss mich hinlegen“, „ich muss mich setzen“) des Schmerzes thematisiert wird.

Die Aussage des Mannes, dass der Schmerz zu einem „richtigen Angstgefühl“ wurde, stuft die Schmerzen hoch und gibt seiner Beschreibung eine zusätzliche Dringlichkeit. Vollkommen gegensätzlich ist hier die Beschreibung der Patientin in Transkript B 33.3, die sowohl Dringlichkeit als auch Intensität ihrer Schmerzen rückstuft („wird schon wieder aufhören“, „wenn man ein bisschen Schmerzen hat“, Zeile 168).

Aus den Beispielen ist gut ersichtlich, dass die Beschreibungen von Männern „medizinischer“ sind, also stärker den Erwartungen der Ärzte und Ärztinnen entsprechen. Dies hat historische Gründe, weil Herzinfarkt Diagnosen von Männern an Männern entwickelt wurden und sich deren Darstellung deshalb als „normal“ und erwartbar erweisen, während Darstellungen von Frauen die Erwartungen der ÄrztInnen brechen.

Box 33.2 Gendertypische Schmerzdarstellungen

Aufgrund der unterschiedlichen Formen der Schmerzbeschreibung werden die Schmerzdarstellungen von Männern als präziser, informativer und kooperativer wahrgenommen. Die Darstellungsformen von Frauen entsprechen nicht den Erwartungen der ÄrztInnen. Dies führt einerseits zu Ärger, andererseits aber auch zu Verständigungsproblemen, die bis hin zu falschen oder verspäteten Diagnosen führen können. Da beson-

ders Frauen dazu neigen, ihre Schmerzen abzuschwächen und das Krankheitsgeschehen an die ÄrztInnen zu delegieren (Rückstufung), liegt es an den ÄrztInnen, diesen Patientinnen und deren Schmerzen durch entsprechende Hinweise eine Aufwertung zukommen zu lassen und sie dadurch wieder hochzustufen.

33.6 Schmerzkommunikation im Alter

Kommunikation im Alter ist von Besonderheiten auf unterschiedlichen Ebenen geprägt. Unterschiede finden sich in den Bereichen der Themenbehandlung, der kommunikativen Muster sowie beim Akt des Sprechens und des Zuhörens/Verstehens (Fiehler 2003). Die Berücksichtigung dieser Besonderheiten im medizinischen Kontext und im besonderen Hinblick auf Schmerzkommunikation ist eine wichtige Aufgabe für ÄrztInnen, um eine adäquate Schmerzbehandlung älterer PatientInnen zu gewährleisten. Als augenfälligste Besonderheit ist festzuhalten, dass ältere PatientInnen zwar viele Informationen über Lokalisation, zeitliches Auftreten und Intensität des Schmerzes geben, jedoch kaum Nebenwirkungen von Medikamenten, körperliche Betätigungen oder Gewichtsreduktion thematisieren. Gerade diese Informationen sind jedoch häufig wichtig für die Therapie. Daher ist es von großer Bedeutung, bei älteren Personen noch stärker darauf zu achten, durch offene Fragen und gezieltes Nachfragen weitere charakteristische Informationen zu erhalten, was eine Behandlung erleichtert. Denn der Einfluss der Fragetechnik auf die weitergegebene Schmerzinformation ist unbestritten: Durch offene Fragen von ÄrztInnen werden deutlich mehr Informationen von PatientInnen gegeben und speziell eine offene Frage zu Beginn legt Schmerzinformationen offen, die bei einer geschlossenen Eröffnungsfrage auch durch zusätzliches Nachfragen nicht zur Sprache kommen (McDonald et al. 2009).

33.7 Aufgaben für die ärztliche Gesprächsführung

PatientInnen verfügen über ein vielfältiges sprachliches und multimodales Repertoire, um ihre Schmerzen zu beschreiben. Da es allerdings (besonders innerhalb der medizinischen Institutionen, vgl. § 33.4) nicht

immer leicht zugänglich ist, steht ÄrztInnen eine Reihe von Hilfsmitteln zur Verfügung, um Schmerzbeschreibungen von PatientInnen zugänglich zu machen und für die Diagnose produktiv einsetzen zu können. Einige werden in § 33.7.1 vorgestellt. § 33.7.2 schließt mit einigen allgemeinen Empfehlungen zur spezifischen Kommunikation mit SchmerzpatientInnen ab.

33.7.1 Mediale Unterstützung verbaler Schmerzkommunikation

Eines der bekanntesten standardisierten Instrumente zur Erfassung von Schmerz ist der „McGill-Schmerzfragebogen“, welcher von Melzack (1975) vorgeschlagen und seither mehrfach ausdifferenziert wurde. Der Fragebogen gliedert sich nach vier Schmerzkriterien, die sensorische Qualitäten, affektive Qualitäten, bewertende Qualitäten sowie Mischqualitäten umfassen. Sie beinhalten jeweils Vorschläge zur Beschreibung der Schmerzen, wobei primär metaphorische Ausdrücke benutzt werden. Die folgende von Reisigl (2010: 81f) mit deutschsprachigen Übersetzungen versehene Tabelle (kann als Anregung zur differenzierten Darstellung bzw. Abfrage von Schmerzen genutzt werden.

Sensorische Qualitäten				
Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5
<ul style="list-style-type: none"> • <i>flickering</i> (flackernd, flimmernd) • <i>quivering</i> (zitternd, zuckend) • <i>pulsing</i> (pulsierend) • <i>throbbing</i> (hämmernd) • <i>beating</i> (schlagend) • <i>pounding</i> (pochend) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>jumping</i> (sprunghaft) • <i>flashing</i> (aufleuchtend, aufblitzend, blitzartig) • <i>shooting</i> (einschießend) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>pricking</i> (pieksend/ stechend) • <i>boring</i> (bohrend) • <i>drilling</i> (aufbohrend) • <i>stabbing</i> (stechend) • <i>lancinating</i> (lanzinierend = plötzlich und heftig zu schmerzen beginnend) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>sharp</i> (scharf) • <i>cutting</i> (schneidend) • <i>lacerating</i> (zerfetzend) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>pinching</i> (zwickend) • <i>pressing</i> (drückend) • <i>gnawing</i> (nagend) • <i>cramping</i> (krampfend) • <i>crushing</i> (erdrückend/ zermalmend)
Gruppe 6	Gruppe 7	Gruppe 8	Gruppe 9	Gruppe 10
<ul style="list-style-type: none"> • <i>tugging</i> (zerrend) • <i>pulling</i> (ziehend) • <i>wrenching</i> ((ent)reißend) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>hot</i> (heiß) • <i>burning</i> (brennend) • <i>scalding</i> (siedend) • <i>searing</i> (sengend, glühend) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>tingling</i> (kribbelnd) • <i>itchy</i> (juckend) • <i>smarting</i> (brennend/ beißend) • <i>stinging</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>dull</i> (dumpf) • <i>sore</i> (wund) • <i>hurting</i> (weh tuend) • <i>aching</i> (schmerzend) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>tender</i> (zart) • <i>taut</i> (gespannt) • <i>rasping</i> (kratzend/ rauh) • <i>splitting</i> (spaltend/ rasend)

33. Kommunikation mit Schmerzpatienten

		(stechend)	• <i>heavy</i> (schwer/ stark/ übermäßig)	
Affektive Qualitäten				
Gruppe 11 <ul style="list-style-type: none"> • <i>tiring</i> (ermüdend) • <i>exhausting</i> (erschöpfend) 	Gruppe 12 <ul style="list-style-type: none"> • <i>sickening</i> (ekelhaft, unerträglich) • <i>suffocating</i> (erstickend) 	Gruppe 13 <ul style="list-style-type: none"> • <i>fearful</i> (schrecklich) • <i>frightful</i> (entsetzlich) • <i>terrifying</i> (beängstigend, Angst erregend) 	Gruppe 14 <ul style="list-style-type: none"> • <i>punishing</i> (strafend/ gnadenlos) • <i>grueling</i> (aufreibend/ zermürend/ strapaziös) • <i>cruel</i> (grausam/ gemein) • <i>vicious</i> (boshaft/ gemein) • <i>killing</i> (mörderisch) 	Gruppe 15 <ul style="list-style-type: none"> • <i>wretched</i> (elend) • <i>blinding</i> (blindmachend)
Gemischte Qualitäten				
Gruppe 16 <ul style="list-style-type: none"> • <i>annoying</i> (ärgerlich/ störend) • <i>troublesome</i> (beunruhigend/ lästig/peinlich) • <i>miserable</i> (erbärmlich) • <i>intense</i> (intensiv) • <i>unbearable</i> (unerträglich) 	Gruppe 17 <ul style="list-style-type: none"> • <i>spreading</i> (sich ausbreitend) • <i>radiating</i> (ausstrahlend) • <i>penetrating</i> (eindringend/ eindringlich) • <i>piercing</i> (durchdringend/ stechend) 	Gruppe 18 <ul style="list-style-type: none"> • <i>tight</i> (eng/ straff/ verspannt) • <i>numb</i> (taub [vor Kälte]) • <i>squeezing</i> (zusammen-drückend/ zu-sammen-quetschend) • <i>drawing</i> (ziehend) • <i>tearing</i> (rasend/ zu Tränen bewegend) 	Gruppe 19 <ul style="list-style-type: none"> • <i>cool</i> (kühl) • <i>cold</i> (kalt) • <i>freezing</i> (eisig) 	Gruppe 20 <ul style="list-style-type: none"> • <i>ragging</i> (quälend/ zusetzend) • <i>nauseating</i> (Übelkeit/ Ekel erregend) • <i>agonizing</i> (qualvoll/ quälend) • <i>dreadful</i> (schrecklich/ fruchtbar/ entsetzlich) • <i>torturing</i> (marternd)

Tab. 33.1: McGill-Schmerzfragebogen (Melzack 1975) adaptiert fürs Deutsche nach Reisigl 2010: 81f.

Einen ähnlichen Zweck verfolgt auch das Brief Pain Inventory Short Form (BPI-SF) Pain Measure. Dieses Instrument besteht aus 15 Fragen, die insbesondere Qualität, Lokalität und Intensität der Schmerzen abfragen und Komponenten wie bisherige Behandlung und mit dem Schmerz einhergehende funktionale Einschränkungen in Psyche und im Alltag einbeziehen (McDonald 2011).

Neben Fragebögen kommen in der Schmerzbehandlung immer öfter auch computergestützte Instrumente zum Einsatz, wie etwa *virtuelle „ÜbungsärztInnen“*. Diese ÜbungsärztInnen sollen dazu dienen, ältere

SchmerzpatientInnen auf die face-to-face Konsultation vorzubereiten und ihnen bereits im Vorfeld ermöglichen, sich auf Fragen von ÄrztInnen einzustellen. Ergebnisse dieser Pilotstudie zeigen, dass sich der Einsatz dieser virtuellen „ÜbungsärztInnen“ in Kombination mit Informationsvideos zur Krankheit und dem Verlauf dahingehend positiv auf die Konsultationen auswirkt, dass signifikant mehr relevante Information zur Schmerzqualität und dem Schmerzerleben gegeben wird, wenn PatientInnen im Vorfeld mit einem virtuellen „Übungsarzt“ auf die Konsultation vorbereitet werden (McDonald 2011).

Schmerzskalen finden in vielerlei Form Anwendung, man unterscheidet hierbei numerische Skalen (PatientInnen geben verbal einen numerischen Wert an, der ihren Schmerz auf einer vorgegebenen Skala abbilden soll), beschreibende Skalen (sie funktionieren ähnlich den numerischen Skalen, wobei hier anstelle von Zahlenwerten verbale Beschreibungen zur Intensität gewählt werden) sowie visuell analoge Skalen (diese folgen den Prinzipien der oben genannten Skalen, werden den PatientInnen jedoch physisch vorgelegt und der Schmerz wird von PatientInnen auf der Skala angezeigt (Menz 2016)).

Für chronisch kranke PatientInnen eignet sich zur Schmerzbeschreibung ein *Schmerztagebuch*. In diesem sollen von PatientInnen das jeweilige Schmerzempfinden, die Medikation, schmerzlindernde Maßnahmen etc. zu verschiedenen Tageszeiten dokumentiert werden. Das lässt PatientInnen aktiv am Behandlungsprozess teilnehmen und liefert ÄrztInnen wichtige Informationen, die möglicherweise in einem Gespräch nicht auf diese Weise erfragt werden können.

33.7.2 Gesprächsgestaltung in der Interaktion mit SchmerzpatientInnen

Gespräche zwischen ÄrztInnen und PatientInnen mit Schmerzen haben einen signifikant anderen Ablauf und widmen sich anderen Themen, als Gespräche mit schmerzfreien PatientInnen. ÄrztInnen verwenden mehr Gesprächszeit dafür, die Krankengeschichte aufzunehmen und diagnostische und therapeutische Implikationen zu besprechen, während Bereiche wie Prävention vernachlässigt werden. ÄrztInnen unternehmen in Gesprächen mit SchmerzpatientInnen auch seltener Versuche, PatientInnen aktiv in die Interaktion einzubinden, da sie beispielsweise weniger Fragen stellen (Bertakis et al. 2003). Die Verteilung der Redezeit ist, ähnlich wie in anderen Konsultationen, auch in Gesprächen über

33. Kommunikation mit Schmerzpatienten

Schmerzen ungleich gestaltet. ÄrztInnen nehmen auch in diesen Besprechungen den Großteil der Redezeit ein und unterbrechen PatientInnen, wenn diese Informationen geben oder Fragen stellen. Auch werden deutlich mehr geschlossene als offene Fragen gestellt, was sich nachteilig auf eine gründliche Informationsweitergabe auswirkt (McDonald et al. 2009).

Diese Art der Gesprächsführung widerspricht den Bedürfnissen von SchmerzpatientInnen. Sie haben nämlich ein großes Bedürfnis nach offener Kommunikation und Diskussion über die weitere Behandlung und stufen PatientInnenbeteiligung als sehr wichtig ein (Farin et al. 2012). Das Gefühl, ernst genommen zu werden, ist von großer Wichtigkeit. Vielfach ist dies sogar das Hauptanliegen in der Kommunikation über Schmerzen. An zweiter Stelle folgt eine adäquate Erklärung der Schmerzen und deren Folgen durch SpezialistInnen (Laerum et al. 2006). Mehr Wissen auf Seiten der PatientInnen führt letztlich auch zu einer aktiveren Form der Krankheitsbewältigung (Kreissl et al. 2004).

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass Gesprächsverläufe in der Schmerzdiagnostik großes Optimierungspotential haben. Gesprächsanalytische Erkenntnisse daher stärker in den medizinischen Alltag zu integrieren, ist insbesondere auch für differentialdiagnostische Maßnahmen von großer Tragweite, denn *„[w]enn Schmerz-Symptomatiken sich als schwer fassbar, ungenau und schillernd erweisen, ist es sinnvoll, statt auf die geschilderten – und ja vexierhaft bleibenden – Schmerzphänomene selbst auf die Art und Weise der Schilderung als solche zu achten. Mitunter erweist sich dann dieses Vexierhafte als eigentlich relevante Mitteilung“* (Gülich et al. 2003: 234).

33.8 Weiterführende Hinweise

In einer der ersten linguistischen Arbeiten zur Beschreibung von Schmerzen befasst sich Ehlich (1985) mit der „Sprache des Schmerzes“ und bietet einen grundlegenden, vorwiegend theoretisch orientierten Einblick in die Schmerzkommunikation. Ebenfalls maßgebend für die linguistische, soziologische und psychologische Auseinandersetzung mit dieser Thematik erweist sich der konzise und anschauliche Artikel „Pain Talk: The Expression of Suffering in the Medical Consultation“ (Heath, 1989).

Die grammatisch semantische Ebene von Schmerzäußerungen steht im Zentrum des primär linguistisch relevanten Werks „Sprache des Schmerzes - Sprechen über Schmerzen“ (Overlach 2008).

Für MedizinerInnen und LinguistInnen gleichsam relevant erweist sich der Sammelband „Sprechen über Schmerzen“ (Menz et al. 2010). Hier werden qualitative linguistische Analysen authentischer Gespräche mit medizinischen, kulturwissenschaftlichen und semiotischen Perspektiven verbunden und in einem ganzheitlichen Kontext aufgearbeitet.

Inwiefern die verbale Schmerzbeschreibung differentialdiagnostische Qualität hat und wie sich dies ÄrztInnen im medizinischen Alltag zunutze machen können, arbeitet Sator (2011) umfassend und anhand zahlreicher authentischer Gesprächsausschnitte auf.

34 Kommunikation mit „schwierigen“ Patienten

Johannes Kruse, Wolfgang Wöller

34.1	Einleitung: Beziehungsdiagnose und -gestaltung	1672
34.2	Der fordernd abhängige Patient	1673
34.2.1	Das Verhalten verstehen	
34.2.2	Hilfreicher Umgang bei abhängigen Patienten	
34.3	Der entwertende Patient	1677
34.3.1	Das Verhalten verstehen	
34.3.2	Hilfreicher Umgang mit entwertenden Patienten	
34.4	Der forciert unabhängige Patient	1680
34.4.1	Das Verhalten verstehen	
34.4.2	Hilfreicher Umgang mit forciert unabhängigen Patienten	
34.5	Der vorwurfsvoll aggressive und passiv aggressive Patient	1682
34.5.1	Das Verhalten verstehen	
34.5.2	Hilfreicher Umgang mit aggressiven Patienten	
34.6	Weiterführende Hinweise	1686

Die Zuschreibung „schwieriger Patient“ widerspiegelt die ärztliche Perspektive. Ein Patient würde wohl eher vom „schwierigen Arzt“ sprechen (...) Miteinander geraten beide in eine „schwierige kommunikative Situation“.

Schwantes 2009: 155

Abstract: Nach der Einführung in das Problem des kommunikativen Umgangs mit „schwierigen“ Patienten werden vier Typen von Patienten unterschieden und beschrieben: *fordernd abhängige* Patienten, *entwertende* Patienten, *forciert unabhängige* Patienten sowie *vorwurfsvoll aggressive* und *passiv aggressive* Patienten. Für den *hilfreichen Umgang* mit diesen Patiententypen werden jeweils spezifische *Empfehlungen* gegeben, die an Beispielen erläutert werden.

34.1 Einleitung: Beziehungsdiagnose und -gestaltung

Wohl kein Arzt behandelt alle Patienten gleich gerne. Manche Patienten sind einem sympathisch, der Umgang mit ihnen bereitet Freude. Anderen Patienten möchte man eher aus dem Wege gehen. Insbesondere Patienten, die sehr fordernd, vorwurfsvoll oder aggressiv auftreten, Patienten, die den Arzt entwerten oder auf völlige Selbständigkeit pochen, sowie Patienten, die sich hilflos an den Arzt klammern, werden oftmals als schwierig erlebt. Es fällt schwer, dieses Verhalten zu verstehen und das ärztliche Gespräch hilfreich zu gestalten.

Viele Patienten gestalten die Beziehung zu ihrem Arzt entsprechend ihren Beziehungserwartungen und ihrer verinnerlichten Beziehungslandkarte. Insbesondere Patienten mit einer akzentuierten Persönlichkeitsstruktur reagieren nicht flexibel auf einen wohlmeinenden Arzt, sondern setzen in der ärztlichen Sprechstunde ihre Persönlichkeitsproblematik in Szene. So können sie den behandelnden Arzt sowie andere Bezugspersonen herablassend behandeln, leisten passiven Widerstand, beweisen dem Arzt seine Inkompetenz oder fordern die ständige Präsenz des Arztes ein. Der Arzt wird unbewusst in eine bestimmte Rolle gedrängt. Er soll als idealisierter Wundertäter alles heilen, das Leid dem Patienten nehmen, ihn von Schuldgefühlen und Selbstzweifeln befreien, das Selbstwertgefühl und die Autonomie des Patienten schützen, nicht indizierte Eingriffe vornehmen oder Suchtmittel verschreiben etc. Aus der Perspektive des Patienten entspricht dieses Verhalten der „Psychologik“ des Patienten. Von Seiten des Arztes ist es jedoch zunächst kaum zu verstehen.

Für den Arzt sind diese Gesprächssituationen oftmals schwierig, er reagiert mit Gefühlen von z. B. Verärgerung, Ohnmacht, Distanzierung. Es ist von großem Vorteil, diese Gefühlsreaktionen auf typische Interaktionen zu kennen, da man diese induzierten Gefühle nutzen kann, um das interaktionelle Verhalten zu verstehen. Blendet man diese emotionalen Reaktionen aus, so kann man sie einerseits für die Beziehungsdiagnostik nicht nutzen, andererseits können diese den Arzt zu unkontrolliertem Agieren verführen, das in diagnostischen Irrtümern mündet, oder zu Entscheidungen führen, die den Patienten nicht zuträglich sind, wie etwa das Anordnen überflüssiger diagnostischer oder therapeutischer Prozeduren oder das Unterlassen von notwendigen Abklärungen.

Das zwischenmenschliche Verhalten und die Persönlichkeit des Patienten wird durch frühe zwischenmenschliche Interaktionserfahrungen geformt. Diese werden durch interaktionelle Rückkoppelungsschleifen

im Zusammenleben mit wichtigen Bezugspersonen relativ stabil gehalten. Um wohlbehalten aufzuwachsen benötigt ein heranwachsendes Kind von seinen Eltern Bestätigung, Liebe, Anleitung, Schutz, Versorgung, Grenzsetzung und Respekt vor der Autonomie. Im Verlaufe der Entwicklung identifiziert sich das Kind mit diesem elterlichen Verhalten und es beginnt, sich so anderen gegenüber zu verhalten. Es bilden sich auch Verhaltenserwartungen im Kind aus, die das Kind an andere heranträgt. So wird ein Kind, das früh erlebt hat, immer wieder entwertet zu werden, auch als Erwachsener von seinen Bezugspersonen erwarten, dass diese ihn nicht schätzen.

Innerlich entwickelt sich eine Beziehungslandkarte, in der das verinnerlichte elterliche Verhalten noch sehr präsent ist. Wächst das Kind zum z. B. mit sehr viel Vorwürfen und Beschuldigungen auf, so wird dieser Mensch als Erwachsener sehr empfindlich auf kritische Äußerungen reagieren, da er diese als Vorwurf und Beschuldigung erleben wird. Umgekehrt wird er auch dazu neigen, anderen eine kritische Grundhaltung gegenüber zu haben. Menschen mit einer reifen Persönlichkeit sind in der Lage, flexibel auf die Alltagsanforderungen zu reagieren und die Interaktion zu gestalten. Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung reagieren häufig sehr starr und rigide in den Interaktionen. Sie verhalten sich entweder sehr anklammernd oder sehr feindselig distanziert oder wechseln häufig zwischen diesen Einstellungen. Sie haben sehr negative Beziehungserwartungen, d. h. sie erwarten, dass der andere sie entwertet, verachtet, sich übergriffig verhält, vernachlässigend ist, sich nicht interessiert etc.

Erst ein Verständnis dieser latenten Beziehungserwartungen ermöglicht es, auch schwierige interpersonelle Gesprächssituationen zu meistern. Vor diesem Hintergrund sollen einige typische schwierige Interaktionen beschrieben werden, die sich häufig in der Praxis ergeben. Dabei ist natürlich zu berücksichtigen, dass sowohl der Arzt als auch der Patient das Interaktionsgeschehen prägen und hier die Beziehungsprobleme nicht ausschließlich durch die Persönlichkeitsproblematik des Patienten bedingt sind. Auch ist zu bedenken, dass jeder Patient in seiner individuellen Subjektivität zu betrachten ist. Dennoch gibt es manche charakteristischen Verhaltensweisen, die wir in folgenden Kapiteln bei fordernd abhängigen, entwertenden, aggressiven oder forciert selbständigen Patienten darstellen werden.

34.2 Der fordernd abhängige Patient

Nahezu jeder Arzt kennt Patienten, die mit großer Selbstverständlichkeit Krankschreibungen, Rezeptierungen, Kuraufenthalte oder die Rente offen einfordern. Die Patienten erleben problematische Lebenssituationen oder das eigene Scheitern als eine chronische Benachteiligung, die eine Wiedergutmachung rechtfertigt. Diese soll der Arzt durch seine Handlungen gewähren.

Andere Patienten wenden sich hilflos und ängstlich, bescheiden und anklammernd an den Arzt. Sie zeigen sich als „gute“ Patienten, die ihr Schicksal in die Hand des Arztes legen und sich sehr beflissen und unterwürfig an die Vorgaben des Arztes anpassen. Auch wenn sie sich vordergründig hilflos und bescheiden verhalten, so spürt man in den Interaktionen doch den großen Wunsch der Patienten nach Versorgung und Anerkennung.

34.2.1 Das Verhalten verstehen

Etwas geschenkt zu bekommen oder versorgt zu werden, wird von diesen Patienten als ein Zeichen der Wertschätzung erlebt. Diese Patienten fühlen sich missachtet und unwert, wenn ihnen etwas vorenthalten wird („ich bin es nicht wert, dass man mir etwas gibt“). Offen dürfen diese Patienten ihre Versorgungswünsche nicht einfordern, da sie verinnerlicht haben, dass sie nur wenn sie schwach und klein sind Versorgung erhalten, und zurückgewiesen werden, wenn sie diese offen einfordern.

Die Gegenübertragungsreaktionen des Arztes fallen sehr unterschiedlich aus. Werden die Versorgungswünsche eingefordert, entstehen rasch Gefühle des Ärgers und der Empörung, da man sich nicht ausnutzen lassen möchte. Der Patient ist schnell enttäuscht und geht zum nächsten Arzt, um das einzufordern, was er glaubt, beanspruchen zu dürfen. Hilfloze bescheidene Patienten oder anklammernde Patienten lösen zunächst bei vielen Ärzten den Wunsch aus, zu unterstützen, zu helfen und den Patienten etwas Gutes zu tun.

Das Verhalten des Patienten weckt im Arzt Impulse, den Patienten wie ein Kind zu versorgen und zu beschützen oder sich als wohlthätiger Mensch um andere zu kümmern. Schnell entsteht ein Gefühl, ein guter Arzt oder guter Therapeut, verständnisvoll empathisch und kompetent zu sein. Das Verhalten des Patienten weist einen in die Rolle dessen,

der Bescheid weiß, der führt und heilt. Allerdings spürt der Arzt nach einer gewissen Zeit oftmals auch ein Unbehagen, da die Wünsche des Patienten eine Intensität erhalten, die es ihm erschweren, darauf einzugehen. Problematisch ist diese Form der Abhängigkeitsbeziehung dann, wenn sie die Hilflosigkeit des Patienten verstärkt. Schnell erwachsen dann Impulse, sich forciert zu distanzieren oder den Patienten wegzuschicken oder abzuschütteln.

Häufig handelt es sich um Patienten, die in ihrer Kindheit emotional vernachlässigt und wenig umsorgt wurden. Die zentrale Beziehungserwartung der Patienten besteht darin, nicht versorgt und allein gelassen zu werden. Vor diesem Hintergrund fordern die Patienten offen Versorgung und Unterstützung ein oder sind bemüht sich so zu präsentieren, dass der Arzt viel für sie tut und bei ihnen bleibt.

34.2.2 Hilfreicher Umgang bei abhängigen Patienten

Häufig ist es im Rahmen von supportiven Maßnahmen notwendig, eine gewisse Abhängigkeitsbeziehung zuzulassen, insbesondere dann, wenn der Patient nicht in der Lage ist, über dieser Problematik zu reflektieren. Es ist dann durchaus nützlich, sich bewusst von einem Patienten gebrauchen zu lassen und dieses zu tolerieren, ohne enttäuscht mit einem Beziehungsabbruch reagieren zu müssen. Gleichzeitig ist es wichtig, klare Grenzen zu setzen. Im Gespräch mit dem Patienten besteht die Kunst darin, dem Patienten einerseits zu signalisieren, dass sein Wunsch, versorgt zu werden, verstanden wird, ihn aber gleichzeitig auch in diesen Wünschen zu begrenzen (Wöller, Kruse 2014).

Die Beziehungswünsche des Patienten anzunehmen bedeutet, die biografisch gewachsenen Ängste des Patienten, allein gelassen zu werden, und sein Bedürfnis nach schützenden Beziehungen zu einer starken und kompetenten Person wahrzunehmen, zu respektieren und zu verstehen.

Arzt: „Ich kann gut nachvollziehen, dass Sie sich jemanden wünschen, der immer da ist, da Sie sich ansonsten alleingelassen und verloren fühlen könnten, wenn da nicht jemand wäre, der Ihnen hilft.“

Einige Patienten wiederum passen sich eng dem Arzt an, da sie die Überzeugung haben, nicht mehr gemocht, versorgt oder behandelt zu

werden, wenn sie sich kompetent und mit Selbstvertrauen präsentieren. Auch diese Sorge kann man direkt ansprechen.

Arzt: „Vielleicht sind Sie davon überzeugt, dass ich mich nicht mehr so richtig um Sie kümmern würde, wenn Sie kompetent und selbstsicher auftreten.“

Auch ist es hilfreich, die Selbstverantwortlichkeit des Patienten dadurch zu stärken, dass Sie die Wünsche des Patienten nach Ratschlägen zurückweisen und gezielt seine Selbstverantwortlichkeit stärken.

Arzt: „Ich kann gut verstehen, dass Sie sich einen Arzt wünschen, der Ihnen jeden Tag eine Spritze gibt, aber vielleicht gibt es Ihnen mehr, wenn wir versuchen zu verstehen, welches Problem in Ihrem Leben Ihnen Sorgen macht, so dass Sie dann Lösungsmöglichkeiten dafür finden können.“ (Tress et al. 2004)

Um die Eigenverantwortlichkeit zu stärken, ist es hilfreich, die Autonomiewünsche des Patienten zu klären und zu unterstützen und dem Patienten zu vermitteln, dass man ihm zutraut, eigene Entscheidungen zu treffen. Dazu können Sie die Fragen des Patienten, was er tun sollte und wie es weitergehen könnte, an ihn selbst zurückgeben und ihn ermutigen, selbst für sich eine Lösung zu suchen. Hilfreich ist dabei eine Einstellung, in dem Sie dem Patienten vermitteln, dass Sie inkompetent hinsichtlich der Frage sind, was für den Patienten das Beste wäre, ihn somit ermutigen, selber eine Antwort zu finden. Ihre Aufgabe ist es, den Patienten bei der Suche nach eigenen Lösungen nicht allein zu lassen.

Stärken Sie das Selbstwertgefühl des Patienten, indem Sie seine Bemühungen bestätigen. Vermitteln Sie dem Patienten, dass Sie es ihm zutrauen, eine Lösung zu finden:

Arzt: „Was können Sie tun, damit es Ihnen besser geht?“

Unterbrechung der Behandlung, z. B. durch längere Urlaube, oder aber das Ende der Behandlung, ist für hilflos abhängige Patienten eine besonders kritische Phase, da Ängste vor Verlusten für sie sehr bedrohlich wirken. Daher sollten Unterbrechungen oder Behandlungsende möglichst frühzeitig angekündigt werden.

Box 34.1 Hilfreiches Verhalten bei offen abhängigen Patienten

- Eigene Gefühle in der Gegenübertragung wahrnehmen und kontrollieren.
- Den Patienten in einer gut dosierten Form unterstützen.
- Verständnis für die Wünsche des Patienten zeigen, versorgt und beschützt zu werden.
- Die Wünsche und das Verhalten des Patienten begrenzen.
- Eigenverantwortlichkeit stärken und Selbständigkeit fördern.
- Den Patienten in seinen Kompetenzen bestätigen.
- Lösungsorientierte Fragen stellen.
- In einer konstanten Beziehung den Patienten begrenzen.

34.3 Der entwertende Patient

Manche Patienten erwarten, dass ihr Arzt sich unmittelbar und uneingeschränkt mit ihnen befasst, Besonderheiten und Einzigartigkeiten würdigt. Ist der Arzt nicht „zu Diensten“, so reagieren diese Patienten gekränkt, mit Wut, Ärger, Rückzug, Behandlungsabbruch und Entwertung. Solche „narzisstischen“ Patienten treffen den Arzt nicht selten an seiner vulnerabelsten Stelle. Manchmal gelingt es diesen Patienten, den Arzt zu verunsichern, sie stellen Fragen, die der Arzt nicht beantworten kann, oder aber provozieren Antworten, die der Patient dann als unzutreffend entlarvt. Manchen Patienten bereitet es Genugtuung, wenn sie dem Arzt nachweisen können, dass er nicht im Stande ist, die Erkrankung zu erkennen und zu behandeln.

Auf Seiten des Arztes lösen solche Patienten erhebliche Affekte von Ärger, Wut, Verletzung und Kränkung aus. Oft entsteht ein Gefühl, von dem Patienten ausgenutzt zu werden und in den beruflichen Bemühungen nicht gesehen zu werden. Manche Ärzte fühlen sich in solchen Situationen auch klein und unfähig und übernehmen die Rollenzuschreibung des Patienten. So können diese Patienten auch ein Gefühl des Versagens und der fachlichen Inkompetenz, verbunden mit Scham und Schuldgefühlen, induzieren. Anderen Patienten gelingt es jedoch, Gefühle der Bewunderung hervorzurufen oder Impulse, den Patienten wegen seiner vermeintlichen Großartigkeit zu verspotten.

34.3.1 Das Verhalten verstehen

Entwertende Tendenzen finden wir insbesondere bei Patienten mit Störungen in der Selbstwertregulierung. In sehr ausgeprägter Form treten diese bei Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung auf. „Narzisstische Persönlichkeiten“ kompensieren ihre eigenen Minderwertigkeitsgefühle durch übertrieben ausgeprägte Vorstellungen von Größe, Begabung und Wichtigkeit. Oberflächlich betrachtet erscheinen sie mit einem unerschütterlichen Selbstvertrauen ausgestattet zu sein, das verbunden ist mit Arroganz, Herablassung und mangelnder Einfühlung. Diese Patienten sind jedoch auf die Bestätigung und Bewunderung ihrer Umwelt extrem angewiesen, sie weisen eine enorme Kränkbarkeit und Verletzbarkeit auf. Zur Kompensation eines mangelnden Selbstwertgefühls, zum Schutz vor Kränkungen und Selbstentwertungen sowie intensiven Schamgefühlen, nutzen diese Patienten ihre Größenvorstellungen. Erhalten sie nicht ausreichend Anerkennung und Bewunderung, so tritt das verletzte Selbstwertgefühl zu Tage und daraus resultiert die sogenannte narzisstische Wut.

Narzisstische Persönlichkeiten benötigen andere Menschen zur Stabilisierung des eigenen Selbstwertgefühls. Einigen gelingt es, sich durch ihr berufliches und privates Umfeld einen konstanten Zustrom von Bewunderung und Aufmerksamkeit zu sichern. Sie können in dieser Form ihr Selbstwertgefühl kompensieren. Bei anderen Menschen hingegen überwiegt das Erleben der Kränkung. Sie sind gezwungen, andere Menschen zu entwerten, um das eigene Selbstwertgefühl aufzuwerten („Wenn die anderen Menschen nichts wert sind, kann ich selber mich etwas wertvoller fühlen“).

34.3.2 Hilfreicher Umgang mit entwertenden Patienten

Um die Interaktion mit narzisstischen Patienten hilfreich zu gestalten, ist es von zentraler Bedeutung, die eigenen Gegenübertragungsgefühle wahrzunehmen.

Insbesondere bei Patienten, bei denen Sie sich über die arrogante und anspruchsvolle Art ärgern, aber auch, wenn Sie sich fachlich inkompetent und klein fühlen oder großartig und mächtig, überlegen Sie zunächst, wie weit diese Gefühle vom Patienten induziert sind. Es ist hilfreich, sich in diesen Beziehungen zu vergegenwärtigen, dass der Patient durch seine Größe, Arroganz und Herablassung die tiefe Selbst-

verachtung und Beschämung versucht zu kompensieren und einen intensiven Wunsch nach Anerkennung und Bewunderung hat.

Idealisieren die Patienten den Arzt, kann der Arzt verführt werden, den Größenideen oder Rettungsphantasien des Patienten („Sie sind der einzige Arzt, der das Zeug hat, mir wirklich zu helfen“) nachgehen zu wollen. Vielfach scheitern diese Bemühungen aber und es kommt auf beiden Seiten zu heftigen Enttäuschungen.

Ziel in der Beziehungsgestaltung ist es, sich gegenüber den narzisstischen Ansprüchlichkeiten des Patienten abzugrenzen aber gleichzeitig eine freundliche und wohlwollende ärztliche Grundhaltung zu behalten.

Sollte der Patient sie erheblich verunsichern und Sie über ihre therapeutischen Leistungen sehr enttäuscht sein, dann empfiehlt es sich zu prüfen, wie weit dieses Gefühl spezifisch bei diesem Patienten entstanden ist und es sich um eine Gegenübertragungsreaktion bei einem narzisstischen Patienten handelt. Hilfreich ist es, sich vor Augen zu führen, dass der Patient selber unter solchen Selbstzweifeln leidet, die er mit Hilfe seiner Arroganz und Größenphantasien abwehrt.

Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung erleben den anderen als eine Erweiterung des Selbst. Diese führen für den Patienten eine „Satellitenexistenz“, so dass die anderen keine eigenen Ansprüche und Wünsche haben dürfen, sondern nur der Selbstwertregulierung des Patienten dienen sollen. Das Bedürfnis, in seiner Größe wahrgenommen und bewundert zu werden, ist auch aus der Angst zu verstehen, ungesehen in der Masse der Menschen unterzugehen. Hilfreich ist es, sich in der Beziehung zu Menschen mit narzisstischer Persönlichkeit Akzentuierung vor Augen zu halten, die Anstrengung, die es für den Patienten bedarf, ständig nach Bewunderung und Beachtung zu ringen. Hilfreich ist es, sich in das Erleben der Scham, der Kränkung, der Demütigung und des Verletztseins einzufühlen, um die Entwertung des Patienten besser einordnen zu können. Für einen narzisstisch gestörten Patienten ist es kränkend, Hilfe anderer und auch die eines Arztes in Anspruch zu nehmen. Er muss sich eingestehen, mit seinem Leben nicht selbständig fertig geworden zu sein, und wird sich dafür verachten. Neid auf die ärztlichen Kompetenzen, die soziale Stellung oder die Beziehungsfähigkeit wird den Patienten motivieren, vieles von dem, was der Arzt ihm rät und anbietet, zurückzuweisen oder zu entwerten.

Zum Aufbau einer guten Arzt-Patient-Beziehung ist es notwendig, den narzisstischen Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass er gesehen, geschätzt und geachtet wird. Notwendig ist es, ihn zu spiegeln und ggf.

ihn in einer angemessenen Form zu bewundern, und zwar für solche Aspekte, die der Gesprächspartner schätzenswert am Patienten findet.

Ebenso erweist es sich als hilfreich, wenn Sie die extrem hohen Ansprüche des Patienten und die notwendigen Anstrengungen spiegeln. Gleichzeitig kann es notwendig sein, die hohen Ansprüche des Patienten an den Arzt freundlich zurückzuweisen. Eine Begrenzung des Patienten kann auch erlebt werden, kann dem Patienten auch signalisieren, dass er in seinen Ansprüchen gesehen und wahrgenommen wird.

Box 34.2 Hilfreiches Interaktionsverhalten bei entwertenden Patienten

- Eigene Gefühle und Gegenübertragungen wahrnehmen.
- Das entwertende Verhalten als Schutz gegen Gefühle von Unwert, Scham und Schwäche verstehen.
- Eine wohlwollende Beziehung aufrechterhalten und Gefühle von Wertschätzung und Achtung vermitteln.
- Die Anstrengung und das Bemühen um überdurchschnittliche Leistungen anerkennen als einen Weg zur Selbstregulierung.
- Überzogene narzisstische Ansprüche begrenzen.

34.4 Der forciert unabhängige Patient

Forciert unabhängige Patienten geben sich in der Beziehung zum Arzt betont selbständig, stark und selbstsicher. Sie möchten nicht den Eindruck erwecken, von anderen Menschen abhängig zu sein, und neigen dazu, sich gesünder darzustellen, als sie sind. In der Folge verleugnen und bagatellisieren sie ihre Beschwerden, auch in bedrohlichen medizinischen Situationen, wie z. B. beim Herzinfarkt, verleugnen sie die Angst. Das kann dazu führen, dass sie medizinische Hilfe erst mit großer zeitlicher Verzögerung in Anspruch nehmen. Sie möchten es in jedem Fall alleine schaffen und berichten nicht selten heroisch, wie sie sich Gefahren ausgesetzt, aber auch selber gerettet haben. Insbesondere Krankenhausaufenthalte und die damit verbundenen Abhängigkeiten sollen um jeden Preis gemieden werden. Sind sie im Krankenhaus, so drängen sie auf rasche Entlassung. Das Arzt-Patient-Gespräch erweist sich aus zweierlei Hinsicht als problematisch. Einerseits verleugnen diese Patienten ihre Beschwerden und suchen den Arzt häufig im letzten Augenblick auf. Andererseits sind diese Patienten sehr skeptisch,

34. Kommunikation mit „schwierigen“ Patienten

Medikamente werden eigenständig abgesetzt und die Dosierung eigenständig verändert. Probleme in der Adhärenz sind die Folge.

Auf Seiten des Arztes löst dieses Verhalten nicht selten Ärger aus. Der Arzt fühlt sich nicht ernstgenommen, ist gekränkt und verärgert über das uneinsichtige Verhalten des Patienten. Oftmals übt er dann Druck auf den Patienten aus, sich an die Anweisung zu halten, und appelliert an die Moral des Patienten. In der Folge kann sich ein regelrechter Machtkampf entwickeln, in dem der Arzt und der Patient beweisen wollen, dass sie im Recht sind.

34.4.1 Das Verhalten verstehen

Die Patienten verhalten sich so betont autonom, weil sie im Grunde nicht wirklich unabhängig sind. Sie sind sehr verletzlich und bauen eine harte Schale auf, um ihre Verletzbarkeit zu verbergen. Auch ihre Wünsche nach Zuwendung, Versorgung und Nähe werden durch dieses Verhalten abgewehrt, da die Sorge besteht, dass man Zuwendung und Nähe nur erhält, wenn man die Unabhängigkeit aufgibt. Krankenhausaufenthalte bedrohen diese Unabhängigkeit des Patienten und mobilisieren unbewusst die Wünsche nach Zuwendung, Versorgung und Nähe. Daher werden sie besonders gefürchtet.

34.4.2 Hilfreicher Umgang mit forciert unabhängigen Patienten

In der Interaktion mit diesen Patienten ist es sehr hilfreich, sich vor Augen zu führen, dass der Patient nicht den Arzt primär verärgern möchte, sondern er seine als bedroht erlebte Autonomie sichert. Der Patient handelt aus der übersteigerten Angst, die Selbständigkeit und auch das Selbstwertgefühl zu verlieren.

In der Arzt-Patient-Interaktion ist es daher von großer Bedeutung, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit des Patienten zu respektieren. Es ist hilfreich, den Patienten unmittelbar in die Therapieentscheidung miteinzubeziehen. Angesichts der großen Ängste des Patienten vor Aufgabe der Selbständigkeit, ist es bei der Gestaltung der Therapie notwendig, dass der Patient das Gefühl erhält, sich eigenständig zu der Therapie zu entschließen. Daher sollte man dem Patienten einen Entscheidungsspielraum einräumen und ihm unterschiedliche therapeutische Alternativen nennen.

Übt man Zwang auf den Patienten aus, so wird der Patient offen oder verdeckt rebellieren. Dieses kann sich in einer offenen Ablehnung einer Therapie äußern oder aber in einer heimlichen Opposition ausdrücken, indem der Patient sich als nicht compliant erweist.

Um die eigene Selbständigkeit zu wahren, beginnt der Patient, sich vor dem Arzt zu schützen. Er kann sich dem Arzt nicht anvertrauen, sondern beginnt, ihn zu belügen. Es besteht die Gefahr, dass wegen des Ausbleibens des Therapieerfolgs die Medikamentendosis erhöht oder das Medikament gewechselt wird, wobei der mangelnde Therapieerfolg primär durch die Weigerung des Patienten, das Medikament einzunehmen, bedingt ist.

Hilfreich ist es, die Ängste des Patienten vor Abhängigkeit in den spezifischen Situationen anzusprechen, die Ängste ernst zu nehmen und mit dem Patienten Lösungen zu erarbeiten.

Arzt: „Lassen Sie uns doch überlegen, was Sie tun können, damit der Krankenhausaufenthalt für Sie nicht zu unangenehm wird“.

Box 34.3 Hilfreiches Verhalten im Umgang mit forciert unabhängigen Patienten

- Das betont selbständige Verhalten des Patienten vor dem Hintergrund seiner Verletzbarkeit und der Ängste vor Abhängigkeiten verstehen.
- Die eigenen Gegenübertragungsgefühle wahrnehmen und sich innerlich distanzieren.
- Gemeinsam mit dem Patienten Therapieentscheidungen treffen und dem Patienten Entscheidungsspielraum geben.
- Ängste vor Abhängigkeit ansprechen und Lösungen suchen.

34.5 Der vorwurfsvoll aggressive und passiv aggressive Patient

Einige Patienten neigen dazu, offen aggressiv oder mit Vorwürfen die Arzt-Patient-Beziehung vor eine harte Probe zu stellen. Selbstverständlich kann ein Patient sich auch über einen Arzt ärgern und muss dieses äußern können. Durch ein fortgesetzt aggressives und vorwurfsvolles Patientenverhalten kann aber die Arzt-Patient-Beziehung erheblich gefährdet werden. Andere Patienten sind nicht offen aggressiv, sondern

bringen ihre aggressiven Regungen nur indirekt zum Ausdruck. Sie wirken oberflächlich freundlich und angepasst, sind mit allem einverstanden. Andererseits werden Behandlungsvorschläge mit großer Skepsis beachtet und verweigert. Obwohl sich der Arzt die größte Mühe gibt, helfen keine therapeutischen Maßnahmen. Schnell entsteht ein Gefühl, dass, was man auch macht, es sowieso nicht ausreicht und hilft. Einige dieser Patienten sind schließlich sehr offen vorwurfsvoll und anklagend, bei anderen spürt man den stillen Vorwurf. Auf jede Äußerung wird mit Ablehnung und Gereiztheit reagiert. Andere Patienten zeigen ihren Protest, indem sie die Nebenwirkungen der Pharmakotherapie ganz besonders, fast mit einem leisen Triumph, in den Vordergrund rücken. Das Medikament und auch der verordnende Arzt werden so als schädigend erlebt.

Auf Seiten des Arztes werden häufig Schuldgefühle, der Gedanke, etwas versäumt zu haben, dem Patienten nicht gerecht geworden zu sein etc., ausgelöst. Oder aber der Arzt wird verführt Gegenvorwürfe zu machen, indem der Arzt z. B. bemerkt, „Sie arbeiten ja nicht richtig mit“. Manchmal wird solchen Patienten nahegelegt, den Behandler zu wechseln. Andererseits können im Arzt Impulse spürbar werden, sich zu rechtfertigen.

Für viele Ärzte ist es schwer erträglich, in eine Rolle gedrängt zu werden, in dem er vom Patienten als „Quäler“ erlebt wird, der mit den Nebenwirkungen der Medikamente seine Patienten mutwillig schädigt.

34.5.1 Das Verhalten verstehen

Die vorwurfsvollen Patienten, die zu einer Verweigerungshaltung neigen, haben in der Regel keinen bewussten Zugang zu diesen Handlungen. Sie sind nicht absichtlich „widerspenstig“ und möchten auch nicht bewusst Schuldgefühle auslösen. Häufig beruht dieses Verhalten auf der Aktualisierung einer frühen Objektbeziehung. So kann ein Patient die ärztlichen Interventionen ablehnen, weil er sie unter dem Eindruck eines negativen Übertragungsgeschehens als gegen sich gerichtet erlebt.

Vielfach haben diese Patienten in ihrer frühen Kindheit die Erfahrung gemacht, dass Widerspruch nicht toleriert wird und man sich nicht offen auseinandersetzen darf, sondern aggressives Verhalten mit Trennung, innerem Rückzug, Rache, Unverständnis und Desinteresse beantwortet wurde. So ist es möglich, dass ein Patient das sehr bemühte Verhalten des Arztes kaum wahrnimmt, sondern erlebt, dass der Arzt,

wie früher die Eltern, sich nicht sehr für ihn interessiere. Der Patient bleibt davon überzeugt, dass der Arzt seinen Job macht, aber ihm im Grunde seine Patienten egal sind. Gleichzeitig bleibt er aber in der Hoffnung, dass er doch noch irgendwann das Interesse, die Aufmerksamkeit und die Fürsorge des Arztes erhält. Der Patient passt sich so dem Arzt an, aus der Angst, ansonsten fortgeschickt zu werden, aber in der Hoffnung, doch noch bemerkt zu werden. Das Vermitteln von Schuldgefühlen, passiver Widerstand und die heimliche Verweigerung dient unbewusst dazu, die Aufmerksamkeit und das Interesse des Arztes zu erreichen und gleichzeitig die Autonomie zu wahren.

34.5.2 Hilfreicher Umgang mit aggressiven Patienten

Im Umgang mit offen aggressiven und passiv aggressiven Patienten ist es zunächst wichtig, die eigenen Gegenübertragungsaffekte und -impulse zu klären. Einerseits ist es notwendig, sich von den durch den Patienten induzierten Schuldgefühlen innerlich zu distanzieren, andererseits besteht die Gefahr, von ärztlicherseits Vorwürfe zu machen, die Verärgerung auszudrücken, den Patienten zu kontrollieren oder sich zu distanzieren oder den Kontakt abubrechen. Unabhängig davon, für wie berechtigt Sie das Gefühl des Patienten halten und wie Sie sich sein Zustandekommen erklären, empfiehlt es sich zunächst, den Affekt aufzugreifen und zu spiegeln.

Arzt: „Macht Sie etwas sehr ärgerlich?“

Arzt: „Ich habe den Eindruck, dass Sie sehr enttäuscht von meiner Reaktion waren?“

Arzt: „Denken Sie, ich hätte Ihnen das Medikament nicht verschreiben sollen?“

Im nächsten Schritt empfiehlt es sich, den Grund der Verärgerung, der Unzufriedenheit, der Enttäuschung oder des Vorwurfs zu klären. Falls tatsächlich ein Versäumnis des Arztes vorliegt, sollte man diese Möglichkeit einräumen, ohne sich umfangreich zu rechtfertigen. Für manche Patienten ist es schon ein großer Fortschritt, wenn sie ihre Enttäuschung und ihre Verärgerung über den Arzt ausdrücken dürfen, ohne die Angst zu erleben, dass der Arzt sich nicht mehr um sie kümmert.

34. Kommunikation mit „schwierigen“ Patienten

Wenn der Arzt spürt, dass der Patient unbewusst seine Beziehung zu den Eltern in der Arzt-Patient-Beziehung reaktualisiert, ist es hilfreich, dieses frühzeitig anzusprechen und dem Patienten einen realistischen Blick auf Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit des erwachsenen Patienten mit seinem Arzt zu vermitteln. Bei anhaltend aggressivem Auftreten des Patienten kann es hilfreich sein, auf die eigene Begrenztheit anlässlich des Patientenverhaltens zu verweisen.

Arzt: „Wenn Sie so aggressiv mit mir umgehen, kann ich keine gute Arbeit leisten. Wie sollen wir damit umgehen?“ (Wöller, Kruse 2015: 367, modifiziert nach Kernberg 1993: 35)

Manchmal ist es hilfreich, im Rahmen eines Machtkampfs mit dem Patienten auch in die untergeordnete Position zu gehen.

Arzt: „Ich denke, es wird Ihnen ein Leichtes sein, mir zu beweisen, dass die Therapie nicht hilft. Ich selbst sehe im Moment auch wenige Möglichkeiten, wie die Therapie Ihnen helfen könnte. Aber vielleicht haben Sie ja eine Vorstellung, wie eine wirksame Hilfe für Sie realisiert werden könnte?“ (Wöller, Kruse 2015: 367)

Box 34.4 Hilfreiches Verhalten des Arztes im Umgang mit passiv aggressiven Patienten

- Aggressive Gefühle, latente und offene Vorwürfe des Patienten zunächst akzeptieren und in ihren Entstehungszusammenhängen klären.
- Eigene Gegenübertragungsimpulse wahrnehmen.
- Sich innerlich von den Vorwürfen, insbesondere von den Schuld- und Versagensgefühlen distanzieren.
- Soweit Versäumnisse vorliegen, diese einräumen und auf die eigene Begrenztheit hinweisen.
- Den Patienten geduldig begleiten, aber aggressives Verhalten begrenzen.
- Den Patienten in die Mitverantwortung für den Therapieerfolg nehmen.

34.6 Weiterführende Hinweise

Es gibt eine ganze Reihe von weiteren Patientengruppen und Situationen, die vom Arzt als sehr schwierig wahrgenommen werden können. So können Patienten mit chronischen Schmerzen oder Patienten mit somatoformen Störungen im Arzt starke Ohnmachtsgefühle induzieren, insbesondere, wenn sie massiv Hilfe einfordern und gleichzeitig somatisieren (§ 32, 33). Notwendig ist die Anpassung der Gesprächsführung an diese Patientengruppen (§ 3, 17, 32). Nicht nur beim ärztlichen Gespräch, sondern auch bei der psychotherapeutischen Behandlung spielt die Entwicklung einer guten Arzt-Patient-Beziehung eine wesentliche Rolle. Die oben beschriebenen Schwierigkeiten in der Kommunikation sind auch in der Psychotherapie dieser Patienten zu beachten. Weitere Hinweise hierzu können den Lehrbüchern entnommen werden (Wöller, Kruse 2015).

35

Kommunikation mit Kindern und Eltern

Thomas Spranz-Fogasy, Jenny Winterscheid

35.1	Einleitung	1688
35.2	Handlungsschema pädiatrischer Erstkonsultationen	1690
35.3	Die körperliche Untersuchung	1691
35.4	Fallanalyse	1692
35.4.1	Gesprächseröffnung und Beschwerdenschilderung	
35.4.2	Die Vorbereitung der Untersuchung	
35.4.3	Die Durchführung der Untersuchung	
35.4.4	Die Diagnosemitteilung	
35.4.5	Eine subjektive Krankheitstheorie	
35.4.6	Nebensymptome	
35.4.7	Das Geschehen im Überblick	
35.5	Diskussion	1710

Abstract: Pädiatrische Gespräche unterscheiden sich gegenüber anderen ärztlichen Gesprächen mit Patienten hinsichtlich der Gesprächsaufgaben und der Beteiligungskonstellationen. In einer triadischen Konstellation mit Arzt, Patient und Eltern(teil) müssen unterschiedliche Kenntnisse und Zuständigkeiten aller Beteiligten ausreichend abgeglichen und Verständigung und Gesprächsergebnisse gesichert werden. In diesem Beitrag wird zunächst die Forschungslage umrissen und das Handlungsschema pädiatrischer Erstkonsultationen kurz dargelegt. Daran anschließend werden anhand einer Fallanalyse die vielschichtigen und komplexen Aufgabenstellungen der Beteiligten bei der Herstellung und Durchführung der körperlichen Untersuchung beleuchtet.

35.1 Einleitung

Pädiatrische Gespräche weisen gegenüber anderen ärztlichen Gesprächen mit Patienten einige Besonderheiten auf, die spezifische Gesprächsaufgaben in spezifischen Beteiligungskonstellationen und mit spezifischen Bedingungen erzeugen. Als Normalfall kann eine triadische Konstellation mit Arzt, Patient und Eltern(teil) gelten.¹ Eine besondere Aufgabe dabei ist es beispielsweise, die unterschiedlichen Kenntnisse und Zuständigkeiten aller Beteiligten in für die Zwecke des Gesprächs ausreichendem Maß abzugleichen und Verständigung und Gesprächsergebnisse abzusichern.

Arbeiten zu pädiatrischen Gesprächen sind thematisch heterogen (s. a. Winterscheid 2015): Viele Arbeiten befassen sich mit besonderen Krankheitsbildern und Störungen wie bspw. Epilepsie (z. B. Schwabe 2006) oder Fehlbildungen (z. B. Streeck 2002), mit Gesprächen in der Klinik (z. B. Aronsson, Rundström 1988, van Dulmen 2004) oder mit Psychotherapiesitzungen (z. B. O'Reilly 2008). In anderen untersuchten Gesprächen sind Kinder zwar das Gesprächsthema, können aber entweder gar nicht an der Kommunikation teilnehmen oder sind nicht einmal anwesend (z. B. Gordon et al. 2009, Tiitinen, Ruusuvoori 2014). Noch weniger erforscht sind hingegen alltägliche Sprechstundengespräche in der (Kinderarzt-)Praxis (z. B. Stivers 2001, Spranz-Fogasy, Winterscheid 2013, Winterscheid 2015, Winterscheid ersch.), obwohl die Patienten zu einem erheblichen Teil der ärztlichen Grundversorgungsgespräche Kinder sind (Cahill, Papageorgiou 2007, die sich auf Saxena et al. 1999 beziehen).

Auffällig in den ärztlichen Gesprächen mit Kindern ist oft schon die geringe Beteiligung der Patienten am Gespräch. Meist sind es die Eltern, die vielfach „über“ oder „für“ den Patienten mit dem Arzt sprechen (zu dieser Unterscheidung s. Schwabe 2006). Der Redeanteil der Eltern liegt nach Winterscheid (ersch.) bei durchschnittlich 25% gegenüber 8% der Patienten (n=35 Gespräche; s. a. Spranz-Fogasy, Winterscheid 2013: 6). Die Redebeteiligung der Patienten ist nach Aronsson und Rundström (1988) auch beeinflusst durch den Erziehungsstil der Eltern, Tates und Meeuwesen (2000) führen dies hingegen auf deren Alter und auf die Kompetenzzuschreibung durch die Ärzte zurück. Winter-

¹ Wir verwenden für Arzt und Patient das generische Maskulinum, das aber für beide Geschlechter gelten soll. Zudem verwenden wir den Ausdruck „Eltern“ ebenfalls in einem generischen Sinne für die Beteiligung einzelner oder mehrerer erwachsener Begleitpersonen der jungen Patienten.

scheid (ersch.) kann die geringe Redebeteiligung dagegen nicht auf altersbedingte Unterschiede zurückführen, wohl aber eine Kopplung an Handlungsaufgaben feststellen, bei denen die Patienten sich mehr oder weniger initiativ beteiligen können bzw. einbezogen werden sowie die zeitliche Einbeziehung der Patienten, die insbesondere von der Aufforderung zur Beschwerdenschilderung abhängt.

Mit der Elternrolle verbunden sind immer Aspekte der Verantwortlichkeit. Eltern sind die ersten Ansprechpartner der Kinder, auch für Fragen der Befindlichkeit und Krankheit, und sie entscheiden auch über einen Arztbesuch. Dem voraus gehen ebenfalls regelmäßig Versuche der Eltern, die Beschwerden zu diagnostizieren und ggf. auch selbst zu behandeln, bevor sie sich dann nach misslungenen oder nicht ausreichenden Behandlungsversuchen ihre eigene Hilflosigkeit eingestehen müssen und sich gezwungen sehen, mit ihrem Kind einen Arzt aufsuchen (s. a. Spranz-Fogasy, Winterscheid 2013). Diese Bemühungen werden in den Sprechstunden auch zumeist thematisiert. Damit einher geht dann auch die Gefahr einer Imagebedrohung (s. hierzu a. Brown, Levinson 1987: 65ff. und Goffman 1967), da der Arztbesuch unnötig oder zu spät erfolgt sein kann und die eigenen Behandlungsmaßnahmen evtl. nutzlos oder gar schädlich gewesen sein können (s. a. Spranz-Fogasy, Winterscheid 2013, Winterscheid ersch.).

Darüber hinaus können die oft verdeckten Vorstellungen über Krankheitsursachen und -diagnosen, die sog. subjektiven Krankheitstheorien (SKT) eine zusätzliche Herausforderung im gesprächsweisen Umgang des Arztes mit den Eltern darstellen (s. z. B. Winterscheid ersch.). Wüstner (2001: 309) versteht unter subjektiven Krankheitstheorien „ein System krankheitsbezogener Vorstellungen, Überzeugungen und Bewertungen. Ein Mensch bildet sie, wenn er mit einer Krankheit konfrontiert wird. Kernstücke des Konzepts sind Vorstellungen über die Verursachung einer Krankheit und über die Beeinflussbarkeit“. Die Anerkennung und Berücksichtigung der SKT ist – nicht nur in pädiatrischen Arzt-Patient-Gesprächen – elementar für die Beziehung zwischen den Interaktionsteilnehmern und damit auch für die *compliance* (Birkner 2006). Für den Arzt empfiehlt es sich gar, bei nicht explizit gemachten SKT aktiv nachzufragen, um zu vermeiden, dass solche Überlegungen den Gesprächsprozess ungeschwellig stören und bspw. qua Insistenz über Gebühr verlängern (Spranz-Fogasy, Winterscheid 2013, Winterscheid ersch., s. a. Birkner 2006 oder – für den Zusammenhang nicht berücksichtigter Relevanzmarkierungen – Sator et al. 2008).

35.2 Handlungsschema pädiatrischer Erstkonsultationen

Die Logik der Handlungsentwicklung stellt sich in pädiatrischen Gesprächen an einigen Stellen differenzierter dar, als dies für andere ärztliche Gespräche in der niedergelassenen Praxis mit meist dyadischer Beteiligtenstruktur gilt (zum Handlungsschema ärztlicher Erstgespräche s. Spranz-Fogasy 2005). Die für pädiatrische Gespräche grundlegende triadische Gesprächskonstellation sorgt für eine gesplittete Gesprächspartnerschaft mit unterschiedlichen Ansprechpartnern und komplementären Sequenzierungsaufgaben (Spranz-Fogasy, Winterscheid 2013). So gilt für die Eröffnungsphase pädiatrischer Gespräche eine deutlichere Trennung von Begrüßung und aufgabenbezogener Gesprächseröffnung, die im dyadischen Erstgespräch häufig zusammenfallen.

Mit der Gesprächseröffnung wählt der Pädiater zumeist eine der beiden Parteien, also Patient oder Elternteil, als für die Beschwerdenschilderung zuständig aus, wobei die Patienten nur in 32% der Fälle einer solchen Aufforderung nachkommen und auch in diesen Fällen Eltern relativ schnell die Aufgabe der Beschwerdenschilderung übernehmen. Während der Beschwerdenschilderung werden dann Zuständigkeiten für Berichtsteile durch Zuweisung oder Eigeninitiative ausgehandelt (vgl. dazu auch Winterscheid ersch.).

In dyadischen Arzt-Patient-Gesprächen mit erwachsenen Patienten ist die körperliche Untersuchung in Abhängigkeit von der verbalen Exploration ein fakultatives Element. Oft kann der Arzt bereits aus der Schilderung des Patienten und mit wenigen Nachfragen eine Diagnose erstellen und eine weitergehende Untersuchung unterbleibt (Hampton et al. 1975). In den pädiatrischen Gesprächen handelt es sich bei der körperlichen Untersuchung hingegen um eine regelmäßig durchgeführte Handlungsschemakomponente (s. a. Güthoff, Rosenecker 2008: 8), die weitere Aufgabenstellungen für die Interaktionsbeteiligung erzeugt, da der Patient zusätzlich zu seiner Kommunikationspartnerschaft auch noch zum Untersuchungsgegenstand wird. Für den Arzt geht es dann darum, neben seiner kognitiven und ggf. auch handlungspraktischen Beanspruchung durch die Untersuchung, auch die zweigeteilte Kommunikationspartnerschaft mit Patient und Eltern zu bewältigen.

Die besonderen interaktionalen Aufgabenstellungen der pädiatrischen körperlichen Untersuchung und der ärztliche Umgang damit werden im Hauptteil dieses Beitrags in den Mittelpunkt gerückt (§ 35.3).

In den meisten Fällen ergibt sich für den Kinderarzt aus der Beschwerdenschilderung von Patienten und Eltern und der eigenen körperlichen Untersuchung dann auch schon eine Diagnosestellung, der unmittelbar darauf eine Therapieplanung folgt. Sowohl die Diagnosemitteilung wie die Therapieplanung wird in der Regel zwischen Arzt und den Eltern verhandelt und zuweilen auch diskutiert. Wenn der Arzt sich an den Patienten wendet und Hinweise zu Symptomen der diagnostizierten Erkrankung oder Punkte der Therapieplanung erläutert, geschieht dies zumeist ohne diese diskursiv zur Disposition zu stellen. Bei der Gesprächsbeendigung und der Verabschiedung spricht der Arzt dann wieder beide Parteien zugleich an. Häufig geht die Gesprächsbeendigung auch damit einher, dass wichtige Verhaltensweisen nochmals angesprochen, Verabredungen festgehalten werden und der Arzt den Eltern ein Rezept oder eine Überweisung und dem Patienten eine Belohnung übergibt. Auch damit wird eine Differenz in der interaktiven Beteiligung sichtbar, die der Arzt vornimmt.

35.3 Die körperliche Untersuchung

Die körperliche Untersuchung ist allein schon deshalb interaktional auffällig, da sie regelmäßig mit einer Umpositionierung der Gesprächsbeteiligten im Raum zusammenfällt (s. a. Winterscheid ersch.). Daneben nimmt auch das Verbale in dieser Handlungsschemakomponente eine eher untergeordnete Rolle ein. Der Arzt untersucht den Körper des Patienten, während davor lediglich über die Beschwerden gesprochen oder allenfalls auf bestimmte Symptome gezeigt wurde.

Eingeleitet wird dies in den meisten Fällen durch eine Ankündigung des Arztes oder die Bitte an den Patienten oder die Eltern, den Patienten durch Ausziehen bestimmter Kleidungsstücke auf die Untersuchung vorzubereiten. Sehr selten findet die Untersuchung auch einmal um den Schreibtisch des Arztes herum statt. Im Allgemeinen wird der Patient aber auf einer extra zu diesem Zweck vorhandenen Liege im Sprechzimmer des Arztes untersucht. Die Eltern bleiben zumeist auf dem bisherigen Platz sitzen, wobei sie sich zur Liege hin ausrichten, oder sie bereiten die Kinder auf die Untersuchung vor und bleiben dann in der Nähe der Liege stehen oder setzen sich anschließend wieder. In anderen Fällen treten sie auch zu einem späteren Zeitpunkt aus eigenem Antrieb oder auf die Bitte des Arztes hinzu.

Nach der Untersuchung orientieren sich alle Gesprächsbeteiligten dann – verbunden mit der Rückkehr des Arztes zum Schreibtisch – wieder auf den Schreibtisch des Arztes hin. Der Arzt beendet die körperliche Untersuchung häufig mit dem Hinweis, dass der Patient sich wieder anziehen oder wieder angezogen werden könne, gelegentlich aber auch mit einer direkten Überleitung zur Diagnose.

Es handelt sich bei der körperlichen Untersuchung also um eine markante Zäsur in der Erstkonsultation, zumal diese auch hin und wieder mit einer längeren verbalen Pause einhergeht. Häufig nutzen die Eltern diese Phase jedoch auch, um noch weitere Punkte anzubringen oder schon dargestellte weiter zu explizieren (s. a. Spranz-Fogasy, Winterscheid 2013).

Die Anforderungen an den Arzt bestehen bei der körperlichen Untersuchung demnach zunächst einmal in den folgenden rein formalen Schritten:

- Die Handlungsschemakomponente muss vom Arzt eingeleitet und etabliert werden.
- Der Arzt muss die Bedingungen für die notwendigen Untersuchungsschritte herstellen (technisch/apparativ sowie metakommunikativ).
- Der Arzt muss initiativ die notwendigen Untersuchungsschritte durchführen (technisch/apparativ, kommunikativ).
- Der Arzt muss vielfach Übergänge der Beteiligungskonstellation von triadischen zu interaktionsdyadischen Konstellationen organisieren (s. a. Schmitt, Knöbl 2013, Schmitt 2013: 54-5).
- Schließlich muss der Arzt die Interaktionsdyade wieder auflösen und zum nächsten Handlungsschritt überleiten.

Im Folgenden wird an einem Fallbeispiel gezeigt werden, wie Ärzte diese Anforderungen bearbeiten.

35.4 Fallanalyse

Das Beispiel stammt aus einem von Winterscheid 2009 erhobenen Korpus ärztlicher Gespräche in pädiatrischen Praxen bei vier unterschiedlichen Ärzten der alemannischen und rheinfränkischen Sprachregion und umfasst insgesamt 35 Aufnahmen, die alle mit Hilfe eines Audioge-

räts, das auf dem Schreibtisch des Arztes positioniert wurde, und bei ca. der Hälfte der Gespräche auch mittels einer Videokamera festgehalten werden konnten. Zum großen Teil handelt es sich um Erstkonsultationen, daneben wurden auch U-Untersuchungen aufgezeichnet, auf die hier jedoch nicht weiter eingegangen werden soll, da sich Vorsorgeuntersuchungen eklatant von Erstkonsultationsgesprächen unterscheiden. Die Patienten waren zum Zeitpunkt der Aufnahme zwischen 2 ½ und 16 Jahren alt und wurden alle mindestens von einem Elternteil begleitet.

35.4.1 Gesprächseröffnung und Beschwerdenschilderung

Die Patientin in diesem Beispiel² ist 5 Jahre alt und wird von ihrer Mutter begleitet. Sie hat im Vorfeld des Arztbesuchs erbrochen. Die Mutter nennt im Rahmen der Beschwerdenschilderung auf die Frage *was ist LOS-* das Problem, das zum Besuch der Sprechstunde geführt hat, woraufhin sich der Arzt bei der Patientin nach der Dauer des Leidens erkundigt:³

B 35.1 seit WANN has des denn;

01 M fr[anziska hat]BAUCHweh-
 02 P [((stöhnt))]
 03 A franzisk[A:,
 04 A seit]WANN has des denn;
 05 M [hm JA-]
 06 P (0.49) ((winselt))
 07 (0.21)
 08 M um ZWÖLfe rum;
 09 M Al[S]O:-
 10 A [°h]
 11 M (0.31) im KINdergarten hast auch schon gebrochen==ge,
 12 P (.) <<gedrückt> hm JA >-
 13 M ja-
 (0.2)

² Dieses Beispiel wird auch in Winterscheid (ersch.) ausführlich behandelt.

³ Die Transkriptausschnitte wurden konform zu den GAT-2-Basistranskriptkonventionen nach Selting et al. (2009) mit dem Transkriptionseditor FOLKER (<http://agd.ids-mannheim.de/folker.shtml>) erstellt.

14 M un [um zwölf] hab ich sie dann abjeHOLT-
15 A [<<piano> oh JE >;]

Die Mutter ergreift zunächst das Wort, lässt sich dann aber bei der Patientin eine ergänzend korrigierende Aussage bestätigen (Z. 09/11). Dieser Aufforderung kommt die Patientin auch nach (Z. 12). Die Bestätigung wird jedoch in einer jammernd-jaulenden Art und Weise hervorgebracht, womit die Patientin zugleich die akuten Beschwerden zum Ausdruck bringt und unterstreicht, dass sie in dieser Situation nicht von ihrem Recht Gebrauch macht (Heritage, Raymond 2005), die eigenen Beschwerden zu schildern und stattdessen die Mutter für sie berichten lässt. Auch durch die Körperhaltung und Körperausrichtung – sie wendet sich etwas vom Schreibtisch ab und sitzt in einer leicht zusammengesunkenen Haltung auf dem Stuhl, während sie den Kopf auf den auf der Stuhllehne ruhenden Arm ablegt – zeigt die Patientin an, dass sie sich verbal zurzeit nicht beteiligen möchte oder sich dazu nicht imstande sieht. Der Arzt reagiert auf ihre Antwort und übernimmt bei der responsiv eingesetzten Interjektion *oh JE* (Z. 15) sogar Tonlage und prosodische Struktur bei „oh“. Die restliche Anamnese findet nach dem Rückzug der Patientin aus dem interaktiven Geschehen nur noch zwischen Mutter und Arzt statt.

35.4.2 Die Vorbereitung der Untersuchung

Als Auftakt des nächsten Handlungsschritts – der körperlichen Untersuchung – aktiviert der Arzt dann die Patientin gleich auf mehrfache Weise: Er legt demonstrativ den Stift beiseite, mit dem er sich parallel zur Anamnese Notizen gemacht hat, sieht die Patientin an und adressiert sie zweifach, indem er sie zunächst duzt und dann mit ihrem Namen anspricht, bevor er sie auffordert, sich für die Untersuchung bereit zu machen:⁴

⁴ Bei allen weiteren Transkriptausschnitten sind die Zeilen fortlaufend nummeriert.

B 35.2	schau ich deinen BAUCH mal an;	
01	A	°h
02		(0.33)
03	A	du franzisKA: ?
04	A	jetz legs du dich oben DRAUF-
05	A	ziehst die SCHUhe aus-
06	A	(.) schau ich deinen BAUCH mal an;
07		(0.31)
08		((die Untersuchung wird vorbereitet ca. 14,1 Sek.))

Der Arzt bittet hier die Patientin, sich auf die Liege zu legen und die Schuhe auszuziehen, damit er mit der Untersuchung beginnen kann, die er mit *schau ich deinen BAUCH mal an* auch inhaltlich ankündigt. Die Mutter hilft ihrer Tochter dann bei der Vorbereitung.

Übergang und Vorbereitung der körperlichen Untersuchung stellen komplexe Anforderungen der Koordination an alle drei Parteien dar (Schmitt, Deppermann 2007). Alle Beteiligten müssen nicht nur selbst Handlungen vollziehen, sondern auch Handlungen anderer berücksichtigen, unterstützen und ggf. auch übernehmen. So setzen sich manche Kinder selbstständig auf die Liege, ziehen die notwendigen Kleidungsstücke aus, während die Eltern sitzenbleiben. Der Arzt macht sich in dieser Phase häufig Notizen und wendet sich dann den Kindern zu. In anderen Fällen treten die Eltern hinzu und unterstützen die Kinder bei der Vorbereitung auf die Untersuchung, während der Arzt noch etwas ordnet oder notiert. Dies muss dadurch aufgelöst werden, dass die Eltern sich wieder ein Stück entfernen, zur Seite gehen oder erneut auf den für Patienten und Eltern bereitgestellten Stühlen niederlassen.

In diesem Beispielfall hat die Mutter die Patientin zur Liege begleitet und der Tochter die Schuhe ausgezogen. Dabei versperrt sie dem Arzt den Weg, der ebenfalls nach ihr an die Liege herantreten ist. Der Arzt bittet die Patientin dann erneut, sich hinzulegen, nachdem die Schuhe ausgezogen wurden, und tritt dabei noch etwas näher an die Patientin heran. Die Mutter geht nun etwas nach links und lehnt sich an ein unmittelbar neben der Liege befindliches Regal.

Dass hier die Vorbereitungen von der Mutter und der Patientin nicht fortgesetzt werden, liegt daran, dass der Arzt qua Rolle als „Agent“ (Ehlich, Rehbein 1979/1994) bzw. „Fokusperson“ der Interaktion an die Liege herantreten ist und von seinem „Verhalten [...] koordinative Relevanzen für andere aus[gehen]“ (Schmitt, Deppermann 2007: 104-5).

Die Mutter, die mit „kontinuierlichen Monitoring-Aktivitäten“⁵ beschäftigt ist, registriert die Bewegung des Arztes und zieht sich augenblicklich von der Liege zurück, damit der Arzt an die Patientin herantreten kann (Schmitt, Deppermann 2007: 110). Der Arzt kündigt die Unterbrechung der Vorbereitungsaktivitäten von Mutter und Patientin nicht an, übernimmt dann jedoch die noch ausstehende Vorbereitung.

Box 35.1 Koordinative Relevanz

[K]oordinative Relevanz entsteht aus einem kontinuierlichen Abgleich aktueller Konstellationen und Vorgänge mit dem vorgängigen professionellen Wissen hinsichtlich allgemeiner Abläufe, der sequenziellen Logik von Arbeitsschritten und der notwendigen Beteiligung bestimmter Funktionenrollen.

Schmitt, Deppermann 2007: 121

Es sorgt also das Wissen der Mutter über diese Situationen dafür, dass sie sich von der Liege zurückzieht und dem Arzt den Raum schafft, an die Patientin heranzutreten. Die bis dato durchgeführte Vorbereitung wird vom Arzt, nachdem er die Patientin gebeten hat, sich hinzulegen, insofern als unzureichend charakterisiert, als er ein Kleidungsstück noch etwas weiter herunterzieht und hierfür den Knopf der Hose öffnen muss. Dies kündigt er auch explizit an:

B 35.3 jetzt legs du dich einfach HIN-

- 09 A so:--jetz legs du dich einfach HIN-
10 (5.33)
11 M ((unverständlich))
12 A (2.6)
13 A so (.) franziska,
14 A (1.62) jetzt mach ich deine HOse mal AUF,
15 A (1.82) po mal hochHEben-
16 A (1.59) noch MAL-
17 A (.) SO;
18 A (.) wo tut der bauch weh ZEIG mal-

⁵ Der Begriff geht auf Goodwin (1980) zurück und beschreibt zunächst die Wahrnehmungsleistung der Gesprächsbeteiligten.

35. Kommunikation mit Kindern und Eltern

Dass es sich bei der Ankündigung, die Hose aufzumachen, um die Bearbeitung eines „Vorfalls“ (Schmitt 1997: 56) handelt, wird nicht expliziert, aber durch die Wiederholung seiner Aufforderung (Z. 09) und das Hinzufügen des Adjektivs *einfach* definiert er den gegenwärtigen Zustand als noch nicht seiner Anweisung entsprechend. Die ursprüngliche Aufforderung des Arztes bestand darin, dass die Patientin ihre sitzende Position verlassen und sich barfuß auf die für Untersuchungen bereitstehende Liege legen sollte. Durch das Herantreten an die Liege, bevor die Patientin allen Aufforderungen des Arztes nachkommen konnte, repariert er möglicherweise ein Missverständnis, das durch seine nicht weiter ausgeführte Aussage aufgetreten sein kann. Neben der Umpositionierung und der Vorbereitung durch das Ausziehen der Schuhe, die notwendigerweise vor dem Hinlegen auf der Liege erfolgen muss, hat er lediglich erwähnt, dass er sich den „Bauch“ ansehen möchte. Es wurde also nur der Körperteil benannt, der im Folgenden untersucht werden soll. Hiermit ist noch keine Aufforderung verbunden, bestimmte Kleidungsstücke auszuziehen, wobei dies durchaus so interpretiert werden könnte, da zum „Anschauen“ des entsprechenden Körperteils natürlich der Bauch freigelegt werden muss. Unklar bleibt, ob die Patientin T-Shirt und/oder Hose ausziehen muss oder ob es ausreicht, das T-Shirt in der liegenden Position leicht nach oben zu schieben. Der Bauch befindet sich bei einem Menschen im „unteren Teil des Rumpfes zwischen Zwerchfell und Becken“ (Duden 2015), wird jedoch auch häufig als der Bereich verstanden, der sich über dem Bund der Hose befindet. Um nun tatsächlich den Bauch untersuchen zu können, muss also der Bereich zwischen Zwerchfell und Becken offengelegt werden, wozu u. a. der Knopf der Jeanshose geöffnet und diese etwas nach unten geschoben werden muss.

Box 35.2 Recipient design

Annahmen über das Partnerwissen sind für die Turngestaltung [also] entscheidend, weil von ihnen abhängt, welche Ausdrücke und Formulierungen wir benutzen können, um einen Beitrag zu produzieren, der einerseits hinreichend explizit und somit verständlich, andererseits aber auch nicht zu redundant mit Blick auf das schon bestehende Wissen des Partners sind. Diesen beiden Aufgaben, die in etwa der Erfüllung der beiden Griceschen Quantitätsmaximen entsprechen (Grice 1975), dient das sog. *recipient design*

Deppermann 2015: 7 (Hervorhebungen im Original)

Durch das Unterbrechen der Vorbereitungsaktivitäten von Mutter und Patientin verhindert er beiläufig eine unnötige oder unzureichende Vorbereitung, welche aus der nicht expliziten Aufforderung resultieren könnte oder daraus resultierte, dass seine Anforderung nicht schnell genug umgesetzt wurde. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Mutter und Patientin für ihre Vorbereitung dieselbe Definition des Bauchs zugrunde legen. Die Übernahme dieser Rolle erfolgt, nachdem er die vorbereitenden Aktivitäten als noch nicht ausreichend definiert hat und zum Teil erneut als Aufforderung formuliert, aber dann auch bestimmte vorbereitende Aktivitäten selbst vornimmt.

Durch die Hinweise auf sein Handeln sichert der Arzt sich aber nicht nur ihre Mitarbeit, sondern informiert zugleich die Patientin und deren Mutter über sein Handeln. Der Arzt legitimiert hier also sein Handeln, in den persönlichen Bereich der Patientin einzudringen (Heath 2006), dadurch, dass er für Mutter und Patientin transparent macht, warum das Setzen auf die Liege und das Ausziehen der Schuhe bisher noch nicht die Voraussetzungen erfüllt, um den *BAUCH mal an*[zuschauen]. Seine Handlungen dienen dabei dazu, den Bauch „freizulegen“ und damit erst die Voraussetzungen für die Untersuchung zu schaffen.

„Ein anderes Bezugssystem des Individuums ergibt sich aus den „Territorien des Selbst“ (Goffman 1971/1974), zu denen z. B. der um den Körper angeordnete „persönliche Raum“ gehört, in den andere Personen nur unter besonderen Bedingungen eindringen dürfen (Miebach 2014: 106). Ein Arzt, der aufgesucht wird, um die eigenen Leiden oder die Leiden der Kinder zu lindern, ist selbstverständlich mit diesen Rechten ausgestattet. Dennoch besteht in dieser Phase des Sprechstundengesprächs – laut Heath (1986, 2006) – vor allem das Problem des Umgangs mit der territorialen Selbstbestimmung (Goffman 1971/1974), das die Beteiligten mit einer „separation practice“ (Heath 1986, 2006: 209) bearbeiten, bei der bspw. die Patienten ihren Körper als Objekt behandeln, während sie gleichzeitig dessen Manipulation und Präsentation übersehen. Sie bieten dem Arzt damit einen unmittelbaren und „objektiven“ Zugang zum körperlichen Zustand, der es zulässt, dass sehr häufig und routinemäßig eine „empirically grounded“ Diagnose folgen kann, die ihrerseits wieder Therapievorschlüsse begründet. Auch Ripke hat diese „Grenzüberschreitung [der] Person im medizinisch üblichen Umfang“ herausgestellt und sogar auf „alle Fragen, die in den Privatbereich der Patienten eingreifen“, ausgeweitet, die bei ungenügender Vorbereitung sogar eine „Beziehungsstörung“ zwischen Arzt und Patient nach sich ziehen kann (Ripke 1994: 80ff).

In dieser Situation muss eine Manipulation vorgenommen werden, um die Diagnose überhaupt erst durch eine fundierte Untersuchung zu erhalten. Dieser Zusammenhang wird durch das SO; anschließend deutlich herausgestellt, sodass der Arzt nun zum nächsten Schritt übergeht, der zurückgestellt werden musste. Zugleich wirkt er durch die Ankündigung seiner Handlungsschritte auch der Problematik der territorialen Selbstbestimmung entgegen (Heath 1986, 2006).

Somit sind hier ausnahmsweise alle drei Parteien an der Vorbereitung der Untersuchung beteiligt: Die Patientin, die den Stuhl verlässt und sich zur Liege begibt, die Mutter, die ihr dabei behilflich sein möchte und ebenfalls an die Liege herantritt, sowie der Arzt, der noch weitere vorbereitende Maßnahmen unternimmt, bevor er nun mit der Untersuchung beginnen kann.

35.4.3 Die Durchführung der Untersuchung

Zu Beginn der Untersuchung erkundigt sich der Arzt – trotz der bisher sehr geringen Beteiligung der Patientin – bei der Patientin nach der genauen Schmerzlokalisierung und informiert diese über alle Untersuchungsschritte:

B 35.4 jetz HORCH ich den bauch mal ab–

- 18 A (.) wo tut der bauch weh ZEIG mal–
 19 P DA::–
 20 A (.) DA in der mitte–
 21 A (1.68) jetz HORCH ich den bauch mal ab–
 22 (17.96)
 23 A und jetz FÜHL ich deinen bauch mal AN–
 24 (8.04)
 25 P aua da t[ut_s (.) WEH–]
 26 A [da tut_s en]bisschen WEH,
 27 (3.23)
 28 P da AUCH–
 29 (1.68)
 30 P da jetz (.) NICH;
 31 A (.) da nich SO;
 32 A na das is ja PRIma–
 33 A (.) also BLINDdarm is nichts–

Der Arzt hält sofort nach der Lokalisierung durch die Tochter den schmerzenden Ort im Verhältnis zum Körper fest (Z. 20) und beginnt mit der Untersuchung. Die einzelnen Untersuchungsschritte werden explizit benannt (Z. 21/23), auch um die Patientin auf die Manipulationen und Aktionen vorzubereiten (Heath 1986, 2006). Als die Patientin ihn bei einer Berührung auf Schmerzen hinweist, wiederholt er die Aussage und behält sogar die prosodische Kontur bei, schwächt die Aussage aber qua *en bisschen* ab. Die Patientin reagiert auf eine weitere schmerzhaftere Stelle und verweist darüber hinaus auf eine Stelle, die nicht schmerzt. Auch dieser Hinweis wird vom Arzt in modifizierter Art und Weise wiederholt. Während die Patientin die Stelle kontrastiv zu einer schmerzenden Stelle ausmacht, skaliert der Arzt die Schmerzen und ordnet dieser Stelle einen geringeren Schmerz zu als den Stellen zuvor.

Diesen Befund bewertet er nun explizit positiv (*PRIma*, Z. 32) und schließt daran eine Ausschlussdiagnose an. Simultan zur Äußerung *also BLINDdarm is nichts-* (Z. 33) tastet er den Bauch der Patientin weiter ab, fixiert dabei aber die Mutter. Nach deren Ratifikation (s. u.) und deren Positionsveränderung – sie beugt sich näher zur Tochter vor – wendet er sich wieder der Patientin zu. Der Arzt führt seine Aussage demnach nicht nur an, um eine mögliche Diagnose auszuschließen, er benennt dies auch ausdrücklich gegenüber der Mutter, die er bei dieser Feststellung, die mittels *also* als Schlussfolgerung präsentiert wird, ansieht. Der Arzt entkräftet damit prophylaktisch eine mögliche Befürchtung der Mutter, denn das Stichwort „Blinddarmentzündung“ ist bisher in dem Gespräch nicht gefallen und auch nicht angedeutet worden. (Das Appellativum „Blinddarm“ bezieht sich hier nicht auf einen Teil des Darmtrakts, sondern auf eine Entzündung, die meistens mit diesem Teil in Verbindung gebracht wird).

B 35.5 *also BLINDdarm is nichts-*

33 A (.) *also BLINDdarm is nichts-*

34 M (.) ja beine konnt se anWINKeln;

35 M ((lacht)) (.) ((Lachansatz))

36 A (0.2)

Die Mutter zeigt durch ihre Reaktion an, dass sie mit dem Krankheitsbild einer Blinddarmentzündung vertraut ist und führt eine diagnostische Beobachtung an, die diese Diagnose in ihren Augen auch aus-

35. Kommunikation mit Kindern und Eltern

schließt. Somit bekräftigt sie die Ausschlussdiagnose des Arztes. Hier präsentiert sich die Mutter als jemand, der über ein gewisses Krankheitswissen verfügt.

Box 35.3 Wissenspräsentation

Anzeige und Aushandlung von Wissen sind [...] eng mit der Selbst- und Fremdpositionierung der Interagierenden und der Konstitution sozialer Beziehungen verknüpft.

Deppermann 2015: 12

Die diagnostische Beobachtung, die vor der Sprechstunde gemacht worden sein musste, wurde zuvor nicht angesprochen. Dass dazu auch keine Veranlassung bestand, belegt jedoch die Begründungsstruktur der Mutter sowie ihre folgende Nachfrage:

B 35.6 muss ma da AUCH erbrechen–

- 36 (0.2)
37 M °hh (2.85) muss ma da AUCH erbrechen–
38 A (0.7) ja–
39 M (.) ja,
40 A (0.22) ja MUSS nich;
41 A aber KAN[N;]
42 M [ja,]
43 (1.49)

Durch die Nachfrage *muss ma da AUCH erbrechen–* (Z. 37) zeigt die Mutter an, dass sie bei den vorliegenden Symptomen unabhängig von der im Vorfeld durchgeführten Beobachtung nicht den Verdacht gehegt hat, dass der Grund für die Leiden der Tochter eine Blinddarminfektion sein könnte. Auch durch diese Nachfrage stellt sie nicht den Ausschluss dieser möglichen Diagnose infrage, sondern unterstreicht den Ausschluss zusätzlich. Beide Äußerungen belegen ein gewisses Erfahrungswissen bezüglich Entzündungen des Blinddarms sowie eine gewisse Verwunderung über die explizite Nennung der Ausschlussdiagnose. Sie erfragt Informationen zu Symptomen, die sich nicht mit ihrem bisherigen Kenntnisstand decken. Dabei wird die Kompetenz des Arztes von der Mutter nicht angegriffen, sie nutzt vielmehr seine Expertise, um

ihr eigenes Wissen zu erweitern, da er den „Zugang (*access*) zu Wissen“, „die relative Vorrangigkeit (*priority*)“ und „die Verantwortlichkeit (*responsibility*) für bestimmtes Wissen“ besitzt (Deppermann 2015: 12f unter Bezug auf Heritage 2013).

Ihre Überraschung zeigt sich auch dadurch, dass sie nach den Reaktionen des Arztes noch einmal mittels *ja* (Z. 39), nachfragt. Dieser führt den Punkt etwas aus und erklärt, dass es sich bei Erbrechen um ein mit der Blinddarmentzündung einhergehendes Symptom handeln kann, auch wenn das nicht notwendigerweise der Fall ist. Simultan zur Nachfrage der Mutter wendet der Arzt sich erneut der Mutter zu, wobei er mit der Untersuchung fortfährt, orientiert sich aber dann mittels Blick parallel zu *aber KANN* (Z. 41), wieder zur Patientin.

35.4.4 Die Diagnosemitteilung

Der Arzt präsentiert anschließend zwei prädiagnostische Mitteilungen (Spranz-Fogasy 2014) zur ertastbaren Beschaffenheit der Bauchgegend und zu einem hörbaren Krankheitszeichen (Z. 44/45):

B 35.7 also da geht so_n magenDARMinfekt (.) los

43 (1.49)

44 A bauch is aber sons_schön WEICH;

45 A (.) aber gluckern tut_s ORDentlich;

46 A also da geht so_n magenDARMinfekt (.) los;=ne,

Solche prädiagnostischen Mitteilungen dokumentieren regelmäßig den epistemischen Status des Arztes im Verlauf der Diagnostik, informieren aber auch den Patienten bzw. hier die Mutter und die Patientin über den aktuellen Stand (Spranz-Fogasy 2014). Sie werden hier analog zur Begründungsstruktur bei der Ausschlussdiagnose herangezogen, um eine nachfolgende Diagnosemitteilung mit Anhaltspunkten zu untermauern. Dass diese Diagnose als Schlussfolgerung der prädiagnostischen Mitteilungen, die sich aus der Untersuchung ergeben, zu verstehen ist, wird erneut durch *also* auf der Textoberfläche ausdrücklich herausgestellt. Gerade die körperliche Untersuchung ist, wie hier, häufig Ausgangspunkt einer Diagnosemitteilung, weil sie „empirically grounded observations“ (Heath 2006: 213) liefert.

Dass der Arzt seine Diagnose durch die Mutter dann auch ratifiziert wissen möchte, kann man an dem angehängten *question tag* „ne“ erkennen, das unmittelbar angeschlossen wird (Z. 46). Die Mutter problematisiert dies allerdings zunächst:

B 35.8	is_grad im umLAUF,
46	A also da geht so_n magenDARMinfekt (.) los;=ne,
47	M (.) gibt_s
48	M (.) is_grad im umLAUF,
49	A (0.62)
50	M ja

Erneut stellt sich die Mutter hier durch ihre Reaktion als jemand dar, der über bestimmtes Wissen über Krankheiten verfügt. So weiß sie auch, dass ein Magendarminfekt zumeist hoch ansteckend ist und meistens mehrere Fälle zur selben Zeit auftreten. Dass sie davon noch nichts mitbekommen hat, liegt dieser Aussage zugrunde, da sie nach der Existenz einer Ansteckungswelle (Z. 48) fragt und diese damit als ihr unbekannt voraussetzt.

Diese Nachfrage ist nun jedoch für ihr Selbstbild etwas heikler (s. o.), da sie durch die Nachfrage auch erkennbar macht, dass sie einen Magendarminfekt wie eine Blinddarmentzündung im Vorfeld nicht als Ursache für die Beschwerden der Tochter angenommen hatte und durch diese Nachfrage legitimiert, warum sie das bekannte Krankheitsbild einer Magen-Darm-Grippe nicht als solche erkannt hat. Gleichzeitig kann diese Nachfrage jedoch auch indizieren, dass sie von der Diagnose noch nicht restlos überzeugt ist. (Dass sie sich der Brisanz der Nachfrage bewusst war, könnte ein Grund dafür sein, dass sie die erste Konstruktion (*gibt_s*, Z. 47) nicht fortführt.)

Blickkontakt besteht hier zwischen dem Arzt und der Mutter während der Nennung der Diagnose, wobei der Arzt den Blick bereits wieder von der Mutter abwendet, bevor er den *question tag* produziert. Als die Mutter jedoch die Erkrankungswelle erfragt, blickt er erneut kurz zu ihr nach oben. Er nickt dann noch als Reaktion auf ihre Frage mehrfach, fixiert dabei jedoch bereits wieder die Patientin. Die Mutter ratifiziert diese Reaktion sofort (*ja*, Z. 50).

35.4.5 Eine subjektive Krankheitstheorie

B 35.9	weil erst hab ich geDACHT–
50	A ja
51	(3.13)
52	M wei[l erst hab ich]geDACHT–
53	A [PRIma;]
54	M weil se HALT–
55	M weil ich MAIS gekocht hab==ne,

Nach einer Pause von ca. 3 Sekunden erwähnt sie dann eine subjektive Krankheitstheorie (SKT) (§ 21, 29), nämlich eine Nahrungsmittelunverträglichkeit, die bereits während der Anamnese von ihr vorgebracht wurde. Durch das Mentalverb „denken“, das verwendete Tempus und das Adverb *erst* (Z. 52) „zeig[t sie] an, dass [sie] keine Verantwortung für die Präzision und das Zutreffen [der] Aussage übernimmt“ (Deppermann 2015: 15). Sie markiert die Theorie zwar als nicht mehr relevant und auch der zeitliche Kontext, nämlich nach der Diagnose, stuft die Erwähnung der SKT herab, durch das wiederholte Ansprechen wird diese aber dennoch markiert. Der Arzt reagiert hier nicht, sondern schließt mit dem an die Patientin gerichteten *PRIma* (Z. 53) diesen Teil der Untersuchung ab. Er bearbeitet hier die körperliche Untersuchung als vorgängig (ten Have 1990) und reagiert damit auf die Herabstufung, die die Mutter selbst hinsichtlich der SKT betreibt, sowie die Tatsache, dass die Diagnose ja bereits aufgestellt wurde. Dadurch, dass er hier nicht reagiert, unterstreicht er jedoch zusätzlich die bereits durch ihn aufgestellte Diagnose. Direkt anschließend erhebt er sich und tritt zu dem Regal, an dem sich die Mutter während dieses Teils der Untersuchung gelehnt hatte, holt einen Spatel und tritt wieder an die Patientin heran.

Erneut zeigen sich die „kontinuierlichen Monitoring-Aktivitäten“ (Schmitt, Deppermann 2007: 110) der Mutter, die sofort auf die Bewegungen des Arztes reagiert und vom Regal tritt, auf das der Arzt sich hinwendet, damit dieser ohne um sie herumzugehen zum Regal gelangen kann, auf das sie sich zuvor aufgestützt hatte. Nachdem der Arzt sich wieder der Patientin zuwendet, folgt ihm die Mutter zur Liege. Beide Erwachsenen stehen vor der Liege und während der Arzt nun den Mund der Patientin untersucht, die sich mittlerweile wieder aufgesetzt hatte, führt die Mutter die vor der Sprechstunde aufgestellte und in der Sprechstunde bereits thematisierte SKT weiter aus:

B 35.10 weil erst hab ich geDACHT-

- 55 M weil ich MAIS gekocht hab==ne,
 56 M des wissmer jetzt dass ihr DES zu viel war;=ne-
 57 (1.85)
 58 M was heißt ZU viel,
 59 M (.) dass se_s [(net verträgt)]
 60 A [weit AUF]machen den mund;
 61 A zunge rausSTREcken-
 62 A die schleimhäute sind noch schön F[EUCHT-]

35.4.6 Nebensymptome

Der Mutter gegenüber erwähnt der Arzt dann nach Abschluss des zweiten Teils der Untersuchung, dass die *schleimhäute* [...] FEUCHT (Z. 62) sind, ohne auf die Ausführungen bezüglich der SKT einzugehen. Diese weiterführende Untersuchung, die nach der Diagnosemitteilung erfolgt, dient hier also nicht mehr der Suche nach der Diagnose, sondern nach einer möglichen Folge eines Symptoms, des Erbrechens, die auch weitere Maßnahmen nach sich ziehen könnten. So „kann der Körper unter bestimmten Umständen »austrocknen« (=dehydrieren), vor allem dann, wenn ein Kind sowohl erbricht als auch Durchfall und/oder Fieber hat“ (Renz-Polster et al. 2012: 317).

B 35.11 aber sie hat jetzt KOMische flecken an den wangen,

- 62 A die schleimhäute sind noch schön F[EUCHT-]
 63 M [aber sie hat jetzt]KOMische flecken an den
 wangen,
 64 (0.96)
 65 M hier-
 66 A °h ja das is vom ERbrechn;
 67 (0.42)
 68 M des is jetzt d[urch den WÜR]Greiz-
 69 A [°h]
 70 (0.2)
 71 ((Arzt klatscht))
 72 A durch den würgreiz hat sich das blut im gesicht geSTA[UT-]
 73 M [hmhm;]

- 74 M °h
 75 A un da sind IN der haut ganz fei[ne BLU]tungn;
 76 M [ja-]
 77 A (.) des-
 78 A (0.2) dauert also bsicher ne WOche bis die weggeh-
 79 A diese klein[en][[+++++]
 80 M [gut-]
 81 M [eben]dacht ich ja WUI,
 82 M (.) was is [denn]DES-
 83 A [ja-]
 84 A sind sogenannte peTECHien==ne,
 85 M gut-
 86 A (0.34) KOMM-
 87 A (0.29) zieh dich wieder AN-
 88 P +++
 89 M was könn_wer MACHen-

Die Mitteilung des Arztes zum Zustand der Schleimhäute nimmt die Mutter dann zum Anlass, die Ausführung zur SKT abzubrechen und noch eine weitere optisch wahrnehmbare, ihr nicht erklärliche Hautveränderung anzuführen, die der Arzt bisher nicht angesprochen hat. Der Arzt erläutert ihr den Hintergrund dieses Phänomens und den Zeitraum, nachdem diese Hautveränderung wieder verschwunden sein sollte. Die Erwachsenen stehen hierbei beide vor der Patientin und sind auf die Patientin fokussiert, die ja auch Trägerin dieses neu angesprochenen Phänomens ist. Der Abstand zwischen der Mutter und der Patientin entspricht dem Abstand der Patientin zum Arzt. Die Mutter und der Arzt stehen indes sehr eng beieinander. Die Mutter sucht den Blickkontakt zwischendurch, der Arzt stellt den Blickkontakt aber erst her, als er von *BLUtungen* (Z. 75) spricht. Die Mutter führt die Thematik markiert ein, indem sie die *flecken* als *KOMisch* (Z. 63) bezeichnet und diese Beobachtung zusätzlich mit einem *aber* einleitet. Durch diese Einleitung knüpft sie an die Aussage des Arztes an und setzt dieser etwas entgegen, was ihrer Erwartung bezüglich eines bisher nicht angesprochenen Phänomens entgegensteht. Zudem zeigt sie dem Arzt die entsprechende Stelle.

Der Arzt stellt zunächst einen Zusammenhang der Flecken mit der Krankheit der Patientin her. Daraufhin zieht die Mutter eine Schlussfolgerung aus dieser Information. Der Arzt greift den Wortlaut hier auf (*würgreiz*, Z. 72) und führt den Hintergrund dieses Symptoms aus. Am

Ende der Ausführungen blickt er die Mutter an. Danach geht er noch darauf ein, wann dieses Symptom ohne eine weitere Behandlung wieder verschwinden sollte. Als die Mutter nochmals auf die Überraschung bei der Entdeckung eingeht und damit erneut eine Relevanzhochstufung vornimmt, nennt er den Fachbegriff dieses Symptoms (Z. 84). Durch diese Nennung des Fachbegriffs schließt er die Diskussion über das mit der Erkrankung zusammenhängenden Symptoms ab. Er bittet die Patientin, sich wieder anzuziehen und schickt sich an, seine Hände zu waschen.

Damit beendet der Arzt die Untersuchung und leitet zur nächsten Phase der Therapieplanung über, die dann aber darin besteht, dass mit der Mutter nun das weitere Vorgehen verhandelt wird. Dies leitet die Mutter selbst ein, indem sie ihn bereits auf dem Weg von der Liege zum Waschbecken und dem Waschbecken zum Schreibtisch nach dem weiteren Vorgehen fragt (*was könn_wer MAchen*, Z. 89).

35.4.7 Das Geschehen im Überblick

Die Untersuchung besteht in diesem Fall darin, dass der Arzt den Bauch der Patientin abtastet und mit ihr zusammen den Schmerzort lokalisiert. Dadurch und durch die weiteren Untersuchungsergebnisse des Arztes können zum einen eine mögliche problematische Diagnose ausgeschlossen und eine tatsächliche Diagnose aufgestellt werden. In diesem Fall ist die Untersuchung mit der Präsentation der Diagnose aber noch nicht beendet, da ein Magendarminfekt gerade bei Kindern zu einem Austrocknen der Schleimhäute führen kann (s. o.), dem man sofort begegnen müsste. Daher schließt sich an die Diagnose noch eine Untersuchung der Schleimhäute an, die jedoch keine Austrocknung befürchten lässt. Darüber hinaus spricht die Mutter ihrerseits noch ein Hautmerkmal an, das zuvor nicht benannt wurde und ihr dann vom Arzt erklärt wird. Wie im Beispielfall erfolgen auch in anderen Gesprächen nach der Nennung der Diagnose noch weitere Untersuchungen, die mit dem Allgemeinzustand der Kinder oder mit möglichen Folgen der Erkrankung zusammenhängen (s. Abb. 35.1):

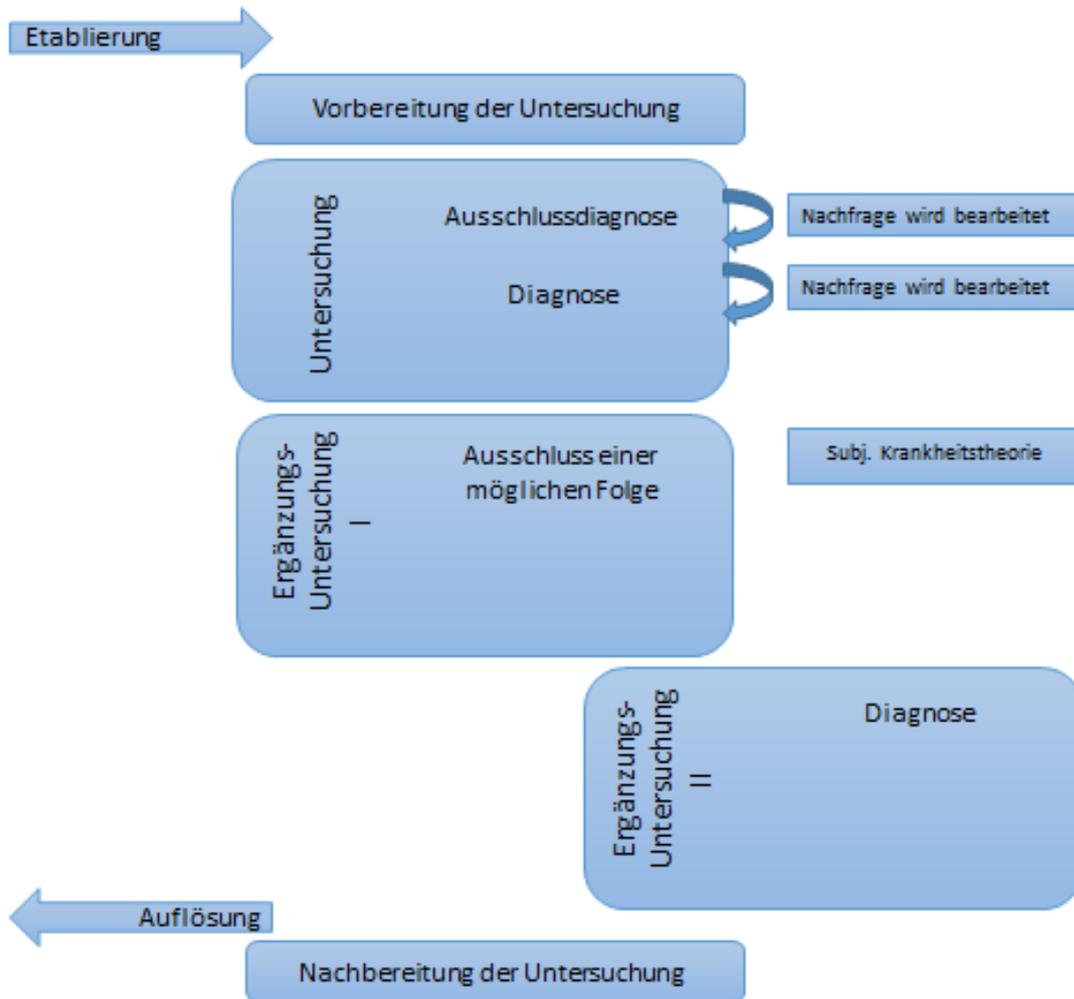


Abb. 35.1: Schematischer Ablauf der körperlichen Untersuchung im Fallbeispiel

Wie im Schaubild dargestellt, handelt es sich hier um eine dreiteilige Untersuchung, wobei der dritte Teil durch die Mutter initiiert wird: Der Arzt präsentiert eine Ausschlussdiagnose und eine Diagnose im ersten Teil der Untersuchung, die beide zwischen der Mutter und dem Arzt verhandelt werden. Während der Untersuchung einer möglichen Folge der Erkrankung, die den zweiten Teil der Untersuchung darstellt, präsentiert die Mutter eine SKT, die ebenso wie das Ergebnis dieser Untersuchung nicht weiter bearbeitet wird. Der dritte Teil der Untersuchung betrifft ein Phänomen, das die Mutter anspricht. Der Arzt diagnostiziert auch dieses Phänomen und schließt dann die Untersuchung ab. Danach wendet sich der Arzt dem Waschbecken zu, um sich die Hände zu reinigen und bittet die Patientin, sich wieder anzuziehen.

Der Arzt berücksichtigt die epistemische Autorität (Heritage, Raymond 2005) des Kindes insofern, dass er sich von der Patientin den

Schmerzort lokalisieren lässt, obgleich die Mutter die Beschwerden-schilderung zuvor praktisch alleine bestritten hat und die Patientin auch verschiedentlich angezeigt hat, dass sie nicht in der Lage bzw. gewillt ist, die Anamnese selbst mit dem Arzt zu bestreiten. Ihr einziger Beitrag ist eine von der Mutter eingeforderte Bestätigung dessen, dass sie schon früher am Tag im Kindergarten erbrochen habe (Z. 12). Der Arzt signalisiert durch die Aufforderung zu Beginn der Anamnese und dann zu Beginn der Untersuchung, dass er weiß, dass sie neben dem Recht, über ihre eigenen Beschwerden berichten zu können, auch die Kompetenz besitzt, sich selbst zu vertreten (Schmitt 1997).

Box 35.4 Selbstvertretung

[I]n den westlichen Gesellschaften [gilt] grundsätzlich, dass voll sozialisierte Subjekte stets als nicht kritisierbare Experten für ihre eigenen mentalen und emotionalen Zustände [...] behandelt werden [obgleich Kinder gemeinhin nicht als] voll sozialisierte Subjekte [gelten.]

Deppermann 2015: 13f

Der Arzt geht auf die Äußerungen der Patientin immer ein und stuft sie z. B. dadurch in ihrer Relevanz hoch, dass er sie als Begründung dafür heranzieht, warum eine mögliche Diagnose ausgeschlossen werden kann. Andere Beiträge wiederholt er, wobei er sie zumeist modalisiert und differenziert. Während der Untersuchung sitzt er dicht bei der Patientin, tastet den Körper der Patientin ab und hält diese „Interaktionsdyade“ (Schmitt, Knöbl 2013, Schmitt 2013) zum einen durch die Nähe und zum anderen durch das weitere Abtasten permanent aufrecht. Selbst wenn er gerade die Mutter ansieht, eine Frage der Mutter beantwortet etc. fährt er mit der Untersuchung fort und wendet seinen Blick immer wieder sofort der Patientin zu (s. a. ten Have 1990).

Diese Phase der Untersuchung nutzt die Mutter ihrerseits dazu, Fragen zu stellen, weitere Probleme anzusprechen und sogar, um die (Ausschluss-)Diagnosen zu erörtern. Der Arzt bearbeitet die Beiträge der Mutter ebenfalls zumeist relativ schnell, stuft diese auch in ihrer Relevanz hoch und konstituiert im präzisen Wechsel zwei verschiedene dyadische Konstellationen. Im Gegensatz zu den Beiträgen der Patientin werden die Äußerungen der Mutter nicht wiederholt und auch die Ausführungen zur SKT werden nicht bearbeitet, wohl aber Fragen der Mutter, die direkt in Verbindung mit der Erkrankung und den aufgestellten

Diagnosen zusammenhängen. Durch die Beachtung eines von ihm als harmlos identifizierten und deswegen vermutlich nicht erwähnten Phänomens, wird deutlich, dass er etwas, das von der Mutter als beunruhigend wahrgenommen worden sein könnte, ernst nimmt und bearbeitet, auch wenn er dies selbst als nicht beachtenswert eingestuft hat. Ausschlussdiagnose und die Diagnose werden der Mutter mitgeteilt, wie auch die Diagnose des von ihr selbst eingebrachten Symptoms.

Die wiederholte Erwähnung der SKT zeigt jedoch an, dass die Mutter diese als nicht bearbeitet einstuft und möglicherweise auch noch nicht völlig von der aufgestellten Diagnose überzeugt ist (Spranz-Fogasy, Winterscheid 2013, Winterscheid ersch.). Der Umgang mit SKT sollte deswegen auch dann weitgehend transparent gemacht werden, wenn sie aus Sicht des Arztes nicht haltbar sind – Eltern zeigen sich ja gerade durch ihre Überlegungen als besorgt und unter Druck stehend, und eine mangelnde Berücksichtigung entwertet damit auch das elterliche Engagement (s. a. Spranz-Fogasy, Winterscheid 2013). Durch die Nichtbeachtung an dieser Stelle wird jedoch die Diagnose hochgestuft und auch die frühzeitige Verkündung dieser Diagnose kann eine mögliche Bearbeitung dieses Zweifels gewesen sein, da die Diagnose des Arztes der SKT der Mutter widerspricht (Birkner 2006).

35.5 Diskussion

Mit unserer Analyse haben wir beispielhaft gezeigt, wie eine körperliche Untersuchung im kinderärztlichen Gespräch ausgegliedert, durchgeführt und wieder in den allgemeinen Handlungsrahmen, in diesem Fall zur Therapieplanung, häufig aber auch zur Diagnose, zurückgeleitet wird. Während der Arzt die notwendigen Schritte einleitet und explizit macht, koordinieren alle Beteiligten die Herstellung der Untersuchungssituation. Der Arzt benennt dem Kind gegenüber auch die einzelnen Schritte so, dass er damit sowohl dem Problem der territorialen Selbstbestimmung begegnet, als auch die Aktionen für Patientin und die Mutter vorhersehbar macht.

Durch die Ermittlung und Angabe von Schmerzort und Ausschlussdiagnose in prädiagnostischen Mitteilungen wird jeweils zudem ein Zusammenhang zwischen der Untersuchung und der Diagnosefindung hergestellt. Eine frühzeitige Präsentation der Diagnose wie in unserem

Beispielfall kann Eltern dabei genauso beruhigen, wie der explizite Ausschluss von ernsthafteren Erkrankungen.

Daneben legitimieren die während der Untersuchung geäußerten Diagnosen auch die jeweils vorausgegangenen Untersuchungsschritte. Während der Untersuchung berücksichtigt der Arzt Aussagen und Reaktionen der Patientin ebenso wie Nachfragen und Erläuterungen der Mutter. Er etabliert auch in schnellem Wechsel die jeweils relevant werdenden Interaktionsdyaden und koordiniert dies mit den verschiedenen Untersuchungsschritten. Mutter und Patientin werden so in die Untersuchung eingebunden, dennoch kann der Hauptfokus auf der Durchführung der Untersuchung und der damit verbundenen Suche nach einer Diagnose bleiben (s. a. ten Have 1990). Eine von der Mutter als bereits verworfene und auch zeitlich nach der Diagnose erwähnte SKT wird vom Arzt nicht bearbeitet, wohl aber Nachfragen zu Symptomen, die tendenziell beunruhigend sein könnten und mit der Erkrankung in Zusammenhang stehen. Durch das „Übergehen“ der von der Mutter vorgebrachten SKT unterstreicht der Arzt jedoch auch die aufgestellte Diagnose.

Trotz der enormen Komplexität der fachlichen und interaktionalen Aufgabenstellung gelingt es dem Arzt hier, die verschiedenen Vorgehensschritte zu koordinieren, transparent zu machen und die beiden Interaktionspartner informationell und beziehungsorganisatorisch einzubinden. Er schafft damit zugleich auch die Grundlagen für eine vertrauensvolle und *compliance*-sichernde Beziehung sowohl zur Patientin wie auch zu deren Mutter.

36 Kommunikation mit Transplantationspatienten

Kija Mikelsons, Michael Langenbach

36.1	Ärztliche Haltung im Gespräch mit Transplantationspatienten	1713
36.2	Kommunikation mit Transplantationspatienten und -kandidaten im Verlauf des Behandlungsprozesses	1716
36.2.1	Mitteilung der Notwendigkeit einer Transplantation	
36.2.2	Wie lange noch? Die Wartezeit zwischen Aufnahme auf Transplantationsliste und Transplantation	
36.2.3	Ein Organ ist da – wir können Sie operieren	
36.2.4	Ist es schon geschehen? Die unmittelbar postoperative Zeit	
36.2.5	Es hat eine Abstoßung gegeben	
36.2.6	Wie geht es weiter? Gespräche im weiteren Verlauf	
36.3	Besondere Situationen in der Transplantationsmedizin	1727
36.3.1	Die Lebendspende	
36.3.2	Umgang mit den Angehörigen	
36.4	Zusammenfassung: Zuhören und Sprechen in der Transplantationsmedizin	1730

Was wir an fremden Menschen, mit denen wir leben, wahrnehmen, das sind „zunächst“ weder „fremde Körper“, ... noch sind es fremde „Iche“ und „Seelen“, sondern es sind *einheitliche Ganzheiten*, die wir anschauen.

Scheler, 1926: 255

Abstract: Die spezifischen Aspekte der Kommunikation mit Transplantationskandidaten und -patienten werden eingeführt und über mögliche Kommunikationshaltungen und -strategien vorgestellt. Im Umgang mit (potentiellen) Transplantationspatienten können sich viele verschiedene Entwicklungen ergeben, die besondere Herausforderungen an die kommunikative Kompetenz des medizinischen Personals stellen. Auch im

Transplantationsprozess sollte die Haltung des Respekts vor der individuellen Einzigartigkeit des jeweiligen Patienten und die Anerkennung seiner autonomen Entscheidungskompetenz die Kommunikation des Arztes bestimmen. Es geht in der Kommunikation mit den Patienten nicht primär um die Vermittlung technischer Informationen, sondern um eine ganzheitliche Perspektive auf einen lebensbedrohlich erkrankten Menschen, dessen Fragen und emotionale Reaktionen beachtet werden müssen. Es ist ratsam, die Angehörigen frühzeitig in die Gespräche und Entscheidungsprozesse im Prozess der Transplantation einzubeziehen

36.1 Ärztliche Haltung im Gespräch mit Transplantationspatienten

Die Kommunikation mit Patienten vor und nach der Transplantation eines Organs ist ein Sonderfall der Kommunikation mit Schwerkranken. Im Gespräch mit diesen Patienten treten spezifische Aspekte auf, die eine gesonderte Darstellung rechtfertigen. Grundlegende Kompetenzen wie aktives Zuhören und Empathie haben im Umgang mit Transplantationskandidaten und -patienten einen besonderen Stellenwert.

Mit diesem Sonderfall der Kommunikation wird der Allgemeinmediziner selten konfrontiert, in speziellen Settings wie Spezialambulanzen für Schwerkranke, Transplantationszentren oder Dialysestationen kann er aber einen beträchtlichen Teil des professionellen Alltags ausmachen. Jedes Jahr werden in deutschen Transplantationszentren zwischen 3.000 und 4.000 Organe übertragen (Deutsche Stiftung Organtransplantation – DSO 2015). In Deutschland leben viele Zehntausend Organempfänger; seit 1963 wurden in Deutschland über 120.000 Menschen mit einem Transplantat versorgt (de Zwaan 2015).

Mehr als 10.000 Patientinnen und Patienten warten in Deutschland auf ein Organ und werden deshalb auf einer Warteliste geführt; sie müssen dabei die Ungewissheit aushalten, ob sie rechtzeitig, d. h. noch vor weiterer schwerer Schädigung und Tod, für eine Transplantationsoperation berücksichtigt werden. Die dabei in den letzten Jahren in Deutschland und anderswo vermehrt bekannt gewordenen Skandale um Wartelistenmanipulationen beleuchten die große Abhängigkeit dieser Patienten vom medizinischen System (damit ist hier die Gesamtheit der Entscheidungsträger im Gesundheitssystem wie Ärzte, Krankenkas-

sen und Gesundheitsinstitutionen gemeint). Sie zeigen überdies die große Bedeutung des Vertrauens, das Transplantationspatienten aufbringen müssen: Sie vertrauen sich und ihren Gesundungsprozess voll und ganz den Transplantationsteams an.

Das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt hat viele Voraussetzungen. Durch die Manipulationen der Wartelisten an mehreren Transplantationszentren in Deutschland sind mindestens zwei der von Talcott Parsons bereits 1951 beschriebenen Grunderwartungen verletzt worden, die Patienten an einen guten Arzt richten: zum einen die Erwartung seiner affektiven Neutralität (also die Erwartung, dass er alle Patienten ohne Ansehung der Person und unter Absehung von Sympathie oder Antipathie gleich behandelt) und zum anderen seiner altruistischen (Kollektivitäts-) Orientierung (also die Erwartung, dass er eigene – wissenschaftliche oder finanzielle – Interessen hintanstellt).

Man kann daher aktuell mit Fug und Recht von einer Vertrauenskrise in der deutschen Transplantationsmedizin sprechen (Grammenos et al. 2014). Gerade in einer solchen Krisenzeit wird besonders deutlich, wie fundamental wichtig eine gute, transparente und die Eigenarten des Patienten respektierende Kommunikation ist.

Aufgrund der besonderen existenziellen Dimension der Situation, in der sich Transplantationskandidaten und -patienten befinden (durch die Transplantation werden Fragen der körperlichen Identität und der Endlichkeit des Lebens ganz unmittelbar angesprochen), handelt es sich bei der ärztlichen Kommunikation mit solchen Patienten immer um eine „besondere Begegnung“. Der Arzt muss reflektieren, wie sich die Beziehung zwischen ihm und einem Menschen gestaltet, der gerade in dem Moment, in dem er mit ihm spricht, mit seiner Endlichkeit konfrontiert ist. Der Patient kann von der Angst bestimmt sein, dass er keine rechtzeitige Hilfe bekommt oder dass sein Transplantat abgestoßen werden könnte. Der Arzt muss sich fragen, was er selbst für eine respektvolle, gelingende Begegnung tun kann. In den zeitlichen und ökonomischen Zwängen eines ganz überwiegend technisch-apparativ organisierten Medizinbetriebes droht die fundamentale Bedeutung der Beziehungsgestaltung zwischen Arzt und Patient in den Hintergrund zu treten, so dass sie ihre heilsame und haltende Funktion nicht mehr ausreichend entfalten kann.

Immer wieder kann es im Kontakt mit Transplantationspatienten geschehen, dass der Arzt selbst mit eigenen Ängsten bezüglich Endlichkeit und Verwundbarkeit konfrontiert ist. Er muss diese Gefühle erken-

nen und aushalten und kann sie sogar nutzbringend in eine mitfühlende Haltung in der Begegnung mit dem Kranken einbeziehen.

Der Arzt muss sich darüber hinaus im Gespräch mit dem chronisch Kranken Thure v. Uexkülls grundlegender Beobachtung bewusst bleiben, dass sich im Laufe der zunehmenden Verwissenschaftlichung der Medizin zwei „Modelle für den Körper“ und seine Krankheiten entwickelt haben, in deren Folge auch „zwei verschiedene Bilder vom Menschen“ entstanden sind, das „offizielle“ und das „inoffizielle“ Modell. Das „offizielle Modell“, das nach von Uexküll an den Universitäten gelehrt wird, konzeptualisiere den Körper als ein „hochkomplexes System aus physikalischen und biochemischen Prozessen, deren Natur und Funktionen wir bis in die molekularen Zusammenhänge immer genauer kennen lernen“. Das „inoffizielle Modell“ sei ein ganz subjektives und individuelles Bild, das sich die Menschen von ihrem Körper machen. Dieses Modell werde dem Arzt zwar nicht in seinem Studium vermittelt, sei aber für ihn unabdingbar, um zu verstehen, „wovon seine Patienten sprechen, wenn sie über Schmerzen, Übelkeit und andere körperliche Probleme klagen“ (v. Uexküll 2001: 129). Gerade wenn es um komplexe biologische und technisch-physikalische Zusammenhänge wie bei der Transplantation eines soliden Organs geht, muss der Arzt einen ganzheitlichen Zugang zu dem Menschen, mit dem er zu tun hat, aufrechterhalten. Im Gespräch mit seinem Patienten sollte er versuchen, das subjektive Körperbild und das Krankheits- und Heilungsverständnis seines Patienten zu verstehen. Zum Gelingen einer guten Kommunikation mit dem Patienten müssen beide Bilder und Modelle vom Körper und ihre entsprechenden Bilder vom Menschen miteinander integriert werden, um mit dem Patienten eine gelungene Kommunikation zu führen. Neben der Fokussierung auf das erkrankte Organ darf der Arzt nie die Sicht auf den ganzen Menschen und seine existentielle Bedrohtheit aus dem Auge verlieren.

36.2 Kommunikation mit Transplantationspatienten und -kandidaten im Verlauf des Behandlungsprozesses

36.2.1 Mitteilung der Notwendigkeit einer Transplantation

Die Mitteilung, dass eine Transplantation erforderlich wird, um weiter leben zu können, gleicht in ihrer emotionalen Kraft der Mitteilung einer lebensbedrohlichen Diagnose. Für den Patienten wird in dieser Mitteilung eine doppelte Endlichkeit spürbar: Sein Körper ist lebensbedrohlich krank, die Versorgung mit einem lebensrettenden Transplantat ist aber eine endliche Ressource. Es ist nicht sicher, dass er rechtzeitig ein ihn rettendes Organ erhält. Der Patient braucht in dieser Situation einen Ansprechpartner für seine emotionale Bewegtheit und ausreichend Zeit, eine solche Mitteilung zu verstehen und zu verarbeiten.

Die emotionale Reaktion des Patienten auf diese Mitteilung kann sehr unterschiedlich sein und von hoffnungsvoller Erwartung einer möglichen lebensrettenden Intervention bis hin zum „Diagnoseschock“ mit einem Gefühl der Starre und des Ausgeliefertseins reichen. So kann der Patient verschiedene Erlebniszustände zum Ausdruck bringen: „Ich fühl mich grad, als wenn ich einen Film ansehe“, „Ich bin grade wie vor den Kopf gestoßen“, „So was Ähnliches habe ich mir schon gedacht“ oder „Boah, ich weiß noch gar nicht, ob ich das will“. Es kann zu Gefühlen der Hilflosigkeit, des Ärgers, der Verzweiflung und der Hoffnungslosigkeit kommen. Diese Reaktionen sind allesamt dem existentiellen Ausnahmezustand des Patienten völlig angemessen und bedürfen einer empathischen Antwort des Arztes.

In den Gesprächen, in denen das weitere Vorgehen mit dem Patienten besprochen wird, sollten das medizinische Vorgehen und die Belastungen, die auf den Patienten zukommen, in verständlicher Sprache erklärt werden und die emotionalen Reaktionen des Patienten (Angst, Unsicherheit, Beunruhigung) genau beobachtet und beachtet werden. Es muss ausreichend Zeit für Fragen eingeräumt werden. Würde, Selbstbestimmung und eigenständige Handlungsfähigkeit des Patienten sollten gestärkt werden – der Patient wird viel Eigenmotivation und Durchhaltevermögen im Verlauf des Transplantationsprozesses brauchen.

Zu der Mitteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Transplantation gehört unbedingt auch die Würdigung der bisherigen Leidens- und Bewältigungsgeschichte des Patienten durch den Arzt. Er sollte ansprechen, dass der Kranke schon einen langen Weg der Krankheit und

36. Kommunikation mit Transplantationspatienten

des Umgangs mit ihr hinter sich hat. Dass eine Transplantation notwendig wird bedeutet keinesfalls, dass der Patient in seinen Gesundheitsbemühungen versagt hat. Es droht sonst eine Situation, in der der Patient zum passiven Empfänger eines Organs degradiert wird, der den ganzen Transplantationsprozess über sich ergehen lassen muss. Tatsächlich verlangt der Transplantationsprozess vom Patienten aber viel aktive Mitarbeit. Es ist also sehr hilfreich, ihn von vorneherein als Akteur im Geschehen anzusprechen und seine Einschätzungen und Bedürfnisse ernst zu nehmen.

Der Arzt sollte den Patienten nicht überfordern mit einem Übermaß an Informationen oder durch den Druck, sich schnell für eine Operation entscheiden zu müssen. Nach der Übermittlung wichtiger Informationen sollte regelmäßig nachgefragt werden, ob der Patient sie verstanden oder selbst dazu Fragen hat. Die emotionale Bewegtheit des Patienten sollte gewürdigt und seine Angst angesprochen werden. Besonderes Augenmerk ist auf spezifische angstbesetzte Vorstellungen von der Transplantation zu legen, z. B. auf die mögliche Angst des Patienten, sich durch den Verlust des eigenen und die „Einverleibung“ eines fremden Organs in seiner Persönlichkeit zu verändern („Verliere ich mit meinem Herzen auch meine Herzlichkeit?“). In der Kommunikation mit dem Kranken sollte es das Ziel sein, ihn zu unterstützen, zu informieren und seine Bewältigungsmechanismen zu erforschen und zu stärken. Das Gespräch sollte dabei nicht zu „technisch“ angelegt werden, sondern die menschlich-existenzielle Seite breit berücksichtigen. Immer wieder sollte dem Patienten die Gelegenheit gegeben werden, Fragen zu stellen. Oft vergessen die Patienten in ihrer Aufregung oder Anspannung nach für sie wichtigen Aspekten des Transplantationsprozesses zu fragen. Es ist daher wichtig, zu signalisieren, dass er auch weiterhin Gelegenheit dazu haben wird. Manchmal bereiten Patienten ein Arztgespräch auch schriftlich nach und bringen ihre Fragen zum nächsten Termin mit; ihnen die Gelegenheit zum Nachfragen zu geben, kann die Gesprächsatmosphäre sehr entlasten, weil der Patient merkt, dass er in der Kürze der Zeit nicht alles „unterbringen“ muss und ruhig auch Aspekte vergessen darf.

Im Folgenden wird ein kurzer Ausschnitt aus einem Gespräch mit dem 57jährigen Herrn Peter wiedergegeben, der zunehmend herzinsuffizient geworden ist, so dass die medizinische Indikation für eine Herztransplantation besteht (B 36.1):

B 36.1		Mitteilung der Notwendigkeit einer Transplantation (Gespräch auf einer kardiologischen Station)
01	A	Herr Peter, wir haben ja gestern besprochen, dass der Zustand Ihres Herzens sich verschlechtert hat. Es pumpt nicht mehr so gut wie vor einem halben Jahr.
02	P	Hm. Ich hab' das selbst gespürt
03	A	Ja. Sie haben mir ja in den letzten Tagen erzählt, dass Sie oft Luftnot hatten und nicht mehr so belastbar waren wie früher.
04	P	Ja, ich hab' sogar öfters gedacht, jetzt is aus
05	A	hmhm
06	P	So schlimm war das.
07	A	Das hat Ihnen offenbar sehr zugesetzt... und Angst gemacht.
08	P	oah
09	A	hmhm. Ja=und jetzt können wir auch in den Untersuch:ungen sehen, dass die Herzfunktion schlechter geworden ist.
10	P	... hm
11	A	Das heißt, wir sehen als Ärzte mit unseren Methoden, was Sie selbst ja auch bemerkt haben, dass es Ihnen von der Herzfunktion her schlechter geht. Und wir können das medizi:nisch mit Medikamenten ein bisschen vielleicht stabilisieren ... aber .. das Herz wird nicht mehr besser werden.
12	P	oah.. uh
13	A	hmhm
14	P	Kann man denn gar: nix machen?
15	A	Doch, man kann etwas machen. Letztlich käme eine Transplantation in Frage. Können Sie sich darunter etwas vorstellen?
16	P	Jo ... altes Herz raus, neues rein.
17	A	Jo. Ganz so ein:fach ist es nicht. Im Prinzip haben Sie recht, aber es ist schon tatsächlich etwas komplizierter
18	P	Oah, äh [stöhnt] ... eine Transplantation [Blick wandert vom Arzt weg durch das Zimmer]
19	A	Ich merk so, das ist jetzt für Sie so eine Art Schock und noch ganz neu und verunsichernd-
20	P	Joa, ich weiß nich, was
21	A	Es ist ganz klar, dass man in so einer Situation und nach so: einer Auskunft erst mal Zeit braucht, die Lage zu verstehen und die Informationen zu verdauen. Wir müssen das jetzt auch gar nicht sofort alles besprechen. Ich glaube, wir machen das am besten so, wir setzen uns morgen wieder zusammen und ich erkläre Ihnen in Ruhe, was bei einer Transplantation überhaupt auf Sie zukäme, wie der Ablauf wäre und was sonst noch alles zu

beachten ist, einverstanden? Und natürlich auch, was Sie von einem solchen Vorgehen überhaupt halten würden, ne?

22 P Jo. Hm.

Im Verlauf der nächsten Tage bespricht der Arzt in mehreren, jeweils etwa eine Viertelstunde dauernden Gesprächen das Vorgehen bei einer Herztransplantation und erkundigt sich ausführlich und immer wieder, was Herr Peter vom Vorgehen verstanden hat, wie er es bewertet, wie er emotional darauf reagiert und wie er seine eigene Bewältigungsfähigkeit einschätzt. Mehrfach bittet er auch Herrn Peters Ehefrau, zum Gespräch dazuzukommen.

Es kann sinnvoll sein, die Gespräche mit den potentiellen Transplantationskandidaten durch Fragebögen zu ergänzen, um Informationen zu gewinnen. Maldonado hat in Stanford ein standardisiertes psychosomatisches Assessment (SIPAT) entworfen, das offenbar auch prädiktiven Wert für die Abschätzung der psychosozialen und möglicherweise auch medizinischen Folgen einer Transplantation hat (Maldonado 2015). Solche Standardprozeduren können helfen, Informationen zu gewinnen, sind aber immer nur Ergänzungen zum unmittelbaren, anteilnehmenden Kontakt mit dem Patienten.

36.2.2 Wie lange noch? Die Wartezeit zwischen Aufnahme auf Transplantationsliste und Transplantation

Die Zeit nach der Aufnahme auf die Warteliste bis zum eigentlichen Transplantationseingriff kann sich viele Monate, manchmal Jahre hinziehen. Nicht selten wird ein Transplantat nicht mehr rechtzeitig gefunden und der Patient stirbt. Während der Wartezeit entwickeln daher viele Patienten Angst, nicht mehr rechtzeitig mit einem Transplantat versorgt zu werden. Sie brauchen häufig besonders viel Versicherung, dass sie nicht in Vergessenheit geraten sind, und Unterstützung in der Wartezeit.

Häufig erleben Patienten in dieser Phase des Transplantationsprozesses ein Wechselbad der Gefühle: Hoffnung auf eine baldige Transplantation kann mit starker Angst vor dem Eingriff oder der Angst, dass ein rettendes Organ nicht mehr rechtzeitig zur Verfügung stehen könnte, abwechseln. Manchmal sind Patienten irritiert über ihre eigenen Stimmungsschwankungen und „erkennen sich selbst nicht wieder“. Der Arzt sollte die emotionalen Belastungen in der Wartezeit und die Bewäl-

tigungsarbeit der Patienten immer ganz besonders würdigen. Dabei sollte er darauf hinweisen, dass Stimmungsschwankungen in der Wartezeit keinesfalls ungewöhnlich und dem emotionalen „Stress“ der Situation völlig angemessen sind. Feinfühliges Werben um Geduld und emotionale Unterstützung bei Verschlechterungen des körperlichen Zustands sind für Patienten und ihre Angehörigen von hoher Bedeutung.

Im folgenden Gesprächsausschnitt (B 36.2) ist wiedergegeben, wie Herr Bernhard, ein 60jähriger Patient mit einer terminalen Herzinsuffizienz, der auf ein Herztransplantat wartet, dem Arzt im Transplantationszentrum seine aktuelle Befindlichkeit schildert:

B 36.2		Patientenbefinden vor einer Transplantation (Gespräch im Transplantationszentrum)
01	P	Im Mo- sag mal Beschwerden so: das Hauptproblem is mein Kopf.
02	A	Wie meinen Sie das?
03	P	Mein Kopf!
04	A	Kopf! Hmm.
05	P	Ja, und zwar in der Form, ich seh' in sehr vielen Dingen, dass ich sterben könnte, jetzt
06	A	hmhm
07	P	Ja.//bin ich hierher gelaufen, das hat mich doch stärker .. äh .. ich sag jetzt mal, beansprucht als wie ich, als ich das gedacht habe. Ich .. äh .. es is so, dass dass wenn ich liege und mir dann was durch den Kopf geht, dass dann immer auf meine Krankheit beziehe.
08	A	Ja=
09	P	Und äh, sobald etwas nicht so is, dass ich mich total wohl fühle
10	A	hmhm
11	P	Dann äh hab ich die Befürchtung äh, dass es wieder schlimmer wird, das heißt, ich hab einen Defi implantiert und der is am *[Datum] is der mehrfach losgegangen, ich war allein zu Hause, dass ich hier in der Klinik war, war insgesamt zwölfmal ...
12	A	hmhm
13	P	Und 24 Stunden später auf der Intensivstation auch noch mal viermal
14	A	hmhm
15	P	Aber sie wollten ja; die haben das gut abgefangen, sag ich mal so, dass ich da nicht viel von mitbekommen habe

36. Kommunikation mit Transplantationspatienten

Herr Bernhard beschreibt anschaulich seine Befürchtungen, wie er seine Körperbefindlichkeit ständig daraufhin untersucht, ob etwas „schlimmer wird“. Diesen Patienten quält die Vorstellung, der wegen seiner schweren Herzinsuffizienz implantierte „Defi“ (Schrittmacher mit eingebauter Elektroschock-Einheit, die beim lebensgefährlichen Kammerflimmern ausgelöst wird), könnte „losgehen“ und dabei sehr unangenehme Körperwahrnehmungen verursachen, wie er es schon erlebt hat. Es ist wichtig, dass der Arzt seinen Befürchtungen zuhört und sie anerkennt und sie gegebenenfalls zerstreut.

Es ist auch nicht selten der Fall, dass einmal gegebene Informationen dem Patienten in dieser Wartezeit verlorengehen und er mehrfach die gleichen Fragen an den Arzt heranträgt; der Arzt sollte sich darüber klar sein, dass die kognitiven Funktionen seines Patienten in der emotionalen Ausnahmesituation des Wartens auf ein Transplantat in Mitleidenschaft gezogen sein können, und geduldig immer wieder Auskunft geben.

36.2.3 Ein Organ ist da – wir können Sie operieren

Die (in der Regel telefonische) Mitteilung, dass ein Transplantat zur Verfügung steht und die Operation, auf die der Patient so lange gewartet hat, somit „losgehen“ kann, löst oft eine Schreckreaktion aus. Herr Heinrich, ein Patient, der vor einigen Monaten eine Lebertransplantation erlebt hat, erzählt im Rückblick von der Situation, in der er benachrichtigt wurde, dass ein Organ zur Verfügung stehe (B 36.3):

B 36.3 Zeit zum Verarbeiten einer überraschenden Information

- | | | |
|----|---|---|
| 01 | A | Wie war das, als das Organ da war? |
| 02 | P | Vom 27. auf den 28. bin ich operiert worden. Da hatten wir unseren 30jährigen Hochzeitstag. Und der Herr Heinrich ging..., ich war mit meiner Frau im Garten..., da ging das Telefon..., da wusste ich gleich, das ist das. Weil kein anderer kannte die Nummer außer dem Transplantationszentrum. ... Ja, und dann waren die Knie Gummi. Da war der mu:tige Kerl..., nicht etwa vor Angst..., so, jetzt wird..., also..., ich war im Moment..., [macht sich klein und beugt sich nach unten blickend nach vorn] so muss ich da gesessen haben... dann habe ich dem am Telefon erst mal gesagt: das geht nicht, ich kann jetzt nicht... |
| 03 | A | Was haben Sie denn da so gespürt? Also was war das? |

- 04 P Ich habe mich von allem verabschiedet. Meine Tannen noch mal..., und meine Bäume noch mal gestreichelt. Und habe gesagt: Tschüss, macht es gut, wenn ich nicht mehr wieder komme, dann... Die riefen dann noch mal an, ... nach 20 Minuten... Ja, und dann nach Hause und dann ging es los.
- 05 A Sie haben mit allem gerechnet sozusagen?
- 06 P Ja. Ja. Sicher. 65 Jahre. Und wie schnell ist was passiert.

Im ersten Moment nach der telefonischen Benachrichtigung, dass ein Organ für ihn zur Verfügung steht, hat Herr Heinrich den Transplantationseingriff abgelehnt; der anrufende Arzt räumt ihm etwas Zeit ein und ruft ihn nach einigen Minuten nochmals an; erst dann sagt der Patient zu. Es ist für den die Nachricht vermittelnden Arzt sehr wichtig, dem Patienten etwas Zeit zum „Verdauen der Nachricht“ zuzugestehen, um sich auf die Situation einzustellen. Das kann sehr schwerfallen, da der Arzt selbst unter großem Druck steht, schnell die OP zu organisieren und einen für die Operation vorbereiteten Patienten vor sich zu haben. So kann er selbst starken Handlungsdruck verspüren und meinen, nur wenig Zeit zu haben, die er dem Patienten zur Verfügung stellen könnte. Es hilft dem Arzt in dieser Situation vielleicht sich zu vergegenwärtigen, dass die Mitteilung, dass ein Organ da sei, den Patienten sehr überraschen und mit seinen Ängsten vor dem weiteren Procedere im ersten Moment überfordern kann, so dass er einen Moment der Sammlung und der Rücksprache mit seinen Angehörigen braucht.

36.2.4 Ist es schon geschehen? Die unmittelbar postoperative Zeit

Herr Jonas blickt einige Monate nach einer Herztransplantation auf die unmittelbare Zeit danach zurück (B 36.4):

- B 36.4 Gespräch über das Erleben eines Durchgangssyndroms
- 01 A hmhm Wie ist es Ihnen dabei in der Zeit [unmittelbar nach der Transplantation] gefühls:mäßig: gegangen? Also können Sie sich daran noch erinnern?
- 02 P Ja. Ja. Das kann ich Ihnen also sehr, sehr genau schildern. Diese erste Zeit nach der Operation nachdem ich = aus dem Koma kam? und praktisch erst mal wieder überhaupt, die Augen auf

36. Kommunikation mit Transplantationspatienten

- hatte =
- 03 A ja
- 04 P Als Sie mich also da: gesehen haben, das war: .. äh? also eine, tota:le Zeit; eine Zeit der tota:len, - äh? .. Verfol:gung. - Das wird Sie vielleicht überraschen. Das ist mir auch damals gar nicht so klar gewesen, weil es sich, ich ja alles für normal: gehalten habe.
- 05 A hmhm
- 06 P Es war also ein richtiger Verfolgungswahn, den ich jetzt heute so sehe. Ich habe damals ja nichts gegessen, - und nichts getrunken, obwohl ich einen wahnsinnigen Durst hatte =
- 07 A hmhm
- 08 P Und hab mich erst langsam, weil ich es gar nicht mehr anders aus:hielt, dann an das Trinken gemacht =
- 09 A ja?
- 10 P Und habe .. ein Detail zum Beispiel, den Tee = nie ganz ausgetrunken =
- 11 A hmhm
- 12 P weil ich was ü:brig lassen wollte - anhand dessen man prüfen konnte, mit was man mich vergiftet hatte =
- 13 A hmhm
- 14 P - So weit: also so: so versponnen ging das.
- 15 A hmhm
- 16 P So weit. Ich habe also immer das Gefühl gehabt und zwar .. aber jetzt erst im Nachhinein, erkannt: das Gefühl gehabt - ich bin noch gar nicht operiert. Das heißt, ich hab noch kein Herz:! Ich bin operiert: = aber die haben gesehen, dass es gar nicht mehr geht = dass es sich gar nicht mehr lohnt. - weil ich eben so schlapp war. und alles. Du bist operiert, das Herz ist aber noch das alte da drin. Und die warten jetzt auf den Moment, dass du stirbst, damit sie die an:deren Organe von dir nehmen können.

In diesem Dialog mit einem Arzt für Psychosomatische Medizin beschreibt Herr Jonas, ein Patient einige Monate nach einer Herztransplantation, anschaulich sein Erleben nach dem Erwachen aus dem Koma auf der Intensivstation. Offenbar hat er ein postoperatives Delir („Durchgangssyndrom“) mit Halluzinationen und Wahnbildungen durchlitten. Während eines postoperativen Delirs benötigt der Kranke eine besonders intensive Begleitung mit ständiger Ansprache und informativen Hinweisen auf seine Situation („Sie sind bereits operiert und im Zustand der Erholung von dem großen Eingriff“; „Sie sind auf dem

Wege der Besserung“; „Sie liegen gerade auf der Intensivstation, es geht aufwärts“).

Da solche deliranten Zustände besonders nach kardiochirurgischen Eingriffen nicht selten auftreten, ist es ratsam, die Patienten schon präoperativ auf die Möglichkeit ihres Auftretens vorzubereiten. Ein Besuchsgang auf die Intensivstation kann dazu dienen, vor der Operation zu entängstigen und nach der Operation ein Wiedererkennen zu ermöglichen, das den Orientierungssinn des Kranken unterstützt.

Auch ohne das Auftreten eines Delirs verlangt die postoperative Zeit vom Kranken viel Anpassungsleistung: Er muss seine körperliche Leistungsfähigkeit kennenlernen, allmählich austesten und trainieren. Er muss sich auf wiedergewonnene neue Möglichkeiten einstellen. Er muss sich auch im familiären System neu orientieren: Ein Patient, der vorher terminal herzinsuffizient war und in erheblichem Ausmaß Unterstützung von seinen Angehörigen brauchte, kann jetzt wieder viele Aufgaben selbst übernehmen und seine Grenzen neu bestimmen. Dies stößt auch bei den Angehörigen nicht selten auf Widerstand, und es können sich vielfältige Konflikte ergeben. Es ist ratsam, dem Patienten anzubieten, bereits im Vorfeld der Transplantation und im weiteren Verlauf über solche Themen zu sprechen; unter Umständen kann ein Familiengespräch sehr hilfreich sein.

36.2.5 Es hat eine Abstoßung gegeben

Auch die Mitteilung einer Abstoßungsreaktion gegen das neue Organ gleicht der Mitteilung einer lebensbedrohlichen Diagnose. Sie löst im Patienten sehr häufig existentielle Angst aus: Wie wird die Abstoßung bewältigt? Wird ein wirksames Gegenmittel gefunden? Muss ich starke Medikamente nehmen, die heftige Nebenwirkungen haben? Wird eine Re-Transplantation erforderlich? In dieser Zeit wird die Hoffnung des Patienten auf wirksame therapeutische Optionen oft auf eine harte Probe gestellt. Die Enttäuschung über den „Fehlschlag“ kann in ständiger Angst, Verbitterung und Abkapselung vom therapeutischen Team resultieren. Gerade dann ist das einfühlsame Halten von Kontakt zum Patienten ganz wesentlich.

Herr Konrad hat vor wenigen Wochen die Abstoßung seines Transplantatherzens erlebt (B 36.5):

36. Kommunikation mit Transplantationspatienten

B 36.5		Befinden eines 57jährigen Mannes 1/2 Jahr nach Herztransplantation und 6 Wochen nach Abstoßungsreaktion
01	P	Den ganzen Medizinern sage ich, „Ihr seid alle gut: - ich bin bei euch Fall Nummer soundso viel: das ist jetzt nicht bö:se gemeint: aber = und wenn da was schief geht, dann heißt es, „ja: und *[Jahreszahl], da hatten wir dann =“ eh = was weiß ich, „Fall Nummer soundso;“ und da denken die, „ja, und das sah zuerst so gut: aus und dann auf ein Mal ist es schief: gegangen.“ und da habe ich überhaupt: keine Lust: zu.“ da bin ich mein = wie heißt das so schön? „Be your own chairman“, ne?
02	A	hmhm. - ja. ---[7]--- Denken Sie denn oft an mögliche Komplikationen = die eintreten könnten? -
03	P	[seufzt] Eh, ich, ich denke nicht dran = bloß die dreier Abstoßung = - hat mich = die hat mich sehr belastet, weil = - ich selber ja nichts davon bemerkt habe. - so. nicht? und eh = weder! beim Messen = noch = beim eh = subjektiven Empfinden. und das ist so eine Sache = dass ich denke, dass da irgendwo so ein Stück = wie sagt man? Ur:vertrauen in den Körper bei flöten geht = ich habe überhaupt: nichts bemerkt davon und hätte = wenn das = also jetzt nicht in dem Moment festgestellt worden wäre! hätte ich mich auf dem besten Wege gefunden = hier zum Dorffriedhof. - - oder zu einer neuen Transplantation = - (holt Luft) Kunstherz = was weiß der Teufel, wann ein anderes Organ gefunden worden wäre = also das heißt = - wenn ich also jetzt das Thermometer = das, das Thermometer wäre irgendwie so = da ist irgendwie: [sehr laut] ein Anhaltspunkt =
06	A	Hm. ja.
07	P	aber gleich eine Dreier! und davon nichts: aber auch gar: nichts gemerkt = das ist hart.
08	A	hmhm.
09	P	denn bei einer Vierer liege ich unten in der Intensivstation.
10	A	hmhm.

Herr Konrad hat das „Urvertrauen in seinen Körper“ verloren, weil er von der Abstoßung subjektiv nichts gemerkt hat und auch die regelmäßige Messung der Körpertemperatur keinen Anhaltspunkt für eine Abstoßungsreaktion geboten hat. Angst prägt sein gegenwärtiges Befinden: Wird ein solches Ereignis noch einmal stattfinden? Wird man es rechtzeitig erkennen? Muss ich mich permanent unter ärztlicher Kontrolle halten? Hier ist es wichtig, auch den Ärger gegen die Ärzte („Ihr seid alle

gut“) wahrzunehmen, ihn als Ausdruck seiner Angst vor einem plötzlichen Tod anzuerkennen und auszuhalten, und zu versuchen, die Angst mit ihm gemeinsam zu relativieren: Was kann passieren? Was ist zu beachten? Wie kann Herr Konrad selbst gut auf sich aufpassen? Auf welche Körperveränderungen muss er achten? Dabei ist es wichtig, seine ängstlichen Befürchtungen nicht „abzuwiegen“, sondern anzuerkennen, dass er in einer grundsätzlichen Bedrohtheit lebt, und dass eine ängstliche Grundbefindlichkeit durchaus nachvollziehbar ist. Mit ihm gemeinsam kann überlegt werden, wie für ihn persönlich eine gute Balance zwischen ängstlicher Starre und sorgloser Lebenszufriedenheit aussehen könnte.

36.2.6 Wie geht es weiter? Gespräche im weiteren Verlauf

In den Monaten und Jahren nach der Transplantation können immer wieder Fragen entstehen oder Probleme auftreten. Hier gilt es für den betreuenden Arzt, geduldig die Fragen des Patienten zu beantworten und medizinische Befunde zu erörtern.

Schwierigkeiten der Patienten, sich nach medizinischen Regeln und Ratschlägen zu richten (Compliance- oder Adhärenzschwierigkeiten) sollten vom betreuenden Arzt nicht als persönliche Zumutung und Zurückweisung seiner ärztlichen Kompetenz empfunden und mit moralischen Vorwürfen an den Patienten beantwortet werden, sondern als Fragen des Patienten nach dem weiteren Vorgehen verstanden werden, die intensive Begleitung erfordern. Wichtig ist es, den Patienten als handelnden Akteur im weiteren Geschehen „mitzunehmen“. Er muss immer wieder transparent über die medizinischen und persönlichen Folgen seines Handelns informiert werden und als Subjekt des Heilungsprozesses angesprochen werden. Dies impliziert die ärztliche Haltung, dem Patienten grundsätzlich zuzugestehen, dass er medizinisch aus Sicht des Arztes sinnvoll erscheinendes Handeln ablehnt.

36.3 Besondere Gesprächssituationen in der Transplantationsmedizin

36.3.1 Die Lebendspende

Beim paarig angelegten Organ der Niere und bei dem großen mehrlap-pigen Organ der Leber, bei der eine Teilorganspende möglich ist, besteht die Möglichkeit der Lebendspende, d.h. Angehörige können dem kranken Patienten ein Organ spenden. In diesem Fall erfolgt eine umfangreiche diagnostische Voruntersuchung von Spendern und Empfängern des Organs, um die Motivation und die Beziehung von Spender und Empfänger zu beurteilen (Conrad 2015). Es erfordert viel Fingerspitzengefühl vom untersuchenden Arzt, im Gespräch mit Spender und Empfänger (das idealerweise sowohl getrennt als auch noch einmal gemeinsam stattfinden sollte) einerseits die Motivation des Spenders zu würdigen und gleichzeitig zu überprüfen, ob den Transplantationsprozess belastende Abhängigkeitsverhältnisse bestehen. Auch nach der Lebendspende sollten Organempfänger und -spender weiter begleitet werden, um sie bei Komplikationen unterstützen zu können.

Im Fallbeispiel (B 36.6) unten berichtet eine Mutter, die ihrer mittlerweile 23jährigen Tochter vor drei Jahren eine Niere gespendet hat, davon, wie sie ihrer Tochter, die sie lebenslang immer als besonders schutzbedürftig und anfällig gesehen hat, mehr Freiraum und Selbständigkeit gewähren kann und allmählich weniger Angst um ihr Wohlbefinden hat, was auch zu einer Abnahme eigener Beschwerden geführt habe:

B 36.6	Befinden einer Mutter 3 Jahre nach Lebendnierenspende für ihre Tochter (Gespräch im Transplantationszentrum)	
01	P	Ja, aber..., ich meine, in dem..., in meinem Alter, da hat man schon mal ab und zu Wehwehchen.
02	A	Was für Wehwehchen meinen Sie denn?
03	P	Ich muss sagen, ein Angenehmes hat das Ganze [die Lebendspende]. Ich hatte vor der Operation mehr Kopfschmerzen gehabt, ich hab aber jetzt, nach der Operation sehr selten. Ja. Ich weiß nicht, woran das liegt. Aber das ist mir aufgefallen, dass ich vorher... Vielleicht war das ja auch die Angst: um die Tochter oder was, dass das irgendwie psychologisch vielleicht war. Weiß ich nicht. Jetzt bekomm ich nur ab und zu mal, wenn ich vor

- meiner Periode..., da hab ich ein bisschen Maleste gekriegt. Aber das ist auch nix Gravierendes. Da krieg ich dann so ein bisschen..., so einen Anflug von Kopfweh. Aber früher hatte ich richtige Attacken gehabt. Migräne so fast schon. Und das hab ich jetzt seit den letzten drei Jahren nicht mehr.
- 04 A Und Sie meinen, das könnte was mit dem Eingriff zu tun haben -
- 05 P Ich weiß es nicht. Vielleicht. Ich weiß es nicht.
- 06 A Dass Sie sich weniger Sorgen machen =Kopferbrechen -
- 07 P Ja, das auf jeden Fall, sicher. Das ist ja eine große Sorge weniger. Sicher, ich hab immer noch Angst vor irgendwelchen Krankheiten oder die Grippewelle und so. Klar, da macht man sich schon Sorgen.
- 08 A Dass die [Name der Tochter] sich da was einfangen könnte.
- 09 P Aber sie passt auf selber. Sie zieht sich warm an. Ich brauch da nix mehr sagen, dass sie sich eine warme Unterhose noch anzieht oder so. Das macht sie alles selber. So vernünftig ist sie.
- 10 A Damit nimmt sie Ihnen auch noch mal wieder eine Sorge weg-
- 11 P Ja, ja. Und sie ist ja ausgezogen jetzt seit Mai. Aber nur ein paar Straßen weiter. Ja. Wenn sie krank ist, dann kommt sie zu mir, dann bleibt sie auch bei mir. Dann kann ich sie pflegen. Und sie ein bisschen bemuttern.

36.3.2 Umgang mit den Angehörigen

Auch Angehörige sind durch die terminale Erkrankung und den Transplantationsprozess sehr belastet und sollten in die Entscheidungen und die begleitenden Gespräche von Anfang an einbezogen werden. Auch die Zeit nach der Transplantation ist für die Angehörigen noch herausfordernd.

Frau Horst berichtet in einem gemeinsamen Gespräch sieben Monate nach einer erfolgreichen Herztransplantation ihres Ehemanns, wie sie ihren Mann häufig „bremsen“ muss, damit er sich nicht überanstrengt (B 36.7):

B 36.7 Gespräch mit einem Patienten und seiner Frau 7 Monate nach einer Herztransplantation

- 01 P Ich merke, dass ich also erheblich mehr tun kann, dass ich also überhaupt nicht in Luftnot komme, wenn ich also zum Beispiel so, solche Spaziergänge dann mache. Das einzige, bei einer an-

36. Kommunikation mit Transplantationspatienten

- strengenden Wanderung in der [Name der Landschaft], da hab ich gepustet. Da hab ich was gepu:stet. Da bin ich dann bewusst in der Mitte stehen geblieben, weil auch der Puls sehr hoch war. Der war also auf 120. Und das war mir dann doch ein biss:chen zu viel.
- 02 EF Mir war das auch ganz lieb, dass er dann stehenblieb. Aber ich musste dich schon bremsen, sonst wärst du doch weitergegangen ... [EF und P lachen]
- 03 A [zur EF gewandt] Also haben Sie schon mal das Gefühl, Ihr Mann tut des Guten zu viel?
- 04 EF Ja. Ja. Da muss ich schon mal ein:greifen [EF lacht]
- 05 A Hm
- 06 P [Ja, nicht aus... Entschuldigung.
- 07 EF [Manchmal sieht man erst hinterher, dass es .. das war wohl zu viel? Aber da so, im Überschwang! oder wie da legt er dann los. Und mittlerweile weiß ich, ich muss mich da schon mal einbringen [EF lacht]
- 08 A Der Überschwang des neuen Herzens. Wo so viel möglich ist...
- 09 EF Ja mein Mann hat so tausend Ideen, die will er gleich umsetzen ...
- 10 A hmhm [zum P gewandt] Und wie ist das für Sie, wenn Ihre Frau Sie bremst?
- 11 P Jo, ich weiß ja, dass sie sehr Anteil an mir nimmt. Ich bin da wirklich manchmal was ungezügelt, und da is es gut, dass du [zur EF gewandt] auf mich aufpasst [lächelt]

Nach einer Transplantation ist immer auch das persönliche Umfeld des Patienten betroffen, die unmittelbaren Angehörigen erleben Angst, Hoffnung und Verzweiflung vor und nach der Transplantation „hautnah“ mit. Sie sollten daher immer informiert werden, welche Schritte anstehen und mit welchen Situationen zu rechnen ist. Der Arzt sollte empathisch auf das Leid und die emotionale Belastung der Angehörigen eingehen.

Frau Horst berichtet im Gesprächsbeispiel anschaulich, wie sie auch nach der erfolgreichen Transplantation immer noch auf ihren Mann „aufpasst“ (was in diesem Fall offenbar nicht zu einem Konflikt mit ihrem Mann führt).

Oft muss nach der Transplantation in der Familie eine neue Balance zwischen Familienmitgliedern (Wer kann was tun? Wer ist belastet? Wer hat welche Privilegien?) gefunden werden.

36.4 Zusammenfassung: Zuhören und Sprechen in der Transplantationsmedizin

Die vorstehenden Anmerkungen sollen einen Hinweis darauf geben, dass es in der Transplantationsmedizin für die Patienten um eine existentielle Situation mit intensiven Gefühlsreaktionen geht, auf die der Arzt in den Gesprächen empathisch eingehen muss. Transplantation ist nicht ein rein technisch-biologischer Prozess, in dessen Verlauf ein Organ ausgetauscht wird, sondern stellt eine ganzheitliche Herausforderung für Patient und Arzt dar, die sie in einem gemeinsamen dialogischen Prozess bewältigen müssen.

37 Kommunikation mit älteren Patienten

Britta Wendelstein, Inga Meyer-Kühling

37.1	Einleitung: Kommunikation im Alter	1732
37.2	Altersassoziierte Kommunikationsbedingungen	1733
37.2.1	Formale Aspekte	
37.2.2	Beziehungsebene	
37.2.3	Altersassoziierte Veränderungen und Erwartungen: Risiken und Chancen der Kommunikationssituation	
37.3	Handlungsempfehlungen	1744
37.4	Schlussfolgerungen	1749
37.5	Weiterführende Hinweise	1750

Wir neigen dazu, gerade Menschen im hohen Lebensalter übermäßig zu behüten und zu beschützen, zu reglementieren, mithin Freiheit zu nehmen. Und dabei lassen wir uns von der – vielfach implizit vorgenommenen – Gleichsetzung von körperlichen Alternsprozessen mit seelisch-geistigen Alternsprozessen [...] leiten.

Kruse 2017: 418

Abstract: Kommunikation kann mit zunehmendem Alter Veränderungen erfahren, die auf gesundheitliche Beeinträchtigungen zurückgehen (z. B. eingeschränktes Hörvermögen). Zudem können kognitive Beeinträchtigungen – wie sie bei den deutlich altersabhängigen demenziellen Erkrankungen auftreten – die Kommunikation massiv beeinflussen. Ein angepasstes Gesprächsverhalten ist in der Kommunikation mit älteren Patienten daher häufig nötig. Jedoch kann eine Überanpassung des Gesprächsstils auch negative Auswirkungen haben. In diesem Kapitel werden daher formale Aspekte sowie Aspekte der Beziehungsebene in der Kommunikation mit älteren Patienten und Patienten mit demenziellen

len Erkrankungen dargestellt und auf der Basis eines selbstreflektierenden Gesprächsstils Handlungsempfehlungen gegeben.

37.1 Einleitung Kommunikation im Alter

Das Sprechen mit älteren Patienten oder gerade auch mit Demenzpatienten ist geprägt von stereotypen Vorstellungen eines defizitären, eingeschränkten Gesprächspartners. Altersassoziierte Veränderungen z. B. der Wahrnehmung (Sehen, Hören) können das Kommunikationsverhalten tatsächlich beeinflussen. Ebenso führen kognitive Einschränkungen, wie sie bei einer demenziellen Erkrankung auftreten, u. U. zu recht starken Einschränkungen des Kommunikationsvermögens. Auch komorbid auftretende Symptome wie Apathie oder depressive Symptome beeinträchtigen das Gesprächsverhalten. In allen Arzt-Patienten-Situationen ist eine gesicherte Verständigung unumgänglich, besonders, wenn es um Aufklärung oder einwilligungspflichtige Therapien geht. Daher kann es nötig sein, in der Kommunikation mit älteren Patienten das eigene Gesprächsverhalten anzupassen, um Verständnis zu gewährleisten.

Ein übermäßiges Anpassen an einen mutmaßlich eingeschränkten Gesprächspartner führt jedoch häufig zu einem patronisierenden Gesprächsstil, der z. T. erhebliche negative Einflüsse auf die Arzt-Patienten-Kommunikation und damit auch auf eine vertrauensvolle Beziehung haben kann. In diesem Kapitel soll die Relevanz der Reflexion des eigenen Gesprächsverhaltens deutlich gemacht werden. Es soll zum einen auf formale Aspekte altersassoziiierter Veränderungen des Kommunikationsverhaltens und auch auf Sprachabbauerscheinungen bei Alzheimer-Demenz (AD) eingegangen werden. Zum anderen soll deutlich gemacht werden, welche starke Rolle Beziehungsaspekte in der Arzt-Patienten-Kommunikation spielen. Welche Folgen eine übermäßige Anpassung des Gesprächsstils im Arzt-Patienten-Gespräch haben kann, wird anhand eines Modells dargestellt. Abschließend werden Handlungsempfehlungen formuliert, die die Gratwanderung zwischen unterstützender Anpassung und kontraproduktiver Überanpassung erleichtern sollen.

37.2 Altersassoziierte Kommunikationsbedingungen

Altersphysiologische Veränderungen lassen sich als rein formale Schwierigkeiten der Kommunikation mit älteren Patienten bezeichnen. Sie betreffen die Sensorik, kognitive Beeinträchtigungen sowie die Symptomatik altersassoziiierter Krankheitsbilder, etwa Schlaganfälle oder Morbus Parkinson. Als Erkrankung, die im besonderen Maße Einfluss auf die Kommunikation mit älteren Patienten nimmt, ist die Symptomatik der Demenz vom Typ Alzheimer zu nennen. Neben altersphysiologischen Veränderungen, die die verbale Kommunikation beeinflussen können, findet Kommunikation zudem auf der Beziehungsebene statt. Hierbei sind Sprecher oft stark von Vorannahmen über ihren Gesprächspartnern beeinflusst.

Zu unterscheiden sind also zum einen formale Störungen der Kommunikation und zum anderen Verständigungsschwierigkeiten auf der Beziehungsebene der Gesprächspartner, welche in den folgenden Abschnitten dargestellt werden.

37.2.1 Formale Aspekte

Zunächst soll die Kommunikation im Alter aus einem rein formalen Blickwinkel heraus betrachtet werden. Hierbei werden im ersten Schritt altersphysiologische Veränderungen der kommunikativen Möglichkeiten des Patienten dargestellt. Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit sich im Alter auftretende Defizite im Bereich der Sensorik und Kognition auf das Sprachverständnis und die Sprachproduktion, kurz: auf das Verstehen und Verstanden-Werden, des älteren Menschen auswirken. Anschließend wird auf die kognitiven Veränderungen im Rahmen von leichter kognitiver Beeinträchtigung (LKB) und AD eingegangen und es werden Sprachabbauphänomene im Rahmen der Alzheimer-Demenz beschrieben.

Sensorische und kognitive Veränderungen im Alter

Verschiedene sensorische und kognitive Veränderungen im Rahmen des natürlichen Alterungsprozesses stellen Herausforderungen für die Kommunikation mit älteren Patienten dar.

So bilden etwa auf sensorischer Ebene Verständigungsschwierigkeiten aufgrund von Einschränkungen im Hörvermögen eine wesentliche Barriere für die Kommunikation mit älteren Menschen. Weiterhin lassen sich ein nachlassendes Konzentrationsvermögen, eine schnellere Ermüdbarkeit sowie eine herabgesetzte Anpassungsfähigkeit an das Sprechtempo des Gegenübers als Hürden im Gespräch bezeichnen. Diese Faktoren wirken sich auf das kognitive und physiologische „Durchhaltevermögen“ (Knäuper et al. 2002: 76) des Patienten aus und können dadurch seine Aufmerksamkeit beeinträchtigen und das Nachvollziehen komplexer medizinischer Gesprächsinhalte erschweren.

Auch Schwierigkeiten in der Sprachproduktion, Wortfindungs- und Benennungsstörungen, sowie im Sprachverstehen können sich negativ auf den Kommunikationsfluss und generell auf die soziale Interaktion auswirken (Thornton, Light 2011). Die kann zur Folge haben, dass der ältere Patient im Gespräch mit dem Arzt in der Lage ist, seine körperlichen Beschwerden lediglich oberflächlich und verknappt zu beschreiben.

Eine weitere altersphysiologische Veränderung betrifft die Kapazität des Arbeitsgedächtnisses. Diese äußert sich in einer herabgesetzten Verarbeitung und Speicherung neuer Informationen (Knäuper et al. 2002). Mögliche Folge kann sein, dass der Patient Schwierigkeiten hat, die (aufeinander aufbauenden) Fragen des Arztes zu behalten und diese deshalb letztendlich nicht adäquat beantworten kann.

Der Eindruck, den Gesprächspartner nicht verstehen und eigene Anliegen nicht artikulieren zu können, kann sich auf die Motivation des älteren Menschen auswirken und somit einen deutlichen Einfluss auf den weiteren Gesprächsverlauf haben. Kommunikationsinhalte werden nicht verstanden, Nachfragen nicht gestellt und womöglich werden wichtige Informationen sowohl auf Seiten des Patienten als auch des Arztes nicht aufgenommen.

Die Symptomatik altersassoziierter Erkrankungen wie etwa Morbus Parkinson oder Aphasie infolge eines Apoplex erschweren zusätzlich die kommunikativen Möglichkeiten der Person, indem sie sich beispielsweise auf Artikulation, Lautstärke des Sprechens, Sprachverständnis und Wortflüssigkeit auswirken (Sachweh 2002). Eine besondere Herausforderung für die Kommunikation mit älteren Patienten stellen demenzielle Erkrankungen dar. Im Folgenden wird die Symptomatik des Krankheitsbilds der AD als die häufigste der demenziellen Erkrankungen im Hinblick auf Möglichkeiten und Hindernisse der Kommunikation beleuchtet.

Kognitive Veränderungen bei LKB und Alzheimer-Demenz

Zusätzlich zu sensorischen und kognitiven Veränderungen im Alter kann es im Rahmen der Entwicklung demenzieller Erkrankungen zu weiteren Veränderungen kommunikativer Fähigkeiten kommen, die in nachlassenden geistigen Fähigkeiten ihren Ursprung haben. Mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung (LKB)¹, die als eine Vorstufe einer AD gesehen werden kann, in der noch keine Alltagsbeeinträchtigung besteht, geht eine nachlassende kognitive Leistungsfähigkeit einher (Schröder, Pantel 2011). Diese kann sich mitunter stark auf die alltägliche Kommunikation auswirken. Mit Konversion zu einer manifesten demenziellen Erkrankung und damit auch einer weiteren Abnahme kognitiver Leistungsfähigkeit ist auch eine zunehmende Beeinträchtigung von Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten verbunden.

Das wohl prominenteste Symptom demenzieller Erkrankungen ist ein Nachlassen von Gedächtnisleistungen. Dabei sind in frühen Stadien vor allem episodische Gedächtnisinhalte betroffen wie z. B. das autobiografische Gedächtnis. Zudem kommen Defizite hinsichtlich Verarbeitungsgeschwindigkeit – was gerade bei zeitlich sensibler mündlicher Kommunikation von Bedeutung ist – und Umstellungsfähigkeit hinzu. Patienten benötigen zunehmend mehr Zeit, Informationen zu verarbeiten und es fällt immer schwerer, sich auf unterschiedliche Anforderungen einzustellen, wie z. B. das Zuhören beim Gespräch, das durch ein Telefonklingeln unterbrochen wird.

Weitere Defizite treten auf der Ebene von Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnisleistungen auf, welche bei gesprochener Kommunikation erhebliche Schwierigkeiten hinsichtlich der Aufrechterhaltung von Gesprächsthemen bzw. des Abschätzens von Hörerinformationen verursachen kann.

Diese Veränderungen kognitiver Leistungsfähigkeiten führen häufig zu Störungen der Sprache und Kommunikation. Selbst in frühen Stadien einer AD oder einer LKB treten Einschränkungen der Sprachfähigkeiten auf (z. B. Wendelstein 2015, 2016). Auch in der Diagnostik werden Sprachdefizite eingesetzt. Zum einen sind sie in gängige Testbatterien wie die CERAD-NP-Testbatterie (Morris et al. 1989) integriert, zum

¹ Die leichte kognitive Beeinträchtigung geht mit kognitiven Leistungseinbußen einher, die jedoch nicht den Schweregrad einer dementiellen Erkrankung erreichen und die Alltagsfähigkeiten nicht beeinträchtigen. Mit einer LKB besteht ein erhöhtes Alzheimer-Risiko. Jedoch gibt es auch Formen, bei denen es nicht zu einer progressiven Verschlechterung mit Konversion zur Demenz kommt (vgl. Schröder, Pantel 2011).

anderen gelten sie als ein Kriterium in der Diagnostik nach DSM-IV (American Psychiatric Association 2000, Saß et al. 2003).

Sprachabbauphänomene können im Alltag häufig noch sehr gut kompensiert werden. Das wohl auffälligste Symptom sind dabei Wortfindungsstörungen wie sie ein Patient in Box 37.1 beschreibt.

Box 37.1 Wortfindungsstörungen²

P: [...] Manchmal äh, wenn wenn man so wenn man so einen Ausdruck sucht und dann ist er nicht da und da hatte ich mal ein Gespräch mit meiner Frau und äh [räuspert sich] dann äh dann da habe ich schon ganz (unverständlich) die Sprache dann zack bumm dann. Das ist wie eine Sperre ganz unangenehm. Manchmal, wenn ich dann wegdenke, dann dann kommt kommt er wieder [...].

Die Bandbreite von Sprachabbauphänomenen reicht allerdings weit über bloße Wortfindungsschwierigkeiten hinaus. Auf der Wortebene kommt es zudem zu einer Reduktion des aktiven Wortschatzes. AD-Patienten neigen dazu, eher Überbegriffe als konkrete Begriffe zu verwenden oder auch auf inhaltsarme Formulierungen wie „Dings“ oder Pronomen (z. B. er, sie, es) auszuweichen und haben auch Schwierigkeiten beim Verständnis von Pronomen (vgl. Schecker 2010: 65). Auch auf der Satzebene treten im Verlauf einer AD Veränderungen auf. AD-Patienten formulieren zunehmend kürzere Sätze und haben – resultierend aus der krankheitsbedingten Arbeitsgedächtnisstörung – zunehmend Schwierigkeiten mit langen Sätzen. Spätestens ab moderaten Stadien haben AD-Patienten Schwierigkeiten beim Verstehen und der Produktion komplexer Sätze (Bickel et al. 2000, Kemper et al. 2001). Gehäufte Satzabbrüche führen zusätzlich dazu, dass die Sprache von AD-Patienten stockend und unzusammenhängend erscheint. Im Verlauf der Erkrankung kommt es zunehmend zu Schwierigkeiten beim Verstehen bildhafter Sprache wie Metaphern oder Idiomen (Papagno 2001), wobei die Patienten selbst zur gehäuften Verwendung floskelhafter

2 Dieser Transkriptausschnitt entstammt den biografischen Interviews der „Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters“ (ILSE), die derzeit von der Dietmar Hopp Stiftung gefördert und vormals aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wurde (AZ: 301-1720-295/2 und 301-6084/035). Wir danken allen Projektbeteiligten für ihren Beitrag.

Formulierungen neigen (Bridges, Van Lancker Sidtis 2013). In der Verwendung von Floskeln und hoch überlernten Mehrwortverbindungen zeigt sich die in frühen Stadien noch erhaltene Kompensationsfähigkeit. So kann das flüssige Sprechen auf den ersten Blick als relativ ungestört wahrgenommen werden, entbehrt jedoch häufig eines „roten Fadens“ und ist zunehmend von einer Inhalts- und Detailarmut gekennzeichnet (vgl. Wendelstein 2016). In Box 37.2 sind die Sprachabbauphänomene bei früher bis moderater AD überblicksartig dargestellt.

Box 37.2 Sprachabbauphänomene bei früher bis moderater Alzheimer-Demenz

- Wortfindungsstörungen
- Abnahme des aktiven Wortschatzes
- Häufung inhaltsarmer Wörter
- Schwierigkeiten beim Verstehen komplexer und langer Sätze
- Produktion kürzerer und mehr abgebrochene Sätze
- Schwierigkeiten beim Verständnis bildhafter Sprache
- Häufige Wiederholungen
- Inhaltsarme Sprache, oft fehlt „roter Faden“

In den späteren Stadien der AD verstärken sich die Sprachabbauphänomene zur Verwendung weniger, sich wiederholender Ausdrücke bis hin zum Mutismus. In diesen Stadien sind AD-Patienten zunehmend auf eine Kommunikation beschränkt, die nicht auf einer Sach- sondern auf einer Beziehungsebene verläuft und zeigen sich vorwiegend auf dieser empfänglich (Sachweh 2008).

Zu den kognitiven und sprachlichen Symptomen einer demenziellen Erkrankung kommen in vielen Fällen psychopathologische Symptome hinzu, die das Kommunikationsvermögen zusätzlich erschweren können. Es treten häufig Apathie oder depressive Symptome auf (Schröder, Pantel 2011: 79ff), die zu einem reduzierten Antrieb zu Kommunikation führen können und zudem durch einen reduzierten Ausdruck in Mimik und Gestik zu Fehlinterpretationen führen können (Sachweh 2008: 86ff).

37.2.2 Beziehungsebene

Neben einer formalen Ebene des Sprechens ist immer auch der Beziehungsaspekt der Kommunikation zu berücksichtigen (vgl. z. B. Meyer-Kühling 2016). Gemäß des vielzitierten Axioms nach Paul Watzlawick ist es nicht möglich, *nicht* zu kommunizieren (Watzlawick et al. 1967/2011) (vgl. § 7.4). Kommunikation erklärt sich damit nicht nur dadurch, *was* die Person sagt, sondern auch *wie* sie es sagt. Viele Aspekte spielen hier mit hinein – seien es nonverbale Verhaltensweisen, etwa der überschwängliche Einsatz von Gestik und Mimik, oder seien es paraverbale Merkmale, die die Stimme des Sprechers beispielsweise verärgert klingen lassen, auch wenn er einen scheinbar inhaltlich-neutralen Satz formuliert.

Wesentlich für das Arzt-Patienten-Gespräch ist also, dass nicht nur formale Aspekte der Kommunikation eine Rolle spielen, etwa wie laut mit dem älteren Patienten gesprochen wird, ob der Arzt in der Lage ist, komplexe Sachverhalte verständlich zu erörtern oder ob Punkte wie die Sprechgeschwindigkeit berücksichtigt werden. Vielmehr bedeutet Kommunikation automatisch, mit dem Gegenüber in eine Beziehung zu treten – und diese Betrachtungsweise ist besonders dann wichtig, wenn sich Ärzte speziell mit älteren Patienten in eine Gesprächssituation begeben. Zum einen spielt dabei die Wichtigkeit der zu übermittelnden medizinischen Informationen eine Rolle, die bei häufig multimorbiden älteren Patienten komplexe Formen annehmen kann. Zum anderen ist die Kommunikation an sich in der Arzt-Patienten-Beziehung wesentlich, wie die Erzählung eines Patienten in B 37.1 illustriert.

B 37.1 Wichtigkeit von Gesprächen auf Augenhöhe für die Arzt-Patienten-Kommunikation³

01	I	wie äh zufrieden sind sie so mit ihrer ärztlichen Behandlung zur Zeit also
02	P	Gut
03	I	Ja das also

³ Dieser Transkriptausschnitt entstammt den biografischen Interviews der „Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters“ (ILSE), die derzeit von der Dietmar Hopp Stiftung gefördert und vormals aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wurde (AZ: 301-1720-295/2 und 301-6084/035). Wir danken allen Projektbeteiligten für ihren Beitrag.

37. Kommunikation mit älteren Patienten

- 04 P doch
- 05 I können sie sich drauf verlassen meinen sie
- 06 P kann ich mich drauf verlassen. Vor allen Dingen äh wann man
äh Ich fand äh die ganzen Jahre beim Doktor Müller [anonymi-
siert] Internist ne aber äh [2.5] äh dort habe ich auch äh die die
äh Vorsorgeuntersuchung machen lassen nicht und der war so
knapp immer gewesen in seiner in seiner äh
- 07 I Zeit ja
- 08 P Zeit und dann auch äh [räuspert sich] von sich aus hat er hat er
nie gefragt haben sie Schmerzen oder wo haben sie Schmerzen
- 09 I [lacht] (unverständlich) sonst erzählt er sagt er noch er hat was
ja ja
- 10 P und äh irgendwo hat mich es dann gestört nicht. Mein mein On-
kel der Bruder von meinem Vater nicht der der der ist dann einf/
einfach nicht mehr hingegangen und hat er gesagt nein wenn
man mit dem Arzt sich nicht mal unterhalten kann nicht nicht
und der ist mir viel zu viel zu zu eingleisig nicht da gehe ich
nicht mehr hin
- 11 I ja und dann haben sie [1] gewechselt
- 12 P ja und dann habe ich habe ich gewechselt ne äh zu Doktor Meier
[anonymisiert] nicht und äh

Die Berücksichtigung des Beziehungsaspekts im Arzt-Patienten-Gespräch beginnt bereits damit, dass sich der Arzt die von vornherein asymmetrisch angelegte Kommunikationssituation vergegenwärtigen muss. Verschiedene Merkmale weisen auf die Asymmetrie der Kommunikationspartner hin (vgl. Matolycz 2009): Dazu zählen beispielsweise die berufliche Funktion des Arztes, die optische Abgrenzung zum Patienten durch seine Berufskleidung sowie sein Überblick und damit gleichzeitig auch Informationsvorsprung über den Verlauf des Gesprächs, die Untersuchung sowie über sein Zeitfenster, das ihm für den Patientenkontakt zur Verfügung steht. Diese Bedingungen werden dadurch verschärft, wenn bei dem älteren Patienten sensorische und/oder kognitive Beeinträchtigungen gegeben sind und der Arzt seinen Kommunikationsstil nicht angemessen an diese anpasst.

Eine adäquate Einstellung auf die sensorischen und kognitiven Bedingungen des älteren Menschen erfordert eine hohe Sensibilität des Arztes. So kann eine Anpassung an altersassoziierte Veränderungen und Beeinträchtigungen des Patienten durchaus gelingen, wenn sie individuell erfolgt, ein gegenseitiges Verstehen ermöglicht und gleichzeitig auf einer wertschätzenden Ebene basiert. Erfolgt eine Anpassung an

mögliche Beeinträchtigungen der älteren Person jedoch unreflektiert und entlang von Stereotypen, kann dies im schlimmsten Falle nicht nur zu einer misslungenen Verständigung führen, sondern von dem älteren Patienten womöglich sogar mit einem Rückzug beantwortet werden. Dies geschieht dann, wenn sich der Patient nicht ernst genommen und herabgewürdigt fühlt. Infolgedessen ist eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung, in der medizinische Belange auf beiden Seiten vertrauensvoll, angemessen und ausreichend artikuliert werden, gefährdet. Im Sinne einer „selbsterfüllenden Prophezeiung“ (Lehr 1987, Eklund 1969) können die vom Arzt angenommenen Altersmerkmale sich beim Patienten verstärken, so dass sich gleich einem Teufelskreis die kommunikative Beziehung immer weiter verschärft.

Um der Beziehungsebene der Kommunikation gerecht zu werden, kommt der genauen Beobachtung und Einschätzung der Fähigkeiten des älteren Patienten durch den Arzt somit eine hohe Bedeutung zu.

Besonders bei Patienten, die an einer Demenz erkrankt sind, spielt die Beziehungsebene der Kommunikation eine wichtige Rolle. Dies erklärt sich zum ersten dadurch, dass ein Gesprächspartner durch die vermutete und auch real vorhandene kognitive Einschränkung häufig dazu tendiert, sein Sprachverhalten übermäßig anzupassen. Hierbei steht auch die landläufig oft zitierte Vorstellung, der Demenzpatient falle in kindliche Verhaltensweisen zurück, einem adäquaten Umgang mit einem erwachsenen Menschen entgegen. Die Wahrnehmung nonverbaler Signale (z. B. Gestik, Mimik, Intonation, Lautstärke), welche emotionale Inhalte transportieren (z. B. Ungeduld, Patronisierung) ist bei an Demenz erkrankten Patienten meist noch länger und besser erhalten als die rein inhaltlich-verbale Ebene. Auch stark eingeschränkte Patienten, die den verbalen Inhalt eines Gesprächs kaum mehr verstehen können, sind häufig in der Lage Stimmungen und Gefühle, die ein Gespräch bestimmen, wahrzunehmen (Sachweh 2008). Der Beziehungsaspekt kann zweitens als Ressource der Kommunikation gesehen werden. So können Demenzerkrankte durch eine zugewandte ruhige Haltung profitieren.

Eine Besonderheit bei Gesprächen mit Demenzpatienten ist, dass der Arzt häufig nicht auf den Patienten als alleinigen Gesprächspartner trifft, sondern sich gleichzeitig mit Angehörigen konfrontiert sieht, die den Patienten begleiten. Diese Patient-Angehörigen-Dyade (Lämmle et al. 2007) wirkt einerseits unterstützend für die Kommunikation mit dem Demenzpatienten. So wird die Untersuchungs- und Gesprächssituation für den Patienten angenehmer, da eine vertraute Person anwe-

send ist und zusätzlich unterstützt ein Angehöriger mit Informationen die Diagnoseerstellung und kann dazu beitragen, dass die vom Arzt vermittelten Informationen verstanden und behalten werden, beispielsweise, dass Termine eingehalten werden. Andererseits birgt die Anwesenheit des Angehörigen auch Gefahren für eine gelungene Kommunikation mit dem Patienten: Um die Informationsvermittlung aufgrund von Zeitdruck und auch aufgrund der wichtigen Inhalte effektiv zu gestalten, kommt es im schlechtesten Fall dazu, dass begleitende Angehörige häufig angesprochen werden anstatt das Gespräch an die Patienten selbst zu richten. Ein Sprechen *über* anstatt *mit* dem Patienten wird selbst von stärker beeinträchtigten Demenzpatienten wahrgenommen und als Herabwürdigung empfunden (vgl. Sachweh 2008: 146).

37.2.3 Altersassoziierte Veränderungen und Erwartungen: Risiken und Chancen der Kommunikationssituation

Nach Kojer (2011) wird gerade hochaltrigen Personen nicht selten eine erschwerte Kontaktierbarkeit und mangelnde Kooperationsbereitschaft attestiert. Gerade weil der Heterogenität kognitiver und sensorischer Veränderungen im Alter Rechnung getragen werden muss (Lamnek 1995/2010), sind Anpassungen an die altersphysiologischen Bedingungen des Patienten (Elder-Speech) reflektiert einzusetzen.

Das in Abb. 37.1 dargestellte Modell zeigt, wie die Kommunikation mit einem älteren Patienten verlaufen kann, wenn sie durch unreflektierte, stereotype Erwartungen und Verhaltensweisen seitens des Arztes beeinflusst ist. Das Modell nimmt Bezug auf die Darstellung von Ryan und Kwong See (2003: 61, vgl. auch Ryan et al. 1995: 147, Sachweh 2002: 118) und stellt zunächst die Wahrnehmung von Altersmerkmalen (etwa Falten, graue Haare o. ä.) durch den Gesprächspartner – im Falle der Arzt-Patienten-Kommunikation den Arzt – dar. Die wahrgenommenen Altersmerkmale können beim Gesprächspartner kulturell geprägte klischeehafte Erwartungen an die Kompetenzen des älteren Patienten – und somit auch an dessen Kommunikationsstil – hervorrufen.

Solcherlei „Altersstereotype“ beziehen sich beispielsweise auf die Annahme, der ältere Mensch habe ein vermindertes Hörvermögen (Erwartung sensorischer Einschränkungen) oder sei geistig nicht in der Lage, dem Arzt-Patienten-Gespräch zu folgen (Erwartung kognitiver Beeinträchtigungen). Eine negative Folge dieser Annahmen kann sein, dass der Arzt als Gesprächspartner sein kommunikatives Verhalten

überschießend anpasst. Solche Überanpassungen führen häufig einerseits zur Verstärkung altersassoziierter Kommunikationsweisen auch seitens des älteren Gesprächspartners und andererseits kann eine solche Überanpassung als Herabsetzung wahrgenommen werden. Dies führt zu einer Verschärfung der vorhandenen Asymmetrie in der Kommunikationssituation und kann mitunter erhebliche Folgen für die weitere Kommunikation haben. Im Sinne einer „selbsterfüllenden Prophezeiung“ (Lehr 1987, Eklund 1969) können sich die vom Gesprächspartner angenommenen Altersmerkmale verstärken, so dass sich gleich einem Teufelskreis die kommunikative Beziehung immer weiter verschärft. Eine solche Entwicklung wird im untenstehenden Modell in Abb. 37.1 als Kreislauf dargestellt, da sich die Verhaltensweisen replizieren oder gar weiter zuspitzen können (vgl. auch „fataler Kreislauf“ in: Hoefert 2008).

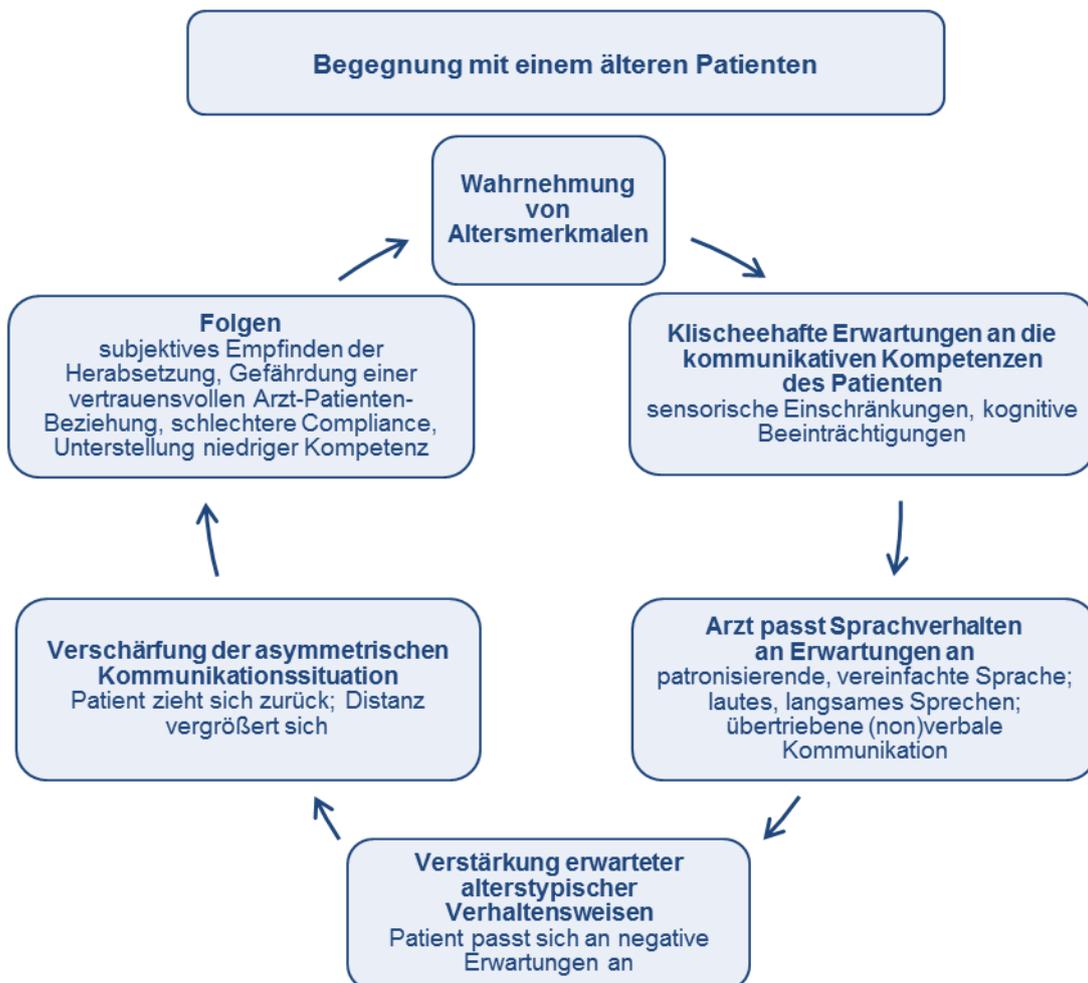


Abb. 37.1: Kommunikationsmodell, modifiziert nach Ryan et al. 1995: 147, Kwong See, Ryan 2003: 61, und Sachweh 2002: 118.

Eine solche übertriebene Anpassung geschieht auf formaler Ebene beispielsweise durch ein extrem lautes, langsames und/oder vereinfachtes Sprechen (Anpassung an erwartete sensorische und kognitive Alterserscheinungen).

Eine kommunikative Anpassung an Altersstereotype kann jedoch auch großen Einfluss auf die Beziehungsebene zwischen Arzt und Patient nehmen. Dies geschieht beispielsweise dann, wenn der Arzt einen patronisierenden Sprachstil verwendet – d. h. seine vermeintliche Überlegenheit verbal und nonverbal zum Ausdruck bringt – oder eine übertriebene Gestik und Mimik an den Tag legt (vgl. § 12). Als Folge dessen kann es zum Gefühl der Herabsetzung seitens des Patienten kommen, was im weiteren Verlauf zu einer ablehnenden Haltung führen kann, oder dazu, dass sich der Patient in seine altersstereotype Rolle fügt und sich dementsprechend verhält.

Die von vornherein asymmetrisch angelegte Beziehung zwischen Patient und Arzt wird durch stereotype Erwartungen und Anpassungen verschärft. Es kann dazu führen, dass der Patient sich zurückzieht, da er sich nicht ernst genommen fühlt. Medizinische Belange werden nicht artikuliert und das Vertrauen für eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung ist so gefährdet.

Folgen eines wie in Abb. 37.1 dargestellten Ablaufmusters sind zum einen die Gefährdung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung, welche negativen Konsequenzen für die weitere Behandlung und auch die Compliance von vorgeschlagenen Therapien haben kann. Zum anderen können eine Überanpassung des Arztes an Altersstereotype und die darauf folgende Anpassung des Patienten an die negative Erwartung zu einer fehlerhaften Einschätzung der tatsächlichen kognitiven Leistungsfähigkeiten führen.

Gelungene Kommunikationssituationen sind im Arzt-Patienten-Gespräch besonders wichtig, um eine realistische Einschätzung der Symptome und bei älteren Patienten gerade auch ihrer Fähigkeiten und Kompetenzen zu ermöglichen. Eine gute Kommunikationsbasis erhöht die Kooperationsbereitschaft des Patienten sowie die Compliance von Therapieangeboten. Gerade bei kognitiv oder sensorisch eingeschränkten Patienten ist es erforderlich, das eigene Sprachverhalten anzupassen, jedoch unter genauer Beobachtung des Patienten und unter Selbstreflexion Überanpassungen zu vermeiden. Eine vertrauensvolle Kommunikationssituation kann dabei – gerade auch bei demenziell Erkrankten – zur Reduktion von Ängsten und Unsicherheiten führen.

37.3 Handlungsempfehlungen

Im Folgenden sollen verschiedene Handlungsempfehlungen gegeben werden, die die verbale und nonverbale Kommunikation mit älteren Menschen erleichtern sollen. Mithilfe dieser Handlungsempfehlungen soll ein Arzt-Patienten-Gespräch auf einer wertschätzenden Beziehungsebene möglich sein.

An dieser Stelle ist es sehr wichtig zu erwähnen, dass die interindividuellen Unterschiede der älteren Patienten – speziell was Charakterzüge und Kommunikationsstile anbelangt – berücksichtigt werden müssen. Im Umgang mit älteren Menschen gibt es kein Patentrezept. Die hier gegebenen Handlungsempfehlungen dienen als orientierende Hilfestellung. Eine intensive Beobachtung der Person sowie eine selbstreflexive Auseinandersetzung mit dem in Abb. 37.1 dargestellten Kommunikationsmodell bilden eine unabdingbare Voraussetzung.

Die kommunikative Herangehensweise im Zuge einer demenziellen Erkrankung des Patienten stellt eine besondere Bedingung dar, die an dieser Stelle gesondert berücksichtigt wird. Die Handlungsempfehlungen im Umgang mit Demenzpatienten sind im Hinblick auf die verschiedenen Stadien beziehungsweise Schweregrade der Demenz zu verstehen.

Um einen angemessenen Zugang zu älteren Patienten zu finden, gilt es sowohl auf der formalen als auch auf der Beziehungsebene verschiedene Bedingungen der Kommunikation zu berücksichtigen. Einen guten Orientierungspunkt bietet hierfür das kombinierte Kommunikationsmodell nach Haberstroh und Pantel (2011: 40): Auch wenn es sich auf die Kommunikation mit demenzkranken Menschen bezieht, ist es generell für die Gesprächsführung mit älteren Patienten von großem Nutzen. Es verweist darauf, wie wichtig es ist, dem Gegenüber die Aufmerksamkeit, das Verstehen und Behalten von Gesprächsinhalten zu erleichtern und hierbei nicht nur Sachaspekte der Kommunikation, sondern auch die Beziehung zwischen den Gesprächspartnern zu berücksichtigen.

Was die Kommunikation auf formaler Ebene anbelangt, ist das Bewusstsein darüber wichtig, inwieweit sensorische und kognitive Veränderungen die kommunikativen Möglichkeiten älterer Menschen beeinträchtigen. Wesentlich im Kontakt mit älteren Patienten sind Geduld, der Abbau eines zu raschen Sprechtempos sowie ein bewusster, unterstreichender Einsatz von Gestik und Mimik (Kojer 2011). Ziel im Arzt-Patienten-Gespräch ist es, medizinische Inhalte formal so aufzubereiten, dass der ältere Patient diese leicht nachvollziehen kann. Rahmen-

bedingungen, die die Aufmerksamkeit des Patienten stören könnten (etwa Lärmpegel, Unruhe, zahlreiche Unterbrechungen), sollten von vornherein vermieden werden, um die Verständigung nicht unnötig zu erschweren. Die Verwendung von kurzen, nicht verschachtelten Sätzen und das Vermeiden einer Häufung von medizinischen Fachtermini beziehungsweise eine ausführliche Erläuterung dieser ist empfehlenswert. Um das Verstehen und Behalten der Gesprächsinhalte zu erleichtern, sollten wichtige Punkte wiederholt und können gegebenenfalls zusätzlich visualisiert werden (Hoefert 2008: 97).

Box 37.4 Handlungsempfehlungen zur Kommunikation mit älteren Patienten

Äußere Rahmenbedingungen

- Ruhiger Raum
- Störfaktoren vermeiden (Unterbrechungen, Nebengeräusche, parallele Tätigkeiten...)

Nonverbales Verhalten

- Blickkontakt
- Offene zugewandte Körperhaltung
- Übereinstimmen von Mimik, Gestik und übermitteltem Sachinhalt
- Angepasste Lautstärke (nicht zu laut beginnen)

Gestaltung der verbalen Äußerungen

- Zeitrahmen und Inhalte des Gesprächs zuvor verbalisieren
- Lange, verschachtelte Sätze vermeiden
- Vermeiden von unnötigen Fachbegriffen
- Wichtige Inhalte ggf. wiederholen

Dem voraus gehen die genaue Beobachtung der kommunikativen Kompetenzen des Gegenübers und die Orientierung an seinen verbalen und nonverbalen Ressourcen, um eine Überanpassung und ein sprachliches Handeln entlang von Stereotypen zu vermeiden. Das in Abb. 37.1 dargestellte Kommunikationsmodell macht deutlich, wie wichtig die Einschätzung der kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten des Patienten ist, um einen einem Erwachsenen angemessenen Gesprächsstil zu finden. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die Situation, in der die Kommunikation mit dem älteren Patienten stattfindet, von vornherein asymmetrisch angelegt ist (Matolycz 2009). Der Patient be-

findet sich zusätzlich zu seinen möglichen Beeinträchtigungen im Zuge des Alterungsprozesses in einer deutlich schwächeren Position. Beispielsweise ist er auf die Fachinformationen und Empfehlungen des Arztes angewiesen, hat jedoch keinen Überblick über den Zeitrahmen, der ihm für das Gespräch zur Verfügung steht. Eine wertschätzende Beziehungsgestaltung im Arzt-Patienten-Gespräch geht somit wesentlich vom Arzt aus.

Eine gelingende Kommunikation mit älteren Patienten setzt deshalb nicht nur auf einer formalen, sondern auch auf der Beziehungsebene an. Der Arzt muss Sorge dafür tragen, einen vertrauensvollen Rahmen für das Gespräch mit dem Patienten zu schaffen, indem er ihm Angst nimmt und Sicherheit sowie Zeit gibt, seine Anliegen zu formulieren.

Box 37.5 Handlungsempfehlungen Beziehungsebene

Eine auf der Beziehungsebene wertschätzend verlaufende Kommunikation zwischen älteren Patienten und Ärzten wird durch mehrere Faktoren begünstigt

- Kritisches Überdenken eigener stereotyper Erwartungen an das Gegenüber
- Vermeidung eines depersonalisierenden Gesprächsstils (*mit* dem Patienten sprechen, nicht *über* ihn)
- Offene, zugewandte Körperhaltung
- Einen einem Erwachsenen angemessenen Gesprächsstil wählen
- Einen vertrauensvollen und respektvollen Rahmen schaffen und dem Patienten Ängste nehmen

Ohne eine eingehende Selbstwahrnehmung und Reflexion der eigenen kommunikativen Kompetenzen ist ein solch persönlicher Zugang zu dem älteren Patienten nicht möglich (vgl. Meyer-Kühling 2016, Meyer-Kühling et al. 2015). Das Bewusstsein darüber, inwiefern in der Kommunikation mit älteren Patienten patronisierende Sprachelemente (etwa die Verwendung eines Telegrammstils oder Baby Talk) eingesetzt werden, ist ein erster Schritt, die Kommunikation wertschätzender verlaufen zu lassen. Unterstrichen wird eine solche Haltung gegenüber dem älteren Patienten durch ein angemessenes nonverbales Handeln: dies wird begünstigt durch eine offene und zugewandte Körperhaltung, häufigen Blickkontakt sowie durch ein zusammenpassendes Verhalten, das heißt ein Übereinstimmen von Gestik, Mimik und Sachinhalt (Bowlby, Sifton 2008, Sachweh 2008). In jedem Falle ist eine Depersonalisierung

gerade schwer erkrankter Patienten zwingend zu vermeiden. Das bedeutet, dass in ihrer Anwesenheit mit den Angehörigen nicht *über* die Person gesprochen wird, sondern dafür Sorge getragen werden muss, diese immer in das Gespräch einzubeziehen, nicht stellvertretend für sie zu handeln und sich über ihre Wünsche hinwegzusetzen (vgl. Kojer et al. 2005).

Die oben dargestellten Verhaltensweisen gelten in der Kommunikation mit an Demenz erkrankten Patienten ebenso. Zudem muss den kognitiven Beeinträchtigungen, die mit einer Demenzerkrankung einhergehen, Rechnung getragen werden. Gerade auch hier kommt es zum besonderen Balanceakt, einerseits Überanpassungen zu vermeiden und andererseits das Sprechen so anzupassen, dass das Verständnis gesichert ist.

Demenzpatienten sind stark von äußeren Einflüssen ablenkbar, daher ist hier besonders auf eine störungsarme Umgebung zu achten (Haberstroh, Pantel 2011). Die oben angesprochene Asymmetrie der Kommunikation ist bei Gesprächen diesen Patienten noch stärker ausgeprägt und der Arzt trifft häufig auf einen unsicheren Patienten. Es muss darauf geachtet werden, den Patienten nicht zu beschämen und dass häufig vorhandene depressive Gedanken nicht verstärkt werden (Lämmeler et al. 2007).

Aufgrund der Defizite beim Verständnis bildhafter Sprache wird empfohlen, diese ebenso wie mehrdeutige Wörter oder Fachtermini zu vermeiden. Den Kurzzeitgedächtnisdefiziten kann Rechnung getragen werden, indem Sätze eher kurz und nicht verschachtelt gewählt werden und bereits Gesagtes mit den gleichen Wörtern wiederholt wird. In einem Satz sollte dabei möglichst nur eine wichtige Information enthalten sein (Haberstroh, Pantel 2011, Kurz et al. 2004). Auch reduzierte Ausdrücke wie Pronomen (er, sie, es) bereiten Demenzpatienten Schwierigkeiten (vgl. Wendelstein 2016), stattdessen können die entsprechenden Nomen verwendet werden. Häufig auftretende Wortfindungsstörungen können die Kommunikation mit dem Demenzpatienten ebenfalls erschweren. Hierbei ist eine verständnisvolle und behutsame Herangehensweise ratsam und Verhalten zu vermeiden, dass den Patienten unter Druck setzt. So ist es wichtig, dem Patienten Zeit zum Formulieren zu lassen. Evtl. kann es hilfreich sein, den Patienten zu ermutigen, das fehlende Wort zu Umschreiben oder ein inhaltlich ähnliches Wort zu verwenden (vgl. Sachweh 2008: 38ff).

Auch wenn häufig empfohlen wird, die Kommunikation mit Hilfsmitteln wie z. B. Bildern, Skizzen, schriftliche Zusammenfassungen zu un-

terstützen ist der Einsatz solcher Hilfsmittel auch kritisch zu betrachten. So ist zum einen die Auswahl der genutzten Hilfsmittel abzuwägen – zu kindlich wirkende Bilder, zu lange, komplexe Texte – zum anderen können diese als Unterstützung gedachten Elemente ablenkend oder verwirrend wirken. Zudem sind Lesen und Schreiben häufig schon vor der mündlichen Kommunikation beeinträchtigt. Beim Einsatz solcher Hilfsmittel ist interindividuell zu erwägen, ob Patienten hiervon profitieren (vgl. Knebel 2015: 86f).

Box 37.6 Zusätzliche Handlungsempfehlungen zur Kommunikation mit Demenzpatienten

Äußere Rahmenbedingungen

- Noch stärker auf die Vermeidung ablenkender Faktoren achten
- Dem Patienten Zeit lassen (zum Verstehen aber auch beim Formulieren z. B. bei Wortfindungsstörungen)

Nonverbales Verhalten

- Zu beachten: komorbid können z. B. durch Apathie oder Apraxie die Mimik und Gestik von AD-Patienten beeinträchtigt sein
- Beruhigende Stimmlage wählen

Gestaltung der verbalen Äußerungen

- Kurze, einfache Sätze verwenden
- Vermeidung von Redewendungen und Metaphern
- Vermeidung von mehrdeutigen Ausdrücken
- Häufiger Nomen wiederholen anstelle von Pronomen (er, sie, es)
- Wiederholung des Gesagten mit gleichen Wörtern

In späteren Stadien einer demenziellen Erkrankung kann die Kommunikationsfähigkeit auf verbaler Ebene völlig zum Erliegen kommen. Hierbei ist die Kommunikation auf Beziehungsebene als Ressource zu sehen, da diese häufig noch länger erhalten bleibt (Knebel 2015, Sachweh 2008).

37.4 Schlussfolgerungen

Die Kommunikation mit älteren Patienten ist an verschiedene Herausforderungen geknüpft. Auf der formalen Ebene sind altersphysiologische Veränderungen hinsichtlich der Sensorik (bspw. Altersschwerhörigkeit) im Gespräch ebenso zu beachten wie eine nachlassende Konzentrationsfähigkeit und raschere Ermüdbarkeit des älteren Patienten. Mögliche kognitive Beeinträchtigungen bis hin zum Krankheitsbild einer Demenz machen es erforderlich, entsprechende Rahmenbedingungen für das Arzt-Patienten-Gespräch zu schaffen, nonverbale Kommunikation (Gestik, Mimik) gezielt einzusetzen, die Gesprächsinhalte anzupassen und auf einer wertschätzenden Ebene zu vermitteln.

Sowohl, was altersphysiologische Veränderungen im Allgemeinen als auch die kognitive Leistung im Speziellen anbelangt, ist die hohe Interindividualität und damit Variabilität älterer Patienten hervorzuheben (Schaie, Baltes 1996). Damit können sich auch innerhalb derselben Zielgruppe Alterungsprozesse sehr verschiedenartig darstellen. Altersstereotype Vorstellungen, die mutmaßliche sensorische und kognitive Einschränkungen älterer Patienten in den Mittelpunkt rücken, bilden die Wirklichkeit nicht ab und sind reflektiert zu betrachten. Um in der Kommunikation mit dem älteren Patienten unangemessene Überanpassungen zu vermeiden, ist vorab nicht nur eine eingehende Beobachtung seiner kommunikativen Einschränkungen, sondern auch seiner Ressourcen erforderlich.

Aus diesem Grunde sind die vorangegangenen Empfehlungen nicht als Patentrezept im Umgang mit älteren Menschen zu verstehen. Vielmehr sollen sie eine Orientierungshilfe dafür bieten, stereotype Vorstellungen zu überdenken und den Arzt für Maßnahmen sensibilisieren, die ergriffen werden können, um ein wertschätzendes und zielgerichtetes Gespräch mit dem Patienten zu führen. Gerade im Hinblick auf den Umgang mit demenziell erkrankten Patienten ist dies besonders wichtig. Zentral ist hierbei, im Arzt-Patienten-Gespräch patronisierende und depersonalisierende Verhaltensweisen abzubauen und darauf zu achten, den demenzkranken Menschen behutsam in das Gespräch einzubeziehen und nicht mit den Angehörigen lediglich über ihn zu sprechen, obgleich er im Raum anwesend ist.

Eine adäquate Kommunikation mit älteren Patienten hilft, ihre Beschwerden zu erkennen, Behandlungsfehler zu vermeiden und trägt dazu bei, dass einer Missachtung der Patientenbedürfnisse und somit einem Zwang zu medizinischen Maßnahmen entgegengewirkt wird (Kojer

2011). Eine Kommunikation, die sich fernab von stereotypen Annahmen auf die kommunikativen Ressourcen des Patienten fokussiert, vermittelt diesem Sicherheit und hilft so dabei, eine langfristige, tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen.

37.5 Weiterführende Hinweise

Einen Überblick über Sprache und Kommunikation im Alter liefert der gleichnamige Sammelband von Fiehler und Thimm (2003). Bedingungen und Charakteristika der Kommunikation von und mit demenziell erkrankten Menschen beschreibt Sachweh (2008). Nicht nur für Personen, die eine pflegerische Versorgung an älteren Menschen leisten, ist das von Haberstroh und Pantel (2011) konzipierte TANDEM-Training empfehlenswert, das den Schwerpunkt auf den kommunikativen Zugang zu demenzkranken Menschen legt. Ziel des Trainings ist es, Menschen mit Demenz so zu begegnen, dass eine individuelle und ressourcenorientierte Kommunikation möglich ist. Meyer-Kühling et al. (2015) erweiterten das TANDEM-Training um ein Modul zur Verbesserung der Kommunikation und Kooperation zwischen professionell Pflegenden und Ärzten. Zielsetzung des Trainingsmoduls ist, dass Pflegende Sicherheit in der Gesprächsführung mit Haus- und Fachärzten gewinnen und sich als kompetente Ansprechpartner wahrnehmen und präsentieren. Einen Überblick über formale Aspekte des Sprachabbaus bei Alzheimer-Demenz findet sich in Wendelstein, Schröder (2015) sowie ausführlicher mit Einbezug präklinischer Stadien in Wendelstein (2016).

38 Kommunikation mit Sterbenden

*Lukas Radbruch, Martina Kern, Helmut Hoffmann-Menzel,
Henning Cuhls*

38.1	Einleitung	1752
38.2	Diagnose und Prognose	1753
38.3	Prioritäten und Präferenzen	1758
38.4	Kultureller Hintergrund und Spiritualität	1761
38.5	Umgang mit Hoffnung	1766
38.6	Umgang mit Todeswunsch	1767
38.7	Kommunikation mit Angehörigen	1768
38.8	Kommunikation im Team	1769
38.9	Schluss und weiterführende Hinweise	1770

You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die.

Cicely Saunders (1918 – 2005)

Abstract: Trotz der stetigen Entwicklung der Palliativversorgung und Hospizarbeit in den letzten 30 Jahren in Deutschland fühlen sich viele Ärzte unsicher und unzureichend ausgebildet für solche Gespräche und versuchen sie zu vermeiden.

Für die Übermittlung von schlechten Nachrichten zu Diagnose und Prognose kann SPIKES als Leitfaden genutzt werden. Bei der Schätzung der Überlebenszeit empfiehlt sich die „Überraschungsfrage“ („Würde es mich überraschen, wenn der Patient in der nächsten Woche/im nächsten Monat/Jahr stirbt?“).

Für die Festlegung der Therapieziele und die Therapieplanung ist es auch bei kurzer Prognose von hoher Bedeutung, die individuellen Prioritäten und Präferenzen des Patienten kennen zu lernen und zu berücksichtigen. Dies gilt in besonderem Maß für Patienten mit einem anderen kulturellen oder spirituellen Hintergrund.

Besondere Kommunikationsstrategien sind erforderlich für Patienten, die in der unrealistischen Hoffnung auf ein Überleben verzweifelt immer neue Therapieversuche einfordern, und mit Patienten mit Sterbewunsch.

Neben der Kommunikation mit dem Patienten ist auch die Begleitung der Angehörigen ein wichtiges Thema in der Palliativversorgung. Auch hier können Konflikte entstehen, z. B. wenn die Angehörigen die angemessene Aufklärung des Patienten verhindern wollen oder aggressiv Therapiemaßnahmen einfordern, die aus der ärztlichen Sicht nicht mehr indiziert sind. Auch hier kann ein wertschätzender Umgang, aber auch ein Aufzeigen der Grenzen, eine gemeinsame, von allen unterstützte Behandlungsstrategie ermöglichen.

38.1 Einleitung

1969 erregte ein neues Buch in den USA große Aufmerksamkeit: Kübler-Ross veröffentlichte ihre Interviews mit Sterbenden (Kübler-Ross 2001). Ihr war aufgefallen, dass in der Klinik, in der sie arbeitete, kaum jemand mit den schwer kranken oder sterbenden Patienten sprach. Viele Ärzte waren voll des Mitleids und wollten diesen Patienten helfen, hatten aber keine Ahnung, welche Hilfe diese Patienten eigentlich wünschten. Die Interviews von Kübler-Ross zeigten, wie es den betroffenen Patienten geht, aber die Veröffentlichung der Interviews wurde in der damaligen Zeit als Tabubruch bewertet. Man sollte mit den Sterbenden nicht sprechen, und dies schon gar nicht öffentlich.

Wie weit diese Ausgrenzung von Sterbenden auch im Kommunikationsverhalten gehen, zeigte genauso eindrücklich ein Selbstversuch eines kanadischen Arztes kurz nach Eröffnung der ersten Palliativstation in Montreal (Buckingham et al. 1976). Er ließ sich als Patient mit Tumorerkrankung auf der chirurgisch-onkologischen Abteilung des Krankenhauses aufnehmen, mit sorgfältig vorbereiteter Anamnese und gefälschten Untersuchungsbefunden. In seinen Aufzeichnungen beschreibt er, wie die Ärzte das Zimmer nur noch in Gruppen betreten und nicht mehr alleine mit ihm zu sprechen wagten, und wie der Augenkontakt ebenso wie die Gesprächszeiten bei den Gesprächen immer seltener werden. Das Unwohlsein des Personals, der Assistenzärzte wie der Pflegenden, in der Kommunikation mit ihm als vermeintlich Todkranken ist deutlich zu spüren.

Seit diesem eindrücklichen Versuch sind mittlerweile fast 40 Jahre vergangen. Aber was hat sich geändert? Es gibt ein zunehmendes Angebot von Kommunikationskursen für Ärzte, und im gerade entwickelten Nationalen Lernzielkatalog für Medizinstudierende wird der Arzt als Communicator als eine der wesentlichen sechs Rollenfunktionen des Arztes dargestellt. Nicht zuletzt hat die Entwicklung der Palliativversorgung sowohl als spezialisierter medizinischer Fachbereich wie auch als allgemeine Kompetenz von medizinischem Personal ein langsames Umdenken bewirkt.

Dies ist auch im Rahmen einer gesellschaftlichen Entwicklung zu sehen, in dem Tod und Sterben langsam aus der Tabu-Ecke geholt werden und als ein Thema in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden. So sind in den letzten Jahren eine Reihe von Filmen wie zum Beispiel „Das Beste kommt zum Schluss“ oder „Halt auf freier Strecke“ produziert worden, mit denen hohe Zuschauerzahlen erreicht werden konnten.

Die ARD Themenwoche hat im November 2013 eine große Zahl von Beiträgen zum Thema Tod und Sterben gebracht, mit hoher Wahrnehmung in der Öffentlichkeit.

Dennoch finden sich auch heute genügend Berichte von Patienten und Angehörigen, in denen über mangelnde Kommunikation, fehlendes Verständnis und Unfähigkeit zur Auseinandersetzung mit diesem Thema bei Ärzten oder anderen Mitarbeitern im Gesundheitswesen geklagt wird. In den Kommunikationsseminaren berichten Ärzte, dass sie sich unsicher und unzureichend ausgebildet fühlen für Aufklärungsgespräche, nicht selten versuchen Ärzte solche Gespräche zu vermeiden.

Es fehlen also Informationen und Trainingsmöglichkeiten zur Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden, um die Begleitung der betroffenen Menschen in dieser extrem belastenden Lebenssituation zu verbessern.

38.2 Diagnose und Prognose

Die Vermittlung der Diagnose einer lebensbedrohlichen und lebenslimitierenden Erkrankung ist für den Patienten ein schwerer Schlag, der ihn in eine existenzielle Krise stürzen kann. Die Diagnose z. B. einer Tumorerkrankung bedeutet für den Patienten, dass viele Lebenspläne sich nicht mehr umsetzen lassen werden. Die Ziele, die man vielleicht schon seit längerem immer wieder in die Zukunft verschoben hatte,

sind mit einem Mal unerreichbar. Zeit ist plötzlich ein knappes und kostbares Gut, das man sich gut einteilen muss. Dies gilt vor allem für die Vermittlung der Diagnose, aber auch später im Verlauf können kann es zu neuen Befunden kommen, bei denen eine deutlich schlechtere Prognose an den Patienten vermittelt werden muss. Während zum Beispiel bei einer Tumordiagnose in vielen Fällen zunächst eine Heilung oder zumindest ein über Jahre verlängertes Überleben möglich scheint, ist mit der Diagnose eines Rezidivs oder von Metastasen die Prognose der verbleibenden Lebenszeit plötzlich deutlich schlechter einzuschätzen.

Die Vermittlung einer solchen Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder begrenzter Prognose stellt deshalb für den Arzt eine hohe Belastung dar. Die Unsicherheit, wie der Patient reagieren wird, ob er in Tränen ausbricht oder gar aggressiv wird, macht Angst und kann dazu führen, dass Ärzte solche Gespräche meiden oder zumindest so kurz und distanziert wie möglich führen möchten.

Leitfäden wie SPIKES (Baile et al. 2000) (siehe Tab. 38.1) oder NURSE (Name – Understand – Respect – Support – Explore = Benennen – Verstehen – Respektieren – Unterstützen – Vertiefen) (Back et al. 2005) bieten Hilfe bei der Vermittlung von schlechten Nachrichten. Allerdings sollten diese Leitfäden nicht als starres Schema genommen werden, sondern eher ein lockeres Gerüst für das individuelle Gespräch bilden.

Mehr noch als in anderen Situationen ist es in solchen Gesprächen wichtig, Pausen auszuhalten, Gefühle des Patienten zu erkennen und wenn nötig zu ertragen. Ärzte haben oft Angst, dass die Patienten im Gespräch in tiefe Verzweiflung fallen oder sogar in Tränen ausbrechen. Sie befürchten, dass sie den Patienten nicht aus dieser Verzweiflung herausholen können, und vielleicht dann auch selbst von ihren Gefühlen übermannt zu werden.

Zwar kann es durchaus vorkommen, dass Patienten in einem solchen Gespräch zu weinen anfangen, jedoch wird die Mehrzahl nach weniger als einer Minute selbst wieder an auf eine weniger emotionale Ebene zurückkehren und zum Beispiel den Arzt fragen, wie es denn nun weitergehen soll.

Allzu viele Informationen über die möglichen nächsten Schritte und Maßnahmen sind aber in diesem Gespräch nicht notwendig, oft sogar kontraproduktiv. Der Patient wird ohnehin nur ein kleiner Teil der angebotenen Informationen verstehen und behalten können. Der Arzt sollte nicht davon ausgehen, dass der Patient die angebotenen Informatio-

38. Kommunikation mit Sterbenden

nen zu Diagnose und Prognose vollständig annimmt und akzeptiert. Die Vermittlung von Informationen zu Diagnose und Prognose sind nicht ein einmaliges Ereignis (mit einem guten Aufklärungsgespräch), sondern mehr ein kontinuierlicher Prozess, mit einer Reihe von Gesprächen und immer wieder Zeit zum Nachdenken für den Patienten. In diesen Gesprächen sollte der Arzt sich immer wieder beim Patienten rückversichern, wie der Wissensstands des Patienten jetzt gerade ist, und welches Ausmaß an Information er im Moment wünscht, beziehungsweise ertragen kann.

Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Gespräch auf Augenhöhe, • Vermeidung von Distanz schaffenden Räumlichkeiten und Störungen, • die Teilnahme anderer Gesprächspartner klären (Angehörige, Team-Mitglieder)
Perzeption	<ul style="list-style-type: none"> • Offene Fragen, zur Einschätzung des Kenntnisstandes und der Patientenwahrnehmung: • „Was wissen Sie bisher über Ihre Erkrankung?“ • „Hat man Ihnen schon etwas zu den Ergebnissen gesagt?“ • Missverständnisse können beseitigt werden.
Invitation	<ul style="list-style-type: none"> • Im Kontakt die Bereitschaft zur Aufnahme neuer Informationen feststellen. • „Sollen wir jetzt darüber sprechen?“ • "Soll ich Ihnen alle Ergebnisse ausführlich beschreiben, oder nur die wichtigsten Ergebnisse skizzieren?"
Kenntnisse (Knowledge)	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung der schlechten Nachricht, • Eineitung mit Warnschuss: "Es tut mir sehr leid, dass ich Ihnen heute schlechte Nachrichten überbringe" • Verständliche und klare Terminologie, Veranschaulichung anbieten, • Information strukturieren (Einheiten), Fragen zu lassen, • Vermeiden von Phrasen: "Wir können nichts mehr für Sie tun."
Empathie, Emotion	<ul style="list-style-type: none"> • Exploration der Emotionen, empathisch reagieren, • Emotionen benennen, Raum geben
Zusammenfassung (Summary)	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenfassen und planen, konkret, aufschreiben, skizzieren, • Patientenwünsche berücksichtigen

Tab. 38.1: SPIKES – Leitfaden für das Überbringen schlechter Nachrichten
(nach Baile et al. 2000)

In der Kommunikation mit schwer kranken und sterbenden Menschen stellt die Einschätzung der verbleibenden Lebenszeit ein sehr herausforderndes und ethisch empfindliches Thema. Die Frage „Wie viel Zeit bleibt noch?“ beinhaltet ganz unterschiedliche Facetten, die für den Lebens- und Behandlungskontext des betroffenen Patienten essentiell sind.

Patienten in fortgeschrittenen Stadien einer Tumorerkrankung möchten häufig wissen, wie lange sie noch zu leben haben (Hagerty et al. 2005). Sie möchten erfahren, wie viel Zeit ihnen bleibt, um Wünsche für ihr Lebensende auszudrücken, überlegen wie dringend es ist eine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung auszustellen oder möchten ausstehende finanzielle und persönliche Angelegenheiten ("letzte Dinge") regeln (Stone, Lund 2007). Trotz des Wunsches nach Aufklärung bestehen hier ambivalente Momente für Betroffene. Patienten fragen zwar danach und wollen ihre Prognose offensichtlich hören, aber wegen der hohen existenziellen Bedeutung ist es dann doch schwierig die Gewissheit der plötzlich so kurzen verbleibenden Zeit zu realisieren, so wie Chochinov formulierte: „We want to be told, but we do not want to know.“ (Chochinov et al. 2000).

Hierin besteht der vermutlich greifbarste Nutzen einer zuverlässigen Prognose: Patienten die Möglichkeit zu geben, ihr Leben effektiv gestalten und persönliche Entscheidungen treffen zu können. Ungesagtes auszusprechen, persönliche Angelegenheiten zu erledigen oder letzte Wünsche zu ermöglichen, kann für schwerkranke Menschen von hoher Bedeutung sein. Damit trägt die Vermittlung der Prognose zu der patientenzentrierten Palliativversorgung bei (Christakis 1999). Der aufrichtige Umgang mit der Frage nach Prognose gehört deshalb zu den zentralen Aufgaben der Palliativmedizin. Entgegen häufiger Befürchtungen kann das Wissen um die eigene Prognose und das Gefühl auf das Sterben vorbereitet zu sein, Patienten Ängste nehmen (Hagerty et al. 2005, Tattersall et al. 2002).

Auch von Seite der Behandler spielt die Einschätzung der Überlebenszeit eine wichtige Rolle bei therapeutischen Entscheidungen.

Der klinische Eindruck des Arztes führt allerdings bei 80% der Tumorkranken zu einer sehr ungenauen Einschätzung. In den meisten Fällen wird die verbleibende Lebenszeit zu optimistisch bewertet und dabei um bis das fünffache überschätzt (Christakis 1999, Stiel et al. 2010).

Im deutschen Sprachraum wird Gebrauch von zwei Messinstrumenten gemacht: der Palliative Prognostic Index (PPI) und der Palliative

Prognostic Score (PaP-S) (Stiel, Radbruch 2014). Allerdings ist nicht klar, ob die Aussagekraft dieser Instrumente ausreichend ist für die Beurteilung des individuellen Patienten, oder ob der Wert der Instrumente eher in der Beschreibung von Patientengruppen liegt (Stiel et al. 2010).

Mit der fraglichen Aussagekraft der vorhandenen Prognoseinstrumente für den einzelnen Patienten empfiehlt sich deshalb in der klinischen Praxis ein anderes Vorgehen. Die "Überraschungsfrage" kann sowohl für längere wie auch für kürzere Zeiträume zumindest einen klaren Warnhinweis geben, bei welchen Patienten die Überlebenszeit vielleicht viel kürzer als gedacht ist, so dass die Kommunikation und Therapieplanung darauf abgestimmt werden kann. Der Behandelnde stellt sich die Frage: "Würde es mich überraschen, wenn der Patient in dem nächsten Jahr/in der nächsten Woche/in den nächsten Stunden versterbt?". Wird diese Frage mit "Nein, es würde mich nicht überraschen" beantwortet, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Patient tatsächlich in diesem Zeitraum versterben wird (Pattison, Romer 2001). Die Überraschungsfrage lässt sich durchaus auch für nicht-tumorbedingte Erkrankungen sinnvoll einsetzen (Murray, Boyd 2011), so lag bei Patienten mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz die Sensitivität bei 24,8% und die Spezifität bei 93,4% (Pang et al. 2013). Sie erlaubt es dem Behandler, die Kommunikation und Therapieplanung auf die Prognose des Patienten abzustimmen.

Sofern der Patient tatsächlich Antwort auf die Frage nach einem verbleiben Zeitraum haben möchte, bietet es sich an Zeiträume zu beschreiben (z. B. "Ich fürchte, dass es sich um wenige Tage bis wenige Wochen handelt, und dass wir nicht von Monaten sprechen"). Die Formulierung von Zeitpunkten (z. B. „Ich schätze es sind noch 3 Wochen.“) birgt die Gefahr, dass dieser Zeitpunkt sehr wörtlich genommen wird und mit großer Wahrscheinlichkeit unzutreffend ist. Sollte der verbleibende Zeitraum kürzer ausfallen, hat der Patient wohlmöglich Dinge nicht erleben können, die ihm wichtig waren. Aber auch, wenn der Zeitraum länger andauern sollte als zunächst geschätzt, kann es sein, dass der Patient und seine Angehörigen unzufrieden werden, weil sie sich auf das vermeintlich nahende Ende eingestellt und sich voneinander verabschiedet haben, dieses Ende aber doch nicht naht.

Behandelnden ist zu empfehlen bei Gesprächen über Prognose auch offen zu besprechen, dass es sich um eine Schätzung handelt. Die Thematisierung der eigenen Unsicherheit im Sinne von: "Ich habe mich

allerdings schon oft geirrt bei solchen Prognosen, deshalb kann ich es Ihnen nicht genau sagen." kann hilfreich sein.

38.3 Prioritäten und Präferenzen

In der Palliativversorgung von Schwerstkranken und sterbenden Patienten geht es nicht darum, objektiv vorgegebene Ziele zu erreichen, wie sie in anderen Bereichen der Medizin durch die Natur des Faches vorgegeben werden (z. B. in der Inneren Medizin Einstellung des Blutdrucks bis in den Normbereich, in der Chirurgie niedrige Komplikationsrate nach Operation). Im Gegensatz dazu steht in der Palliativversorgung der Erhalt einer möglichst optimalen individuellen Lebensqualität des Patienten im Vordergrund. Lebensqualität ist allerdings ein unscharfes Konzept und wird vor allem durch den Patienten selbst definiert. Zwar gibt es Fragebögen und Skalen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Damit kann aber immer nur ein Ausschnitt der Lebensqualität, nämlich zu den im Fragebogen enthaltenen Items, erfasst werden.

Als umfassendes Maß der individuellen Lebensqualität bei Schwerstkranken eignet sich die Schedule for the Evaluation of the Individual Quality of Life (SEIQoL) (Neudert et al. 2001, O'Boyle et al. 1995). Bei diesem Instrument wird die Lebensqualität erfasst, indem der Patient zunächst die fünf Bereiche benennt, die aus seiner Sicht am wichtigsten für seine Lebensqualität sind. Anschließend gibt er an, wie weit er sich in jedem dieser fünf Bereiche eingeschränkt fühlt. Daraus kann ein Gesamtwert für die Lebensqualität berechnet werden. Bei schwerstkranken Patienten sind es dann übrigens meist nicht Symptome wie Schmerzen oder Luftnot, oder andere gesundheitsbezogene Themen, die von den Patienten an erster Stelle genannt werden, sondern vor allem Familie und zwischenmenschliche Beziehungen.

Im klinischen Alltag eignet sich das Instrument nicht unbedingt für die Versorgung von sterbenden Patienten, weil doch erhebliche kognitive Fähigkeiten notwendig sind, um die Einschränkungen in den verschiedenen Bereichen bewerten zu können. Die Erfahrungen mit diesem Instrument verdeutlichen aber, dass die Prioritäten der Patienten nicht immer im medizinischen Bereich liegen. Natürlich ist es für leidende Patienten von hohem Wert, wenn sie nicht länger unter Schmerzen, Luftnot oder Übelkeit leiden müssen. Um aber zum Beispiel die verbleiben-

38. Kommunikation mit Sterbenden

de Lebenszeit in der gewohnten häuslichen Umgebung im Kreis der Familie verbringen zu können, nehmen manche Patienten durchaus ein höheres Maß an Restbeschwerden in Kauf.

Ebenso werden aus der Sicht der Patienten die möglichen Therapieoptionen nach den persönlichen Zielen bewertet. So kann eine Chemotherapie oder Strahlentherapie aus der Perspektive des Patienten durchaus lohnend sein, auch wenn die zu erwartende Lebensverlängerung nur wenige Wochen oder Monate beträgt, wenn zum Beispiel in dieser Zeit ein wichtiges Familienfest zu erwarten ist (z. B. Silberhochzeit oder Erstkommunion des Enkelkindes).

Für die Planung der Palliativversorgung ist es deshalb erforderlich, die individuellen Prioritäten und Präferenzen des Patienten zu kennen oder zumindest den Patienten bei der Therapieplanung einzubeziehen, und ihn zu fragen, ob der vorgeschlagene Therapieplan aus seiner Perspektive sinnvoll ist.

Die vom Patienten geäußerten Wertvorstellungen und die daraus erwachsenen Entscheidungen des Patienten zum Beispiel zur Ablehnung von Therapiemaßnahmen sollten vom Behandlungsteam respektiert werden, auch wenn sie nicht mit den eigenen Vorstellungen oder dem medizinisch sinnvollen Vorgehen übereinstimmen. Patienten haben ein Anrecht auf „irrationale“ Entscheidungen.

Patienten haben auch ein Anrecht, keine Entscheidung zu den vorgelegten Therapieoptionen treffen zu wollen, oder zumindest nicht jetzt eine Entscheidung treffen zu wollen. In einem solchen Fall sollte der Patient nicht zur Entscheidung gedrängt werden, auch wenn vielleicht aus Sicht der Behandlungsteams wertvolle Zeit verschwendet wird, sondern der Wunsch des Patienten respektiert wird und die Entscheidungsfindung vertagt wird.

Insgesamt sollte genügend Zeit für die Gespräche mit den Patienten und Angehörigen eingeräumt werden, und die Gesprächsthemen möglichst offen und weit gehalten werden. Nur dann können Patienten sich auch zu den Themen hin tasten, die zwar für sie von hoher Bedeutung sind, die sie aber nur sehr vorsichtig im Gespräch anbringen können oder wollen.

B 38.1	Depression	Kommentar
01	[Ärztin und Medizinstudent kommen zur Visite ins Zimmer, nach Begrüßung erklärt Student, dass Patient vor der Visite gerade auf dem Fahrradergometer geübt hat]	
02	P Was ich jetzt festgestellt habe: ich kann besser radeln als zu Fuß, unterwegs zu sein.	Patient eröffnet Gespräch
03	A Ja, wie klappt es denn überhaupt mit dem Gehen?	Unterbrechung / Relevanz im Alltag
04	P Mit dem Gehen ist es gut. Ein ganz kleines bisschen Humpeln, ich kann es gerne vormachen, wenn Sie möchten.	
05	A Müssen Sie jetzt nicht... aber können wir auf jeden / Ich werde Sie einfach beobachten, wenn wir uns auf dem Flur treffen.	Fokus: „Jetzt Visite“
06	P Ja , Da bin ich ja fast nie.	Überleitung
07	A [lacht]	Abwarten
08	P Ich drücke mich ja ein bisschen, weil ich ja ... die Depressivität doch zuschlägt	Problem des Patienten
09	A ...	Abwarten
10	P Da bin ich also gerne / bin ich schon froh, wenn ich den Raum allein hab.	Blickkontakt von P auf A
11	A Warum möchten Sie dann nicht auf den Flur?	Nachfrage / Interesse
12	P Depressiv und dann – lieber möchte ich dann keine Anderen treffen oder sehen oder auch Gespräche führen	Problemthema
13	A Sind die Depressionen dann leichter zu ertragen wenn Sie hier sind oder treten die hier gar nicht auf?	
14	P Doch, hier treten sie dann auch auf, aber es ist dann einfacher. Und, was ich dann festgestellt habe: ich hab keine Kontrolle mehr über den untersten Kiefer, mir läuft der Speichel hier aus dem Mundwinkel	Zeigt mit beiden Zeigefingern auf die Mundwinkel und fährt die Unterlippe lang, schluckt, wischt sich Unterkiefer ab
15	A Ist mir jetzt noch gar nicht aufgefallen.	A folgt Gesprächsfluss von P

38. Kommunikation mit Sterbenden

16	P	Ich muss also immer aufpassen...	
17	A	Hmm - dass Sie nicht sabbern.	
18	P	Dass ich nicht sabber.	Patient wiederholt ganz leise
19	A	Wie äußert sich Ihre Depression, Herr X?	Nachfrage zu wesentlichem Problem
20	P	Ja, ich denk dann über meine Zukunft nach, was ich noch kann und was ich alles nicht mehr kann,	
21	A	Hmm	
22	P	Und wie es so weitergeht [äh] und wie meine Frau allein weiter kommen muss	Blickkontakt von P auf A

Es folgt ein Gespräch über die Gedanken (Aufgabe von Hobbies wie Mountainbike oder Kanu fahren) und Belastungen (Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme), die der Patient empfindet.

Aus dem ursprünglich sehr auf das körperliche Befinden fokussierten Visitengesprächs wird plötzlich ein tiefgehendes Gespräch über Depression, Trauer und Krankheitsbewältigung. Die Ärztin hat zunächst abgewartet, was der Patient eigentlich sagen will (Zeilen 7, 9 und 11) und ist dann auf seine vorsichtig sondierenden Antworten eingegangen. Als er einen Schritt zurück zum körperlichen Befinden anbietet, fragt sie nochmal nach der Depression, signalisiert dadurch echtes Interesse, so dass der Patient dann in der Lage ist, ein Gespräch über die psychischen Probleme zu führen.

38.4 Kultureller Hintergrund und Spiritualität

Die individuellen Prioritäten und Präferenzen werden nicht zuletzt durch den kulturellen Hintergrund der Patienten geprägt (§ 28). So wird zum Beispiel der Stellenwert der Selbstbestimmung in anderen Kulturen als der westeuropäischen oder nordamerikanischen Kultur oft deutlich geringer bewertet. In einem kulturellen Setting in afrikanischen oder asiatischen Ländern ist es durchaus denkbar, dass die Entscheidungsfindung eher über den Angehörigen oder Familienältesten erfolgt als durch den Patienten. Die Patienten selbst können damit durchaus einverstanden sein. In Afrika gibt es für diese kollektive Form der Entscheidungsfindung sogar ein eigenes Wort: Ubuntu.

Allerdings ist auch in diesen Kulturkreisen nicht immer davon auszugehen, dass der Patient auf die selbstbestimmte informierte Entscheidung verzichten möchte zu Gunsten der erweiterten Entscheidungsfindung durch die Familie. Patienten mit Migrationshintergrund können sich auch sehr schnell an den kulturellen Rahmen des neuen Heimatlandes anpassen. In der zweiten und dritten Generation können entsprechende Wertvorstellungen bereits von Kindesbeinen an verinnerlicht worden sein.

Das kann dann zum Beispiel dazu führen, dass bei einem Patienten mit türkischem Migrationshintergrund die Ehefrau (die seit 20 Jahren in Deutschland lebt, aber nur selten das Haus verlässt und kaum deutsch spricht) eher traditionelle türkische Wertvorstellungen pflegt, während die Kinder (in Deutschland geboren, deutsche Schule, deutsche Freunde) die westeuropäischen Werte und Normen vertreten, während der Patient (arbeitet bei einer großen deutschen Firma am Fließband, viele deutsche und türkische Arbeitskollegen) zwischen beiden Extremen pendelt. Entsprechend der Unterschiede in den Wertvorstellungen kann es nun durchaus sein, dass drei unterschiedliche Kommunikationsziele und Kommunikationsstrategien mit den beteiligten Personen benutzt werden müssen.

Generell gilt deshalb, dass bei Patienten mit Migrationshintergrund und ihren Angehörigen nicht davon ausgegangen werden kann, dass sie den vom Verhandlungsteam explizit oder implizit vorgehaltenen Wertvorstellungen zustimmen, sondern es gilt in jedem Fall zunächst diese Wertvorstellungen bei Patienten und Angehörigen zu erfragen.

Ebenso wie mit kulturellen Wertvorstellungen kann der Arzt im Gespräch mit Schwerstkranken oder Sterbenden auch mit spirituellen Themen konfrontiert werden (Box 38.1).

Box 38.1 Gespräch über Nahtod bei der Visite (Palliativstation, Universitätsklinikum Aachen)

Bei der Visite auf der Palliativstation sah ich auf dem Nachttisch einer Patientin eine Postkarte mit einem Bild von Hieronymus Bosch: „Aufstieg in das himmlische Paradies“, in dem ein Lichttunnel abgebildet ist, wie er auch oft von Menschen nach einem Nahtoderlebnis geschildert wird. Als ich das Bild ansehe, sagt der Ehemann, dass für die Patientin diese Vorstellung sehr tröstlich sei, da man ja von diesen Schilderungen ungefähr wisse, was beim Sterben passieren würde. Und was ich denn davon halten würde?

Wie gehe ich als Arzt mit einer solchen Frage um? Verweise ich auf den Seelsorger als Fachmann für solche Fragen? Oder traue ich mich, eine persönliche Antwort zu geben, und lasse ich mich auf ein Gespräch ein über die Gefühle der Patientin, die bei der Frage des Ehemannes im Hintergrund mitschwingen? Tatsächlich ergab sich in diesem Fall ein Gespräch über ihre Angst vor dem Tod, und die Patientin konnte Fragen über das Sterben stellen, die sie vorher nicht auszusprechen gewagt hatte.

Leider wird mittlerweile der Arzt oft nur für als Fachmann für die körperlichen Aspekte gesehen, sowohl von den Ärzten selbst wie auch von den behandelten Patienten und ihren Angehörigen. Patienten erzählen dem Arzt nur die körperlichen Beschwerden und wenig darüber hinaus, weil sie davon ausgehen, dass der Arzt gar nicht mehr hören möchte. Trotzdem starten Patienten ab und zu einen Versuchsballon, eine vorsichtige Frage, die über das Körperliche hinausgeht. Geht der Arzt darauf ein, kann sich der Patient weiter vortasten, und nun mit wachsendem Vertrauen auch Fragen und Probleme außerhalb der rein somatischen Ebene ansprechen.

Vor allem in Krisensituationen wie zum Beispiel bei lebensbedrohlichen Erkrankungen ist diese Öffnung für die Themen außerhalb der körperlichen Dimension aber nun wiederum wichtig, weil dadurch verständlich werden kann, warum ein Patient bestimmte Behandlungsmaßnahmen ablehnt oder einfordern möchte. Die kulturellen und spirituellen Einstellungen und Überzeugungen prägen die Vorstellungen, was Gesundheit oder ein würdevolles Leben sind. In der Palliativmedizin ist zum Beispiel die Vorstellung von einem „guten Tod“ wesentlich vom eigenen spirituellen Hintergrund geprägt.

Der Arzt muss zumindest Grundkenntnisse zu kulturellen und spirituellen Aspekten in der Palliativversorgung haben, damit er sinnvoll die medizinische Behandlung planen kann. Dies schließt zum Beispiel Regeln und Rituale aus anderen Kulturen und Religionsgemeinschaften ein. Als Arzt muss ich zumindest spezielle Codes erkennen. Bei einer Hospitation auf einer Palliativstation in Indien wurde diskutiert, warum die Angehörigen nach dem Tod einer Patientin so erbittert waren: sie hatten mehrfach gefragt, ob sie der Sterbenden Wasser zu trinken geben sollten. Bei massiven Schluckstörungen und guter Mundpflege war dies vom Personal verneint worden. In dieser Region ist es aber ein wichtiger hinduistischer Brauch, dass ein Sterbender Wasser erhält, dies wird auch als Code zwischen Patienten und Angehörigen benutzt,

dass es jetzt ans Sterben geht. Die Ablehnung durch das Personal war von der Familie deshalb so verstanden worden, dass der Tod noch weit weg sei. Umso größer die Enttäuschung, als sie in der Nacht starb.

Im Islam kann das Vertrauen auf das durch Gott bestimmte Schicksal zu einer fatalistischen Grundeinstellung führen (egal wie sich der Patient entscheidet, ob er lebt oder stirbt, entscheidet Gott allein, siehe Box 38.2). Bei sterbenden Moslems können bestimmte Rituale wichtig sein, so kann es sein, dass der Patient, der das nahe Ende spürt, das Glaubensbekenntnis spricht, danach aber nicht mehr reden will, weil nun keine anderen Worte mehr über seine Lippen kommen sollen. Nach dem Tod sind eine Reihe von Handlungen notwendig, zum Beispiel eine rituelle Waschung (die in der Regel von einem islamischen Bestatter durchgeführt wird). Manchmal wünschen die Angehörigen nicht, dass der Verstorbene von Nichtmoslems angefasst wird, so dass das Pflegepersonal nicht mal die Zugänge entfernen kann.

Box 38.2 Interview mit islamischem Krankenpfleger in Westafrika
(Hands-on-Care, Brikama, Gambia)

Krankenpfleger1: (Die Angehörigen) schätzen es nicht, wenn Du ihnen sagst "Dieser Patient wird sterben". Es wird tatsächlich im Islam nicht akzeptiert, weil es Gott ist, der weiß, wer es schaffen wird und wer es nicht schaffen wird. Du als einzelner Mensch kannst nicht sagen, dass dieser hier sterben wird. Das wird nicht akzeptiert.

Interviewer: Ja, das habe ich schon gehört. Im Islam – das ist für mich schwer zu verstehen – ist es also so: Egal welche Untersuchungsbefunde oder Laborwerte Du hast, Du bist niemals sicher, und nur Gott kann es wissen?

Krankenpfleger1: Genau. Eine chronische Krankheit und Sterben sind zwei verschiedene Dinge. Du behandelst jemand, der so lange krank ist, dass jedermann entmutigt ist, und dieser Person geht es plötzlich besser und sie läuft wieder herum. Gott verfügt über Krankheit, und Gott verfügt über Tod. Deshalb entscheidet Gott, wer lebt und wer stirbt, und nicht die Ärzte. Das ist der Glaube, den alle Muslime haben. Mit all den Befunden, mit all dem Vokabular, mit all den Spezialisten, halte ihnen das vor, und sie werden sagen: das ist Mist.

Bei Patienten aus anderen Kulturkreisen können auch traditionelle Religionen, oft mit einer starken Betonung von magischem Denken, an-

38. Kommunikation mit Sterbenden

statt oder in Verbindung mit einer monotheistischen Religion vorkommen (Box 38.3).

Box 38.3 Interview mit islamischem Krankenpfleger in Westafrika (Hands-on-Care, Brikama, Gambia)

Krankenpfleger 2: Wenn also ein Patient in der Sterbephase ist, im Terminalstadium, dann ist es besser wenn Menschen die noch bei Bewusstsein sind, in die Moschee gehen und beten, dass es sie leicht, sanft und schnell erwischt. Andere können halluzinieren oder etwas aus der Vergangenheit enthüllen. Und das wird alles mit Hexerei assoziiert. Diese Person, dieser Patient hatte mit Hexerei zu tun. Das ist nicht gut. Das gibt keinen guten Namen für die Familie, aus der Du stammst. Selbst wenn du stirbst, andere hören das, und werden genauso auf deine Familie sehen, sie werden sie stigmatisieren, und auch den Rest der Familie mit Hexerei in Verbindung bringen. Das ist also nicht gut. Als medizinisches Personal versuchen wird deshalb – wenn es im Krankenhaus passiert – den Patienten abzusichern. Wir schicken die Familie aus dem Zimmer. Sie sitzen draußen, und warten. Wir warten alle auf Gott. (...) Was immer (der Patient) dann sagt, wir werden versuchen, ihn abzusichern, irgendwo, wo niemand ihn hören kann, und nicht weitergeben kann, was (der Patient) enthüllt hat.

Als Handreichung für den Alltag lässt sich die folgende „Spirituelle Anamnese“ mit dem Akronym HOPE nutzen (Tab. 38.2) (Anandarajah, Hight 2001, Okon 2005).

Hoffnung	Was gibt Ihnen Hoffnung (Stärke/ Zuversicht/ Frieden) in Ihrer Krankheit?
Organisierte Religion	Sind Sie Teil / Mitglied einer religiösen / spirituellen Gemeinschaft? Ist das für Sie hilfreich?
Persönliche Spiritualität und Praxis	Welchen Teil Ihrer spirituellen Überzeugungen finden Sie selbst besonders hilfreich und sinngebend?
Effekt auf Behandlung und Dinge des Lebensendes	Wie beeinflussen Ihre Überzeugungen / Ihr Glauben die medizinische Behandlung, die Sie von mir erwarten?

Tab. 38.2: HOPE Handreichung zur Kommunikation über Spiritualität (Okon 2005)

38.5 Umgang mit Hoffnung

Im Idealfall lassen sich nach einer angemessenen Aufklärung über Diagnose und Prognose gemeinsam mit dem Patienten realistische Therapieziele für die verbleibende Lebenszeit formulieren und eine Abwägung der vorhandenen Therapieoptionen nach den Prioritäten und Präferenzen des Patienten, aber auch nach dem zu erwartenden Vorteilen und den möglichen Nebenwirkungen und Risiken der einzelnen Therapieoptionen vornehmen.

In der Kommunikation mit dem Patienten und den Angehörigen wird dabei betont, dass der Wechsel auf eine palliativmedizinische Zielsetzung eben nicht bedeutet, dass alle Hoffnung aufgegeben werden muss, sondern die Hoffnung nun auf realistische Ziele, z. B. eine möglichst hohe Lebensqualität für die verbleibende Lebenszeit gesetzt werden kann.

Diese ideale Form der Arzt-Patient-Kommunikation ist aber nicht immer möglich. Manche Patienten wollen die plötzliche Beschränkung der Lebenszeit durch Diagnose und Prognose nicht wahrnehmen. Nach dem Modell von Kübler-Ross (2001) ist dies nicht als mangelndes Verständnis, mangelnde Einsicht oder Unvernunft, sondern als eine typische Reaktion im Verlauf der Krankheitsbearbeitung zu sehen (Stadium der Verleugnung, Nicht-wahrhaben-wollen). Die dringende Forderung nach neuen Chemo- oder Strahlentherapie kann dafür ein Ausdruck sein.

Der Versuch, auf eine palliativmedizinische Zielsetzung mit realistischen Therapiezielen umzustellen, wird von Patienten und Angehörigen in einer solchen Situation kategorisch abgelehnt. („Wollen Sie mich einfach sterben lassen?“).

In einer solchen Situation ist es für die Entscheidungsfindung von Bedeutung, die eigene Motivation als Behandler kritisch zu reflektieren. Weitreichende Therapieoptionen, z. B. für eine Viert- oder Fünftlinien-Chemotherapie, sollten nicht aus einer eigenen Hilflosigkeit gegenüber dem Drängen des Patienten oder der Angehörigen angeboten werden. Therapieoptionen dürfen nur angeboten werden, wenn auch eine medizinische Indikation gestellt werden kann. Die Verlagerung der Entscheidungsfindung in interdisziplinäre Tumorkonferenzen in den großen Tumorzentren hat sicherlich dazu beigetragen, dass ein solcher Druck zum Handeln von Patientenseite heute vom Behandlungsteam besser aufgefangen werden kann.

38. Kommunikation mit Sterbenden

In der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen ist es aber vor allem von Bedeutung, diesen großen Behandlungswunsch, der Ausdruck des Überlebenswillens ist, zunächst wahrzunehmen und zu akzeptieren, und dies dem Patienten auch zurück zu melden. Patienten haben durchaus ein Recht, an ihren unrealistischen Hoffnungen festzuhalten. Im Einzelfall kann es durchaus sinnvoll sein, auch solche Behandlungsoptionen zu beraten und gegebenenfalls sogar zu initiieren, die aus Sicht des Verhandlungsteams wenig erfolgversprechend sind; Wenn hierdurch eine Brücke des Vertrauens zu dem Patienten gebildet werden kann, und über diese Brücke dann später auch unbequeme Entscheidungen transportiert werden können.

Als praktische Strategie zur Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, die ihre Hoffnung auf unrealistische Therapieziele setzen, ist das Gespräch über „Plan B“. Im Gespräch wird die Hoffnung und Zielsetzung des Patienten akzeptiert, aber dann nach dem Plan B gefragt („Aber was machen Sie, wenn diese Therapie nicht möglich ist / nicht anspricht? Haben Sie einen Plan B?“). Zumeist wird der Patient über eine begrenzte Zeit bereit sein, über die möglichen Alternativen zu sprechen und nachzudenken. Nach einer kurzen Zeit (3-5 Minuten) wird das Plan-B-Gespräch dann vom Arzt wieder beendet („Aber ich habe ja verstanden, dass Sie Ihre Hoffnung eigentlich ganz anders gesetzt haben“). Das Gespräch über Plan B kann dann später wiederaufgenommen werden.

38.6 Umgang mit Todeswunsch

Todeswünsche können unterschiedlich ausgeprägt sein, das Kontinuum reicht von dem Wunsch, dass der Tod durch ein rasches Fortschreiten der Erkrankung bald eintreten möge, bis hin zur maximalen Form der Planung eines Suizids. Der explizit geäußerte Wunsch nach assistiertem Suizid ist im klinischen Alltag selten, stellt aber eine besondere Herausforderung und Belastung für das gesamte therapeutische Team dar (Nauck et al. 2014).

In einer systematischen Literaturübersicht (Hudson et al. 2006) wurden als häufigste Gründe für den Sterbewunsch identifiziert: Belastung für Andere, Verlust an Autonomie, körperliche Symptome, Depression und Hoffnungslosigkeit sowie existenzielle Beunruhigung und Zukunftsangst.

Entgegen der Idee, dass der geäußerte Sterbewunsch zwangsläufig eine direktive Aufforderung zur Sterbehilfe bedeutet, scheinen diese Patientenwünsche vor allem facettenreiche kommunikative Funktionen zu haben (Stiel et al. 2010).

In einer eigenen Studie (Pestinger et al. 2015) war es weniger das derzeitige Leid der Patienten, sondern vor allem das für das im weiteren Verlauf befürchtete Leiden, das als unerträglich empfunden wurde. Gegenüber diesen antizipierten Leidensbildern wird die verbleibende Lebenszeit bilanziert. Das antizipierte Leid macht Angst und erzeugt Unsicherheit, die Kontrolle über den Zeitpunkt des Todes schafft Sicherheit für den Patienten.

Patienten wünschen sich, dass sie ihre Wünsche aussprechen und ihren Gedanken Ausdruck verleihen dürfen. Sie wünschen sich Akzeptanz für ihre Gedanken und Empfindungen. Sie liefern mit dem Sterbewunsch aber auch implizit die Frage nach Alternativen der Behandlung des Leidens, z. B. durch die Maßnahmen der Palliativversorgung.

Der Todeswunsch ist dabei nicht absolut und ausschließlich zu sehen, sondern kann durchaus Ausdruck einer Ambivalenz sein, bei der parallel zwei Hoffnungen – Hoffnung auf ein baldiges Ende des Lebens und Hoffnung auf mehr Leben – nebeneinander bestehen.

38.7 Kommunikation mit Angehörigen

Die Verständigung mit den Angehörigen des Patienten scheint in der Palliativversorgung manchmal schwieriger als bei den Patienten selbst. Den Umgang mit aggressiven Angehörigen oder mit Angehörigen, die ständig weitere Interventionen für den Patienten fordern, auch wenn dieser das gar nicht will, ist für Ärzte eine große Herausforderung. In Box 38.4 ist ein typisches Beispiel für eine Angehörige, die verhindern möchte, dass der Patient angemessen aufgeklärt wird, um ihn vor dem vermeintlich zu belastendem Wissen zu schützen.

Hier ist für den Palliativmediziner die Abwägung nicht einfach. Einerseits ist der Patient unser Vertragspartner in der Behandlung, und seine Bedürfnisse (z. B. zu Information und Aufklärung) sind vorrangig. Andererseits ist die Ehefrau als Angehörige Teil des Familiensystems, von dem das Befinden des Patienten nicht unwesentlich abhängt, und die Begleitung der Angehörigen (auch nach dem Tod des Patienten) ist

selbst Bestandteil in der Definition der Palliativversorgung (Sepulveda et al. 2002).

Box 38.4 Fallbeispiel von der Palliativstation

Der Stationsarzt auf der Palliativstation will zu dem Patienten mit Pankreaskarzinom, der eben neu aufgenommen wurde. Vor der Tür fängt ihn die Ehefrau des Patienten ab und sagt ihm, dass er beim Aufnahmegespräch mit dem Patienten nicht über Tumorerkrankung oder Prognose sprechen sollen, da der Patient davon nichts weiß. Er würde das nicht verkraften.

Ein mögliches Vorgehen wäre hier zum Beispiel, zunächst die Ehefrau nicht als Hindernis zu sehen, das es zu überwinden gilt, sondern sie ernst zu nehmen und als Expertin wertzuschätzen („Danke für diese Information. Sie kennen Ihren Mann ja schon lange, und ich muss ihn erst mal kennenlernen, da sind solche Informationen sehr wichtig für mich“). Danach könnte versucht werden, das aus der Forderung der Ehefrau möglicherweise entstehende Dilemma des Arztes direkt anzusprechen („Ich würde Ihnen das ja gerne zusagen. Aber was mache ich dann, wenn Ihr Mann mich als erstes fragt: Nun sagen Sie mir aber bitte mal ehrlich, wie es um mich steht. Dann kann ich ihn doch nicht anlügen!“). Damit lässt sich oft die Blockade der Ehefrau aufheben.

In anderen Situationen, z. B. mit Konflikten unter den Angehörigen oder zwischen Angehörigen und Patienten, sind Familiengespräche sinnvoll, die mit allen beteiligten Angehörigen und mehreren Mitgliedern im Behandlungsteam geführt werden, und in denen eine gemeinsame Strategie für die weitere Behandlung ausgehandelt wird.

38.8 Kommunikation im Team

Kommunikation mit den Sterbenden ist nicht nur Sache des Arztes, sondern auch anderer Mitglieder des Behandlungsteams. Auf einer Palliativstation oder in einem stationären Hospiz gehören dazu die Krankenpflegenden, Sozialarbeiter, Psychologen, Physiotherapeuten, Seelsorger, Ehrenamtliche und eventuell noch weitere Berufsgruppen wie Ernährungsberater. Je nach Problematik können Seelsorger, Sozialar-

beiter oder Psychologen spezielle Aspekte in der Kommunikation übernehmen, aber die Bereitschaft zu einer offenen und vertrauensvollen Kommunikation muss bei allen Mitarbeitern vorhanden sein. Nicht selten werden wichtige Themen morgens beim Waschen gegenüber dem Pflegenden ausgesprochen.

In den spezialisierten Einrichtungen (Palliativstation, stationäres Hospiz, spezialisiertes ambulantes Palliativversorgung-Team (SAPV)) sind deshalb interdisziplinäre Teambesprechungen ein essentieller Teil des Tagesablaufs. In der Besprechung werden die Informationen aus der Perspektive der verschiedenen Professionen zusammengetragen und gemeinsam die Therapie geplant. Insbesondere die Aussprache zu belastenden Situationen in der Besprechung kann für den einzelnen Mitarbeiter eine wichtige Entlastung schaffen.

Im Einzelfall kann es in der Auseinandersetzung um die optimale Therapieplanung im Team zu Konflikten kommen. Hier hilft oft eine Klärung der Wertvorstellungen, die bei den einzelnen Konfliktpartnern hinter dem strittigen Punkt stehen. Konflikte können so auch genutzt werden, um die gemeinsamen Werte im Team zu verdeutlichen und vielleicht auch zu entwickeln, und müssen nicht nur als zu vermeidendes Übel betrachtet werden.

38.9 Schluss und weiterführende Hinweise

In der Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden gibt es viele schwierige Situationen, angefangen von der Vermittlung von Diagnose und Prognose über Konflikte mit den Angehörigen bis zum Sterbewunsch bei einzelnen Patienten. Ärzte brauchen zumindest eine solide Grundausbildung für diese Situationen. Seit 2009 ist Palliativmedizin als Pflichtfach im Medizinstudium verankert, und diese Ausbildung wird an vielen Hochschulen mittlerweile engagiert umgesetzt. An der eigenen Universität setzen wir Simulationspatienten in Rollenspielen ein, mit jeweils einem Medizinstudierenden in der Rolle des Arztes, weiteren 5-6 Studierenden als Beobachter und einem Mitarbeiter aus der klinischen Praxis als Moderator. Die positiven Rückmeldungen der Studierenden bestätigen die Effektivität von solchen Rollenspielen.

Ähnlich werden an vielen Stellen Kommunikationsseminare für Ärzte zu diesem Thema angeboten. Ein solches Kommunikationstraining ist für die Umsetzung der Palliativversorgung mindestens so wichtig wie

38. Kommunikation mit Sterbenden

ausreichende Kenntnisse zu den Medikamenten für Schmerz- und Symptomkontrolle.

Im klinischen Alltag können die gelernten Fähigkeiten dann aber manchmal nicht umgesetzt werden, weil die Zeit fehlt. Hier ist für die Zukunft zu fordern, dass die sprechende Medizin auch in diesem Bereich finanziell besser im Entgeltsystem abgebildet wird, denn nur dann ist flächendeckend ambulant und stationär eine gute Kommunikation mit den sterbenden Patienten und ihren Angehörigen als Grundlage der angemessenen Palliativversorgung am Lebensende möglich.

Weiterführende Informationen zur Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden, aber auch zur Symptomkontrolle und zu anderen Aspekten der Palliativversorgung finden sich in der S3-Leitlinie Palliativmedizin im onkologischen Leitlinienprogramm der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [↗](#) und im Lehrbuch für Palliativmedizin (Aulbert, Nauck und Radbruch (Hg.), Schattauer Verlag, 3. Auflage 2011).

39 **Multimediale Kommunikation in der chirurgischen Patientenaufklärung**

*Seung-Hun Chon, Patrick Sven Plum, Felix Berth,
Robert Kleinert, Elfriede Bollschweiler*

39.1	Einleitung	1773
39.2	Rechtsgrundlagen der Patientenerklärung	1774
39.2.1	Der „Informed Consent“	
39.2.2	Voraussetzungen einer wirksamen Aufklärung	
39.2.3	Durchführung einer wirksamen Aufklärung	
39.3	Multimediale Aufklärungsmaterialien	1779
39.3.1	Filmsequenzen	
39.3.2	Internetbasierte Aufklärungsinstrumente	
39.3.3	Interaktive Aufklärungsinstrumente	
39.4	Bisherige Anwendungsbereiche (Beispiele)	1782
39.4.1	Plastische Chirurgie	
39.4.2	Cholezystektomie	
39.4.3	Weitere Beispiele	
39.5	Wesentliche Ergebnisse	1789
39.6	CAVE	1790

Man soll vor allem Mensch sein und
dann erst Arzt.

Voltaire (1694-1778)

39.1 Einleitung

Eine bevorstehende Operation oder ein vergleichbar intensiver medizinischer Eingriff ist für Patienten in aller Regel mit einer erheblichen Anspannung und Ungewissheit verbunden. Grund dafür mag die bevorstehende ärztliche Maßnahme selbst sein; nicht selten überwiegen aber die Ängste im Hinblick auf die Erkrankung, die den Eingriff erforderlich macht, und auf einen womöglich ungünstigen Verlauf der Operation. Aus rechtlicher Sicht haben Patienten, die sich einer Operation unterziehen müssen, einen Anspruch darauf, vom Operateur bzw. einem anderen ausreichend qualifizierten Arzt über die Notwendigkeit des Eingriffs, denkbare Alternativen und mit der Operation verbundene Risiken aufgeklärt zu werden (Weidenkaff 2013). Unterbleibt die ärztliche Aufklärung, handelt es sich bei einem Eingriff in die körperliche Integrität, der mit einer Operation notwendigerweise verbunden ist, um eine Körperverletzung, wodurch sich der Arzt strafbar macht. Nur in Fällen besonderer Dringlichkeit kann unter bestimmten Voraussetzungen die ärztliche Aufklärungspflicht eingeschränkt sein oder entfallen (BGH 2005, Spickhoff 2013).

Der Anspruch der Patienten, von einem Arzt aufgeklärt zu werden, bezieht sich aber nicht nur darauf, dass überhaupt eine Aufklärung stattfindet, sondern dass dies auch in einer für den jeweiligen Patienten verständlichen Form erfolgt. Daher darf der aufklärende Arzt weder einen mit medizinischen Fachausdrücken gespickten Vortrag halten noch einen Aufklärungsbogen überreichen, ohne die wesentlichen Aspekte des Eingriffs mit eigenen Worten zu erklären und gegebenenfalls Fragen des Patienten zu beantworten. Hier setzen multimediale Techniken an. Unter Verwendung verschiedener Medien sollen dem Patienten die wesentlichen Aspekte des bevorstehenden Eingriffs in verständlicher Weise präsentiert werden. Einzelne bisher dazu durchgeführte Untersuchungen weisen darauf hin, dass multimediale Aufklärungsverfahren die Patientenzufriedenheit und die Akzeptanz für einen Eingriff steigern können. Als Argument wird angeführt, dass Patienten in der Regel multimediale Instrumente so lange benutzen können, bis spezifische Fragen zum bevorstehenden Eingriff beantwortet sind. Für Ärzte soll der Einsatz multimedialer Verfahren mit Zeitersparnis und damit mehr Zeit für andere ärztliche Tätigkeiten verbunden sein (Klima et al. 2005). Aus rechtlicher Sicht können multimediale Techniken den Arzt jedoch bei Erfüllung seiner Aufklärungspflicht lediglich unterstützen, niemals aber ersetzen.

Untersuchungen zu den Wirkungen multimedialer Patientenaufklärung stehen unter dem Vorbehalt, dass Patienten meist nicht uninformatiert in ein Krankenhaus kommen, um eine Operation durchführen zu lassen. Regelmäßig geht einer Operation die Zuweisung durch einen Hausarzt oder Facharzt voraus, in deren Rahmen der Patient über den Grund und die erwünschten Wirkungen des Eingriffs wie denkbare Komplikationen bereits aufgeklärt wurde. Gerade bei Zuweisung durch einen Hausarzt ist davon auszugehen, dass sich dieser weit mehr Zeit für die Aufklärung des Patienten nehmen kann als dies im Krankenhausbetrieb der Fall ist. Entsprechend vorausgeklärte Patienten haben womöglich einen geringeren Aufklärungsbedarf als andere Patienten, sodass womöglich auch die Nachfrage nach multimedialen Aufklärungstechniken geringer ist. Für diese Annahme sprechen die Ergebnisse einer 2017 publizierten Studie zum Einfluss multimedialer Aufklärungstechniken auf die Patientenzufriedenheit, die durch webbasierte Aufklärungstools offenbar nicht beeinflusst wird (Brandel et al. 2017). Einbezogen in dieser Studie waren jedoch lediglich Patienten, bei denen schönheitschirurgische Operationen durchgeführt wurden. Bei derartigen medizinisch nicht zwingend erforderlichen Eingriffen ist davon auszugehen, dass Patienten sich zuvor ohnehin umfassend, mittlerweile meist im Internet, informieren.

39.2 Rechtsgrundlagen der Patientenaufklärung

39.2.1 Der „Informed Consent“

Patienten und Ärzte betrachten die Aufklärung über einen bevorstehenden Eingriff naturgemäß aus zwei völlig unterschiedlichen Blickwinkeln: Während sich der Patient davon womöglich erst eine Entscheidungsgrundlage darüber erhofft, ob er einen bestimmten Eingriff überhaupt durchführen lassen soll, oder zumindest eine zuverlässige Informationen über dessen erhofften positiven wie denkbaren negativen Auswirkungen zu erhalten, erfüllt der Arzt damit eine zentrale berufsrechtliche Pflicht. Diese ist seit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahre 2013 in § 630e BGB geregelt. Zentrales Ziel der Aufklärung ist es, den Patienten in die Lage zu versetzen, sein verfassungsrechtlich garantiertes Selbstbestimmungsrecht eigenverantwortlich wahrzunehmen (Spickhoff 2015). Dies erfordert eine Aufklärung über den Grund, die Art, die Durch-

39. Multimediale Kommunikation in der chirurgischen Patientenaufklärung

führung, die zu erwartenden Konsequenzen und vor allem auch die Risiken des Eingriffs. Die unterlassene Aufklärung über Risiken spielt in haftungsrechtlichen Auseinandersetzungen meist eine entscheidende Rolle. Nur der entsprechend informierte Patient ist rechtlich überhaupt einwilligungsfähig. Daher müssen die Begriffe der Aufklärung und der Einwilligung stets zusammen gedacht werden: Ist der Patient nicht ordnungsgemäß aufgeklärt, kann er nicht wirksam in eine medizinische Behandlung einwilligen. Dieser Zusammenhang zwischen Aufklärung und Einwilligung spiegelt sich im Begriff des „Informed Consent“, mit dem die Voraussetzungen der rechtlich gebotenen Aufklärung oft beschrieben werden. Der Arzt, der einen Eingriff vornimmt, ohne den Patienten zuvor ordnungsgemäß aufzuklären, verletzt damit nicht nur einen mit dem Patienten geschlossenen Behandlungsvertrag, sondern macht sich auch wegen Körperverletzung nach dem § 223 StGB strafbar.

39.2.2 Voraussetzungen einer wirksamen Aufklärung

Mit dem Patientenrechtegesetz des Jahres 2013 wurde die ärztliche Aufklärungspflicht erstmals umfassend gesetzlich geregelt. Die seitdem geltenden Vorschriften betreffen auch unmittelbar den Rahmen, in dem multimediale Patientenaufklärung überhaupt zulässig ist. Im Einzelnen fordert § 630e Abs. 2 BGB folgende Voraussetzungen für eine wirksame Aufklärung:

Person des Aufklärungsberechtigten

Die Aufklärung hat entweder durch den behandelnden Arzt selbst zu erfolgen oder durch eine Person, die nach ihrer Ausbildung über die notwendigen Voraussetzungen dafür verfügt, die jeweilige Maßnahme auch selbst durchzuführen. Bei Operationen ist das ausnahmslos ein Arzt. Die Aufklärungsverpflichtung beschränkt sich jedoch auf das eigene Fachgebiet, sodass gegebenenfalls mehrere Ärzte tätig werden müssen (Katzenmeier 2004: 34, 37). In der Praxis häufigstes Beispiele dafür ist bei einer bevorstehenden Operation die Aufklärung, sowohl durch den Chirurgen als auch durch den Anästhesisten, wenn für den Eingriff eine Narkose erforderlich ist. Der Patient ist daher meistens mit mindestens zwei Ärzten konfrontiert, die über unterschiedliche Aspekte des Eingriffs aufzuklären haben. Die Aufklärungspflicht ist eine persönliche Pflicht eines

Arztes. Wie einführend angesprochen, kann der Arzt eine Aufklärungsverpflichtung daher nicht dadurch *ersetzen*, dass er den Patienten multimediale Tools zur Verfügung stellt.

Ergänzende Beziehung von Unterlagen

Die Regelung des § 630e Abs. 2 BGB erlaubt es dem Arzt aber ausdrücklich, auf Unterlagen Bezug zu nehmen, „*die der Patient in Textform erhält*“. Der BGH geht in seiner bisherigen Rechtsprechung davon aus, dass es sich dabei um *schriftliche* Unterlagen handelt (BGH 2000). Diese Rechtsprechung betrifft insbesondere die im Krankenhausalltag weitverbreiteten Formulare und Merkblätter. Diese dürfen lediglich vorbereitend und unterstützend verwendet werden. Grund dafür ist einerseits, dass der Arzt verpflichtet ist, den Patienten individuell mit Bezug auf seinen konkreten Gesundheitszustand und die bei ihm gegebenen Risiken des Eingriffs aufzuklären. Die Zulässigkeit von Merkblättern und anderen Formularen als Hilfsmittel bei der ärztlichen Aufklärung ist aber auch dadurch begrenzt, dass der Arzt verpflichtet ist, sich davon zu überzeugen, dass der Patient die Aufklärung auch verstanden hat (Gödicke 2008: 352ff.)

Zulässigkeit des Einsatzes multimedialer Instrumente

Nach dem Wortlaut des Gesetzes wären multimediale Aufklärungsinstrumente zur Unterstützung des ärztlichen Aufklärungsgesprächs demnach unzulässig, da es sich dabei nicht um schriftliche Unterlagen handelt. Dennoch ist davon auszugehen, dass der Arzt sich entgegen des Wortlauts des Gesetzes auch multimedialer Instrumente bedienen darf. Dies ergibt sich daraus, dass dem Arzt grundsätzlich die Wahl der konkreten Art und Weise der Aufklärung obliegt (Rixen et al. 2003). Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber lediglich einzelne Aspekte der Aufklärung geregelt, um die Wahlfreiheit des Arztes hinsichtlich des geeigneten Aufklärungsverfahrens nicht unnötig zu begrenzen. Daher darf der Arzt auch multimediale Instrumente zur Aufklärung verwenden, soweit auch diese lediglich ergänzend zur mündlichen Aufklärung eingesetzt und mit dem Patienten ausführlich besprochen werden. Auch beim Einsatz multimedialer Instrumente muss sich der Arzt davon überzeugen, dass der Pati-

39. Multimediale Kommunikation in der chirurgischen Patientenaufklärung

ent deren auf den Eingriff bezogenen Aussagen verstanden hat. Ein Hinweis des Arztes wie „alles Nähere finden Sie im Internet“ ist auf jeden Fall unzulässig, selbst wenn der Patient erkennen lässt, dass er sich über allgemein zugängliche Quellen, insbesondere im Internet, bereits über den Eingriff informiert hat. In diesen – in der ärztlichen Praxis immer häufigeren – Fällen ist der Arzt verpflichtet festzustellen, ob der Patient allgemein zugängliche Informationen auch zutreffend verstanden und auf seine eigene Erkrankung bzw. den bevorstehenden Eingriff bezogen hat. Auch die Feststellung und gegebenenfalls Korrektur falscher Erwartungen und Vorstellungen des Patienten ist Teil der dem Arzt obliegenden Aufklärungspflicht.

Intensität der Aufklärung

Setzt der Arzt zur Unterstützung seiner Aufklärung multimediale Instrumente ein, muss er genau auf deren Inhalt und darauf achten, ob diese für den jeweiligen Patienten individuell geeignet ist. Dies ergibt sich aus dem Grundsatz, dass der Arzt den Inhalt der Aufklärung sowohl der Art des Eingriffs, als auch der Persönlichkeit des Patienten anpassen muss. So hat bei üblichen chirurgischen Eingriffen, für die eine medizinische Indikation besteht, die Aufklärung zwar wahrheitsgemäß und umfassend, aber möglichst *schonend* zu erfolgen. Dies bedeutet nicht, dass der Eingriff und dessen denkbaren Folgen verharmlost oder Risiken verschwiegen werden dürfen. Der Arzt darf jedoch bei einem medizinisch zwingend erforderlichen Eingriff auf die Folgen einer Verweigerung durch den Patienten Bedacht nehmen. Völlig anders verhält es sich bei medizinisch nicht zwingend erforderlichen und insbesondere Schönheitschirurgischen Eingriffen. Bei diesen hat der Arzt möglichst *schonungslos* aufzuklären und auch auf seltene Risiken ausführlich einzugehen (Spickhoff 2013).

Diese Grundsätze müssen daher ebenso auf zur Unterstützung der ärztlichen Aufklärung eingesetzte, multimediale Instrumente angewendet werden. Unzulässig, wenn auch aus Sicht eines Schönheitschirurgen womöglich naheliegend, wäre daher, dem Patienten eine verharmlosende Präsentation eines Schönheitschirurgischen Eingriffs zur Verfügung zu stellen, in der lediglich Beispiele für das Gelingen des Eingriffs, nicht aber solche für dessen Mislingen gezeigt werden. Ob in der kommerziell orientierten Schönheitschirurgie zu erwarten ist, dass Ärzte dem Patienten

beispielsweise durch entsprechende Filme verdeutlichen, wie er im Falle des Misslingens des Eingriffs aussehen könnte, ist freilich zu bezweifeln.

Rücksichtnahmepflichten bei der Aufklärung

Multimediale Techniken, die der Arzt zur Unterstützung der von ihm geschuldeten Aufklärung einsetzt, müssen daher auch die Inhalte präsentieren, über die der Arzt aufklären muss. Besondere Vorsicht beim Einsatz multimedialer Aufklärungsmethoden ist jedoch geboten, wenn der Patient aus medizinischen oder psychologischen Gründen kaum oder gar nicht belastbar ist. Wählt der Arzt, im Gespräch oder durch Einsatz bestimmter Aufklärungsmaterialien, eine besonders rücksichtslose Form der Aufklärung, bei der auch entfernt liegende Risiken in drastischer Weise dargestellt werden, um seine eigenen Haftungsrisiken zu minimieren, muss er Persönlichkeit und Zustand des Patienten beachten. Hier kann eine zu rücksichtslose Aufklärung schwere psychische und gesundheitliche Schäden beim Patienten verursachen und daher selbst eine Körperverletzung darstellen (Katzenmeier, Vogt 2014). Dies betrifft vor allem Informationen, die im konkreten Einzelfall zu einer erheblichen psychischen Belastung des Patienten führen können. Eine grundsätzliche Aufklärungspflicht des Arztes besteht auch in diesen Fällen; es ist jedoch darauf zu achten, dass eine besondere individuelle Empfindlichkeit des Patienten nicht dadurch konterkariert wird, dass multimediale Aufklärungsmaterialien ausführlich auf Sachverhalte eingehen, mit denen der Patient nach der pflichtgemäßen Entscheidung des Arztes nur eingeschränkt oder nur in besonders schonender Weise konfrontiert werden sollte. Allgemein hat der Arzt darauf zu achten, dass der Patient nicht mit zu weitgehendem, für die konkrete Aufklärung nicht erforderlichem, medizinischen Fachwissen „überfrachtet“ wird. Dies gilt naturgemäß auch für eingesetzte multimediale Aufklärungstechniken.

39.2.2 Durchführung einer wirksamen Aufklärung

Die Durchführung einer *verständlichen* Aufklärung gehört seit dem Patientenrechtegesetz 2013 nach § 630e Abs. 2 BGB ebenfalls zu den gesetzlichen Pflichten des Arztes. Dies bedeutet zunächst, dass der Arzt auf Verständnisschwierigkeiten des Patienten Rücksicht nehmen muss. Bei Patienten mit fehlenden oder zu geringen Kenntnissen der deutschen

39. Multimediale Kommunikation in der chirurgischen Patientenaufklärung

Sprache ist für eine wirksame Aufklärung zwingend ein Dolmetscher hinzuzuziehen. Dabei können ebenso Angehörige des Patienten oder Krankenhausmitarbeiter eingesetzt werden (KG 2009). Dieser Grundsatz gilt auch dann, wenn sich der Arzt schriftlicher oder multimedialer Mittel zur Unterstützung seiner Aufklärungstätigkeit bedient. Unzulässig wäre es daher, einen Patienten, der die deutsche Sprache erkennbar nicht ausreichend beherrscht, multimediale Aufklärungsinstrumente zu überlassen, soweit diese auch gesprochene Ausführungen enthalten. Der Einsatz ausschließlich von Bildern bzw. Instrumenten ohne sprachliche Ebene ist naturgemäß auch in diesen Fällen grundsätzlich zulässig.

Beachten muss der Arzt zudem, ob bei Patienten eine Beeinträchtigung des Hör- oder Sehvermögens vorliegt. Im Zweifel muss die Übermittlung von für die Aufklärung wesentlichen Inhalten in einer Weise erfolgen, die vom Patienten erfasst und verstanden werden kann. Dies kann bedeuten, dass bestimmte multimediale Aufklärungsinstrumente nicht eingesetzt werden können. Dies gilt auch dann, wenn der Patient offensichtlich nicht in der Lage ist, Geräte zur Vermittlung multimedialer Inhalte zu bedienen. Auch dies muss der Arzt prüfen, wenn er sich derartiger Instrumente bedienen will. Möchte der Arzt sämtliche gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich seiner Aufklärungspflicht einhalten, dürfte eine Zeitersparnis durch die Verwendung multimedialer Techniken zur Patientenaufklärung nur bei bestimmten Patienten, die beispielsweise in der Lage sein sollten, mit der zur Verfügung gestellten Technik umzugehen, gegeben sein.

39.3 Multimediale Aufklärungsmaterialien

39.3.1 Filmsequenzen

Das Vorspielen von Filmen, die den bevorstehenden Eingriff zeigen, eignet sich vor allem dann zur Unterstützung der ärztlichen Aufklärung, wenn Patienten der technische Ablauf einer Operation verdeutlicht werden soll. Bereits 2005 setzten Rossi et al. im Rahmen der ärztlichen Aufklärung vor einer Arthroskopie des Kniegelenks ein Video ein, das den Eingriff im Detail darstellte. Die im Film enthaltenen Informationen wurden dann im Aufklärungsgespräch besprochen (Rossi et al. 2005). Hoppe et al. verwendeten im Jahr 2015 ein sechsminütiges Video, ebenfalls zur Unterstützung der Aufklärung vor einer Kniearthroskopie. Ziel war auch

hier ein erleichtertes Verständnis des Eingriffs für die betroffenen Patienten (Hoppe et al. 2014). Da eine Kniegelenksarthroskopie meist auch ohne Vollnarkose in einer regionalen Betäubung durchgeführt werden kann, sieht der Patient in einem vorbereitenden Film das, was er, wenn er möchte, während seiner eigenen Operation zumindest teilweise auch wahrnehmen kann. Daher ist das Zeigen von Filmsequenzen vor allem dann sinnvoll, um den Patienten auf die Eindrücke vorzubereiten, die er während des Eingriffs selbst ebenfalls haben wird, wenn er sich nicht für eine Vollnarkose entscheidet.

39.3.2 Internetbasierte Aufklärungsinstrumente

Andere Ansätze zur multimedialen Aufklärung gehen wesentlich weiter und versuchen, den Patienten vor der Operation Kenntnisse der anatomischen, pathologischen und operationstechnischen Grundlagen des Eingriffs zu vermitteln. Dazu kommen vor allem webbasierte Instrumente in Betracht, die vollständig bereits vor dem ärztlichen Aufklärungsgespräch angeboten werden (Yin et al. 2015). Schon auf den ersten Blick wird aber deutlich, dass sich derartige Angebote nicht für alle Patienten und für alle Eingriffsarten eignen. Auch Yin et al. haben ihre Untersuchung zu internetbasierten Tools an Patienten durchgeführt, die sich einer Knieoperation unterzogen haben. Derartige Eingriffe mögen im Einzelnen mit erheblichen Schmerzen und auch häufigen Komplikationen verbunden sein, unterscheiden sich aber doch von Operationen mit potenziell lebensbedrohlichen Komplikationen oder einer lebensbedrohlichen Krankheit als Operationsindikation. Auch eine frühe deutsche Untersuchung zur multimedialen Patientenaufklärung bezog nur Patienten ein, die sich einer orthopädischen bzw. unfallchirurgischen Operation unterziehen mussten, sowie einer Bluttransfusion (Klima et al. 2005). Bei lebensbedrohlichen Eingriffen erscheint es dagegen fraglich, ob der Arzt nach dem oben erörterten Grundsatz der schonenden Aufklärung die Patienten einer umfassenden multimedialen Präsentation ihrer Erkrankung und der Einzelheiten der bevorstehenden Operation ohne weiteres aussetzen darf.

Die hier angesprochenen multimedialen Aufklärungsinstrumente unterscheiden sich insofern nicht von schriftlichen Aufklärungsmaterialien oder von Filmsequenzen, da sie ebenfalls auf einer unidirektionalen Wissensvermittlung beruhen. Erweitert wird lediglich die Dispositionsmöglichkeit des Patienten über eine Vielzahl von aufbereiteten Informationen

39. Multimediale Kommunikation in der chirurgischen Patientenaufklärung

bzw. die Art der verwendeten Medien. So bestand beispielsweise das von Yin et al. (2015) verwendete webbasierte Tool auf einer zwanzigminütigen Sequenz, die von den Untersuchern vorgegebene Inhalte enthielt. Konzeptionell besteht insofern kein Unterschied zur Präsentation von Filmsequenzen. Der Unterschied liegt lediglich in der Aufarbeitung des Materials, das dem Patienten vor der Operation zur Verfügung gestellt wird. Denkbar sind aber auch unidirektionale Tools, die dem Patienten eine individuelle Gewichtung für ihn relevanter Tools ermöglichen bzw. eine Konzentration auf Inhalte, die für ihn von besonderer Bedeutung sind.

39.3.3 Interaktive Aufklärungsinstrumente

Interaktiv sind Aufklärungstools dann, wenn der Patient Einfluss auf die Art der Wissensvermittlung oder zumindest deren Geschwindigkeit nehmen kann. So sind in diesem Sinne bereits Tools interaktiv, bei denen der Patient die Geschwindigkeit des vermittelten Wissens steuern oder die Wiederholung bestimmter Inhalte bewirken kann. Moderne Aufklärungswerkzeuge ermöglichen es dem Patienten, jederzeit auf die Form der Wissensvermittlung Einfluss zu nehmen. Dabei kann der Erfolg des Programms durch vom Patienten vor Fortsetzung der Präsentation zwingend zu beantwortende Kontrollfragen laufend überprüft werden. Diese Kontrollfragen können beispielsweise mehrere Optionen anbieten wie:

- ich habe verstanden;
- ich benötige zusätzliche Informationen;
- bitte wiederholen;
- ich benötige eine Erörterung durch einen Arzt.

Ein wesentlicher Vorteil im Vergleich zu Filmsequenzen oder nicht-interaktiven multimedialen Tools liegt darin, dass die Aufmerksamkeit des Patienten ständig gefordert ist. Darüber hinaus kann durch den Einsatz von virtuellen Welten und die zugehörige Immersion das Verständnis potentiell unterstützt und erleichtert werden. Solch eine virtuelle Lernumgebung wurde unter anderem von Kleinert et al. (2016) erstellt, um Lehrinhalte und Krankheitsbilder dem Medizinstudierenden interaktiv vermitteln zu können, ohne dass es infolge von Fehlentscheidungen/Einschätzungen des Studierenden zu einer Schädigung des Patienten kommt.

Die nachfolgenden Bildschirmausschnitte entstammen dem interaktiven Lernprogramm von Kleinert et al. (2016):



Abb. 39.1: Bildschirmausschnitte aus dem interaktiven Lernprogramm von Kleinert et al. 2016

Weitere Tools zur interaktiven Patientenaufklärung wurden beispielsweise von der Firma ACTO für Krankheitsbilder bzw. Behandlungsverfahren wie Glaukom, Katarakt, Excimerlaser (LASIK) oder intravitreale Injektionen entwickelt. Der Bildschirmdialog kann auch ausgedruckt werden, sodass Patienten die Aufklärungsinhalte nachlesen können. Die Tools können aber gerade auch für Patienten mit Augenkrankheiten, die krankheitsbedingt nicht oder nur eingeschränkt lesen können und über eine Operation zur Verbesserung der Lesefähigkeit aufgeklärt werden sollen, so gestaltet werden, dass die Informationsvermittlung durch Sprache oder durch der jeweiligen Lesefähigkeit entsprechende visuelle Instrumente erfolgt.

39.4 Bisherige Anwendungsbereiche (Beispiele)

39.4.1 Plastische Chirurgie

Untersuchungsanordnung

Brandel et al. haben in einer Untersuchung aus dem Jahr 2017 insgesamt 65 Patienten, die sich einer plastisch-chirurgischen Operation an der Brust oder anderer Abdomen unterzogen haben, mit einem webbasierten Tool umfangreiche Aufklärungsinhalte über spezifische Voraussetzungen und denkbare Risiken des Eingriffs sowie dessen Durchführung angeboten. Die insgesamt 65 einbezogenen Patienten wurden in unterschiedliche Gruppen eingeteilt, die entweder eine herkömmliche oder

39. Multimediale Kommunikation in der chirurgischen Patientenaufklärung

die webbasierte Aufklärung erhalten haben, wobei auch verschiedene Subgruppen gebildet wurden (Brandel et al. 2017).

Untersuchungsergebnis

Brandel et al. (2017) gelangten zu dem Ergebnis, dass die zusätzliche Aufklärung der Patienten keinen Einfluss auf ihre Zufriedenheit mit der präoperativen Aufklärung insgesamt bewirkte. Dieses Ergebnis war unabhängig von der Vertrautheit der Patienten mit modernen Technologien bzw. ihrer spezifischen Erfahrung mit webbasierten Tools. Auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bildungsschicht beeinflusste das Ergebnis nicht.

Bewertung

Grund für die Ergebnisse mag zunächst sein, dass die in die Untersuchung einbezogenen Patienten ohnehin umfassend aufgeklärt wurden, sodass nach der herkömmlichen Aufklärung kein weiterer Aufklärungsbedarf verblieb. Eine wesentliche Rolle dürfte aber auch die Art der in die Untersuchung einbezogenen Operationen sein. Die Patienten unterzogen sich entweder einer Vergrößerung oder Rekonstruktion der Brust oder einer Abdominalplastik. Derartige Eingriffe sind in aller Regel nicht medizinisch indiziert und daher auch nicht notwendig, um einen physiologischen Krankheitszustand zu behandeln. Daher liegt die Entscheidung für eine derartige Operation alleine beim Patienten, der sich in aller Regel schon im Vorfeld der Entscheidung umfassend über den Eingriff und die denkbaren Risiken informiert, sodass der Aufklärungsbedarf geringer ist als bei medizinisch indizierten Eingriffen. Dabei wird nicht übersehen, dass die Unzufriedenheit mit dem eigenen ästhetischen Erscheinungsbild häufig zur psychologischen Belastung für den Patienten wird. Meist ziehen sich die Entscheidungsprozesse aber über einen langen Zeitraum, in denen sich Patienten über alle Vor- und Nachteile des Eingriffs informieren. Daher erscheint es nachvollziehbar, dass den meist umfassend vorinformierten Patienten durch ein webbasiertes Aufklärungstool keine Verbesserung der Aufklärung geboten werden kann.

39.4.2 Cholezystektomie

Untersuchungsgegenstand

Bei der Cholezystektomie handelt es sich um die operative Entfernung der Gallenblase. Diese ist dann indiziert, wenn Gallensteine in der Gallenblase selbst oder nach dem Abgang eines Steins im Gallengang über längere Zeit Beschwerden verursachen, die sich vor allem durch Schmerzen im rechten Oberbauch, Koliken oder auch, nach einer Perforation der Gallenblase, ein akutes Abdomen äußern. Bis auf den letztgenannten Fall erfolgt die Operation geplant, sodass sich betroffene Patienten darauf vorbereiten können. In den meisten Fällen wird eine laparoskopische Entfernung der Gallenblase vorgenommen, sodass eine Eröffnung der gesamten Bauchdecke nicht erforderlich ist. Die Operation ist eine der am häufigsten an Erwachsenen vorgenommenen chirurgischen Eingriffe und daher aus Sicht des Chirurgen Routine. Die Komplikationsrate ist sehr gering (McMahon et al. 2000).

Untersuchungsanordnung

Bollschweiler et al. (2008) untersuchten an 76 in ihrer Studie einbezogenen Patienten, die sich einer geplanten laparoskopischen Cholezystektomie unterzogen, den Einfluss eines multimedialen Aufklärungsinstruments auf die Vermittlung der auf den Eingriff bezogenen Aufklärungsinhalte. Die Patienten wurden in Gruppen geteilt, von denen eine herkömmliche Aufklärung durch schriftliche Informationsmaterialien und ein Gespräch mit einem Arzt erhielten, während in der anderen Gruppe zusätzlich ein multimediales Informationsprogramm in die Aufklärung einbezogen wurde. Das Tool beinhaltete eine Reihe von Kapiteln, die auf die Ursachen der Erkrankung, alternative Behandlungsmethoden und eine Beschreibung des Eingriffs selbst Bezug nahmen. Auch auf die Zeit nach dem Eingriff und notwendige Nachsorgemaßnahmen wurde eingegangen. Der Aufbau des Tools sah eine schrittweise Steigerung der Komplexität der Inhalte, dargestellt vor allem mit Bildern, vor. Die Patienten konnten einzelne Kapitel und Unterkapitel gezielt wählen und auch mehrfach betrachten. Forensisch relevante Inhalte wie die Aufklärung über die Risiken des Eingriffs und bestehende Alternativen mussten zwingend zur Kenntnis genommen werden.

39. Multimediale Kommunikation in der chirurgischen Patientenaufklärung

**Informationen über Ihre Operation
der Gallenblase**

Universität Köln, April 2008

Ziel dieses Programms

Ziel des vorliegenden Programms ist :

- ▶ Sie über die anstehende Operation aufzuklären und zu informieren
- ▶ Ihnen Ihre Ängste vor der Operation zu nehmen
- ▶ Sie als Patienten aktiv in die Vorbereitung der Operation einzubeziehen

Funktionsweise des Programms
Folgendes sollten Sie über die Bedienung des Programms wissen:

Symbol	Aktion
	Zur nächsten Seite
	Zur vorherigen Seite
	Zur Kapitelübersicht

Wenn Sie den Mauszeiger auf eines der Symbole am unteren Bildschirmrand bewegen und die linke Maustaste drücken, können Sie verschiedene Sonderaktionen starten.

Inhaltsverzeichnis
Sie werden in insgesamt vier Kapiteln über die Operation informiert

- 1) Warum Sie operiert werden müssen
- 2) Was vor der Operation passiert
- 3) Wie die Operation abläuft
- 4) Was nach der Operation zu beachten ist

Beginn Kapitel 1
Im ersten Kapitel wird Ihnen die Gallensteinerkrankung erläutert und erklärt, warum die Gallenblase herausgenommen werden muss.

- 1) Warum Sie operiert werden müssen
 - Was sind Gallensteine?
 - Wie entsteht die Erkrankung?
 - Verschiedene Behandlungsverfahren
 - Risiken bei Nichtbehandlung
- 2) Was vor der Operation passiert
- 3) Wie die Operation abläuft
- 4) Was nach der Operation zu beachten ist

Entstehung von Gallensteinen
Härtet die Gallenflüssigkeit aus, entstehen Gallensteine

Die Gallenflüssigkeit wird in der Leber gebildet. Von dort fließt sie in die Gallenblase und wird dort zwischengespeichert. Bei Bedarf – z.B. beim Essen – wird die Gallenflüssigkeit zusammen mit dem Saft der Bauchspeicheldrüse in den Zwölffingerdarm abgegeben.

Härtet die Gallenflüssigkeit aus, zum Beispiel aufgrund falscher Ernährung, hormoneller Faktoren oder falscher Zusammensetzung der Gallenflüssigkeit, bilden sich Gallensteine. Diese können mitunter Schmerzen und Krankheiten verursachen, die behandelt werden müssen.

Entstehung und Aufgabe von Gallenflüssigkeit
Die Gallenblase speichert die in der Leber gebildete Gallenflüssigkeit, welche eine wichtige Rolle bei der Verdauung spielt.

Gallenflüssigkeit wird zum Verdauen von Fetten und zur Ausscheidung giftiger Substanzen benötigt. Die Gallenflüssigkeit, hier im Beispiel blau dargestellt, wird in den Gallengängen der Leber gebildet. Von dort aus fließt sie über das Gallengangsystem ab und wird in der Gallenblase zwischengespeichert. Es ist wichtig, dass dieser Weg nie behindert wird, da sonst die Leber ihre Funktion, den Körper zu entgiften, nicht wahrnehmen kann.

Der Weg der Galle
Die Gallenblase ist auf Röntgenaufnahmen erkennbar

In den Videos links wird noch einmal der Weg der Gallenflüssigkeit dargestellt, oben anhand eines Röntgenbildes, unten schematisch. Die beiden Videos stellen aber den gleichen Sachverhalt dar.

Hier bekommen Sie einen Eindruck davon, wie der Arzt die Gallenblase bildlich darstellt und beurteilen kann (oberes Bild).

Abb. 39.2: Bildschirmausschnitte aus dem multimedialen Informationsprogramm von Bollschweiler et al. 2008

Untersuchungsergebnisse

Bezogen auf den Eckpunkt der Patientenzufriedenheit, der mit verschiedenen Messinstrumenten erhoben wurde, bestehen keine wesentlichen Unterschiede zwischen Patienten, die ohne bzw. mithilfe des multimedialen Tools aufgeklärt wurden. 82% der herkömmlich aufgeklärten und 83% der mithilfe des Tools aufgeklärten Patienten zeigten sich mit der Aufklärung insgesamt zufrieden. Unterschiede zeigen sich jedoch bei der Bildung von Subgruppen. Insbesondere Patienten, die nur über die Pflichtschulausbildung verfügten, profitierten von der zusätzlichen multimedialen Aufklärung. Unabhängig von der Bildung fühlten sich Patienten nach Einsatz des Tools insgesamt signifikant besser über den Eingriff informiert; nicht jedoch spezifisch über dessen Risiken. Die Autoren schließen daraus wohl zu Recht, dass die aufklärenden Ärzte auch bei der Standardprozedur auf den Bildungsstand der Patienten eingehen (Bollschweiler et al. 2008: 208). Die Autoren untersuchten darüber hinaus den Einfluss des zusätzlichen multimedialen Aufklärungstools auf die präoperative Angst der Patienten. Insgesamt zeigte sich hier kein signifikanter Unterschied in den beiden Vergleichsgruppen. Zu beobachten war jedoch die allerdings nicht signifikante Tendenz, dass Frauen nach Kenntnisnahme des multimedialen Tools etwas weniger kognitive Angst vor dem Eingriff zeigten. Bei Männern war ein derartiger Effekt nicht zu beobachten (Bollschweiler et al. 2008: 209).

Bewertung

Bei der Beurteilung der Studienergebnisse ist zu beachten, dass ausschließlich subjektive Parameter bewertet wurden. Denkbar wäre demgegenüber auch die Untersuchung objektiver Eckpunkte wie etwa der Komplikationsrate oder der Verweildauer im Krankenhaus, wofür sich jedoch eher komplexere Eingriffe anbieten. Die Wirkung des multimedialen Tools wurde nach dem gewählten Untersuchungsansatz mit dem Effekt der herkömmlichen Aufklärung in Bezug gesetzt, sodass deren Qualität, die insgesamt als sehr hoch erhoben wurde, maßgeblich dafür ist, dass das multimediale Tool insgesamt nicht zu einer signifikanten Verbesserung der Aufklärungsqualität führen konnte. Dies zeigt etwa die Untersuchung von Stergiopoulou et al. (2006), die ebenfalls den Einfluss eines multimedialen Tools auf die Qualität der präoperativen Aufklärung vor einer laparoskopischen Cholezystektomie untersuchten. Als Eckpunkte wurden

39. Multimediale Kommunikation in der chirurgischen Patientenaufklärung

hier die präoperative Angst und der postoperative Schmerz herangezogen. Im Ergebnis gelangten die Autoren, anders als Bollschweiler et al., zu dem Ergebnis, dass ein präoperatives multimediales Aufklärungsinstrument auf beide untersuchte Faktoren einen signifikanten Einfluss ausübt, was insbesondere mit der unzureichenden herkömmlichen Aufklärung begründet wurde (Stergiopoulou et al. 2006). Daraus lässt sich schließen, dass der positive Effekt eines multimedialen Tools bei der Patientenaufklärung umso höher ist, je unzureichender die herkömmliche Aufklärung durchgeführt wird.

Eine Verfälschung der Ergebnisse von Bollschweiler et al. (2008) besteht möglicherweise insofern, dass die Aufklärung im Rahmen der durchgeführten Untersuchung besonders sorgfältig erfolgt ist, sodass die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf die Praxis fraglich erscheint. Allerdings ist davon auszugehen, dass auch die Qualität der Vermittlung von Aufklärungsinhalten durch multimediale Tools in der Praxis mit dem Engagement der damit betrauten Ärzte korreliert. Zwar werden mehr oder minder selbsterklärende Tools angeboten. Ob die Patienten diese tatsächlich in der vorgesehenen Weise verwenden, ist jedoch ohne ständige Überwachung schwer zu beurteilen. Sowohl mit als auch ohne Einsatz eines multimedialen Aufklärungsinstruments ist der Aufklärungserfolg daher wohl entscheidend vom Einsatz des damit betrauten ärztlichen Personals abhängig.

Wie die Studie von Bollschweiler et al. zeigt, ist eine engagierte, auf das jeweilige Verständnis des Patienten abgestimmte, herkömmliche Aufklärung in der Lage, den Aufklärungsbedarf der Patienten weitgehend zu erfüllen, sodass insofern eine Verbesserung durch multimediale Tools kaum noch möglich ist. Die häufig als Grund für die Notwendigkeit des Einsatzes multimedialer Instrumente genannte Überforderung von Ärzten mit der rechtlich gebotenen Aufklärung angesichts einer Fülle anderer (ebenfalls gebotener) Aufgaben kann aber auch bewirken, dass multimediale Tools nicht so umfassend erklärt werden bzw. ihr Einsatz nicht hinreichend beobachtet wird, sodass das durch diese Tools grundsätzlich gegebene Verbesserungspotenzial der ärztlichen Aufklärung nicht ausgeschöpft werden kann.

39.4.3 Weitere Beispiele

Chirurgie der Nasennebenhöhlen

Einen von den bisher vorgestellten Studien abweichenden Untersuchungsansatz wählten Siu et al. (2016). Den 50 in die Studie einbezogenen Patienten, die sich einer Nasennebenhöhlenoperation unterzogen, wurde eine interaktive Präsentation von sechs Minuten Dauer über den Eingriff und insbesondere auch die damit verbundenen Risiken gezeigt. In einer Vergleichsgruppe wurden Patienten in herkömmlicher Weise, schriftlich und durch ein ärztliches Gespräch, aufgeklärt. Der Effekt des multimedialen Tools wurde dadurch gemessen, dass die Patienten unmittelbar nach dessen Präsentation sowie in einer zweiten Erhebung nach 3 bis 4 Wochen gefragt wurden, welche Risiken des Eingriffs sie sich gemerkt hatten. Im Ergebnis bestand ein signifikanter Unterschied im Hinblick auf die unmittelbar nach Präsentation des Tools von den Patienten erinnerten Risiken; nicht jedoch im Hinblick auf die spätere Befragung. Daraus lässt sich folgern, dass die Präsentation eines derartigen Tools unmittelbar vor Erteilung der Zustimmung zur Operation die Qualität des „Informed Consent“ steigert, ohne ein nachhaltiges Verständnis für die Risiken des Eingriffs zu bewirken. Als Zusatzergebnis haben die Autoren erhoben, dass 68% der einbezogenen Patienten sich für die Integration eines multimedialen Tools in die Patientenaufklärung ausgesprochen haben (Siu et al. 2016).

Prostatektomie

Patienten, die sich einer radikalen Entfernung der Prostata unterziehen mussten, wurde in einer Untersuchung von Huber et al. (2013) zusätzlich zur herkömmlichen Aufklärung ein Multimedia-Tool angeboten. Dessen Effekte wurden anhand unterschiedlicher Eckpunkte gemessen. Zunächst wurde die Patientenzufriedenheit erhoben, die in der Gruppe von mithilfe des Tools aufgeklärter Patienten mit 69% im Vergleich zu 52% deutlich höher war (Huber et al. 2013). Einen Einfluss auf die Dauer der in der Folge geführten ärztlichen Aufklärungsgespräche hatte das multimediale Tool nicht. Dieses beeinflusste auch nicht die Erinnerung an die einzelnen, in der multimedialen Präsentation angesprochenen Risiken. Dennoch war das insgesamt vermittelte Wissen über den Eingriff bei den Patienten, die mithilfe des Tools aufgeklärt worden waren, höher. Kein

39. Multimediale Kommunikation in der chirurgischen Patientenaufklärung

Unterschied bestand dagegen im Hinblick auf die Angst vor dem Eingriff oder die Entscheidungsbereitschaft der Patienten. Unabhängig von diesen Ergebnissen wurde das Instrument positiv beurteilt; 74% der Patienten, die es im Rahmen der Aufklärung benutzt hatten, gingen davon aus, dass ihre Aufklärung besser war als die herkömmliche Aufklärung. Anzumerken ist zu dieser Untersuchung, dass sie sich auf eine Operation bezieht, der in der Regel ein sehr ernsthaftes Krankheitsbild zugrunde liegt.

Schulterchirurgie

Hoppe et al. (2014) führten eine Untersuchung mit 40 Patienten, die sich einer Schulterarthroskopie unterziehen mussten, durch. Dabei handelt es sich um einen häufigen, jedoch nicht lebensnotwendigen Eingriff. Einem Teil der Patienten wurde ein zehnminütiges Video präsentiert, das auch die Durchführung der Operation und die denkbaren Risiken sowie die Folgen des Eingriffs darstellte. Die Patienten, die das Aufklärungsvideo gesehen hatten, gingen insgesamt von einem besseren Aufklärungsergebnis aus; hinsichtlich der Zufriedenheit der Patienten zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede. Die Zufriedenheit der Patienten wurde mit einem von den Autoren entwickelten Fragebogen gemessen. Die Autoren empfehlen ein Aufklärungstool zusätzlich zur herkömmlichen Aufklärung, weisen jedoch – in grundsätzlicher Übereinstimmung mit sämtlichen anderen Autoren sowie der Rechtslage – darauf hin, dass die Aufklärung der Patienten selbst dadurch nicht ersetzt werden kann.

39.5 Wesentliche Ergebnisse

Der Überblick über Einsatzgebiete multimedialer Patientenaufklärung und die dazu durchgeführten Untersuchungen dokumentiert, dass das Thema seit einigen Jahren von einer gewissen wissenschaftlichen Relevanz ist. Die einzelnen Untersuchungen sind jedoch untereinander teils schwer zu vergleichen, da unterschiedliche Messinstrumente verwendet und insbesondere verschiedene Eckpunkte definiert werden. Eine Übereinstimmung dahingehend, dass multimediale Tools den Informationsstand und die Zufriedenheit der Patienten steigern oder die Angst vor einem Eingriff verringern, besteht trotz einzelner Ergebnisse, die darauf

hindeuten, nicht. Insgesamt lässt sich jedoch die Tendenz erkennen, dass multimediale Tools die Zufriedenheit der Patienten eher steigern, was aber auch an der besonderen Aufmerksamkeit liegen mag, die Patienten im Rahmen klinischer Untersuchungen erfahren haben. Wenn auch insofern keine eindeutigen Untersuchungsergebnisse vorliegen, ist dennoch davon auszugehen, dass besonders jüngere Patienten, die Erfahrungen mit multimedialen Werkzeugen bzw. der Nutzung des Internets haben, auf derartige Tools ansprechen. Unterschiede hinsichtlich des Bildungsstands sollen den Effekt der Tools nach einzelnen Untersuchungen beeinflussen. Bollschweiler et al. (2008) weisen jedoch wohl zu Recht darauf hin, dass das Ergebnis der ärztlichen Aufklärung mit wie ohne multimediales Tool insbesondere vom Engagement und der Empathie des durchführenden Arztes abhängt. Besonders letztgenannter Aspekt dürfte auch eine wesentliche Rolle in der Eignung der ärztlichen Aufklärung insgesamt spielen, präoperativen Ängsten entgegenzuwirken. Abhängig dürfte der Effekt multimedialer Aufklärungstools auch von der Art des Eingriffs bzw. der zugrundeliegenden Gesundheitsbeeinträchtigung sein. So liegt es auf der Hand, dass zusätzliche Aufklärungsinstrumente bei Patienten, die sich einer Schönheitschirurgischen Maßnahme unterziehen, wenig effektiv sein dürften, da die betreffenden Patienten regelmäßig bereits vor der Entscheidung für den Eingriff umfassende Informationen, oft auch im Internet, einholen.

39.6 CAVE

- Die ärztliche Aufklärung ist eine gesetzliche Verpflichtung, die nicht durch Aufklärungstools ersetzt werden kann.
- Die Aufklärung muss daher vom Arzt persönlich vorgenommen werden. Dabei darf er sich multimedialer Tools zur Vorbereitung des Aufklärungsgesprächs bedienen.
- Es erscheint jedoch fraglich, ob damit in der Praxis eine wesentliche Zeitersparnis verbunden ist, da die im Rahmen einer ordnungsgemäßen Aufklärung geschuldete Besprechung der Inhalte der Tools ebenfalls einen oft hohen Zeitaufwand erfordert, falls der Patient dies wünscht.

39. Multimediale Kommunikation in der chirurgischen Patientenaufklärung

- Auszugehen ist davon, dass multimediale Aufklärungstools die Zufriedenheit der Patienten mit dem Aufklärungsvorgang insgesamt steigern, wenn auch nicht alle Autoren zu diesem Ergebnis gelangen.
- Insgesamt kann die Verwendung multimedialer Aufklärungsinstrumente als sinnvolle Ergänzung zum herkömmlichen Aufklärungsvorgang verstanden werden, nicht jedoch als dessen auch nur teilweiser Ersatz.

40 Probleme und Methoden der Evaluation

Armin Koerfer, Christian Albus

40.1	Evaluation kommunikativer Kompetenz	1793
40.1.1	Komplexe Lernprozesse	
40.1.2	Spezifische Evaluationsinstrumente	
40.1.3	Das Normativitätsproblem: Goldstandards	
40.1.4	Das Passungsproblem: Was „zählen“ soll	
40.2	Gegenstand und Methoden der Evaluation	1816
40.2.1	Komparative Gesprächsanalysen	
40.2.2	Formal-dialogische Gesprächsanalysen	
40.2.3	Multidimensionale Gesprächsanalysen	
40.2.4	Funktionsanalysen von Gesprächsphasen	
40.2.5	Multimethodale Einzelfallanalysen	
40.2.6	Evaluationsmethoden im Prä-post-Design	
40.3	Kompetenzentwicklung in Lernstadien	1850
40.3.1	Millers Lernpyramide als Säulenmodell	
40.3.2	Lernlevels und Lernkurven	
40.3.3	Das Beobachtungsparadox in Prüfungen	
40.3.4	Resümee	
40.4	Weiterführende Hinweise	1865

Die “Realist Evaluation” ist eine Art Prozessevaluation, welche folgende Frage beantworten soll: was funktioniert für wen, unter welchen Umständen, inwiefern, in welchem Ausmaß und warum?

Thistlethwaite 2016: 11

Abstract: Nachdem in den vorausgegangenen Teilen des Lehrbuchs Schwerpunkte zur Theorie, Didaktik und Praxis der ärztlichen Gesprächsführung gesetzt wurden, sollen in den nachfolgenden Beiträgen Probleme, Methoden und Ergebnisse zur Evaluation behandelt werden (§ 40-43). In einem ersten Schritt (§ 40.1) beginnen wir mit dem Prob-

lem des komplexen Lernens, das als „Black Box“ beschrieben wurde, die offenbar keine direkten Schlüsse zwischen Input und Output erlaubt. Weitere methodische Fragen der Evaluation ergeben sich bei der Entwicklung und Anwendung von Evaluationsinstrumenten, die spezifischen Kodier-, Normativitäts- und Passungsproblemen Rechnung tragen müssen. In einem zweiten Schritt (§ 40.2) soll der methodische Ansatz von komparativen Gesprächsanalysen beschrieben werden, die ihren Ausgang zunächst von kleineren Gesprächseinheiten (Sequenzen) nehmen können, bevor sie zum Vergleich von größeren Gesprächsphasen und schließlich von (Gruppen von) ganzen Gesprächen (im Präpost-Design) fortschreiten. Dabei können quantitative und qualitative Analyseverfahren produktiv integriert werden, wenn etwa die Analyse der Dialogrollenstruktur mit der Narrationsanalyse kombiniert und das „Reden am Stück“ als Patientenerzählung analysiert wird. In einem dritten Schritt (§ 40.3) soll die Entwicklung von kommunikativen Kompetenzen in Lernstadien differenziert werden, in denen sich bei aller Individualität des Lernens für individuelle Lerner typische Lernkurven ergeben, die beim Gruppenlernen entsprechend differenziert zu berücksichtigen sind. Abschließend soll auf das allgemeine Evaluationsproblem eingegangen werden, dass die Prüfung kommunikativer Kompetenzen prinzipiell dem Beobachterparadoxon unterliegt, bei dem mit „Verzerrungen“ eines „demonstrierten“ Gesprächsverhaltens zu rechnen ist.

40.1 Evaluation kommunikativer Kompetenzen

Trotz aller Fortschritte bei der Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation, die durch die unterschiedlichsten Aus- und Fortbildungsmaßnahmen verbessert werden soll, kann keineswegs von dem einen Goldstandard ausgegangen werden, dem alle Detailuntersuchungen zu folgen bereit wären.¹ Vielmehr ist weiterhin von konkurrierenden Stan-

¹ Diesen Mangel beklagen Del Piccolo, Finset (2012) schon im Titel ihrer Einführung (editorial) zur nonverbalen Kommunikation („Assessment of nonverbal communication in clinical encounters: many methodological approaches, but no gold standard“). Für Überblicksartikel sei auf die vorausgehend (§ 2, 3, 8, 26) angeführte umfangreiche Literatur verwiesen, von der hier nochmal exemplarisch die Arbeiten von Uitterhoeve et al. (2010), Dwamena et al. (2012), Moore et al. 2013, Légaré et al. (2014), Zill et al. (2014), Hauser et al. (2015) genannt seien, die teils Studien auch zu spezi-

dards (Pl.) auszugehen, die sich auf unterschiedliche Theorien und Modelle der Arzt-Patient-Kommunikation mit einem entsprechenden Evaluationsvokabular beziehen, das mehr oder weniger normative Vorgaben macht (§ 2.5). Diese normativen Prämissen kommen mehr oder weniger reflektiert auch in Kodier- und Ratingsystemen zur Geltung, in denen die Entwicklung der kommunikative Kompetenz am beobachtbaren Gesprächsverhalten der Lernenden evaluiert werden soll. Wie immer die „Ergebnisse“ im Detail auch ausfallen, entzieht sich der *komplexe Lernprozess* selbst der reflexiven Evaluation, bei der Zusammenhänge von Input und Output oft nur vage unterstellt werden können.

40.1.1 Komplexe Lernprozesse

Obwohl sich die normative Orientierung an Theorien und Modellen in der didaktischen Vermittlung bis in die Gesprächsmanuale mit Ankerbeispielen niederschlägt, sind dennoch keine einheitlichen Ergebnisse auf der Ebene der Veränderung konkreten Gesprächsverhaltens zu erwarten. Offensichtlich können die Lernenden von Aus- und Fortbildungsmaßnahmen unterschiedlich profitieren, zumal sie schon auf unterschiedlichem Lernniveau beginnen (§ 40.3). In einem aktuellen Beitrag zu diesem Thema stellt Thistlethwaite (2016) zunächst fünf C-Begriffe in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung zur Evaluation (*Collaboration, Cooperation, Communication, Contact, Competencies*) und beschreibt dann den komplexen Lernprozess als eine „Black Box“ (Box 40.1), bei der es bei scheinbar vergleichbaren *Inputs* zu unterschiedlichen *Outputs* kommen kann.

Box 40.1 Die „Black Box“: Fragen und Probleme der Evaluation

Die Evaluation von Resultaten geht davon aus, dass zwischen Input und Output ein kausaler Zusammenhang besteht. Der Raum zwischen Input und Output wurde als „Black Box“ (...) bezeichnet und so ist bei quantitativen Ansätzen nur selten erkennbar, was in dieser Box vorgeht. Warum entwickeln manche Studierenden die Fähigkeit zur Zusammenarbeit und andere nicht, obwohl die curriculare Intervention dieselbe war? Wie stellen Dozierende sicher, dass alle Studierenden am Ende von klini-

fischen weitergehenden Effekten (Zufriedenheit, Adhärenz, Gesundheit usw.) berücksichtigen. Siehe auch (§ 40.4) unter „Weiterführende Hinweise“.

schen Programmen, die je nach Ort, Wahrnehmung, Dauer, zeitlicher Planung und Zugang zu Patienten verschiedene Erfahrungen hinterlassen, dieselben definierten Lernziele erreichen? Darüber hinaus sind Initiativen zur Ausbildung von Gesundheitsexperten so komplex, dass sie nur selten binär auswertbar sind: sie sind weder „effektiv“ noch „ineffektiv“ und die Studierenden sind nur selten entweder „in der Lage“ oder „nicht in der Lage“, komplexe Aufgaben auszuführen, selbst, wenn wir definieren können, wie diese Befähigung aussieht.

Thistlethwaite 2016: 8

Zentral ist hier die von Thistlethwaite gestellte Frage, wie „sicher gestellt“ werden kann, dass die Lernenden „dieselben definierten Lernziele erreichen“. Möglichweise können eben nicht immer alle Lernziele gleichermaßen vermittelt und erreicht werden, sondern es ist wie in anderen Lernkontexten auch von einer Lernzieldifferenzierung in einem Lernprozess auszugehen, den die individuell Lernenden mit unterschiedlichen Lernniveaus beginnen und mit unterschiedlichen Lernergebnissen beenden (§ 40.3). Darüber hinaus sind bei der Evaluation zugleich verschiedene Schwierigkeitsgrade zu berücksichtigen. Während etwa die Gesprächseröffnung von allen Lerngruppenmitgliedern im Gesprächskontakt mit realen oder simulierten Patienten bald (gleichermaßen gut) „beherrscht“ werden können, „streuen“ die Lernerfolge etwa bei der *empathischen* Kommunikation erheblich.

So machen wir auch in unseren Prüfungen nach dem OSCE-Verfahren (§ 13, 41) regelmäßig die Erfahrung, dass die Studierenden bei den Gesprächseröffnungen und –abschlüssen fast immer die volle Punktzahl (nach unserem „Kölner Evaluationsbogen Kommunikation“ (KEK), s. Anhang § 44.2) erhalten, während die empathische Kommunikation (§ 20) oder die Vervollständigung der Anamnese („Detailexploration“) (§ 21) mehr oder weniger zu wünschen übrig lässt.

Dabei kann nicht nur unter *inhaltlichen* und *didaktisch-methodischen* Aspekten (§ 13, 14) von einem annähernd gleichen Input ausgegangen werden, sondern auch unter einem „personellen“ Aspekt, da einige unserer Dozentinnen bis zu vier Kurse pro Semester geben. Aber auch bei dieser „Personalunion“ ist mit „heterogenen“ Lernerfolgen zu rechnen, die unter anderem schon auf ein unterschiedliches Ausgangsniveau etwa bei der *empathischen* Kommunikation schließen lassen, die eben auch nicht so einfach zu lehren und zu lernen ist wie die Gesprächseröffnungen und –abschlüsse oder das ärztliche (aktive) Zuhören oder Fragen.

So wie manche Lernziele komplexer sind, erweist sich auch die Evaluation unter Umständen als schwieriger, weil sich die *empathische* Kommunikation (§ 20) weniger stringent operationalisieren lässt als etwa das *Aktive Zuhören* (§ 19), das durch *Paraphrasen* oder einfache *Wortwiederholungen* gekennzeichnet ist, die sich gegebenenfalls auch ebenso einfach „auszählen“ lassen wie bestimmte Typen von Hörsignalen (hm, ja), die insgesamt für eine „gute“ Zuhörkompetenz zu „sprechen“ scheinen. Wie wir aber schon gesehen haben, kann nicht nur die „Vielzahl“ von Höreraktivitäten, sondern auch die „Einzahl“ von guten Interventionen „zählen“, wie etwa eine *Schlüsselintervention* in einem bestimmten Gesprächskontext (§ 20, 21). Hier spielt die traditionelle Unterscheidung von *quantitativen* und *qualitativen* Methoden bei der Gesprächsanalyse und Evaluation eine Rolle, die nachfolgend erörtert werden soll, bevor wir auf weitere Perspektiven der Kompetenzentwicklung beim individuellen und differenzierten Lernen zurückkommen.

40.1.2 Spezifische Evaluationsinstrumente

Nach anfänglichen Kontroversen, in denen quantitative und qualitative Methoden noch als strikte Alternativen diskutiert wurden, wird inzwischen auch in der Forschung zur Art-Patient-Kommunikation eine Vermittlung der Methoden propagiert und praktiziert (Ehlich 1982, Inui, Carter 1985, Skelton, Hobbs 1999, Roter, Hall 2006, Heritage, Maynard 2006, Britten 2011, Salmon 2013). Bevor wir in den komparativen Gesprächsanalysen eine Integration von quantitativen und qualitativen Ansätzen aufzeigen, sollen auch die methodischen Probleme erörtert werden, wie sie etablierten Evaluationsinstrumenten gemeinsam sind.

Vielfalt von Kodier- und Ratingsystemen

In den letzten Jahrzehnten ist eine Reihe von Kodier- bzw. Ratingsystemen entwickelt worden, die vielfältigen Entwicklungen und Anwendungen unterzogen wurden (hier seien exemplarisch die Kürzel folgender Evaluationsinstrumente genannt: VRM, RIAS, MIPS, VR-CoDES, CASES, Calgary-Cambridge Guide, SPIKES, NURSE, SEGUE, CoMeD-OSCE, ComON Check usw.). Viele dieser Evaluationsinstrumente erheben einen allgemeinen Anwendungsanspruch, andere sind von vornherein auf bestimmte Gegenstandsbereiche (wie *Emotionen*, *Empathie*, *SDM*) bzw. Handlungsbereiche (*Onkologie*) zugeschnitten (z.B. MIPS, VR-

CoDES, SPIKES, NURSE, DEEP-SDM, OPTION). Auf die häufig auch in anderen Instrumenten übernommenen NURSE-Kategorien (Pollak et al. 2007, Walczak et al. 2018) waren wir vorausgehend (§ 20.4) schon im Abgleich mit unserem *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) ausführlich eingegangen.

Zur Geschichte der Entwicklung von Evaluationsinstrumenten, die spätestens mit Bales (1950) (*Interaction Process Analysis*) begann, sowie zu ihrer Systematik und Problematik beim Kodieren (bzw. Rating) können wir hier nur exemplarisch eingehen und ansonsten auf ausgewählte Literatur zur Evaluationsforschung verweisen (§ 2), in der teils die vorausgehend angeführten, spezifischen Evaluationsinstrumente begründet und angewandt werden, teils kritische Überblicke gegeben werden (Bales 1950, Mishler 1984, Stiles, Putnam 1989, Rehbein, Mazeland 1991, Stiles 1992, Baile et al. 2000, Ford, Hall 2004, Connor et al. 2009, Del Piccolo et al. 2011, Clayman et al. 2012, Elwyn et al. 2013, Finset et al. 2013, Laws et al. 2013, Mortsiefer 2014, Bell, Kravitz 2014, Makoul, Dulmen 2016, Maatouk-Bürmann et al. 2016, Sanders et al. 2017, Radziej et al. 2017, Grayson-Sneed et al. 2017). Hier soll unter dem historischen Aspekt lediglich angemerkt werden, dass spezifische Kategoriensysteme schon lange für Unterrichtsanalysen im Klassenzimmer angewandt wurden (Bellack et al. 1966/74), bevor sie für die Arzt-Patient-Kommunikation benutzt wurden. Das für die medizinische Kommunikation bekannteste Kategoriensystem, das eine Adaption von Bales (1950) darstellt, ist wohl RIAS (*Roter Interaction Analysis System*) (Roter 1977, Roter, Larson 2002), zu dem die Autorin bereits im Jahr 2011 berichtet, dass nach diesem Kategoriensystem weltweit „over 150 communication studies“ (Roter 2011: 717) durchgeführt worden wären.

Das Reduktionsproblem kategorialer Evaluationsinstrumente

Im Vergleich zu Ratingsystemen gelten Kodiersysteme als ressourcenreicher und weniger praktikabel, zumal ihre methodischen Probleme oft schon mit der Transkription von Gesprächen und der Einheitenbildung beginnen. Allerdings sollen diese methodischen Schritte gleichsam mit einer Art von *Online-Kodierung* „vereinfacht“ werden, was Roter (1989) schon früh für das RIAS-Verfahren vorgeschlagen hat (s.u.). Die weiteren methodischen Probleme der Kategorienbildung gelten aber für *Kodier-* und *Ratingsysteme* gleichermaßen, die sich praktisch in der kategorialen Rating- bzw. Kodierarbeit manifestieren, für die nicht von un-

gefähr (allein schon wegen des Reliabilitätsproblems) ein intensives Training vorausgehen muss. Bei allen Unterschieden sind beiden Verfahrensweisen methodische Probleme bei der Kategorienbildung und –anwendung gemeinsam, die einer kritischen Reflexion zu unterziehen sind.² Bei dieser Methodenreflexion von Evaluationsinstrumenten sind nicht nur ihre normativen Prämissen, sondern auch die Reduktionen offenzulegen, die mit der Klassifikationsarbeit einhergehen. Die theoretischen und praktischen Probleme bei der Klassifikationsarbeit können hier nur exemplarisch ausgeführt werden und später wiederaufgenommen werden (§ 40.2), wenn es um den Gegenstand und die Methoden eines komparativen Ansatzes der Evaluation geht.

Der Sinn und Zweck von Gesprächen zwischen Arzt und Patient bleibt insbesondere dann unterbelichtet, wenn die Methode der Wahl auf bestimmte *Frequenzanalysen* nach formalen Kategorien reduziert wird, mit denen die wesentlichen Handlungen und Themen, Motive und Intentionen der Akteure nur ungenügend erfasst werden. In einer Analogie zu gängigen Kategoriensystemen haben Inui, Carter (1985/2013) den reduktionistischen Charakter konterkariert, indem sie einen Vergleich mit einer „Hamlet“-Beschreibung ziehen (Box 40.2), in der das Theaterstück ausschließlich nach formalen Kategorien erfasst wird, die den Sinn und Zweck des Dramas verfehlen würden.

Box 40.2 Das „Hamlet“-Drama als bloße Deskription in Zahlen

To date, the most commonly applied analytic strategy has been to develop communicator profiles based on frequencies of behaviors of various types. This approach is analogous to describing “Hamlet” as a play with 21 principal characters, ghost, a group of players, and various numbers of lords, ladies, officers, soldiers, sailors, messengers, and attendants – one of whom is already dead, one of whom dies by drowning, one by poisoned drink, two by poisoned sword, and one by sword and drink!

Inui, Carter 2013: 116

² Das Problem der Klassifikation betrifft nicht nur Kodiersysteme, sondern auch Ratingsysteme, wenn auch in „milderer“ Form, weil hier nicht mit der Einheitenbildung einzelne Äußerungen subsumiert und „gezählt“ werden müssen, sondern übersummativ Eindrücke entstehen, die wie auch bei unserem *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) über Zwischenbilanzen (§ 18-23) zu Gesamteinschätzungen (nach Skalen) führen. Die Unterschiede zwischen Kodier- und Ratingverfahren werden oft als mehr oder weniger gravierend dargestellt (Stiles, Putnam 1989, Stiles 1992, Grayson-Sneed et al. 2017).

So wenig wie man auf diese interpretationsarme Art und Weise einer Hamlet-Rezension gerecht werden könnte, wenn nur die Akteure nach ihrem Rang und Geschlecht sowie ihren Todesarten aufgelistet würden, so dürftig bliebe in der Arzt-Patient-Kommunikation eine reine Frequenzanalyse nach formalen Kategorien, mit denen nur ungenügend erfasst werden könnte, welche Themen und Interessen, Emotionen und Motive, Entscheidungen und Intentionen die Gesprächspartner verfolgen oder aber auch abwehren.

So wie bei Shakespeares Drama die wechselnden Handlungsperspektiven der Akteure im Dialog über Szenen und Akte hinweg als dramatische Entwicklungen von Konflikten zu rekonstruieren sind, müssen auch die Gesprächssequenzen und Entwicklungsphasen in Arzt-Patient-Gesprächen analysiert werden, die durch Missverständnisse und Verständigungen, Konflikt- und Konsensaushandlungen, aber auch durch die Emotionen und die Atmosphäre zwischen den Gesprächspartnern bestimmt sind. Obwohl quantifizierende Analysen sich bei der Kategorienbildung gegenüber interpretationsstärkeren Begriffen (*Asymmetrie, Manipulation, Kontrolle, Dominanz, Macht usw.*) gerne „abstinent“ geben, kommen diese oft indirekt zur Geltung, wenn interpretiert werden soll, was zuvor scheinbar „wertneutral“ ausgezählt wurde.

Probleme reflexiven Kodierens

Bereits auf der Ebene der Frequenzanalyse gehen normative Prämissen ein, die nicht immer offengelegt, sondern stillschweigend transportiert werden (Koerfer et al. 1994, 1996, 2008). Wer etwas „auszählt“, geht von positiven bzw. negativen Zahlenverhältnissen aus, die zudem durch entsprechende Interventionen (Aus- und Fortbildungsmaßnahmen) in eine präferierte Tendenz zu verändern sind. Die *normativen* Zielsetzungen, die in den Frequenzanalysen nachgehalten werden, folgen etwa dem Muster:

- Je weniger von X, desto besser
- Je mehr von X, desto schlechter
- Je mehr von Z, desto besser usw.

So werden etwa Hörsignale oder Wortwiederholungen (als aktives Zuhören) ausgezählt, wobei ihre Zunahme positiv bewertet wird, während

etwa der Gebrauch bestimmter Fragen eines bestimmten Typs (z.B. *suggestive* Informationsfragen) (§ 21.2) abnehmen oder am besten ganz unterbleiben sollte. Derartige Zielsetzungen wurden schon mit den frühen Interventionsstudien verfolgt, die sich zunächst auf wenige Kategorien beschränkten (Evans et al. 1988, Putnam et al. 1988, Branch 1991, Koerfer et al. 1994). So sollte das Interventionsprogramm zur Veränderung des Gesprächsverhaltens von Ärzten nach Putnam et al. (1988) etwa exemplarisch zu folgenden Effekten führen:

- Abnahme von *truncators*
- Zunahme von *acknowledgements*
- Abnahme von *Arzt-Fragen*

Obwohl die Erwartungen (mangels Signifikanz) ohnehin kaum erfüllt werden konnten, bleibt das Problem der Kategorienbildung und Kodierung bestehen. So treffen Putnam et al. (1988) eine problematische Unterscheidung von sog. *truncators* versus *acknowledgements* anhand einer zweiteiligen Beispielliste von Formen, deren *kommunikationsbeschneidende* Funktion wie bei „okay“ oder „right“ (oder dt. „gut“) ebenso wie die *kommunikationsfördernde* Funktion „mm-hm“ oder „yeah“ offenbar ohne Vorbehalte unterstellt wird. Wie sich durch Gesprächsanalysen im Kontext zeigen lässt, können diese Formen auch andere als die jeweils unterstellten Funktionen wahrnehmen, so dass hier eine Übergeneralisierung einer möglichen Funktion von Formen vorliegt (Koerfer et al. 1994). Ähnlich verhält es sich mit Arzt-Fragen, die ja insgesamt abnehmen sollen. Hier stellt sich schon oft das Problem der Einheitenbildung, wie bei einigen der folgenden Beispieläußerungen (aus: Koerfer et al. 1994), die wir teils auch hier schon vorausgehend im Kontext ausführlich analysiert hatten:

- ja, das macht keinen Spaß
- tja, aber die Arbeit scheint Ihnen ja tatsächlich auf den Magen zu schlagen, wa
- ja, so dass Sie auch immer das Gefühl haben, sich eigentlich unter Wert zu verkaufen, ne
- das heißt, Sie sind ganz schön in der Klemme
- kein leichtes Leben
- ja, diese Fehlgeburt hat Ihnen sehr zu schaffen gemacht
- das heißt, Sie haben das, was man so als Stress bezeichnet

Zur Illustration des Problems haben wir hier die Interpunktion am Ende der Beispieläußerungen weggelassen, die bei der Kodierung zu berücksichtigen wäre. Zu entscheiden wäre, ob vorausgehend (an welcher Stelle) schon ein Fragezeichen gesetzt werden müsste, bevor die fragliche Äußerung dann gegebenenfalls als Frage (welchen Typs) kodiert würde (§ 21). Auch müsste beim Kodieren entschieden werden, ob erst die angehängte *tag-question* („wa“, „ne“) die jeweils vorausgehende Äußerung zu einer Frage (welchen Typs) *macht* (oder nicht) bzw. ob sie als eigenständige Einheit zu „zählen“ ist, so dass die vorausgegangene Äußerungseinheit einer ganz anderen Kategorie (als der Frage-Kategorie) zugeordnet wird usw.

Derartige Entscheidungen verlangen bei der Kodierarbeit oft eine analytische Reflexion in einem Ausmaß, das auch von einem (wie auch immer geschulten) Kodierer kaum *ad hoc* zu leisten ist. Wie jedoch auch für das etablierte RIAS-Verfahren schon früh formuliert wurde (Box 40.3), sollen die Kodierer ihre Kodierentscheidungen gleichsam „online“ treffen können.

Box 40.3 Direkte Kodierung vom Tonband

In this system of coding, first of all, identification and classification of verbal events are coded directly from audiotapes, making transcription unnecessary. The unit of analysis remains quite similar to Bales', but now coders unitize speech as they listen to the audiotape.

Roter, Hall 1989: 165

Das spontane Kodieren mag verlockend, weil ökonomisch sein, zumal wenn es computer-basiert genutzt werden kann. Dabei entstehen jedoch weitere Probleme, die gerade mit dem Mangel an Reflexivität eingehandelt werden. Zwar sollen sich die Kodierer auch von „tonalen Qualitäten“ der Äußerungen leiten lassen, die auch „affektive Hinweise“ enthalten können, aber schon die Intonation könnte Interpretationsschwierigkeiten bereiten. Wie schwer sich Kodierer bei ihrer Arbeit tun können, wird deutlich, wenn man etwa die Methode des *lauten Denkens* anwendet und ihnen bei der Kodierarbeit zuhört (Rehbein, Mazeland 1991). Dann treten die Kodierprobleme offen zutage, die ansonsten eher kaschiert werden. Beim spontanen Kodieren entlang eines per Tonband ablaufenden Gesprächs müssen Zweifel in Sekundenschnelle „unterdrückt“ werden, ganz zu schweigen von dem Problem, in aller Eile auch

die Einheiten zu bestimmen, die den einzelnen, diskreten Kategorien im Kodierprozess schließlich zugeordnet werden sollen.³

Im Umgang mit Zweifeln können Meta-Regeln zum Kodieren befolgt werden, die gegebenenfalls auch „stillschweigend“ zu Geltung kommen. Wenn im Zweifel zwischen einer Kategorie A und B immer zugunsten von A kodiert werden soll, mag sich dieses präferierte Kodierverhalten vielleicht „günstig“ auf die Intra- oder Inter-Reliabilität auswirken. Wendet man dieses Verfahren unreflektiert exemplarisch auf die Probleme der Kodierung von *Fragen* an, könnte sich die Anzahl von Fragen je nach Meta-Regel gegebenenfalls in eine extreme Richtung entwickeln. Vom Ergebnis könnte es je nach Präferenz zu einer „Verdopplung“ oder „Halbierung“ der Anzahl von Fragen kommen, wenn man sich nach einer formalen Meta-Regel „zweifelsfrei“ und „automatisch“ in eine bestimmte vordisponierte Richtung „entscheiden“ soll. So könnte ein spontaner Kodierer alsbald lernen, „Fragen zu überhören“, wo sie offensichtlich im Kontext als solche vom Arzt gemeint und vom Patienten als Hörer so verstanden und entsprechend beantwortet wurden usw.

Interessierte Kodierer seien auf die Ausführungen zur Typologie des Fragens und Interpretierens rückverwiesen (§ 21) und eingeladen, die Nagelprobe des Kodierens (etwa nach RIAS oder VRM) an den vielen vorausgegangenen Beispielen aus einem umfangreichen Gesprächskorpus zu machen: Hier hatte es sich schon der (jeweilige) Transkribent oft genug auch schwer genug gemacht, allein bei der Interpunktion Entscheidungen zu treffen, mit denen in der Reflexion eine Balance zu finden war, die zur Aufhebung von Zweifeln nicht den bloßen Alternativen von Präferenzen zwischen den Extremen einer Deflation und Inflation von „Fragezeichen“ erliegen sollte. Experten werden genügend „strittige“

³ An dieser Stelle sei auf das grundsätzliche Problem der Mehrfachkodierung bei Klassifikationssystemen aufmerksam gemacht, auf das schon Stiles und Putnam (1989) mit Bezug auf Bales (1950) verwiesen haben. Entsprechend hat Stiles in seinem eigenen Kategoriensystem (*Verbal Response Mode* = VRM) komplexe Kodierungen nach *form* und *intent* vorgenommen und vielfach illustriert: „For example, ‚*would you roll up your sleeve?*‘ is coded QA, which is read as ‚Question in service of Advisement‘, that is, Question form (inverted subject-verb order) but Advisement intent (guiding the other’s behaviour)“ (Stiles 1992: 17). Dem eigenen Anspruch nach sollen diese Differenzierung den gängigen Unterscheidungen zwischen *Form* und *Funktion* in der Sprechakttheorie bzw. Gesprächsanalyse (§ 7.3) Rechnung getragen werden. In diesem Sinne würden einige der vorausgegangenen (*interrogativen*) Beispiele als „QR“ (*Reflection*) bzw. „QI“ (*Interpretation*) kodiert werden können.

Fälle finden, in denen etwa die Rolle der *tag-questions* (*wa, ne, ja, nech* usw.) unbefriedigend berücksichtigt wurde, was unter dem Anspruch einer „Klassifikation“ beim Kodieren natürlich unterschiedlich „ins Gewicht fallen“ würde, wenn man entweder so oder eben anders „zählen“ würde.

Die Probleme einer Quantifizierung nach einem Klassifikationssystem beschränken sich keineswegs auf ärztliche Fragen bzw. *tag-questions*. Auf entsprechende Kodier- und Auswertungsprobleme beim einfachen NURSE-Schema war vorausgehend (§ 20.4) schon unter dem Aspekt *indirekter* versus *direkter* Verbalisierungen von Patienten aufmerksam gemacht worden, als es um die Defizite und ihre Kompensation bei der *empathischen* Kommunikation ging.

40.1.3 Das Normativitätsproblem: Goldstandards

Obwohl der *Goldstandard* einer „guten“ Arzt-Patient-Kommunikation im Detail erst noch ausbuchstabiert werden muss, gibt es doch einen Grundkonsens zu Sinn, Zweck und Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen zur Förderung kommunikativer Kompetenzen. In zahlreichen, auch eigenen quantitativen und qualitativen Evaluationsstudien sowie Metastudien ist die *Lehrbarkeit* und *Lernbarkeit* einer „guten“ ärztlichen Gesprächsführung und die Effektivität entsprechender Interventionen in der medizinischen Aus- und Fortbildung vielfältig unter Beweis gestellt worden.⁴ Bei aller Unterschiedlichkeit der Ansätze haben derartige Studien zunächst das gemeinsame Problem der *Normativität*, dem sie sich auf unterschiedlichem Reflexionsniveau stellen.

Die normativen Grundlagen der Evaluation

In allen diesen Evaluationsstudien wird mehr oder weniger explizit ein *normatives* Modell der „guten“ Arzt-Patient-Kommunikation unterstellt, wie dies bereits vorausgehend an unserer kontrasttypologischen Ge-

⁴ Wir verweisen nochmals auf die exemplarisch angeführte Literatur zur Evaluationsforschung (§ 2) und auf systematische Übersichtsarbeiten etwa von Dwamena et al. 2012, Légaré et al. 2014 sowie die spezifischen Überblicke von Cömert et al. (2016) zu Ratingverfahren zum studentischen OSCE und Radziej (2017) zur Entwicklung und Begründung ihres neuen Ansatzes (ComOn Check) im Vergleich zu anderen Ansätzen.

genüberstellung von verschiedenen Arten von *Gesprächsführung*, *Beziehungsgestaltung* und medizinischer *Versorgung* deutlich wurde (§ 2, 3, 6, 17-23). Obwohl dies gelegentlich explizit bestritten wird, können Studien zur Arzt-Patient-Kommunikation, selbst wenn ein rein *deskriptiver* Ansatz *beansprucht* oder der kennzeichnende Name „Evaluation“ vermieden wird, dem methodischen Problem der *Normativität* nicht entrinnen (§ 2) (Koerfer et al. 1994, 1996, 2010). Schon der unterstellte Zusammenhang vom „guten“ Arzt und „guten“ Gespräch (§ 6) verweist auf das *evaluative* Grundvokabular (§ 2.5), das oft nur implizit zum Ausdruck kommt.

Obwohl in grundlegenden Forschungsansätzen (z.B. Mishler 1984) die empirischen Analysen durch Theorien zur *idealen* Arzt-Patient-Kommunikation angeleitet werden, werden oft weniger „theoriebeladene“ Begriffe verwendet, mitunter sogar eigens „wertneutrale“ Deskriptionen oder doch zumindest relativ „bewertungsarme“ Analysen reklamiert (Koerfer et al. 1994). Werden die evaluativen Prämissen nicht wie in theoriegeleiteten Arbeiten von vornherein explizit offengelegt, so lassen sie sich doch aus dem Kontext erschließen, in dem nicht von ungefähr spezifische Detailbeobachtungen mitgeteilt und mehr oder weniger kritisch kommentiert werden.

In der folgenden Sammlung von prototypischen, aber fiktiven Beispielen werden die evaluativen Prämissen in den Klammerausdrücken „[...]“ sozusagen oberflächenstrukturell sichtbar gemacht (Box 40.4). Dabei beziehen sich die Aussagen vom Typ (I)-(IV) auf die Empirie realer Gespräche, die zudem wie unter Typ (I) einem quantitativen Vergleich unterzogen werden, während die Aussagen vom Typ (V)-(VI) eher einem didaktisch orientierten Gesprächsmanual (§ 18-23) entnommen worden sein könnten.

Box 40.4 Evaluative Prämissen der Gesprächsanalyse

- (I) Dieser Patient hat in diesem Gespräch einen Redeanteil von [nur] 35 Prozent, jener Patient in jenem Gespräch [immerhin] von 55 Prozent [was erheblich besser ist, weil ...].
- (II) Dieser Patient bringt in diesem Arzt-Patient-Gespräch sein Anliegen in Form einer freien Beschwerdenschilderung vor, und zwar (a) gleich zu Gesprächsbeginn, (b) in seinen eigenen Worten und (c) zusammenhängend [und das ist jeweils gut so, weil ...].
- (III) Der Arzt stellt [zu] viele geschlossene Fragen, insbesondere Suggestivfragen [wodurch eine freie Beschwerdenschilderung des Patienten

- verhindert wird] [und das ist schlecht, weil ...].
- (IV) Der Arzt lässt die subjektive Krankheitstheorie des Patienten voll zur Entfaltung kommen [und das ist gut so, weil ...], indem er sein Interesse daran durch situationsangemessene Hörersignale und Verständnisfragen bekundet.
- (V) Vermeide Unterbrechungen [denn sie unterbinden den Erzählfluß des Patienten] [und das ist schlecht, weil ...].
- (VI) Pflege einen non-direktiven Gesprächsstil, indem du möglichst offene Fragen stellst und Suggestivfragen vermeidest [denn sonst ...] [und das wäre schlecht, weil ...].

Koerfer 1994: 56

In diesen Aussagen-Typen werden bestimmte Soll-Zustände von Gesprächen bis zu einem gewissen Grad explizit formuliert, während jeweils höherrangige Aussagen implizit bleiben. So enthalten alle Aussagen in den eingeklammerten Auslassungen weitere *normative* Prämissen bei einer jeweils verschiedenen Tiefenstruktur. Während in den (gefüllten) Klammerausdrücken zunächst Prämissen erster Ordnung explizit gemacht werden, wären in den Auslassungen der abhängigen weil-Sätze die theoretischen Basis-Aussagen höherer Ordnung erst noch offenzulegen, so dass sich die Architektur einer Theorie des guten Arzt-Patient-Gesprächs allmählich herausbilden kann.

Nur so kann eine *Lernzieltaxonomie* entwickeln und begründet werden (§ 2.4, 3.4), in der sich *Gesprächsmaximen* auf der Beobachtungsebene von konkretem *Gesprächsverhalten* (§ 18-23) von *höherrangigen* Zielsetzungen einer biopsychosozialen und *dialogischen* Medizin (§ 4, 7) oder einer *biographisch-narrativen* Anamneseerhebung (§ 9, 19) ableiten lassen. Dabei sollten die möglichen *Alternativen*, die sich auf der Ebene der Gesprächsmaximen etwa als *Gebote* oder *Verbote* darstellen (§ 3), nicht nur in der Didaktik, sondern auch in der Evaluation explizit gemacht werden.

Modellalternativen

Die Alternativen bei der ärztlichen Gesprächsführung können gleichsam in Umkehrschlüssen formuliert werden, wenn die Zusammenhänge zwischen Modellen der (1) *ärztlichen Gesprächsführung*, (2) *Beziehungsge-*

staltung und (3) *medizinischen Versorgung* explizit hergestellt und begründet werden. Da diese Zusammenhänge im Verlauf des Lehrbuchs immer wieder aufgezeigt und in empirischen Kontexten exemplarisch erörtert wurden, sollen die Alternativen hier in einem *extremtypologischen* Vergleich resümiert werden, bei dem die wesentlichen Unterschiede nochmals in kurzen, teils pointiert-polemisch formulierten *Theesen* und *Antithesen* kontrastiv gegenübergestellt werden.

- Wer als Arzt an einer *autoritär-paternalistischen* Beziehungsgestaltung (§ 10, 24) und einem rein *biomedizinischen* Versorgungsansatz festhalten möchte (§ 4), muss an seiner *traditionellen* Gesprächsführung im Sinne von Balints „üblicher Anamnese“ (§ 9, 17) nicht länger „herumdoktern“, sondern kann „alles beim Alten lassen“. Seine Art der wesentlich *interrogativen* Gesprächsführung, bei der der Patient wie in einem „Verhör“ ausgefragt und im Interesse einer zügigen Anamneseerhebung beliebig „unterbrochen“ werden darf (§ 19), „passt“ zu seiner Art der Beziehungsgestaltung und medizinischen Patientenversorgung.
- Dagegen verlangt ein *biospsychosozialer* Versorgungsansatz (§ 4) eine andere Art der Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung im Sinne einer *dialogischen* Medizin (§ 7) allein schon deshalb, weil andere, nämlich *biotische*, *psychische* und *soziale* Themen im Gespräch mit dem Patienten „zur Sprache gebracht“ werden sollen, die wegen ihrer *Originalität*, *Sensibilität* und *Intimität* kaum *erfragt* werden können, sondern *in den eigenen Worten* des Patienten *erzählt* werden müssen (§ 9, 19). Eine eher *narrative* Gesprächsführung setzt hier zugleich eine andere, *kooperative* und *partnerschaftliche* Beziehung zum Patienten voraus (§ 10), der zur aktiven, vertrauensvollen Mitarbeit ermuntert werden muss, in der seine subjektive Selbstexploration gelingen kann.
- Wer als Arzt weiterhin im Sinne des *paternalistischen* Beziehungsmodells bloß auf den „Gehorsam“ des Patienten setzt, kann am *traditionellen Verordnungsgespräch* (§ 10, 26) festhalten, weil er qua ärztlicher Kompetenz ohnehin weiß, was *zum Besten* des *hilflosen* Patienten zu tun oder zu unterlassen ist. Die Unmündigkeit und Anhängigkeit des Patienten vom Arzt wird nicht zum Problem, solange das ärztliche Regime eingehalten wird, das heißt sich der Patient *adhärent* verhält. Der Arzt darf sich dann aber auch nicht über

eine spätere *Non-Adhärenz* oder über einen Arzt-Wechsel seines Patienten beklagen, der wegbleibt, weil er die *autoritäre* Reaktion (Belehrung, Zurechtweisung, Bloßstellung usw.) seines Arztes fürchtet.

- Dagegen verlangt eine *partnerschaftliche* Beziehung (§ 10), dass sich Arzt und Patienten über die *Chancen* und *Risiken* alternativer Therapiekonzepte gesprächsweise in einem „echten Gespräch“ (im Sinne Bubers) (§ 7) austauschen und nach Maßgabe individueller *Präferenzen* und medizinischer Notwendigkeiten (im Sinne einer *evidenzbasierten* Medizin) (§ 5, 10) eine gemeinsame Entscheidung treffen, die schließlich im *Konsens* beider Partner zum Besten des Patienten umgesetzt werden soll. Dessen „aktive Mitarbeit“ (im Sinne Gadammers) wird vom Arzt in seiner Hebammenfunktion (*Mäeutik*) von vornherein schon in einem Gespräch gesucht und gefördert (§ 9.5), in dem sich die beiden Akteure zwar als ungleiche, aber gleichberechtigte Partner in ihren jeweilige *Expertenrollen* (im Sinne Tucketts) (§ 10) auf Augenhöhe begegnen.
- Wer als Arzt, ganz gleich, ob in einer *paternalistischen* Rolle oder als *Dienstleister*, von vornherein die „Schuld“ für die *Non-Adhärenz* allein beim uneinsichtigen, widerständigen Patienten sieht, kommt erst gar nicht auf die Idee, die Ursachen für das „Fehlverhalten“ des Patienten in *mangelhaften* ärztlichen *Beziehungs-* und *Kommunikationsangeboten* bei der Anamnese, Aufklärung und Entscheidung selbst zu sehen (§ 9, 10, 19, 22, 26). Der mögliche Kontaktabbruch durch den Patienten kommt dann meist für den Arzt überraschend, weil er die Unzufriedenheit seines Partners nicht wahrgenommen, geschweige denn im Gespräch offen zum Thema gemacht hat.
- Dagegen verlangt eine *kooperative* Beziehungsgestaltung die ständige kritische *Reflexion* des beiderseitigen Kommunikationsverhaltens, das im aufgezeigten Sinne des selbstreflexiven *Meta-Arztes* (nach v. Uexküll, Wesiack) einer laufenden Kontrolle zu unterziehen ist (§ 3, 6). Im *Störungs-* oder auch nur im *Zweifelsfall* ist die Kommunikation und Beziehung zuallererst vom *professionellen* Rollenträger „nachzubessern“, bevor der Patient in die Pflicht genommen werden kann, dessen erwartungswidriges Verhalten (z.B. *Non-Adhärenz*) zu klären oder gegebenenfalls zu korrigieren usw. ist, ohne dass er allerdings Sanktionen des Arztes fürchten müsste (§ 10). Die *offene, vertrauensvolle* Kommunikation und Beziehungsgestaltung kann

Kritik aus beiden Richtungen zumeist aushalten und produktiv wenden.

Was hier in grob verkürzenden Thesen kontrastiert wurde, mit denen unter Aussparung der vielfältigen Mischformen (§ 10, 17) lediglich die *extremtypologischen* Alternativen charakterisiert werden sollten, war in den vorausgehenden empirischen Gesprächsanalysen differenziert worden, die wesentlich als *qualitative* Gesprächsanalyse durchgeführt wurden. Allerdings waren ausgewählte Einzelfallanalysen auch schon um *quantifizierende* Analyseverfahren ergänzt worden, so etwa um den Zusammenhang zwischen Redeanteil und Patientenerzählungen herzustellen, die bekanntlich Gesprächsraum beanspruchen, der vom Arzt eröffnet, aber auch verstellt werden kann (§ 19). So gehen *quantitative* und *qualitative* Gesprächsanalysen eine produktive *Allianz* ein, wenn die evaluativen Prämissen insgesamt hinreichend deutlich werden, unter denen die verschiedenartigen „Ergebnisse“ schließlich interpretiert werden.

Bevor wir diese Perspektive in dem methodischen Ansatz einer *komparativen* Gesprächsanalyse weiter ausführen (§ 40.2), soll zunächst eine fiktive Beispielliste von möglichen quantitativen und qualitativen Aspekten der Gesprächsanalyse zusammengestellt werden, in denen spezifische evaluative Prämissen mehr oder weniger deutlich transportiert werden, um schließlich in einer kritischen Vergleichsperspektive mehr oder weniger „gelungene“ Gespräche zu differenzieren, die einer *Akzeptanzprüfung* unterzogen werden.

Akzeptanzprüfungen

Wer sich im Alltag darüber beschwert, dass ihn der Gesprächspartner nicht zu Wort kommen lässt („Du unterbricht mich andauernd“), unterzieht das Gespräch einer *Akzeptanzprüfung*, wobei er einer mehr oder weniger expliziten Theorie des „guten“ Gesprächs folgt (Koerfer 1994/2013). Im unterstellten Fall war wohl keine *singuläre*, sondern die *repetitive* Unterbrechung „ausschlagegebend“. Offensichtlich ging es in diesem Gespräch um die Wahrnehmung einer Verletzung von Alltagsregeln der Kommunikation, die nur unter bestimmten institutionellen Bedingungen „außer Kraft gesetzt“ werden können, wie etwa im psychoanalytischen Gespräch (§ 9.3), in dem es allerdings nicht um (zu) häufige *Unterbrechungen*, sondern um (zu) langes *Schweigen* geht (Koerfer,

Neumann 1982). Gleichwohl können dort „Verletzungen“ von Alltagsregeln der Kommunikation wegen spezifisch therapeutischer Zielsetzungen (*Assoziationsregel*) akzeptiert werden, solange die „Abweichungen“ sich schließlich „in Grenzen halten“ lassen.

Auch in der ärztlichen Sprechstunde geht es um eine spezifische Theorie des „guten“ Arzt-Patient-Gesprächs, deren Geltung aus unterschiedlichen Perspektiven mehr oder weniger explizit zum Ausdruck kommt – sei es aus der *Erlebensperspektive* von Arzt und Patient oder der *wissenschaftlichen* Perspektive eines externen *Beobachters*, der etwa einem spezifischen Kodier- oder Ratingsystem folgt (§ 40.1.2), dessen evaluative Prämissen oft nur indirekt erschlossen werden können. Ohne hier bereits ein spezifisches System zu unterstellen, soll in der nachfolgenden Beispielliste (Box 40.5) das Spektrum der evaluativen Prämissen bestenfalls illustrieren werden, die *ex negativo* gefolgert werden können: Wer in quantitativen oder qualitativen Analysen von Arzt-Patient-Gesprächen die Defizite eines bestimmten Typs von (non-)verbalen Interventionen „beklagen“ oder auch bloß „feststellen“ möchte (z.B. „Insgesamt (zu) wenig Hörersignale/empathische Rückmeldungen“) oder ärztliche Kompetenz-Fortschritte im komparativen Prä-post-Design von Interventionsstudien nachzuweisen sucht (z.B. „Signifikant weniger Unterbrechungen/Mehrfachfragen“), setzt bereits mehr oder weniger (kritische) *evaluative* Prämissen (Box 40.5), die offenbar einer Theorie des „guten“ Gesprächs folgen.

Box 40.5 Gesprächsevaluation ex negativo

Eine Theorie des „guten“ Gesprächs kommt bereits *ex negativo* zum Ausdruck, wenn wir bei der näheren Betrachtung von einzelnen (oder vielen) Gesprächen jeweils *kritisch urteilen*:

- Der Arzt ließ die Patientin kaum zu Wort kommen
- Die Ärztin hat den Patienten (zu) häufig unterbrochen
- Der Arzt hat (zu) viele (suggestive) Informationsfragen gestellt
- Beide Gesprächspartner haben (zu oft) aneinander vorbeigeredet
- Sie haben nicht dieselbe Sprache gesprochen
- Es wurde kein roter Faden entwickelt
- Die Ärztin hat sich nicht/kaum nach der subjektiven Krankheits-theorie des Patienten erkundigt
- Der Arzt hat alle (wesentlichen) emotionalen Hinweise (cues) seiner Patientin (geflissentlich) überhört (abgewehrt)
- Der Arzt hat (zu) wenig empathische Rückmeldungen gegeben

- Das Patientenanliegen blieb unklar
- Ebenso blieben die mit dem Anliegen möglicherweise verbundenen Erwartungen des Patienten, seine Hoffnungen, Befürchtungen, Vorlieben usw. ungeklärt
- Die Ärztin hat nichts/wenig über die Vorerkrankungen/Vorbehandlungen ihres Patienten erfahren
- Das Gespräch endete ohne erkennbare Perspektive für das weitere Vorgehen
- Insgesamt war die Gesprächsatmosphäre (eher) frostig
- usw.

Das Spektrum dieser kritischen Gesprächsbeurteilungen ist sicher noch sehr heterogen und bedarf weiterer Differenzierung und Systematisierung. Manche Urteile beruhen (als *Ratings*) auf qualitativen Eindrücken („frostige Atmosphäre“), andere mögen (nach *Kodierung*) auf Auszählungen (z.B. von *Unterbrechungen/Mehrfachfragen*) basieren, wobei graduierende Quantifizierungen („kaum“, „(zu) wenig“, „(zu) oft“) zu einer problematischen *Normierung* führen können (Inui, Carter 1989, 2013, Luborsky 1988, Korsch et al. 1995, Koerfer et al. 1994, 2009, 2010, Skelton 2011). Die Frage nach dem „guten“ Gespräch wird hier unversehens auf die Frage nach einer „guten“ Zahl reduziert.

Ungeachtet dieser Problematik, auf die wir sogleich zurückkommen, sollen zunächst die Gemeinsamkeiten der vorausgegangenen (Typen von) Gesprächsbeurteilungen unter einem methodischen Aspekt herausgestellt werden: Mit derartigen Urteilen unterziehen wir die fraglichen Gespräche einem allgemeinen *Verfahren* der *Akzeptanzprüfung*, das bereits von *alternativen* Kommunikationsformen ausgeht, die „besser“ gewesen wären (Koerfer 1994/2013, Koerfer et al. 1994, 2004, 2008, 2010). Offensichtlich sind in den vorausgehend unterstellten Gesprächen wesentliche *Regeln*, *Normen* oder *Maximen* verletzt worden („Vermeide Unterbrechungen!“, „Sprich verständlich!“ usw.), deren selbstverständliche *Geltung* uns überhaupt nur auffällt, weil sie eben bei der ärztlichen Gesprächsführung mehr oder weniger häufig *missachtet* wurden.

Durch eben diese Art von *Akzeptanzprüfung* bekommen wir eine ausgezeichnete Methode zur Gewinnung *evaluativer* Standards an die Hand, die uns schließlich („in the long run“) eine „Be-Wert-ung“ im systematischen Vergleich von Gesprächen erlauben, die einer intersubjek-

tiven Prüfung dessen standhält, was bei der ärztlichen Gesprächsführung wie „zählen“ soll.

40.1.4 Das Passungsproblem: Was „zählen“ soll

Die Fragestellung, was wie im Gespräch „zählen“ soll, wirft eine Reihe methodischer Probleme der komparativen Evaluation von Gesprächen auf. Zunächst sei die *methodische* Pointe unserer komparativen Gesprächsanalysen (§ 40.2) resümiert: Was im Gespräch „zählt“, lässt sich nicht immer „auszählen“ (Inui, Carter 1989, Luborsky 1988, Korsch et al. 1995, Koerfer et al. 1994, 2009, 2010, Skelton 2011). Auf keinen Fall sollte (positiv) „zählen“, wenn die Gesprächsführung aus „Übereifer“ durch eine „unangemessene“ Häufung bestimmter „Gesprächstechniken“ gekennzeichnet wäre, die zuvor in einer Fortbildungsmaßnahme zu Recht als „Gesprächsförderer“ gelehrt worden sein mögen. Hier gibt es auch die Gefahr des „Zu-viel-des-Guten“, die sich in (über-)summativen Effekten negativ auf ein Gespräch auswirken kann, weil einfach die Mischung nicht mehr stimmt.

Die „gute“ Mischung: Vielzahl und Vielfalt

Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung (§ 17) besteht nicht nur darin, etwa überhaupt Fragen eines bestimmten Typs zu stellen (§ 21), sondern dabei nach *Form, Inhalt, Funktion* und *Platzierung* im Gespräch gegenüber diesem individuellen Patienten mit einer weitgehenden *Passung* zu handeln (§ 3, 17). Dem Passungsproblem trägt auch schon ein „evaluatives Grundvokabular“ Rechnung, das vorausgehend als konstitutiv für die Gesprächsanalyse ausgewiesen worden war (§ 2.5). Auf dieses Grundvokabular müssen offenbar auch quantitative Analysen zurückgreifen, wie dies von Skelton, Hobbs (1999) (Box 40.6) verdeutlicht wird, bevor sie am Beispiel des Blickkontaktes auf die Kontextbedingungen verweisen, unter denen ein bestimmtes Verhalten sinnvoll sein kann oder eben nicht.

Box 40.6 „... it all depends”

The difficulties of quantitative studies are best illustrated by the frequency with which behavioural marking schedules introduce solely subjective terms, such as: “Performs the history taking and the review of symptoms properly” or “Gives appropriate advice”. This shortcoming might matter less if the measurable behaviours generated were not so easily rote-learned and performed - a machine can be programmed to “greet the patient”. Quantitative studies also beg the question of how much of each criterion is desirable: is a lot of eyecontact better than a little? The answer can only be: it all depends.

Skelton, Hobbs 1999: 108

Neben dem *qualitativen* Aspekt der Passung, der durch Modifikationen („properly“, „appropriate“) erfasst wird, gibt es offensichtlich noch einen *quantitativen* Aspekt zu berücksichtigen, der frei nach dem Motto formuliert werden kann: „Viel hilft nicht immer viel“. Wenn ein Arzt unentwegt Blickkontakt hält, kann das nach Eibl-Eibesfeldt und Hass (1994) schon als aggressives Anstarren erlebt werden (§ 18.5). Den Blickkontakt allerdings während der gesamten Begrüßungsszene zu vermeiden, wird dann eher als Störung bei der Beziehungsaufnahme erlebt werden, bei der sich der Patient nicht hinreichend als Neuankömmling gewürdigt sehen könnte.

Wenn der Arzt allerdings später im Gespräch seine Befunde („Blutwerte“) aus dem Monitor lesend vorträgt, muss „sachbedingt“ auch vom Patienten mit weniger Blickkontakt gerechnet werden. Der Blickkontakt sollte allerdings auch beim Informieren über Befunde (aus dem Computer) allein schon deswegen nicht abbrechen, weil der Arzt die Wirkung seiner (vorgelesenen) Worte auf den Patienten nicht „aus dem Blick verlieren“ darf, um gegebenenfalls etwa auf „sichtbare“ Irritationen beizeiten reagieren zu können. Diese Art der „Zuwendung“ zum Patienten dient also in mehrfacher Hinsicht der Beziehungspflege, die trotz externer Sachzwänge („Vorlesen“) ihre Priorität behalten sollte, solange eben der *Blickkontakt* nicht in *Anstarren* „umzukippen“ droht.

Abgesehen von phasenspezifischen „Tendenzen“ und „Dominanzen“ bei einem bestimmten Gesprächsverhalten in bestimmten Gesprächsverläufen, auf die wir gleich zurückkommen, können wir unsere Beispielliste von „Empfehlungen“ und „Warnungen“ (§ 17.3) noch um das Blickverhalten erweitern und das *Passungsproblem* bei der ärztlichen

Gesprächsführung als *Dosierungsproblem* reformulieren (Tab. 40.1), bei dem sich eine negative Entwicklung abzeichnet, wenn ein präferiertes Gesprächsverhalten offensichtlich „übertrieben“ wird.

Auf dem Wege zu einem „optimalen“ Gesprächsverhalten ergeben sich möglicherweise kritische *Scheitelpunkte* (wie bei umgekehrten U-Kurven), bei denen weitere Zunahmen etwa von *Paraphrasen* oder *Wortwiederholungen* (§ 19), die zunächst wohldosiert dem aktiven Zuhören dienen, im Sinne einer Überdosierung unproduktiv werden. Wenn Patienten souverän genug sein sollten, müssten Ärzte bei hochfrequenten Wortwiederholungen etwa mit der Replik rechnen: „Herr Doktor, Sie sind doch nicht mein Papagei!“. Ebenso könnte der übermäßige Gebrauch von Hörersignalen („hm“, „ja“) den Eindruck eines bloß „mechanischen“ Zuhörens erwecken, das beim Patienten den Verdacht eines *Pseudo-Verstehens* aufkommen lassen könnte.

Empfehlungen		Warnungen
Weniger-desselben	Mehr-desselben	Zuviel-des-Guten
Reden Unterbrechen Informationsfragen Suggestive Informationsfragen Emotionen ignorieren Tadeln Belehren Anweisen Themenwechsel Wegblicken	Schweigen (= Reden lassen) Hörrückmeldungen Verständnisfragen Aktives Zuhören (Wiederholungen, Paraphrasen) Emotionen ansprechen Loben Aufklären Empfehlen Themenreaktivierung Anblicken	

Tab. 40.1: Das Dosierungsproblem: Empfehlungen und Warnungen

Bleiben allerdings Hörersignale und weitergehende Rückmeldungen aus, kann auch das „stille“ Zuhören, wenn es als bloßes Schweigen zu lange währt, zu einer Patientenreaktion führen, die eine Umkehr der Sprecherrollenverteilung anmahnt: „Jetzt müssten Sie mal wieder was sagen, Herr Doktor“. Eine solche Rollenumkehr wird etwa von Patienten in psychoanalytischen Gesprächen eingefordert (Koerfer, Neumann 1982), in denen Therapeuten bekanntlich lange schweigend zuhören (dürfen bzw. müssen), damit die Patienten gemäß der *Assoziationsregel*

ausführlich zu Wort kommen können. Wie unter diesem Aspekt vorausgehend schon ausgeführt wurde (§ 9.3), ist allerdings selbst im psychoanalytischen Gespräch das „rechte Maß“ für die Befolgung bzw. Verletzung von Alltagsregeln der Kommunikation zu finden, so dass hier nicht nur aus Sicht der Patienten „der Bogen nicht überspannt“ werden sollte.

Dieses Risiko, bestimmte *Schwellenwerte* zu überschreiten wäre auch gegeben, wenn ein Arzt oder Therapeut den Patienten zu häufig „unterbrechen“ würde (19.3), so dass dieser eben seinerseits nicht hinreichend zu Wort käme, oder wenn der Arzt bei Fragen mit wechselnden Themen keinen Erzähl- und Themenfluss aufkommen ließe (§ 9, 19), wie es sich etwa beim „Verhörgespräch“ (§ 19.6) entwickelte, in dem jeder narrative Ansatz im Keim erstickt wurde. Insgesamt dürfen in einem „guten“ Gespräch also bestimmte *Grenzwerte* weder wesentlich überschritten noch unterschritten werden, wie sie sich bereits in einer formal-dialogischen Darstellung der Dialogrollenstrukturen abbilden lassen (§ 40.2.2), die in einer komparativen Perspektive der Gesprächsanalyse noch zu differenzieren sind.

Die Evaluation wird allerdings dadurch erschwert, dass es nicht nur um die jeweiligen Zahlenverhältnisse von Unterbrechungen, Hörer-rückmeldungen, Fragen, Antworten usw. (eines jeweils bestimmten Typs) in einem bestimmten Gespräch mit einer bestimmten Gesamtdauer gehen kann. Vielmehr sind *Gesprächsphasen* zu differenzieren, in denen spezifische Funktionen (der *Anamnese*, *Aufklärung*, *Entscheidungsfindung*) wahrgenommen werden müssen (§ 8, 17). So hatten wir vorausgehend schon Asymmetrien im Rederecht von Ärzten und Patienten angenommen, die sich phasen- und themenspezifisch ergeben können. Entsprechend sollte es nicht verwundern, dass sich der Redeanteil des Arztes im Aufklärungsgespräch relativ erhöht, jedenfalls im Vergleich zum Anamnesegespräch, in dem der Patient mehr zu Wort kommen können sollte usw.

Allerdings darf das erhöhte Rederecht des Arztes im Aufklärungsgespräch keineswegs zu einem *Aufklärungsmonolog* „überzogen“ werden, wie wir dies im empirischen Beispiel einer Aufklärung vor einer Operation bereits gesehen haben (§ 22.3). Auch hier können quantifizierende Analysen zur *Dialogrollenstruktur* von Sprecher und Hörer durchaus zur Evaluation von Gesprächen beitragen, wenn diese Analysen über den bloßen Vergleich der Redeanteile der Gesprächspartner im gesamten Gespräch hinausgehen (§ 40.2). Dazu bedarf es einer quantitativ wie

qualitativ orientierten Gesprächsanalyse, die das längere „Reden am Stück“ etwa mit einer Narrationsanalyse verbindet.

Die „gute“ Einzelhandlung und Schlüsselintervention

Während es in vielen Gesprächen auf die „gute“ Mischung ankommt, die durch eine „Vielfalt“ von Interventionstypen gekennzeichnet ist, kann auch die „Einzahl“ ausschlaggebend sein. So „zählt“ zum Beispiel als „Einzahl“ die freundliche „Begrüßung“, die sinnvollerweise nur einmal gegeben und eben nicht beliebig oft wiederholt und auch nicht „übertrieben“ herzlich ausgeführt werden kann. Sie ist eben gleich beim ersten Mal *angemessen* zu vollziehen, einschließlich des „berühmten“ ärztlichen Begrüßungshandschlags. Hier wird die „Unterlassung“ von Patienten ebenso bemerkt wie die schon erwähnte Abwendung des Blicks, der schon auf die ärztliche Karteikarte oder den Monitor statt auf den Patienten gerichtet sein kann. Wie wir im Detail etwa bei der Begrüßungshandlung sehen konnten (§ 18), kommt es gerade bei singulären oder exponierten Handlungen auf die „Qualität“ der Ausführung an, die im defizitären Fall besonders negativ „zu Buche schlagen“ kann.⁵

Vor allem aber „zählt“ die einzelne, im Gesprächskontext „gut“ platzierte *Schlüsselintervention* des Arztes, die eben deswegen so heißt, weil sie etwas zu öffnen vermag, was bisher verschlossen war (§ 17, 19-21). Die Schlüsselintervention erweist sich dann für die weitere Gesprächsentwicklung als „weichenstellend“, was sich im Nachhinein in einer ganz anderen *Gesprächsqualität* (etwa einer Selbstöffnung des Patienten für neuartige, etwa emotionale Themen) manifestieren kann usw.

Solche Gesprächsentwicklungen qua Schlüsselintervention, die eine große Reichweite im Gespräch haben können, müssen sowohl lokal im unmittelbaren Kontext als auch weiteren Gesprächsverlauf rekonstruiert werden, der durch einen Wechsel bestimmter thematischer Schlüssel-symbole gekennzeichnet ist, deren *Häufung* eben *nach* der Schlüsselintervention in einer quantitativen Analyse erfasst werden kann (§

⁵ Hier sei angemerkt, dass wir gegenwärtig eine Umbruchphase erleben, in der der ärztliche Handschlag wohl aus hygienischen Gründen tendenziell „außer Kraft gesetzt“ wird. Die Irritationen von Patienten in dieser Umbruchphase machen jedoch die traditionelle Geltung dieses Rituals nochmals deutlich, zumal Ärzte, die der neuen Regelung folgen, sich weiterhin einer Begründung verpflichtet sehen.

19). Insgesamt soll hier keiner Dichotomie von *quantitativen* und *qualitativen* Analysen das Wort geredet werden, die wir weiterhin zu integrieren suchen und deren Stärken produktiv zu nutzen sind, wie dies in der Perspektive einer komparativen Gesprächsanalyse aufgezeigt werden soll.

40.2 Gegenstand und Methoden der Evaluation

Was letztlich ein „gutes“ Gespräch ausmacht, lässt sich vor allem durch *komparative* Gesprächsanalysen ermitteln, die zunächst ihren Ausgangspunkt von Gesprächen nehmen, die sich ohne Wenn und Aber als „mislungen“ erweisen („worst practice“, z.B. § 19.6). Diese spezifische Untersuchungsmethode, Erkenntnisse über die Struktur und Funktion von Gesprächen zu gewinnen, ist von v. Uexküll (1987) (Box 40.7) in seiner Abhandlung zu „Gedanken über die Wirkungsweise eines Gesprächs“ folgendermaßen in Analogie zur vergleichenden Methode in der Medizin formuliert worden:

Box 40.7 Aus Erfahrungen des Mislingens lernen

Die Untersuchung der Techniken, die das Zustandekommen gemeinsamer Wirklichkeiten verhindern (...), (trägt) zu unserem Verständnis der Funktion und Struktur des Gesprächs bei; denn wir lernen Physiologie aus der Pathologie und die Voraussetzungen für das Gelingen aus den Erfahrungen des Mißlingens, und besonders aus den Techniken, die ein Gelingen verhindern.

v. Uexküll 1987: 125

Diese gleichsam am „Unglücksfall“ orientierte Untersuchungsmethode ist ebenso in der analytischen Sprachphilosophie geläufig, in der etwa Austin (1962/73) die Gelingensbedingungen von Sprechhandlungen (Behauptungen, Bitten, Versprechen) systematisch aus der Analyse ihrer „Fehlschläge“ abgeleitet hat (§ 7.3). Ebenso wie „missglückte“ Fälle von Sprechhandlungen, so können auch ganze Gespräche unter dem *heuristischen* Aspekt untersucht werden (Koerfer 1994/2013), um von der Analyse von „negativen“ Fällen auf die Regelmäßigkeit gelingender Kommunikation zu schließen.

Die von v. Uexküll vorgeschlagene Vergleichsmethode lässt sich im Sinne des Lernens an *positiven* wie an *negativen* Modellen nicht nur in der Forschung anwenden, sondern auch für die Didaktik der ärztlichen Gesprächsführung nutzen (§ 13.4). Hier hat sich in der Aus- und Fortbildung auch an unserer Klinik als Methode des forschenden Lernens ein *komparativer* Ansatz bewährt, bei dem zunächst *extremtypologische* („worst“ versus „best practice“) Beispiele kontrastiert und dann mehr oder weniger gelungene Fälle von Arzt-Patient-Kommunikation ausdifferenziert werden können, wofür nachfolgend noch stärker geworben werden soll.

Diese *komparative* Methode ist zunächst im paarweisen Vergleich von Dialogsequenzen und Gesprächssequenzen, Gesprächsphasen sowie von (Typen von) Gesprächen untereinander und schließlich im systematischen (Gruppen-)Vergleich (mit einem spezifischen pre-post-design) durchzuführen. Da wir die komparative Methode der Gesprächsanalysen in diesem Lehrbuch vorausgehend wiederholt angewandt haben, können wir bei den folgenden Darstellungen auf exemplarische Problem- und Fallanalysen in verschiedenen Kapiteln zurückweisen, in denen sich die Fragen nach dem mehr oder weniger „guten“ Gespräch in der ärztlichen Sprechstunde bereits konkret gestellt hatten, wenn etwa die ärztliche Gesprächsführung durch frühe Unterbrechungen oder suggestive Informationsfragen oder einem Mangel an empathischen Rückmeldungen gekennzeichnet war.

40.2.1 Komparative Gesprächsanalysen

Auf dem Weg zu einem *Goldstandard* der ärztlichen Gesprächsführung, die in sämtlichen kommunikativen und klinischen Facetten vollständig zu erfassen ist, sind vor allem komparative Gesprächsanalysen durchzuführen. Diese sollten in der Regel aus heuristischen und ökonomischen Gründen mit überschaubaren Einzelfallanalysen in Pilotstudien beginnen, um kritische Analyseaspekte gewinnen bzw. im Wechsel mit „erkenntnisleitenden“ Theorien (§ 2, 7-12) überprüfen zu können.

Zunächst werden exemplarisch kleinere und größere Untersuchungseinheiten einzelner Gespräche gewählt, die dann paarweise verglichen und schließlich mit anderen (Typen von) Gesprächen systematisch kontrastiert werden. Die Untersuchungsperspektiven können in beiden Richtungen zwischen Theorie und Empirie wie auch zwischen kleineren und größeren Untersuchungseinheiten gewechselt werden (*top*

down – bottom up). Der spezifische Ansatz einer *komparativen* Gesprächsanalyse ist an anderer Stelle beschrieben, praktiziert und für Lehrzwecke genutzt worden (Koerfer et al. 1994, 1999, 2008, 2010, Koerfer 1994/2013). Nachfolgend sollen einige wesentliche Aspekte der *komparativen* Gesprächsanalyse resümiert werden, die im Verlauf des Lehrbuchs wiederholt (§ 2, 7, 13, 17, 19-23) berücksichtigt wurden und hier weiter ausgeführt werden sollen.

- **Kleinere Einheiten: Paarsequenzen**

Die empirische und gleichwohl *evaluative* Analyse von Gesprächen kann zunächst durchaus bei kleineren Untersuchungseinheiten ansetzen und sich auf einzelne Gesprächssequenzen konzentrieren, bei denen benachbarte Äußerungen (*Paarsequenzen*) zwischen Arzt und Patient (z.B. *Rede-Unterbrechung, Frage-Antwort-Muster*) anhand ausgewählter Aspekte (*Gesprächsmaximen*) unter die „kritische Lupe“ genommen werden. Allerdings sind für den ganzen Gesprächsverlauf selten einzelne *Unterbrechungen* oder *Suggestivfragen* „ausschlaggebend“ – was sie natürlich im Einzelfall (§ 19, 21) durchaus sein können.

- **Größere Einheiten: Gesprächsphasen und Gesprächsverläufe**

Um dagegen über Einzelphänomene hinaus zu evaluativen *Tendenzaussagen* zu kommen, ist im Sinne von Habermas (1981), der seine *Theorie des Kommunikativen Handelns* durchaus zur Anwendung für empirische Kommunikationsanalysen empfiehlt, von einem „vorherrschenden Sprachgebrauch“ auszugehen, wenn es um den empirischen Nachweis von Unterschieden zwischen einem „strategischen“ und „kommunikativen Handeln“ für ganze Gespräche gehen soll (§ 7). Entsprechend ist die empirische Gesprächsanalyse von *lokalen* auf *globale* Gesprächsentwicklungen umzustellen. Über singuläre *Gesprächssequenzen* (Frage-Antwort, Vorschlag-Einwand usw.) hinaus müssen also längere *Gesprächsphasen* zu verschiedenen *Handlungszwecken* (Anamnese, Aufklärung, Entscheidungsfindung usw.) (§ 8, 17, 19-23) und schließlich ganze *Gesprächsverläufe* untersucht und evaluiert werden (§ 40.2.4). Hierher gehören auch *inhaltsanalytische* Auswertungen der Themenprogression von Gesprächen, um etwa Aussagen über die Initiierung, Entwicklung und Verknüpfung von *biotischen, psychischen und sozialen* Themen nach dem biopsychosozialen Modell (§ 4, 19. 40.2.3) machen zu können.

- **Multimethodale Gesprächsanalysen**

Eine *multidimensionale*, aber ressourcenreiche Variante besteht darin, die Gesprächsanalyse mit verschiedenen Methoden und unter vielfältigen (quantitativen wie qualitativen verbalen, nonverbalen, psycho-sozialen Aspekten) am selben Video-Material durchzuführen (§ 40.2.5) (z.B. Kruse, Tress 2010, Szirt, Langewitz 2010, Köhle et al. 2010, Obliers et al. 2010, Koerfer et al. 2010, Lausberg 2011). Auf diese Weise können Evaluationen mit Aussagen zu *Tendenzen* gewonnen werden, zu denen sich die Gespräche in einer Gesamtbilanz entwickeln, nach der sich die fragliche ärztliche Gesprächsführung (*in toto*) aus mehreren Analyseperspektiven als mehr oder weniger gelungen *bewerten* lässt (§ 40.2.5-6). Obwohl Kongruenzen in der Bewertungsrichtung zwischen den Ergebnissen aus verschiedenen Analyseansätzen zwar erfreulich sind (wie jede Übereinstimmung), können Diskrepanzen ebenso Ansporn sein zu weiteren Überprüfungen und Korrekturen der bisherigen Analysemethoden.

- **Kontrasttypologische Gesprächsanalysen**

Darüber hinaus sind *vergleichende* Gesprächsanalysen durchzuführen, in denen ganze Gespräche untereinander kritisch verglichen werden, um sie etwa nach Tendenzen zu *interrogativen* versus *narrativen* Gesprächsstilen zu differenzieren (§ 9, 19). Dabei ist ein *kontrasttypologischer* Ansatz sinnvoll, bei dem die Unterschiede zwischen *extremen* Ausprägungen (*worst* versus *best practice*) herausgearbeitet werden, um dann auch mehr oder weniger gelungene Mischformen differenzieren zu können. Diesen komparativen Ansatz hatten wir auch schon für die Kommunikationslehre (§ 13, 17, 19) zu nutzen versucht.

- **Alltägliche und institutionelle Gesprächstypen**

Nach Möglichkeit sollte die ärztliche Sprechstunde oder Visite auch mit anderen *Gesprächstypen* verglichen werden. Die spezifische Geltung von Kommunikationsregeln in einem bestimmten Gesprächstyp lässt sich am besten in einer kontrastiven Untersuchung ermitteln, so wie sich die selbstverständlichen Regeln der eigenen, vertrauten Kultur am besten im Vergleich mit anderen Kulturen ermitteln lassen. Um die Spezifika von Arzt-Patient-Gesprächen zu bestimmen, bieten sich nicht nur Vergleiche mit *alltäglichen* Gesprächen, sondern auch mit Formen *institutioneller* Kommunikation an (Verwal-

tung, Schule, Gericht usw.) (Hoffmann 1983, Ehlich, Rehbein 1986, Koerfer 1994/2013). Wenn ein „Verhörgespräch“ bei der Polizei oder vor Gericht schon „befremdlich“ erscheint, muss es in der Sprechstunde (§ 19) oder Visite (§ 24) umso mehr als „unangemessen“ *be-wertet* werden. Hier legt der Vergleich mit anderen Gesprächstypen *ex negativo* offen, wie das Gespräch zwischen Arzt und Patient *prinzipiell nicht* geführt werden sollte.

- **Medizinische und psychotherapeutische Gesprächstypen**

Um die Evaluation schließlich für *Nuancen* sensibler zu machen, bietet sich aber auch ein Vergleich mit *ähnlichen Gesprächstypen* an (nahen „Verwandten“), bei denen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu differenzieren sind, die sich in unterschiedlichen Ausprägungen von Gesprächsmerkmalen niederschlagen. So ist das *psychoanalytische* oder *psychodynamische Erstgespräch* (Argelander 1970, Flader, Giesecke 1980, Grimmer 2014, Buchholz 2014) ein guter Kandidat für vergleichende Untersuchungen etwa mit dem *hausärztlichen Erstgespräch*. In beiden Fällen geht es um die Exploration von individuellen Krankengeschichten, Anliegen und Erwartungen von Patienten, die deswegen gerade zu Gesprächsbeginn ausführlich „zu Wort kommen“ sollten. In beiden Gesprächstypen sollte der Grundsatz der „Assoziation“ gelten (§ 9, 17), wenn auch mit unterschiedlicher Ausprägung. Obwohl die ärztliche Sprechstunde oder Visite in dieser Hinsicht nicht mit einer psychoanalytischen Therapie zu verwechseln ist (Koerfer, Neumann 1982, Flader 1990, Heenen-Wolff 2014), sollten minimale Ansätze zu einem *assoziativen* Rede- und Gedankenfluss der Patienten nicht schon von ärztlicher Seite durch einen interrogativen Gesprächsstil im Keim erstickt werden. Wie bereits (§ 2, 17) ausgeführt, darf der Arzt nach Engel und Morgan (1977: 41) die Anamnese nicht „in der Art eines Kreuzverhörs führen“. Vielmehr muss er ein angemessenes Verhältnis („richtige Mitte“) zwischen den „beiden Zielen“ finden, „die spontanen Assoziationen des Patienten zu fördern und die Anamnese zu lenken“ (ibid.). Dies gehört zu den wesentlichen *Maximenkonflikten* (§ 3, 17), die es für den Arzt auszubalancieren gilt.

- **Systematische Gruppen-Vergleiche im Prä-post-Design**

Der „Königsweg“ einer komparativen Gesprächsanalyse ist sicher der systematische Vergleich von Gruppen von Gesprächen, die *vor* bzw.

nach einer *Aus- oder Fortbildungsmaßnahme* stattgefunden haben und kritisch miteinander verglichen werden, um die mögliche Kompetenzerweiterung bei der ärztlichen Gesprächsführung nachweisen zu können (Prä-post-Design). Der ohnehin enorme Aufwand, der sich durch die (schon aus statistischen Gründen) notwendig großen Fallzahlen ergibt, wird nochmals gesteigert, wenn ein *multidimensionaler* Ansatz bei Einzelgesprächen (§ 40.2.5) auf eine Vielzahl von Gesprächen übertragen werden soll. Die wesentlichen Ergebnisse einer solchen multidimensionalen Evaluationsstudie (mit *Prä-post-Design*) sollen noch gesondert (§ 40.2.6) dargestellt werden.

Insgesamt sollen komparative Gesprächsanalysen zur Differenzierung von mehr oder weniger gelungenen Gesprächen beitragen, wobei eben nach v. Uexküll (1987) (Box 40.7) auch aus offensichtlich misslungenen Gesprächen gelernt werden kann. Dass Konflikte zwischen Maximen der Gesprächsführung oft zugunsten „der Art eines Kreuzverhörs“ (i.o.S. von Morgan, Engel 1977: 41) gelöst werden, wird in der Gesprächspraxis immer wieder manifest. Dies geschieht häufig genug durch Formen *strategischen* Handelns, bei dem die Ärzte das Gesprächsgeschehen mit einem „vorherrschend“ *interrogativen* Gesprächsstil dominieren, mit dem sie jegliche Eigeninitiativen von Patienten schon zu Beginn und dann im weiteren Gesprächsverlauf blockieren: Mit Kaskaden von ärztlichen Fragen wird das Gespräch sowohl interaktiv als auch thematisch derart „konditioniert“ (§ 9, 19), dass der Handlungsspielraum des Patienten auf entsprechende Antworten verengt wird. Dieses Frage-Antwort-Format der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist von Balint in seinem kritischen Dictum zur traditionellen Anamnese pointiert formuliert worden, verbunden mit der „besseren“ Alternative des *Zuhörens*, dem zunächst eine Priorität („erst einmal“) zukommen soll.

Box 22.8 *Fragen versus Zuhören*

Nach unseren Erfahrungen ist es so: wenn der Arzt im Stile der üblichen Anamnese fragt, so erhält er eben Antworten auf seine Fragen – aber weiter auch nichts. Wenn er zu einer „tieferen“ Diagnose kommen will, so muss er erst einmal lernen zuzuhören.

Balint 1964/88: 171

Die Tragweite dieser Kritik an der „üblichen Anamnese“ war mit der entsprechenden Evaluationsperspektive in diesem Lehrbuch durchgängig berücksichtigt worden, ebenso wie die praktische Alternative, einen „vorherrschend“ *interrogativen* durch einen „vorherrschend“ *narrativen* Interviewstil zu ersetzen (§ 19). Dabei sind ärztliche Fragen keineswegs obsolet, sondern sie sind nur zur rechten Zeit ins rechte Verhältnis zum ärztlichen Zuhören zu setzen (§ 9, 21). Dieses kann ja seinerseits nicht auf bloß *schweigendes* Zuhören reduziert werden, sondern muss als *aktives Zuhören* (§ 19) wahrgenommen werden, mit dem die narrative Selbstexploration des Patienten „angemessen“ gefördert und in Gang gehalten wird.

Um sich gegenüber wechselnden (individuellen, sozialen, situativen und nicht zuletzt krankheitsspezifischen) Gesprächsbedingungen mit den „richtigen“ Worten beizeiten „zu Wort melden“ zu können, bedarf es einer *klinischen* und *kommunikativen Kompetenz*, mit der eine „angemessene“ Auswahl aus dem gesamten ärztlichen Handlungsrepertoire getroffen werden kann (§ 3, 8-12, 17-23). Wie in den empirischen und zugleich evaluativen Gesprächsanalysen deutlich wurde, geht es bei der ärztlichen Gesprächsführung in der Gesamtbilanz um eine mehr oder weniger gute *Passung (fitting)* (§ 3.3, 17.2, 40.1) von verbalen und non-verbalen Interventionen, die im dialogischen Austausch mit dem Patienten zu mehr oder weniger *guten* Gesprächen führen.

40.2.2 Formal-dialogische Gesprächsanalysen

In der Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation wird in der Regel von einem *patientenzentrierten* Ansatz ausgegangen, der dann auch in Evaluationsstudien *expressis verbis* so bezeichnet wird (z.B. Maatouk-Bürmann et al. 2016). In einem historischen Überblick hatten wir schon die Entwicklungsstadien aufgezeigt, die die Forschung zur medizinischen Kommunikation genommen hat (§ 7.5). Danach war zunächst plausibel, dass mit der Abkehr vom dem Extrem der *arztzentrierten* Kommunikation das Pendel in Richtung einer *patientenzentrierten* Kommunikation ausschlagen sollte, bevor zunehmend für einen *beziehungs-, interaktions- oder dialogzentrierten* Ansatz plädiert wurde (§ 7.5) (Olesen 2004, Beach 2013). Bei allen Akzentuierungen wird gemeinhin unterstellt, dass der Patient mit seinen Beschwerden und Anliegen im Mittelpunkt des Gesprächs steht, das deswegen zumindest *patientenorientiert* zu führen ist, was eben in Evaluationsstudien entsprechend

nachzuweisen ist. Dazu können zunächst formal-dialogische Gesprächsanalysen beitragen, an die sich weitere qualitative (z.B. narratologische) und quantitative (z.B. inhaltsanalytische) Untersuchungen anschließen können.

Die non-direktive Gesprächsmethode und Weglassprobe

Wie vorausgehend immer wieder angeführt, können „Klassiker“ wie Roger, Balint oder Engel bei allen Unterschieden jeweils auf ihre Weise als Pioniere einer patientenorientierten Gesprächsführung gelten, die bei Rogers ja weiterhin in einer *patientenzentrierten* Therapie praktiziert wird. Es ist ein historisches Verdienst von Rogers, die von ihm so bezeichnete *non-direktive* Gesprächsmethode, die in vielfältigen Praxisformen angewandt und weiterentwickelt wurde, nicht nur beschrieben, sondern schon früh empirisch anhand von Tonbandaufzeichnungen untersucht zu haben (Rogers 1942/85). Dazu hat er ein einfaches und elegantes Testverfahren vorgeschlagen, um direkte von non-direktiven Gesprächen unterscheiden zu können.

Das Verfahren ist dem Deletionstest in der Linguistik verwandt, der dort zur Grammatikanalyse von Sätzen benutzt wird, um etwa obligatorische von fakultativen Satzgliedern zu unterscheiden, was sich auf Textanalysen ausweiten lässt. Rogers wendet ein solches Verfahren auf aufgezeichnete und transkribierte Gespräche an, in denen die professionellen Äußerungen einfach getilgt und die verbleibenden Klienten-Äußerungen jeweils auf ihre eigenständige Sinnkohärenz überprüft werden. Non-direktive Gespräche erweisen sich nun dadurch, dass die Weglassprobe sinnhafte Gesprächspassagen ergibt, für die die professionellen Interventionen des Therapeuten bzw. Beraters augenscheinlich nicht konstitutiv sind (Koerfer et al. 1996, 2000, 2005, 2010). Gelungene Interventionen im Sinne der *non-direktiven* Gesprächsmethode zeichnen sich offenbar dadurch aus, dass sie im Prinzip entbehrlich scheinen. Dies entspricht der *Hebammenfunktion* des Arztes im *mäeutischen* Gespräch (§ 9.5), dessen Beiträge im Anschluss an die gemeinsame Sinnarbeit im Nachhinein wieder getilgt werden können, ohne dass der Sinn der verbleibenden Patientenäußerungen verloren ginge.

Dagegen ergibt die entsprechende Weglassprobe für direkte Gespräche sinnentleerte Gesprächsfragmente ohne jeden Zusammenhang. Darüber hinaus sind jedoch auch *Mischformen* direkterer und non-direkterer Gesprächsführungen möglich, bei denen sich mit der Weg-

lassprobe sinnhafte und sinnlose patientenseitige Gesprächssegmente abwechseln. Das von Rogers vorgeschlagene Testverfahren ist vor allem dazu geeignet, in einem ersten Schritt Typen von Gesprächen nach dem Grad ihrer Non-Direktivität zu unterscheiden, woran weitere quantitative und qualitative Form- und Funktionsanalysen anschließen können, was nachfolgend aufgezeigt werden soll.

Formale Darstellung der Dialogrollenstruktur

Das Verfahren zur Detektion einer non-direktiven Gesprächsführung ist andernorts schon ausführlich dargestellt und an vielen Beispielen erprobt und weiterentwickelt worden, um vor allem zu einer Erzählanalyse beizutragen (Koerfer et al. 2000, 2010, Koerfer, Köhle 2009, Köhle, Koerfer 2017). Dabei erwies sich eine formale Darstellung der Dialogrollenstruktur als produktiv, bei der sich gleichsam die einschlägigen Gesprächspassagen als Kandidaten für Patientenerzählungen in einem Säulendiagramm erkennen lassen. Dieses Verfahren wurde auch im Lehrbuch vorausgehend schon bei Einzelanalysen mehrfach vorgestellt und erläutert (§ 17, 19), so dass wir hier auf die komparative Analyseperspektive von drei Erstgesprächen fokussieren (Abb. 40.1) können.

Allerdings sollten die Großdarstellungen in den vorausgehenden Abbildungen zum Vergleich herangezogen werden, da dort die Details besser sichtbar sind (§ 19) (Abb. 19.3, 19.7). Wie bereits (§ 17.3.6) beschrieben, wird zu Zwecken der *komparativen* Gesprächsanalyse nach Möglichkeit für jedes Gespräch ein Verlaufsdiagramm zur Dialogrollenstruktur erstellt, das als Grundlage für quantitative und qualitative Anschlussanalysen dient. Alle Redebeiträge eines Gesprächs werden fortlaufend und zwischen den Sprechern Arzt und Patient alternierend auf der X-Achse angeordnet (Abb. 40.1): Die Beiträge des Patienten werden auf der Y-Achse positiv („als Säulen nach oben“) und die Arzt-Beiträge entsprechend negativ („als Säulen nach unten“) abgebildet, wobei die jeweilige Beitragslänge (Säulengröße) in Wörtern gemessen wird.

40. Probleme und Methoden der Evaluation

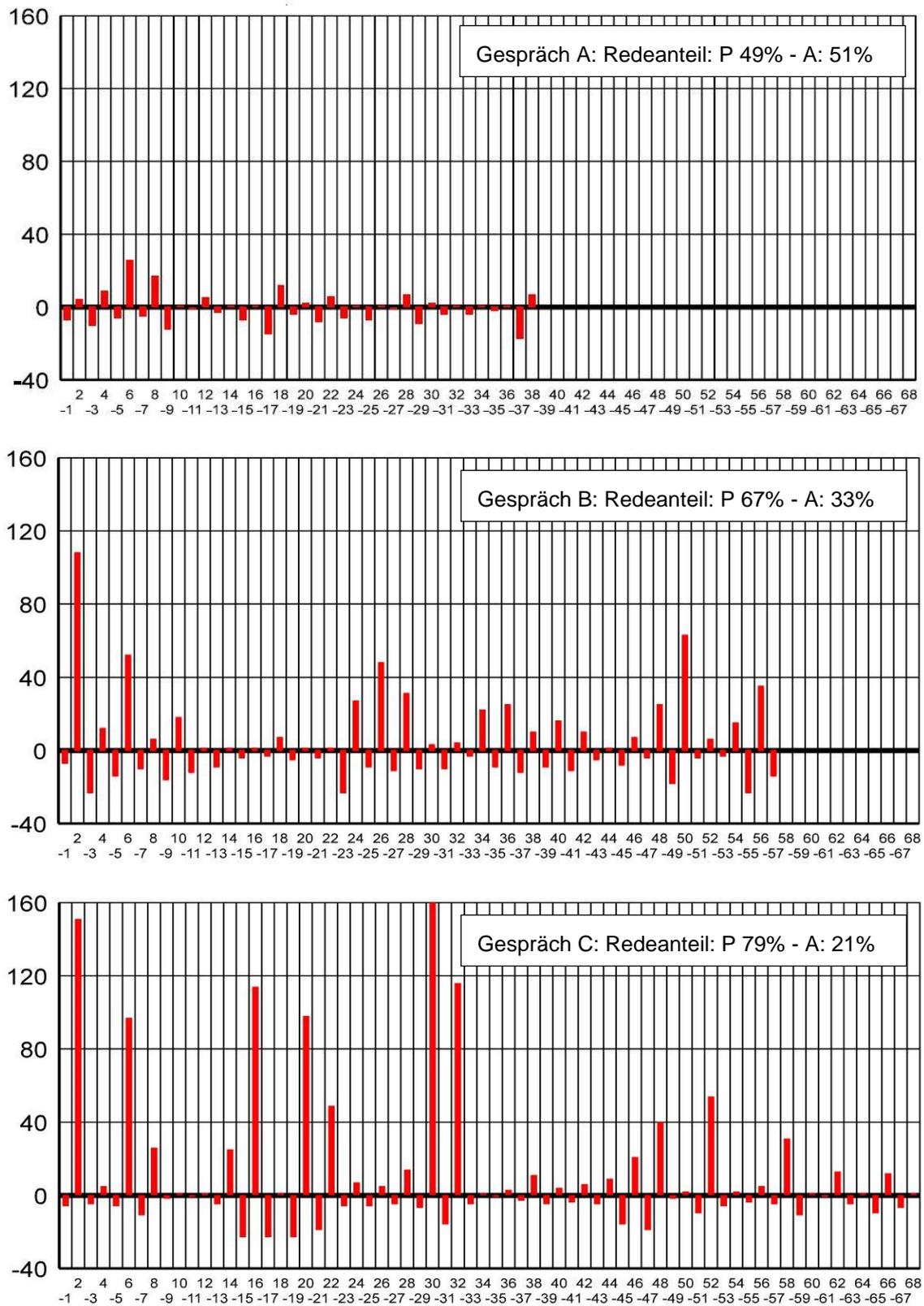


Abb. 40.1: Dialogrollenstruktur für Gespräche (A)-(C)
(Erläuterungen im Text)

Es sei nochmals die methodische Pointe bei dieser formalen Darstellung betont, dass bloße Rückmeldungen des Hörers in der Funktion von „auditor-back channel signals“ nicht als eigenständige Redebeiträge kodiert und entsprechend in diesem Analysekontext mit Bedacht nicht „gezählt“ werden (Flader, Koerfer 1983). Diese Art von Hörerrückmeldungen (*hm, ja, okay* usw.) erlaubt nach Duncan (1974) eine „speaker-auditor interaction during speaking turns“, so dass der Sprecher in seiner Rede „as if uninterrupted“ fortfahren kann.

Entsprechend werden die ärztlichen Hörerrückmeldungen in der Darstellung der Dialogrollen-Struktur lediglich durch kleine Querstriche (in den Säulen) gekennzeichnet, was hier in den *komparativen* Abbildungen (Abb. 40.1-A-C) nicht mehr sichtbar ist, aber in der Großdarstellung (Abb. 19.7) gut erkennbar bleibt. Insgesamt folgt die formale Darstellung der funktionalen Analyse, nach der die sparsamen Hörerrückmeldungen des Arztes eben keine Unterbrechungen des Rede- bzw. Erzählflusses darstellen, sondern ihn gerade interaktiv in Gang halten, indem sich der Arzt lediglich als aufmerksamer Zuhörer erweist.

Allein die bloße, vergleichende Betrachtung dieser formalen Darstellungen von drei Gesprächen lässt bereits auf einen Blick exemplarisch verschiedene Dialogrollenprofile erkennen, nach denen zunächst ohne inhaltliche Kenntnis der Gespräche selbst schon auf die jeweilige Gesprächsqualität der drei Gesprächsbeispiele (A)-(C) geschlossen werden kann. Die formale Darstellung legt unmittelbar offen, welcher Gesprächspartner wann wie lange spricht und in welcher Gesprächsphase er seiner Rededomäne hat, die er zu spezifischen erst noch bestimmenden Gesprächszwecken nutzen kann. Was sich durch die weitere multimethodale Gesprächsanalyse erhärten lässt (§ 40.2.3), kann sich bereits aufgrund der dargestellten Dialogrollenstruktur abzeichnen, die wie ein „Lackmustest“ für die Gesprächsanalyse benutzt werden kann, um gelungene von weniger gelungenen Gesprächen zu differenzieren:

Ein Gespräch wie (A), das durch ein extrem „flaches“ Dialogprofil gekennzeichnet ist, wird sich nach weiterer Gesprächsanalyse kaum als „besseres“ Gespräch erweisen können. Die Patientin kann kaum „zu Wort kommen“, geschweige denn „am Stück reden“, um etwa am Anfang ihr Anliegen oder gar im weiteren Gesprächsverlauf ihre Krankengeschichte zu erzählen. Mit keinem ihrer Beiträge kann sie den schon niedrigen Schwellenwert von 40 Wörtern überschreiten, ihr längster Beitrag beträgt gerade mal 28 Wörter zur Erwähnung einer Vorbehandlung („Mandel-OP“). Ansonsten stellt das Gespräch eine dialogische Sequenz- und Handlungsfolge von kurzen Fragen und knappen Antworten

dar, weswegen es insgesamt nach der Detailanalyse (§ 19.6) als eine typisches „Verhör“-Gespräch charakterisiert wurde, das durch einen ausschließlich interrogativen Interviewstil des Arztes dominiert wurde.

Dagegen kann an der Dialogrollenstruktur von Gespräch (C) direkt „abgelesen“ werden, dass der Patient ausführlich *zu Wort kommt*, mehrmals mit sehr langen Redebeiträgen (= Säulen), die den höheren Schwellenwert (>80 Wörter) mehrmals und in vier Fällen deutlich (>100 Wörter) überschreiten, wodurch sich bereits erste „Anzeichen“ für Patientenerzählungen ergeben, was durch die entsprechende Narrationsanalyse bestätigt wurde (§ 19.8). Wie in diesem Gespräch (C), so ist auch im Gespräch (B) erkennbar ein „Rederecht am Stück“ gleich zu Gesprächsbeginn möglich, so dass es sich hier um Gesprächsexemplare handelt, die *positive* Gegenbeispiele für die allgemeine Beobachtung der frühen „Unterbrechung“ (nach durchschnittlich 18 bzw. 23 Sekunden) durch den Arzt darstellen, die in der einschlägigen Forschung (§ 19.3) (Beckman, Frankel 1984, Marvel et al. 1999, Makoul 2003) zu Recht kritisiert wird.

So war schon in der Detailanalyse zu Gespräch (A), die das Blickverhalten der Patientin berücksichtigte, herausgearbeitet worden, wie der Arzt den initiativen Beitrag der Patientin extrem früh (nach 3 Wörtern) mit einer *Trichtertechnik* unterbrochen hatte (§ 19.6), kaum dass sie begonnen hatte, wobei sie deutlich erkennbar fortfahren wollte.

Im Unterschied dazu lässt der Arzt in Gespräch (B) zwar seine Patientin am Anfang länger *zu Wort kommen*, das sie zu einer elaborierten Beschwerdeschilderung nutzen kann, aber diese initiative Beschwerdeschilderung ist zugleich ihr längster Beitrag im ganzen Gespräch, so dass die Patientin hier im Vergleich zum Gespräch (C) insgesamt weniger „am Stück reden kann“, was schon Hinweise für eine mangelhafte narrative Entwicklungsmöglichkeit der Patientin gibt.

Wie auch die weitere Gesprächsanalyse ergab, nach der sich die wenigen längeren Redebeiträge, die eine ohnehin niedrige Schwelle (> 40 Wörter) kaum überschreiten, insgesamt nicht als Kandidaten für Erzählungen erwiesen, bewegt sich dieses Gespräch (B) unter dem Aspekt der Evaluation in einer Mittelposition zwischen den beiden anderen Extremen, die sich jeweils als prototypische Exemplare für misslungene Gespräche (A) (*worst practice*) versus gelungene Gespräche (C) (*best practice*) ausweisen lassen.

Dabei kann die *formal-dialogische* Gesprächsanalyse eine heuristische Ausgangsbasis für weitere, *multimethodale* Gesprächsanalysen bilden, deren Ergebnisse bestimmte Gespräche als kontrasttypologische

Modellgespräche auch für die Lehre (Koerfer et al. 1996, 1999, 2008) geeignet erscheinen lassen, um mehr oder weniger gelungene Gespräche auch zu Zwecken des *forschenden Lernens* (§ 13.4) differenzieren zu können.

40.2.3 Multidimensionale Gesprächsanalysen

Wie schon vorausgehend deutlich wurde, kann eine einzige Methode allein kaum zielführend sein, wenn man bei der Evaluation das ganze Spektrum einer mehr oder weniger „guten“ Gesprächsführung erfassen will. Zwar können etwa mit der *formal-dialogischen* Gesprächsanalyse schon wesentliche Gesprächsmerkmale sichtbar werden, die bereits Rückschlüsse auf eine *dialogische (A)Symmetrie* (§ 7.5) zwischen den Gesprächspartnern erlauben. Um aber weitere Einsichten in die Interaktions- und Themenentwicklung von Gesprächen zu gewinnen, sind weitere komparative Analysen notwendig, die sowohl zur (Extrem-) Typologie von Gesprächen als auch zur weiteren Binnendifferenzierung der Gesprächstypen beitragen, die nach spezifischen Strukturen und Funktionen in spezifischen Gesprächsphasen zu unterscheiden sind.

Hier können sich zwischen Erst- und Folgegespräche ebenso Unterschiede wie zwischen Anamnese-, Aufklärungs- und Entscheidungsgesprächen ergeben, die etwa als Verordnungsgespräche (§ 26) zu spezifizieren sind. Wir fokussieren hier zunächst auf Erstgespräche, in denen im idealen Fall schon alle Funktionen im Gesprächsverlauf wahrgenommen werden können. An dieser Stelle kann jedoch in vier Schritten nur ein Überblick über die komparative Gesprächsanalyse gegeben und für Details auf vorausgegangene und nachfolgende Kapitel des Lehrbuchs sowie die weiterführende Literatur verwiesen werden.

Da die Ressourcen häufig beschränkt sind und man auch bei einer komparativen Analyse nicht zugleich alles mit allem unter allen Aspekten vergleichen kann (Koerfer 1994/2013), sollten bestimmte Methoden der ersten Wahl den Anfang der Untersuchungen machen können, die allerdings mit einer komparativen Gesamtperspektive zu eröffnen sind. So kann man auch mit einer *Inhaltsanalyse* zur Themenentwicklung beginnen und diese später mit der *formal-dialogischen* Analyse verbinden, um die thematischen „Redegelegenheiten“ für beide Sprecher zu identifizieren, die wiederum bestimmte typische oder individuelle Handlungszwecke verfolgen, erreichen oder verfehlen, was Gegenstand einer spezifischen *Interaktionsanalyse* ist usw.

Die folgenden Differenzierungen einer *multidimensionalen* Gesprächsanalyse setzen schwerpunktmäßig auf unterschiedlichen Analyseebenen an, wobei die Ergebnisse zwar schrittweise erzielt werden können, aber sowohl in Zwischenbilanzen als auch in einer Gesamtanalyse zu integrieren sind.

- **Dialoganalysen**

Die vorausgehend beschriebene Methode der formalen Darstellung der Dialogrollenstruktur liefert zunächst erste Hinweise auf (*A*)*Symmetrien* bei der Wahrnehmung von *Redechancen*, die in weiteren Analyseschritten als Interaktions-, Inhalts- und Partizipationschancen zu untersuchen sind. Hierzu waren vorausgehend schon extremtypologische Modellgespräche differenziert worden, die *hypothesenbildend* sein können. Wenn Patienten bei extrem „flachen“ Dialogprofilen unterhalb eines ohnehin schon niedrigen Grenzwertes (< 40 Wörter) bleiben (Abb. 40.1: Modellgespräch A), stehen alle weiteren Chancen für eine aktive Gesprächsbeteiligung eher „schlecht“, während sie bei einer mehrfachen Überschreitung eines höheren Schwellenwertes (> 80 Wörter) eher „gut“ stehen (Abb. 40.1: Modellgespräch C), weil hier etwa auch Patientenerzählungen zu erwarten sind, die eben schon von vornherein einen größeren Gesprächsraum beanspruchen.

- **Interaktionsanalysen**

Ob dieser „narrative“ Gesprächsraum vom Arzt nicht nur passiv gewährt, sondern durch Formen des *aktiven Zuhörens* (§ 19), *empathische* Rückmeldungen (§ 20) oder über einschlägige Themeneinladungen bei der *Detailexploration* (§ 21) aktiv gefördert wird, muss durch weitere Interaktionsanalysen offengelegt werden, die gleichfalls komparativ angelegt sind. Je nach Entwicklungsstand kann man sich auf Ergebnisse aus Pilotstudien zu exemplarischen Gesprächen beziehen, die in den vorausgehenden Kapiteln schon ausführlich und im Detail analysiert wurden: Während hier das Modellgespräch (A) durch einen *interrogativen* Interaktionsstil der Anamneseerhebung gekennzeichnet war (§ 19.6), bei dem mögliche Patientenerzählungen durch die ärztliche *Trichtertechnik* eines „Verhör“-Gesprächs gleichsam „im Keim erstickt“ wurden, zeichnete sich das Modellge-

spräch (C) durch einen *biographischen-narrativen* Interaktionsstil aus, bei dem der Patient wiederholt erzählend zu Wort kam (§ 19.8). Zu weiteren Details kann hier insgesamt nur auf die vorausgehenden exemplarischen Gesprächsanalysen rückverwiesen werden (§ 19, 24, 25), in denen die *Dialoganalyse* mit einer *Interaktionsanalyse* verbunden wurde, die zugleich als *Narrationsanalyse* (§ 9, 19, 20) (Koerfer et al. 2000, 2005, 2010, Köhle, Koerfer 2017) durchgeführt wurde.

- **Inhaltsanalysen**

Narrationsanalysen lassen sich nicht nur wegen ihrer konstitutiv längeren Rederechtbeanspruchung gut mit formalen *Dialoganalysen*, sondern ebenso gut mit *Inhaltsanalysen* zur Themenentwicklung verbinden. So kommen im Vergleich zu bloßen Patientenberichten durch Patientenerzählungen schon andere Kommunikationsformen und -inhalte zur Geltung, mit denen etwa das *emotionale* Erleben dramatisch zum Ausdruck gebracht werden kann (§ 9, 19). Hier kann die Entwicklung eines spezifischen Emotionsvokabulars als Seismograph für die narrative Selbstexploration von Patienten analysiert werden. Dafür sind nicht nur explizite Emotionswörter („Angst“, „Wut“, „Trauer“), sondern auch spezifische Metaphern („ersten Knacks bekommen“, „niedergeschlagen“) einschlägig, deren lebensweltliche Relevanz als Leitmetapher für ein Lebensnarrativ eines individuellen Patienten in einer qualitativen *Metaphernanalyse* (§ 11, 19.8) zu rekonstruieren ist.

Die Einführung und Wiederaufnahme von Emotionswörtern bzw. Metaphern lässt sich gerade bei der *empathischen* Kommunikation als Entwicklung von *thematischen Schlüsselsymbolen* analysieren, die der gemeinsamen Verständigung von Arzt und Patient dienen, bei der sie den *roten Faden* im Gespräch auf der Basis eines gemeinsamen *Grundvokabulars* verfolgen (§ 19-21). Solche Entwicklungen waren in den vorausgehenden exemplarischen Gesprächsanalysen unter der zentralen *evaluativen Prämisse* rekonstruiert worden, dass sich eine *biopsychosoziale Medizin* (§ 4) schließlich auch (im Sinne von Smith, Hoppe 1991) (§ 9.1) in einer *biopsychosozialen Themenprogression* gesprächsweise manifestieren muss.

Ein prototypisches Exemplar war das Gespräch (C), bei dem sich in der laufenden Interaktion ein Wechsel von einem primär biomedizi-

nischen zur biopsychosozialen Themenprogression durch die zentralen ärztlichen *Schlüsselinterventionen* und *Patientenerzählungen* vollzogen hatte (Abb. 40.2). Während das Gespräch zunächst durch längere Patientenberichte und Erzählungen zur medizinischen (Vor-) Behandlung in einer langjährigen Krankengeschichte („Magenbeschwerden“) dominiert worden war, gelang es dem Arzt durch gekonnte, insistierende Interventionen, eine narrative Selbstexploration des Patienten zu fördern, die sich in einem biographisch relevanten *Lebensnarrativ* („aus der Bahn geworfen“) (=längste rote Säule) manifestiert hatte.

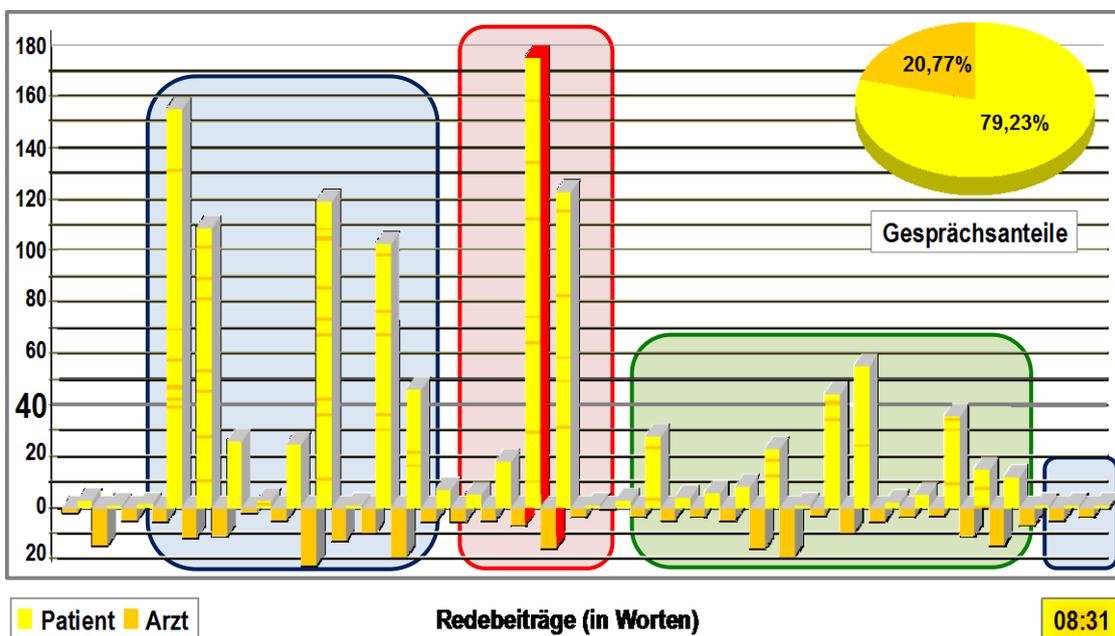


Abb. 40.2: Dialogrollen-Struktur von Arzt und Patient für Gespräch (C): Narrativer Interviewstil und *bio-psycho-soziale* Themenentwicklung (B = blau, PS = rot, BPS = grün).

Dieses Lebensnarrativ, das mit Prüfungsversagen begann und in einer anhaltend problematischen Berufswahl mit Dauerfrustration mündete, führte zu einer thematisch neuen Gesprächsqualität, bei der die persistierenden Magenbeschwerden im weiteren Gesprächsverlauf in einen biopsychosozialen Zusammenhang gestellt werden konnten, der etwa in einer metaphorischen Intervention des Arztes auf den Begriff gebracht wurde („tja, aber die Arbeit scheint Ihnen ja tatsächlich auf den Magen zu schlagen, wa?“) (§ 19.8). Auch in anderen Gesprächsanalysen (z.B. § 19.7, 20.9) konnte die *Inhaltsanalyse* biopsychosozialer Themenprogression mit der *Interaktionsanalyse* zur Förderung und Weiterbearbei-

tung von Erzählungen verbunden werden, nachdem die formale *Dialoganalyse* die ersten analytischen Hinweise auf spezifische narrative und thematische Gesprächsentwicklungen gegeben hatte.

- **Partizipationsanalysen**

Unter dem Evaluationsaspekt ist die Partizipation nicht nur für die (Gesprächsphase der) *Entscheidungsfindung* relevant, wie dies ausführlich theoretisch begründet und an empirischen Praxis-Beispielen untersucht wurde (§ 10, 22, 26), sondern für den gesamten Gesprächsverlauf, in dem Patienten hinreichend erzählend zu Wort kommen, ihren Informationsbedarf durch Fragen klären oder ihre Präferenzen gegenüber alternativen Behandlungsformen hinreichend einbringen können sollten. Bei der Partizipationsanalyse können die Ergebnisse der Dialog-, Interaktions- und Inhaltsanalyse bereits integriert werden. Allein nach dem Redeanteil im Gesamtgespräch werden die Unterschiede zwischen dem Gespräch (A), bei dem die beiden Partner ungefähr hälftig beteiligt sind, und den Gesprächen (B) und (C) deutlich (Abb. 40.3: A-D), in denen sich die jeweiligen Ärzte auf einen Redeanteil von 33% bzw. 21% zurücknehmen, wobei ein weiteres Vergleichsgespräch (D), auf das wir noch zurückkommen, die Extremmöglichkeiten in Richtung einer *non-direktiven* Gesprächsführung mit einem ärztlichen Redeanteil von nur 16% aufzeigt.

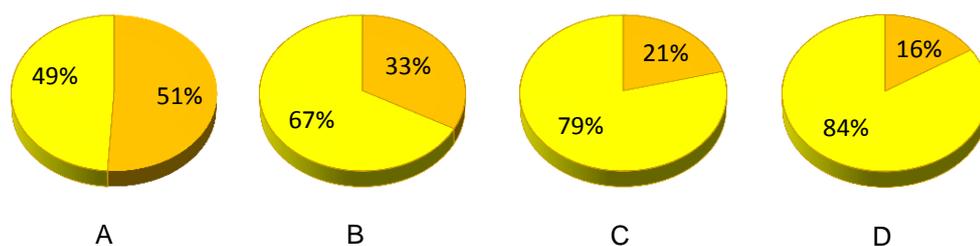


Abb. 40.3: Redeanteile von Arzt  und Patient  für Gespräche A - D

In weiteren Interaktionsanalysen ist dann zu untersuchen, wie die beiden Gesprächspartner ihre jeweiligen Redeanteile nutzen, indem etwa der Patient erzählt und der Arzt aktiv zuhört und empathische Rückmeldungen gibt oder beide Partner wechselseitig Fragen stellen und Antworten geben oder in Aushandlungsprozessen Zweifel oder

Einwände gegenüber Behandlungsoptionen anmelden oder ausräumen usw.

Entsprechend kann dann in Kombination mit detaillierten Interaktions- und Inhaltsanalysen rekonstruiert werden, welcher der beiden Gesprächspartner wie oft eine Themeninitiative ergriffen hat, auf die der andere respondierend oder mit einem abrupten Themenwechsel ignorierend reagiert hat, d.h. in der laufenden Interaktion eine Relevanzhochstufung oder aber –Rückstufung von Themen vorgenommen hat (§ 17, 19-22). Für den Zusammenhang von Kooperation und Partizipation macht es gerade einen wesentlichen Unterschied, ob die Gesprächspartner tendenziell aneinander vorbeireden oder gemeinsam einen roten Faden entwickeln, der sich wiederum in der Interaktion durch Einführung, Wiederaufnahme und Ausführung von *thematischen Schlüsselsymbolen* in spezifischen Sprechhandlungen manifestiert.

Bei aller *Rollen-Asymmetrie* zwischen Arzt und Patient ist dabei insgesamt für die Partizipationsanalyse der Aspekt einer *Dialog-Symmetrie* (§ 7.5) relevant, nach der gerade für den Patienten eine Chancengleichheit für eine ungehinderte Wortergreifung besteht, die er zur freien Wahl von Sprechhandlungen und Themen nutzen kann, ohne hierin durch den Arzt wesentlich eingeschränkt zu werden. Vielmehr muss die ärztliche Gesprächsführung gerade nach dem Ausmaß der Gewährung und Förderung der entsprechenden patientenseitigen Gesprächschancen „bewertet“ werden, die sich eben nicht in der Beantwortung von Arzt-Fragen erschöpfen dürfen, sondern zur narrativen Selbstexploration und partizipativen Entscheidungsfindung beitragen sollten.

Insgesamt ist bei einer komparativen Gesprächsanalyse die klassische Dichotomie von *quantitativen* und *qualitativen* Methoden beizeiten aufzuheben. So sollten beide Methoden alsbald Hand in Hand gehen, wenn etwa in der quantitativ orientierten Dialoganalyse „längere“ Säulen (> 80 Wörter) identifiziert werden, die sich als Kandidaten für die Untersuchung von Patientenerzählungen anbieten, wie sich dies dann in der qualitativ orientierten Narrationsanalyse erweisen kann (§ 9, 19). Anschließend werden die Kontexte untersucht, in denen sich solche Erzählungen entwickeln können. In dieser erweiterten Kontextanalyse von Erzählungen werden die benachbarten Äußerungen (Abb. 40.2: rote Säulen) im Detail „unter die Lupe“ der Gesprächsanalyse als *Sequenzanalyse* und *Phasenanalyse* genommen (§ 19.6-8, 20.9), um die

günstigen interaktiven und thematischen Bedingungen für die Entstehung und Weiterverarbeitung von Patientenerzählungen zu rekonstruieren.

Möglicherweise lassen sich dabei ärztliche *Schlüsselinterventionen* identifizieren, die mit einer hohen *Passgenauigkeit* und großen *Reichweite* (Wirkungsgrad) zu einer neuen Gesprächsqualität geführt haben, was sich etwa an einem Wechsel von *biomedizinischen* zu *psychosozialen* Schlüsselsymbolen manifestiert (§ 19.7-8, 20.9). Die Entwicklung von *thematischen Schlüsselsymbolen* kann wiederum Gegenstand einer *Inhaltsanalyse* sein, bei der allerdings quantitative wie qualitative Aspekte in einem methodisch reflexiven Verfahren der Kategorienbildung und -Auswertung (im Sinne einer *Grounded Theory*) zu verbinden sind (§ 6.2). Dabei kommt es nicht nur auf die Vorkommenshäufigkeiten bestimmter Emotionswörter („Angst“, „Wut“), sondern von äquivalenten Ausdrucksweisen an („Schiss haben“, „dicken Hals kriegen“), die wiederum in einer Metaphernanalyse zu berücksichtigen sind (§ 12, 19.8), bei der gegebenenfalls auch persönliche Bedeutungen für diesen individuellen Patienten eine Rolle spielen können.

Um nicht allein dem „Mächtigkeitseindruck“ der *großen Menge* („Häufigkeiten“) zu unterliegen, was als Risiko der reinen Frequenzanalyse nach Kategoriensystemen beschrieben wurde (§ 40.1.2), sollte die Gesprächsanalyse schließlich auch *singuläre* Vorkommen von Begriffen oder auch Vergleichen („... wie der Vater“) beachten, deren „verweigerte“ Wiederaufnahme zunächst auch Ausdruck eines *Abwehrprozesses* sein kann, bei dem etwa ärztliche oder therapeutische Interventionen vom Typ der *Konfrontation* oder *Interpretation* zurückgewiesen werden (§ 3, 17, 20, 21). Hier verweist schon die traditionelle Unterscheidung zwischen *manifestem* und *latentem* Sinn auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen einer ärztlichen und therapeutischen Sprechstunde (§ 9.3), die erneut zu weiteren komparativen Gesprächsanalysen herausfordern.

40.2.4 Funktionsanalysen von Gesprächsphasen

Bei der komparativen Gesprächsanalyse ist der Fokus im kritischen Vergleich nicht nur auf unterschiedliche Gesprächstypen zu richten, sondern auch auf unterschiedliche Gesprächsphasen, in denen mit einer Binnendifferenzierung verschiedene Gesprächsfunktionen wahrge-

nommen werden müssen. So ist einerseits der Unterschied zwischen einem Erstgespräch, das gerade wegen der ersten Kontaktaufnahme wesentlich als Anamnesegespräch geführt wird, und einem Folgegespräch zu berücksichtigen, das wesentlich der Aufklärung und/oder der Entscheidungsfindung dienen kann. Andererseits können diese verschiedenen Funktionen auch innerhalb eines Gesprächs wahrgenommen werden, so dass sich für bestimmte *Gesprächsphasen* entsprechend differenzierte Anforderungsprofile ergeben, denen auch in einer vergleichenden Evaluationsperspektive Rechnung zu tragen ist. Dazu sollen zwei wesentliche Aspekte angeführt werden, unter denen sowohl *quantitative* als auch *qualitative* Methoden zur Anwendung kommen können.

- **Assoziation und Lenkung**

Unter dieser Perspektive des Vergleichs von unterschiedlichen Gesprächstypen sollen mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten zum Aspekt der *Assoziation* versus *Lenkung* herausgestellt werden (§ 9.3, 17.4). Betrachtet man das zusätzlich zum extremtypologischen Vergleich ergänzte Gespräch (D) (in Abb. 40.3), so imponiert der Arzt dort mit einer Zurücknahme seines Redeanteils auf „nur“ 16%. Entsprechend groß war der Redeanteil der Patientin, die ihn zu teils besonders „langen“ Redebeiträgen (= Säulen) (> 200 Wörter) in der Funktion von dramatischen Erzählungen nutzen konnte, von denen wir vorausgehend einige mit Bezug auf die Darstellung der Dialogrollenstruktur ausführlich analysiert hatten (§ 19.7). Im formaldialogischen Vergleich ähneln die extreme Verteilung der Redeanteile und die Dialogrollenstruktur wohl dem typischen Gesprächsverlauf in der Psychotherapie, bei dem der Therapeut bekanntlich sehr zurückhaltend sein kann und soll, um der *Assoziationsregel* Geltung zu verschaffen (§ 9.3). In dieser Hinsicht ist der Arzt in seiner orthopädischen Sprechstunde in diesem Gespräch (D) der Patientin sicher weitgehend entgegengekommen, die ihr Lebensnarrativ mehr oder weniger assoziativ erzählend entfalten konnte – bei minimaler ärztlicher Lenkung.

Ein Gespräch mehr oder weniger assoziativ „laufen zu lassen“, kann natürlich in der ärztlichen Sprechstunde – in Unterschied zu Psychotherapie – kontraproduktiv werden. In der ärztlichen Sprechstunde kann der Maximen-Konflikt zwischen Assoziation und Lenkung, wie er vorausgehend mit Engel, Morgan (1977) beschrieben

wurde (§ 9, 17.4), auf Dauer nicht einseitig zugunsten der Assoziation entschieden werden. Gleichwohl mag es aber in Erstgesprächen oder bei neuen, schwerwiegenden Patientenerfahrungen zunächst gerade funktional sein, den Patienten ein besonderes *Assoziationsprivileg* einzuräumen, das gleichsam entgegen der Regel ausnahmsweise gewährt wird, um etwa einem besonderen Erzähldruck nachzugeben. Was hier in einer kritischen Bandbreite zwischen Extremen möglich und sinnvoll ist, muss sicher von Fall zu Fall und von Moment zu Moment neu entschieden werden, was gerade die *Kunst* der ärztlichen Gesprächsführung ausmacht (§ 17), die sich durch eine hohe *Flexibilität* auszeichnen sollte.

- **Rederechtverteilung für Gesprächsphasen mit spezifischen Funktionen**

Wenn der Arzt bei einer flexiblen Gesprächsführung mit seiner individuellen *Passungskompetenz* auch nicht durch strikte Regeln „überstimmt“ werden sollte,⁶ können durchaus gewisse Typen von Gesprächsverläufen nach ihren klassischen Funktionen unterschieden werden, die wir vorausgehend auch nach den Schritten des Manuals differenziert hatten (§ 17, 18-23). Da Partizipation immer auch eine Frage der verbalen Beteiligungschancen ist, wie oft man zu welchem Zweck zu Wort kommen kann, soll abschließend eine schematische Darstellung der prototypischen Rederechtverteilung in idealen Gesprächsverläufen mit bestimmten funktionalen Schwerpunkten (*Anliegen anhören, Emotionen zulassen, Details explorieren, Vorgehen abstimmen*) gegeben werden, die der Orientierung in der Didaktik und Praxis der Gesprächsführung dienen kann.

Keineswegs kann eine solche betont schematische Darstellung (Abb. 40.4) den Anforderungen einer flexiblen Gesprächsführung im Einzelfall gerecht werden. Hier wird jeweils eine individuelle Gesprächsdynamik entwickelt, die zu eigenen Schwerpunktsetzungen führt (§ 17.3). Weit davon entfernt, das Redeprivileg für individuelle Patienten in individuellen Gesprächssituationen in „Zahlen“ festle-

⁶ Dass Ärzte ihre individuellen Kompetenzen behalten und patientengerecht anwenden können und müssen, die nicht durch übergeordnete Instanzen „überstimmt“ werden können, war vorausgehend schon für die Praxis einer evidenzbasierten Medizin mit Bezug auf den Sachverständigenrat (2009) (§ 5, 10) betont worden. Empfehlungen zur Gesprächsführung zu beachten, ist eine Sache, ihnen in der Gesprächspraxis flexibel zu folgen, eine andere.

40. Probleme und Methoden der Evaluation

gen zu wollen, können aber doch gewisse „Goldstandards“ zumindest für die Rederechtsverteilung nach *Gesprächsphasen* mit bestimmten Gesprächsfunktionen formuliert werden, um eine *differentia specifica* zu markieren.

%		1 Beziehung	2 Anliegen	3 Emotionen	4 Details	5a Aufklärung	5b Entscheiden	6 Resümee
80	Patientin							
70								
60								
50								
40								
30								
20								
10								
10	Ärztin							
20								
30								
40								
50								
60								
70								
80								

Abb. 40.4: Idealtypische Rederechtverteilung für Gesprächsphasen n. Manual (1-6)

Insgesamt sollten Patienten bei einem idealtypischen Gesprächsverlauf im Anschluss an die Beziehungsaufnahme (1) gerade in den Anfangsphasen (2-3) der Anamneseerhebung verstärkt das Wort haben, das sie aus freien Stücken wählen und etwa zu längeren Erzählungen nutzen können, bevor der Arzt seinerseits mehr Raum für die Detailexploration (4) ebenso beanspruchen muss wie gegebenenfalls für die Aufklärung (5a). In dieser Gesprächsphase muss der Patient schließlich in seinem eigenen Interesse durch den Arzt ausführlich informiert werden, bevor auf dieser Informationsbasis beide Gesprächspartner in eine Aushandlungsphase (5b) treten können, in der sie das Für und Wider beim weiteren Vorgehen austauschen. Dabei muss auch der Patient mit seinen lebensweltlich bedingten Präferenzen hinreichend zu Wort kommen, bevor beide Gesprächspartner eine gemeinsame Entscheidung treffen können. In der

Schlussphase (6) ist der Gesprächsverlauf und die gemeinsame Handlungsperspektive, unter der etwa weitere Untersuchungen eingeleitet oder Ergebnisse abgewartet werden müssen, wiederum überwiegend vonseiten des Arztes zu resümieren.

Die unterstellten „Zahlenverhältnisse“ bei der Rederechtverteilung können bestenfalls als „Richtwerte“ zur Orientierung dienen. Nimmt man eine Gewichtung vor, bei der nur die zentralen, ohnehin schon wegen ihrer Länge relevanteren Mittelphasen (2-5) ins Kalkül genommen werden, so ergibt sich ein als ideal angenommenes „Mischungsverhältnis“, das sich nach spezifischen Gesprächsfunktionen in Gesprächsphasen gliedert und zu einem Gesamtverhältnis im Redeanteil der Gesprächspartner aufsummiert (P:A = 32:18). Dieses ideale Verhältnis der Redeanteile, das grob vereinfacht werden kann (2:1), wird schon in unserem empirischen „Idealgespräch“ (C) (Abb. 40.1), das vorausgehend im Detail analysiert worden war (§ 19.8), noch stärker zugunsten des Patienten übertroffen (4:1). Was sich in der Theorie schon als *ideal* darstellen mag, kann in der Praxis offenbar noch weit überboten werden.⁷

Wie in allen vorausgehenden Gesprächsanalysen deutlich wurde, können *Gesprächsmanuale* bestenfalls als Strukturierungshilfe bei der *Orientierung* in der Praxis dienen. Schon die Wahrnehmung bestimmter Gesprächsfunktionen (2-5) sollte nicht strikt an eine Reihenfolge gebunden sein, sondern eher mit wechselnden Schwerpunktsetzungen verfolgt werden (§ 17.3). Das *aktive Zuhören* endet nicht nach dem zweiten Gesprächsschritt, sondern wird über den ganzen Gesprächsverlauf verlangt, um eine Relevanzhochstufung von thematischen Patientenanboten zu erreichen (§ 7.5, 17.4, 19.4, 20.4). Entsprechend der Eigen-dynamik von Gesprächen, an deren Entwicklung beide Partner auf ihre Weise konstruktiv beteiligt sind, können Patientenerzählungen auch

⁷ Zur Relativierung sei allerdings angemerkt, dass das empirische Erstgespräch (C) eben wesentlich als Anamnesegespräch geführt wurde, so dass sich bestimmte „arztzentrierte“ Gesprächsphasen/-funktionen erst im Folgegespräch ergeben, bei dem der Arzt den Patienten u.a. über die Befunde der „Magenspiegelung“ aufklären wird, bevor sie dann in die eigentlich Phase der Entscheidungsfindung eintreten, die im Erstgespräch zunächst mit der Einigung auf eben diese vom Patienten gewünschte „Magenspiegelung“ wenig „kontrovers“ endete. Dagegen kann der ärztliche Redeanteil erheblich zunehmen, wenn etwa ein patientenseitig gewünschtes Verfahren „strittig“ ist (22.4), wobei es zu längeren Aushandlungsprozessen zwischen Arzt und Patient mit einer eher „symmetrischen“ Rederechtverteilung kommen kann (22.4-6).

noch später gefördert, platziert und weiterbearbeitet werden, wenn bereits der Übergang zur Detailexploration oder Entscheidungsfindung hergestellt zu sein scheint.

Ebenso beginnt die *empathische* Kommunikation (§ 20) nicht erst in einem 3. Gesprächsschritt, sondern ihr muss ein privilegierter Gesprächsraum nach der Supermaxime gegeben werden, dass Emotionen prinzipiell Vorrang haben. Weil Emotionen ein „flüchtiges“ Phänomen sind, müssen sie dann unmittelbar aufgenommen werden, wenn sie auftreten. So können Emotionen auch im Aufklärungsgespräch erneut Platz greifen, weil die neuen Informationen zur Diagnose oder Behandlung „Angst machen“ können. Auch bei der Entscheidungsfindung können neue oder ergänzende, auch *narrativ* vermittelte Informationen zur Detailexploration notwendig werden, weil die Präferenzen des Patienten mit seinen *lebensweltlichen* Bedingungen abgeglichen werden müssen (§ 10), um die Adhärenz des Patienten zu verbessern, was unter Umständen weitere dialogische Aufklärungsarbeit erfordert usw.

Wer allerdings wie der Chirurg in dem Beispiel zur Patientenaufklärung vor einer Operation (§ 22.3) das ärztliche Rederecht zu einem extrem langen *Aufklärungsmonolog* nutzt (> 200 Wörter), der die Rezeptionskapazitäten eines Patienten schnell zu übersteigen droht, verstößt gegen elementare Regeln einer *dialogischen* Verständigung, die auch Grundlage einer dialogischen Medizin ist (§ 7). Hierzu waren schon die Submaximen der Einfachheit, Portionierung (*digestible chunks*) und Verständlichkeit bei der ärztlichen Aufklärung ausgeführt worden (§ 10, 22, 26, 27). Diese Maximen sind trotz des größeren Rederechts einzuhalten, das zwar der Sache nach beim aufklärenden Arzt liegt, der die nötigen Informationen aber nach dem dialogischen *Ask-Tell-Ask*-Schema patientengerecht vermitteln muss (§ 22.3.2). Trotz der ärztlichen Rede-, Interaktions- und Themen-Dominanz in dieser Gesprächsphase muss der Arzt dem Patienten durch Vergewisserungsfragen sowie Einladungen zur Verständnisklärung genügend Spielraum im Sinne einer dialogischen Aufklärung verschaffen.

Bei aller Bandbreite der ärztlichen Gesprächsführung, die sich idealerweise durch eine hohe *Flexibilität* auszeichnet (§ 17.3), sind insgesamt begrenzende Evaluationslinien einzuziehen, die vor allem keine restriktive Konfliktlösung zwischen Assoziation und Lenkung zulassen, bei der ein *interrogativer* Interviewstil auf ein bloßes „Verhör“-Gespräch (A) zuläuft (§ 19.6). In diesem Gespräch konnte die Patientin kaum am Stück zu Wort kommen, was sich in der formalen Dialoganalyse allein darin manifestierte, dass sie den ohnehin schon niedrig angesetzten

Schwellenwert (> 30 Wörter) mit keinem ihrer Redebeiträge überschreiten konnte. Dagegen war die „besseren“ Alternativen einer *narrativ-biographisch* orientieren Gesprächsführung, die mit einer *partizipativen* Entscheidungsfindung (PEF, SDM) verbunden wird (§ 10, 22), in den vorausgehenden Gesprächsanalysen (§ 19.7-8, 20.9) im Detail differenziert worden.

Es sei erneut dahingestellt, ob ein Gespräch wie (D) die Evaluationslinie schon auf der Ebene der formalen Dialoganalyse über- bzw. unterschreitet, nach der der Arzt sich insgesamt auf 16% (sic) Redeanteil zurücknahm, so dass der Patientin einen entsprechend großer Gesprächsraum zur freien Verfügung gestellt wurde, den sie für teils sehr lange, dramatische Erzählungen (> 100 Wörter) nutzen konnte. Hier könnte nun unter dem Aspekt der *Lenkung* durch den Arzt, der mit seiner Gesprächsführung primär auf die Förderung von Patientenerzählungen fokussierte, die Gesprächskritik an einer *Unterstrukturierung* des Gesprächs vorgebracht werden.

Wenn aber der Grenzfall einer extremen Rederechtverteilung (5:1) unter einem qualitativen Evaluationsaspekt der *narrativen* Gesprächsführung zugunsten der Assoziationsregel noch toleriert werden soll, lässt sich dies im Unterschied zum anderen Extrem der *interrogativen* Gesprächsführung (A) (1:1) durchaus als Ausnahme im Einzelfall rechtfertigen. Während in einem Gespräch vom Typ (A) das narrative Potential von Patienten durch den bloß fragenden Arzt blockiert wird, wird es im Gesprächstyp (D) durch den aktiv zuhörenden Arzt voll ausgeschöpft. Dabei schlägt die narrative Grundstruktur keineswegs auf die Gesamtlänge des Gesprächs durch (§ 19.7), das mit 12,5 Minuten im „Durchschnitt“ von Erstgesprächen liegt, die wir im Prä-post-Design (§ 40.2.6) verglichen haben.

Als *Surplus* der dramatischen Erzählungen der Patientin gewinnt der Arzt eine Einsicht in ein beeindruckendes Lebensnarrativ (§ 19.7), dessen Kenntnis sich in der weiteren Interaktions- und Versorgungsgeschichte schnell „amortisieren“ kann. Beide Gesprächspartner können von dem geteiltem Erfahrungswissen der Patientin im Sinne der von Balint (1964/88: 335ff, 373ff) wiederholt beschriebenen „Investierungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit“ profitieren, indem sie die Lebensgeschichte der Patientin in allen Folgegesprächen aus der Erinnerung abrufen und reaktivieren können.

Was einmal ausführlich erzählt wurde, bleibt für Sprecher wie Hörer eine gemeinsame Erkenntnisquelle, aus der später auch abkürzend in einer „Stichwortkommunikation“ geschöpft werden kann, indem sich

die beiden Gesprächspartner zukünftig über die Kondensate von *thematischen Schlüsselsymbolen* „kurzschließen“ können, so dass sich die aktuell investierte Zeit auch später unter einem „ökonomischen“ Aspekt „auszahlen“ wird.

40.2.5 Multimethodale Einzelfallanalysen

Die komparative Gesprächsanalyse kann darüber hinaus auch mit weiteren Analysemethoden kombiniert werden, die teils in anderen interdisziplinären Traditionen als der (linguistischen) Gesprächsanalyse entwickelt wurden. Dabei stellt sich allerdings erneut das Problem der verfügbaren Ressourcen, wenn mehrere Analyseansätze auf viele Gespräche angewandt werden sollen. Hier können Einzelfallanalysen zunächst im Sinne von Pilotstudien durchgeführt werden, die weitere Analyseperspektiven für einen komparativen Ansatz eröffnen, der idealerweise auch mit einem Prä-post-Design (s.u.) durchzuführen wäre.

Zunächst soll aber kurz über eine multimethodale Einzelfallanalyse zu einem Gespräch berichtet werden, das in einer hausärztlichen Sprechstunde mit einer Schülerin („Julia“) geführt wurde. Das Gespräch wurde allen Teilnehmern der Studie als Videoaufzeichnung und Transkript zur Verfügung gestellt (Köhle et al. 2010). So konnten die spezifischen verbalen und nonverbalen „Gesprächsdaten“ aus der jeweiligen Analyseperspektive spezifisch aufbereitet und ausgewertet werden, was hier nur mit Hinweis auf die Quellen kurz umrissen werden kann.

- **Diskursanalyse (DA)**

Auf den Einzelfall zugeschnitten wurden die Dialog-, Interaktions-, Inhalts- und Partizipationsanalysen in etwa so exemplarisch durchgeführt, wie dies mit der komparativen Gesprächsanalyse vorausgehend beschrieben wurde. Insgesamt ging es auf einer *mikro-* und *makroanalytischen* Beobachtungsebene um die Rekonstruktion von Gesprächsentwicklungen zwischen Julia und ihrem Arzt, in denen sie gemeinsam einen Transfer von der *Symptomschilderung* („Übelkeit“, „Kopfschmerzen“) zu einem biographisch bedeutsamen *Narrativ* („Schulangst“) herstellen, bei dem sich der Arzt als *Ko-Konstrukteur* der Patientengeschichte erweist (§ 25) (Koerfer et al. 2010).

- **Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)**

In einer sozial-psychologischen Tradition, in der vor allem die Beziehungsqualität zwischen Patienten und Therapeuten in Psychotherapien eingeschätzt werden soll, wurde die Beziehung zwischen Julia und ihrem Arzt in den Dimensionen *Interdependenz* (Autonomie vs. Kontrolle) und *Affiliation* (Zuneigung vs. Feindseligkeit) untersucht, wobei auch die nonverbalen Anteile berücksichtigt wurden. Im Vergleich zu einer Stichprobe von 120 hausärztlichen Konsultationen erweist sich der Arzt von Julia insgesamt gegenüber seiner Patientin als *zugewandter* und weniger *kontrollierend* (Kruse, Tress 2010).

- **Roter Interaction Analysis System (RIAS)**

Wie bereits ausgeführt (§ 40.1), hat dieses *Kategoriensystem* eine breite internationale Anwendung in vielen Studien gefunden, so dass hier eine Vergleichbarkeit von (Gruppen von) Gesprächen auf der Basis großer Datenmengen möglich ist. Dieser methodische Vorteil wird auch in der Untersuchung von Szirt und Langewitz (2010) genutzt, indem sie die Ergebnisse zum Gespräch zwischen Julia und ihrem Arzt mit ähnlichen Gesprächen aus einer Vergleichsgruppe von Ärzten verglichen haben, die sich in einer zweijährigen Fortbildung befanden. Ihre Ergebnisse legen zu einer Modifikation von RIAS nahe (neue Kategorie zum Thema „Unsicherheit“ sowie eine Sequenzanalyse zur Erfassung von *Reziprozität*) und weisen zum anderen das Gespräch mit Julia gegenüber der Vergleichsgruppe als „außergewöhnliches“ Gespräch aus, dem insgesamt durchaus eine Vorbildfunktion zugeschrieben werden kann (Szirt, Langewitz 2010).

- **Heidelberger Struktur-Lege-Technik (SLT)**

Mit dem Heidelberger Forschungsprogramm „subjektive Theorie“ ist eine spezifische Methode der *Struktur-Lege-Technik* (SLT) entwickelt worden, die Teilnehmer an der Interpretation ihrer vorausgegangenen Interaktionen in einem nachträglichen Konsensbildungsverfahren selbst zu beteiligen. Dieses Verfahren wurde auch auf das hausärztliche Gespräch mit Julia angewandt, indem der Patientin ihr eigenes Gespräch mit dem Arzt im Nachhinein in mehrfachen Durchgängen zur Selbstreflexion vorgelegt wurde. Ein wesentliches Ergeb-

nis war, dass die Patientin die ärztliche Gesprächsführung bei der Bewältigung ihrer Sorgen und Ängste als besonders *hilfreich* erlebt hat (Obliers et al. 2010).

- **Bewegungsanalyse (NEUROGES-ELAN)**

Zusätzlich zur Analyse des verbalen Verhaltens im Gespräch zwischen Patientin und Arzt wurde eine Bewegungsanalyse durchgeführt. Zum Bewegungsverhalten gehören etwa Bewegungen der Hände, die körperfern ausgeführt werden (z.B. Zeigegesten, Embleme), oder Kopfbewegungen (Nicken) oder Schulterbewegungen (z.B. Schulterzucken), aber auch selbstregulierende Bewegungsaktivitäten als Selbstberührungen (z.B. Hand-zu-Hand-Berührungen). Bedeutsam sind vor allem Bezugnahmen durch den Arzt, der das Verhalten der Patientin spiegelt, indem er etwa selbst die Hand zum Hals hin und wieder weg führt, was auch im vorausgegangen Kapitel zur *nonverbalen Interaktion* (§ 12) beschrieben wurde. Solch spiegelndes Verhalten erweist sich als therapeutisch wirksam, auch wenn sich der Arzt dieser Art von „Intervention“ nicht bewusst ist (§ 12) (Lausberg 2011).

Für die Detailanalysen kann hier nur auf das Transkript und die angeführte und weiterführende Literatur in den Einzelanalysen zum Gespräch mit Julia verwiesen werden. Alle Untersuchungen fokussieren auf gemeinsame oder zumindest ähnliche, aber auch je spezifische Aspekte des Gesprächs. Mit ihren eigenständigen Forschungsmethoden kommen sie zu Befunden, mit denen sich in der Abstraktion bestimmte ausgeprägte Eigenschaften des Gesprächs bzw. der Gesprächsteilnehmer auf jeweils gemeinsame Nenner (wie *Authentizität, Empathie, Kooperativität, Narrativität, Supportivität*) bringen lassen. Vom Gesamtergebnis her gelangen die Untersuchungen zu dem gemeinsamen Schluss, dass es sich um ein „außergewöhnliches“ Gespräch handelt, und zwar in einem doppelten Sinn:

Zum einen zeichnet sich das hausärztliche Gespräch mit Julia durch besondere Kooperationsversuche zur Überwindung von „Unge-wissheit“ aus, die als geteiltes „Nicht-Wissen“ nicht nur von der Patientin und ihrem Arzt wechselseitig konzidiert, sondern als Herausforderung interaktiv und thematisch so intensiv bearbeitet wird, dass Szirt und Langewitz (2010) in ihrem Beitrag sogar eine entsprechende Kategorienerweiterung („Unsicherheit“) für die etablierte RIAS-Methode vor-

schlagen. Zum anderen sind sich alle Untersuchungen in ihrer Gesamtevaluation darin einig, dass es sich (auch im Vergleich zu anderen Gesprächen) nahezu in jeder Hinsicht (*Parameter*) um ein „außergewöhnliches“ Gespräch im Sinne eines (*exzellenten*) Vorbildes handelt.

Dies bestärkt uns in der Auffassung, ein derartiges Gespräch in einen Gesamtpool von besonders negativen bzw. positiven *Modellgesprächen* aufzunehmen, die für weitere Forschung und Lehre zur Verfügung stehen sollen. Auf diese Weise können kontrasttypologische Forschungs- und Lernprozesse in Gang gesetzt werden, bei denen Unterschiede, die Ärzte durch ihre Art der Gesprächsführung machen, auch von den Lernenden als Unterschiede bemerkt werden (§ 13) (Koerfer et. al 1999, 2008). Insbesondere in der Ausbildung und Fortbildung zur Gesprächsführung sollten Studierende sowie Ärztinnen und Ärzte für eine differenzierte Wahrnehmung von möglichen Modellgesprächen oder Lehrgesprächen geschult werden, wobei die hier vorgestellten Ansätze zugleich für die Methodenabhängigkeit der Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation sensibilisieren sollten.

Schließlich kann man in der Forschung und Lehre aus dem vollständig dokumentierten Gespräch mit weiteren analytischen Differenzierungen auch noch andere Stärken und Schwächen wahrnehmen, als dies hier mit fünf verschiedenen Analysemethoden an einem Gesprächsbeispiel auf so engem Raum und in den publizierten Beiträgen zusammen sichtbar gemacht werden konnte. Gleichwohl kann in Einzelanalysen noch ein relativ hoher Aufwand geleistet werden, der gerade Evaluationsstudien im Prä-post-Design vor besondere Herausforderungen stellt.

40.2.6 Evaluationsmethoden im Prä-post-Design

Während sich multimethodale Analysen von Einzelgesprächen schon aufwändig genug erweisen, potenziert sich der Aufwand bei Evaluationsstudien mit einem Prä-post-Design um ein Vielfaches. So haben wir eigene Studien zur Evaluation der Balint-Gruppen-Arbeit mit Ärztinnen und Ärzten aus dem Kölner Raum durchgeführt, bei denen die Entwicklung der *kommunikativen Kompetenz* nach einem Jahr der Gruppenteilnahme ermittelt werden sollte. Da das Studien-Design sowie die Analysemethoden und Ergebnisse andernorts ausführlich dargestellt wurden, soll hier nur ein kurzer Überblick mit weiterführenden Quellhinweisen

für Details (etwa zu Signifikanzen) gegeben werden (Köhle et al. 1995, Kaerger et al. 1997, Obliers et al. 1998, Kaerger 1999, Köhle et al. 2001, Koerfer et al. 2004). Die Förderung der kommunikativen Kompetenz war eingebettet in das Gesamtprogramm zur Fortbildung in der psychosomatischen Grundversorgung (Köhle, Jansen, Richter 2003). Entsprechend den dort etablierten Fortbildungsstandards gliederte sich die Gruppenarbeit in drei Säulen, die sowohl kontinuierlich in den Gruppensitzungen als auch schwerpunktmäßig in Sonderveranstaltungen (z.B. Vorlesung, Seminar) behandelt wurden.

- *Theorie* (Psychosomatische Krankheitslehre, Selbstpsychologie, Arzt-Patient-Beziehung, Diagnose, Therapie etc.)
- *Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung* (Fallbesprechungen, berufsbezogene Selbsterfahrung, Beziehungsdiagnostik und Therapie etc.)
- *Verbale Interventionstechniken* (Vermittlung und Training, Gesprächsanalysen, Rollenspiele, Feedback etc.)

Alle drei Säulen der Fortbildung in der Balint-Gruppenarbeit, in denen die Teilnehmenden über ein Jahr lang 30-35 zweistündige Gruppensitzungen und mindestens zehn Doppelstunden zur Theorie absolvierten, sollten schließlich zur Verbesserung der Kommunikation und Beziehung mit den Patienten beitragen. Diese Zielsetzung wurde im Verlauf der Fortbildung für 12 niedergelassene Ärztinnen (n=4) und Ärzte (n=8) überprüft, die überwiegend hausärztlich in Köln und Umgebung tätig waren. Aus einem Gesprächskorpus von ca. 500 Gesprächen wurden pro Ärztin/Arzt je 2 Erstgespräche zu Beginn (*prä*) und nach einem Jahr Fortbildung (*post*) untersucht, wobei die Gespräche nach Alter, Geschlecht und Krankheitsproblematik der Patienten weitgehend parallelisiert waren.⁸ Mit einem multimethodalen Evaluationsansatz kamen an dieser Stichprobe von insgesamt 48 Erstgesprächen verschiedene Analysemethoden zu Anwendung, deren Ergebnisse hier nur in Auswahl grob umrissen werden können.

⁸ Die Durchführung einer randomisierten, kontrolliert-prospektiven Studie wurde zwar erwogen, hätte aber aus praktischen Gründen kaum realisiert werden können: Dass Ärztinnen und Ärzte die Bereitschaft aufbringen, sich in dieser Wartezeit von einem Jahr gegenüber allen ähnlichen Fortbildungsangeboten vollkommen abstinenter zu verhalten, war kaum zu erwarten oder persönlich zuzumuten.

• **Patientenanalogenes Laienrating**

In einem ersten Analyseverfahren wurde ein leicht handhabbares Laienrating durchgeführt, bei dem fünfzehn Studierende nicht-medizinischer und nicht-psychologischer Fächer als patientenvergleichbare Laien (via „role taking“) gebeten wurden, die Gespräche in einer zufallsrotierten Präsentationsform zu bewerten (15-Item-Rating, 6-stufige Skalierung), was zu folgenden Ergebnissen (Abb. 40.5) führte: Die Laienrater bewerteten das Arztverhalten bzw. die Beziehungsqualität in den *Post*-Gesprächen durchschnittlich für alle 15 Items günstiger, wobei diese Veränderung vom 1. zum 2. Messzeitpunkt für 5 Items signifikant war ($p < 0,01$, Abb. 40.5), und zwar jeweils in der intendierten Richtung: Signifikant steigt *Sich-Wohl-Fühlen* (1) des Patienten, während *Unpersönlichkeit und Distanziertheit* (2) sowie *Ungeduld unter Zeitdruck* (4) des Arztes ebenso signifikant sinken wie *Sich-allein-gelassen-Fühlen* (7) und *Unsicherheit* (9) des Patienten.

	Laien-Rating	
1	Der Patient fühlt sich im Gespräch wohl	↑
2	Der Patient erlebt den Arzt als unpersönlich und distanziert	↓
3	Der Patient fühlt sich vom Arzt ernst genommen	
4	Der Patient erlebt den Arzt als ungeduldig, unter Zeitdruck	↓
5	Der Patient erlebt den Arzt als engagiert	
6	Der Patient hat Vertrauen zum Arzt	
7	Der Patient fühlt sich mit seinen Problemen alleingelassen	↓
8	Der Patient empfindet den Arzt als partnerschaftlich	
9	Der Patient fühlt sich im Gespräch mit dem Arzt unsicher und ängstlich	↓
10	Der Patient erlebt das Gespräch als hilfreich und unterstützend	
11	Der Patient fühlt Sympathie für den Arzt	
12	Der Patient spürt, der Arzt ist an seinen Problemen interessiert	
13	Der Patient ist mit dem Gespräch zufrieden	
14	Der Patient spürt, dass ihm der Arzt Sympathie entgegenbringt	
15	Der Patient hat eine gute Beziehung zum Arzt	

Abb. 40.5: Beurteilung Arzt-Patient-Gespräche durch Laienrater.
Signifikante Veränderungen → prä/post $p < 0,01$. (n. Köhle et al. 2001: 303)

- **Kategoriale Gesprächsanalyse**

Auf der empirischen Basis von Transkripten nach Regeln, wie sie etwa auch in diesem Lehrbuch benutzt wurden (§ 2.3, 44.6), wurden die 48 Gespräche mit einem *formal-dialogischen* sowie *inhalts- und kommunikationsanalytischen* Kategoriensystem untersucht. Beim Prä-post-Vergleich sprach bereits die Verteilung des Rederechts für eine Verbesserung der Partizipationschancen der Patienten, die sich vermehrt auch für ihre narrative Selbstdarstellung nutzen ließen. So untersuchten wir als Indikator günstige Bedingungen für eine längere zusammenhängende Patientenrede („am Stück“), die vom Arzt nicht „unterbrochen“, sondern lediglich durch solche Hörersignale begleitet wird, die eine Redefortsetzung „as if uninterrupted“ erlauben (§ 19.3). Entsprechend konnte zum zweiten Messzeitpunkt (nach 1 Jahr) eine signifikante Zunahme von längeren Patientenäußerungen (> 40 Wörter) ($p \leq 0.01$) nachgewiesen werden, ohne dass die Patienten von ihren Ärzten in einem relevanten Sinn unterbrochen wurden. Darüber hinaus tendierten die Ärzte zum 2. Messzeitpunkt weniger dazu, das Gespräch durch Fragen zu bestimmen, wobei insbesondere einengende Doppel- bzw. Mehrfachfragen (pro Redebeitrag) signifikant abnahmen, wie dies ja auch in der Didaktik zur Gesprächsführung (§ 21.2) gefordert wird.

Insgesamt setzten die Ärzte mit ihrer Gesprächsführung durch direkte Redebezüge und Konsensbemühungen stärker auf eine kooperative Beziehung mit ihren Patienten. In einer Nachuntersuchung zu *empathischen* Rückmeldungen ergaben sich ebenfalls signifikante Effekte ($p < 0.5$) (Koerfer et al. 2004). Nach einem Jahr Fortbildung ermutigten die Ärzte ihre Patienten im Anschluss an ein emotionales Themenangebot signifikant häufiger zum Weitersprechen und boten ihnen entsprechend Trost und Hilfe an, wie dies vorausgehend (§ 21) mit Ankerbeispielen exemplarisch belegt wurde.

- **Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)**

Wie vorausgehend schon bei der Einzelfallanalyse beschrieben, wurde die SASB-Methode auf alle 48 Gespräche dieser Evaluationsstudie angewandt, deren empirische Basis in den Videoaufzeichnungen und Transkripten bestand. Als wesentliches Ergebnis dieses Expertenratings erschien die Beziehung zwischen Arzt und Patient zum 2. Messzeitpunkt stärker von einer emotionalen *Zuwendung* geprägt:

Die Ärzte übten weniger *Kontrolle* aus, während es den Patienten gleichzeitig möglich war, sich gegenüber ihren jeweiligen Ärzten zu öffnen und mehr *Autonomie* zu zeigen.

- **Heidelberger Struktur-Lege-Technik (SLT)**

Wie ebenfalls schon vorausgehend beschrieben, geht es bei der Struktur-Lege-Technik um die Rekonstruktion von subjektiven Verständnismodellen der Teilnehmer selbst, die in semi-strukturierten Interviews zu ihren eigenen Interaktionen und Geschichten interviewt werden. Während in der Einzelfallanalyse die subjektive Laiensicht der Patientin (Julia) rekonstruiert wurde, geht es in der Evaluationsstudie um die Rekonstruktion der professionellen Verständnismodelle der ärztlichen Teilnehmer der Fortbildungsmaßnahme. Dabei konnten in einem aggregierten Verfahren zwei Subgruppen unterschieden werden, die auch unterschiedlich von der Balint-Gruppenarbeit profitieren können: Zum einen die „Selbsterfahrer“, die einer eher auf die eigene Person zentrierten Selbsterfahrung folgen, und zum anderen die „Selbstfortbilder“, die sich stärker an der patientenbezogenen Selbsterfahrung orientieren und vor daher eher mit dem Balint-Gruppen-Konzept kompatibel scheinen.

Für weitere Details der gesamten Evaluationsstudien, ihren Einzelergebnissen und Angaben zu Signifikanzen, muss hier nochmals auf die weiterführenden Quellen verwiesen werden (Köhle et al. 1995, Kaerger et al. 1997, Obliers et al. 1998, Kaerger 1999, Köhle et al. 2001, Koerfer et al. 2004). Abschließend sollen hier nur ausgewählte Probleme der Evaluation hervorgehoben werden, die erneut auf eine Vermittlung von *quantitativen* und *qualitativen* Analyseperspektiven verweisen:

- **Gesprächsdauer und Gesprächsökonomie**

Nach Ende der Fortbildung dauerten die Erstgespräche nicht signifikant länger: 14,8 Minuten (SD = 9,2) (*post*) im Vergleich zu 12,5 Minuten (SD = 6,4) (*prä*). Dieses Ergebnis ist auch bei einem narrativen Ansatz, bei dem Patienten insgesamt mehr erzählend zu Wort kommen sollen, durchaus lernzielkonform: Denn die Gespräche sollen insgesamt nicht wesentlich länger, sondern nur „besser“ geführt werden. Dazu gehört eben auch die Gewährung von Redechancen

für den Patienten, sich wiederholt „am Stück“ (> 40 Wörter) ($p \leq 0,01$) ins Gespräch einbringen zu können.

Wenn damit keine signifikante Gesprächsverlängerung einhergeht, ist dies zwar „umso besser“, aber ein größerer Gesprächsumfang sollte gegebenenfalls gerade bei Erstgesprächen dennoch billiger in Kauf genommen werden, um eine narrative Selbstexploration von Patienten zu fördern, die sich in Folgegesprächen schnell „amortisieren“ kann. Unter diesem Aspekt der gesamten Gesprächsökonomie ist eine mögliche aktuelle „Zeitersparnis“ immer ins Verhältnis zu zeitlichen Folgekosten zu setzen, bei denen die Versäumnisse in der Vergangenheit in der Zukunft nachwirken können. Dies gilt entsprechend für die Gesamtökonomie ärztlicher Versorgung, bei der eine mögliche Non-Adhärenz, die einem Kommunikationsmangel geschuldet sein kann (§ 10.1), eben nur gesprächsweise verhindert werden kann.

- **Dosierung und Passung**

Wer schon als guter Zuhörer in einen Lernprozess einsteigt, wird kaum durch eine extreme Steigerung von *Zuhöraktivitäten* imponieren können, die ohnehin einem Dosierungsproblem unterliegen, bei dem bestimmte „Grenzwerte“ nicht überschritten werden sollten (§ 17, 19, 40.1). So sind auch keine „exorbitanten“ Zuwachsraten bei Höreraktivitäten eines bestimmten Typs zu erwarten, da sich bei einem möglichen Wechsel vom interrogativen zum narrativen Gesprächsstil auch gegenläufige Tendenzen ergeben können. Wer weniger Informationsfragen eines bestimmten Typs stellt, muss in einem bestimmten Sinne auch weniger bestätigen oder rückbestätigen (*re-confirmation*). Wenn dagegen längere Erzählungen erst einmal interaktiv in Gang gesetzt sind, können sie oft mit wenigen Hörsignalen entsprechend „sparsam“ in Gang gehalten werden usw. Für den Interaktionsverlauf entscheidend war dann die vorausgehende Förderung der Patientenerzählung, zu der eine passende „Lizenz“ zum Erzählen erteilt wurde, die der Patient dann offenbar ebenso passend nutzen konnte.

Wie vorausgehend immer wieder betont wurde, ist in gegebenen Gesprächskontexten gegenüber der „Häufigkeit“ von Interventionen eines bestimmten Typs (z.B. Hörerrückmeldung) oft die „Singularität“ von *passgenauen* Schlüsselintervention „ausschlaggebend“, durch

die eine neue Gesprächsqualität erreicht wird, die sich etwa durch eine narrative Selbstexploration des Patienten auszeichnet.

- **Varianz und individuelle Lernfortschritte**

Darüber hinaus ist bei einer Evaluationsstudie mit Gruppenvergleich und Prä-post-Design in Rechnung zu stellen, dass Unterschiede bei *individuellen* Lernfortschritten von individuellen Gruppenmitgliedern, die positive wie negative „Ausreißer“ sein können, nivelliert werden. Durch diese „Ausreißer“, die die Durchschnittswerte in die eine oder andere Richtung verschieben können, wird deutlich, dass Teilnehmer einer Aus- oder Fortbildungsmaßnahme von diesem Lernangebot unterschiedlich profitieren. Zudem muss auch auf einem hohen Kompetenzniveau mit „Einbrüchen“ und „Rückschritten“ gerechnet werden, die dem äußeren Lern- und Praxisdruck geschuldet sein können, wie dies bei der Entwicklung einer *empathischen* Kompetenz zu beobachten war (§ 20.2). So gibt es auch intra-individuelle Schwankungen (z.B. „Tagesform“), die zu einem bestimmten Messzeitpunkt entweder positiv oder negativ ins Gewicht fallen können. Wenn die individuellen Unterschiede bei den Lernerfolgen in großen Stichproben auch weniger ins Gewicht fallen mögen, so sind bei der Implementierung und Evaluation von Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen Binnendifferenzierungen zu berücksichtigen, damit nicht bestimmte Lerntypen von vornherein dem Aufmerksamkeitsraster entgehen.

Insgesamt kann bei Evaluationsstudien zu Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen keineswegs für alle Teilnehmer mit einer gleichmäßigen, lernzielkonformen Entwicklung gerechnet werden. Vielmehr können sich bei individuellen Lernprozessen mit unterschiedlichen Ausgangsniveaus unterschiedliche Lernkurven ergeben, wie sie nachfolgend bei unterschiedlichen Lerntypen beschrieben werden sollen.

40.3 Kompetenzentwicklung in Lernstadien

Das Problem des individuellen Lernens auch in gemeinsamen Gruppenprozessen führt zu der eingangs (§ 40.1) mit Thistlethwaite (2016) gestellten Frage zurück, inwieweit bei gleichem Input mit unterschiedli-

chem Output zu rechnen ist, der in seiner Nachhaltigkeit oft zu wünschenswerten übrig lässt. So können individuelle Lerner von standardisierten Lernangeboten nicht nur unterschiedlich profitieren, sondern ihre erworbenen Kompetenzen in der Praxis auch wieder verlernen bzw. in alte Handlungsmuster zurückfallen, die ihnen gegenüber einem aktuellen Handlungsdruck zweckmäßiger erscheinen. Nachfolgend sollen verschiedene Lern- und Entwicklungsstadien unterschieden werden, in denen die kommunikative Kompetenz gegenüber verschiedenen Anforderungsprofilen einer Lern- und Handlungspraxis unter Beweis zu stellen ist.

40.3.1 Millers Lernpyramide als Säulenmodell

Bevor Lernende mit ihrer späteren Berufspraxis konfrontiert werden, gibt es im Vorfeld zumeist Gelegenheiten zum *Probearbeiten*, bei dem auch „Fehlschläge“ des Handelns schon einkalkuliert werden dürfen (§ 13.5). Chancen zum Fehlversuch sind bekanntlich eine gute Voraussetzung zum Gelingen, weil nicht nur nach v. Uexküll (1987) auch aus Fehlern systematisch gelernt werden kann (§ 40.2) (Box 40.7). Dabei sollten die Lernprozesse so gestaltet sein, dass die Fehlversuche möglichst wenig persönlichen „Schaden anrichten“, vor allem nicht gegenüber Personen, die als Patienten ein besonderes Recht auf Schadensverhütung (*primum nil nocere*) haben. Nicht von ungefähr hat sich der Einsatz von *simulierten* Patienten (SP) bewährt (§ 13, 14, 41), die im Umgang mit persönlichen „Zumutungen“, die das rechte Maß übersteigen, geschult reagieren können.

Dem *Probearbeiten* geht zumeist ein Wissenserwerb voraus, bei dem eine handlungsleitende Funktion des Wissens unterstellt wird, ohne die ein Handeln gar nicht möglich wäre. In seinem weit verbreiteten Modell der Lernpyramide hat Miller (1990) das Wissen als Basis des Lernens dargestellt, das in zwei Stufen (*Knowledge* und *Competence*) geschichtet ist, bevor handlungsbezogene Lern- und Prüfungsprozesse (*Performance* und *Action*) darauf aufbauen (Abb. 40.6). Wie mit dem Bild der Pyramide schon nahegelegt wird, ist die Wissensbasis der ersten beiden Stufen entsprechend breit ausgelegt, während sich die weiteren Lernprozesse in der Darstellung über die Stufe der *Performance* bis zur Spitze der *Action* verjüngen, in der die professionelle Handlungspraxis repräsentiert wird, die sowohl in Formen der Anamneseerhebung als auch der körperlichen Untersuchung vollzogen wird. Nach dem Bild der Pyramide

sind die Lernprozesse offenbar so stark wissensbasiert, dass sie von vornherein als wissenslastig erscheinen, zumal wenn nach der Logik und Hierarchie der begrifflichen Unterscheidungen (*Knowledge, Competence, Performance, Action*) nur *unidirektionale* Lernprozesse (von unten nach oben) unterstellt werden, die offenbar keine Rückkopplungen zwischen Handeln und Wissen zulassen.⁹

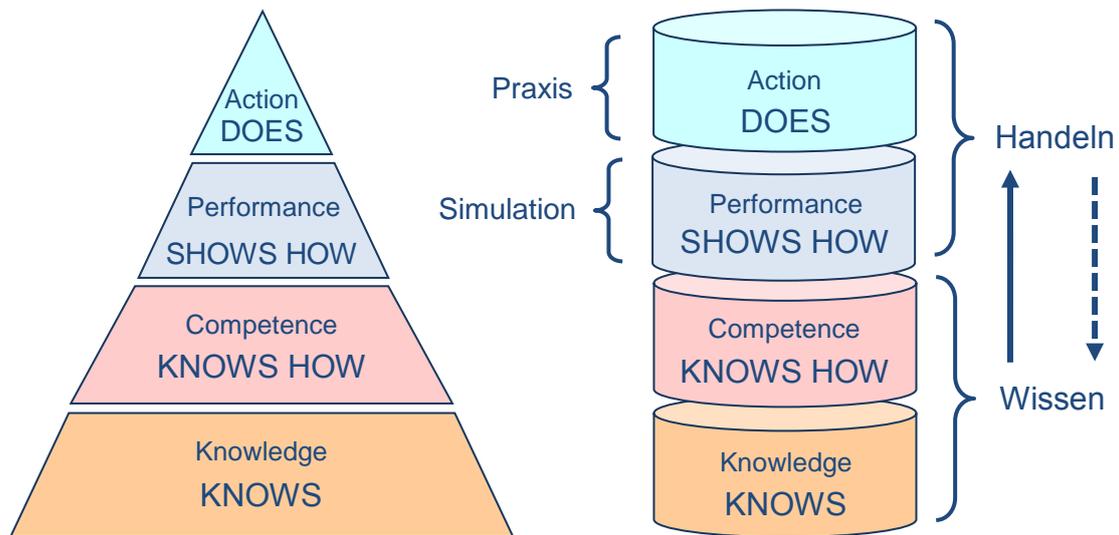


Abb. 40.6: Lernpyramide n. Miller (1990) und modifiziertes Säulenmodell

Diese Asymmetrie zwischen Wissen und Handeln sollte zwar nicht umgekehrt werden, indem die Pyramide mit dem Wissen in der Spitze auf den Kopf gestellt würde, sondern in einem Säulenmodell aufgehoben werden (Abb. 40.6). Ein solches Säulenmodell kann auch dem Zusam-

⁹ Bei Miller werden die wesentlichen begrifflichen Unterscheidungen ohne weitere Quellenangaben eingeführt, wobei es ihm weniger um Stadien von Lernprozessen, sondern primär um Einschätzungen (*assessment*) von *clinical skills, competence, performance* geht. Zur historischen Einordnung der Begriffe kann an dieser Stelle nur verwiesen werden auf die traditionsreiche Unterscheidung von „Wissen“ (*knowing that*) und „Können“ (*knowing how*), die auf den Philosophen Ryle (1949/1969: 26ff) zurückgeht, wobei der Übersetzer das Problem der Übersetzung ins Deutsche explizit ausführt (1969: 26), sowie auf die Unterscheidung von *Kompetenz* und *Performanz*, die durch den Linguisten Chomsky (1965/1969) bekannt wurde, dem es vor allem um *Sprachkompetenz* ging. Zum pragmatischen Begriff der *kommunikativen Kompetenz*, der in der Regel schon *Wissen* und *Können* umfasst, sei auf die vorausgehend (§ 3, 7) schon ausführlich angeführte Literatur rückverwiesen.

menhang Rechnung tragen, dass Wissen nicht immer *vor* dem Handeln, sondern auch *beim* und *durch* Handeln erworben wird, was man bekanntlich mit dem Begriff des *Erfahrungswissens* zu erfassen sucht. Dieses Erfahrungswissen stagniert nicht auf einem Anfangsniveau, sondern wächst durchgehend mit jeder Art von (Probe-)Handeln in den nachfolgenden Lernstufen sowohl im Pyramiden- als auch im Säulenmodell des Lernens, bei dem die einzelnen Stufen allerdings mit gleichem Raum gleich gewichtet werden.

Das Erfahrungswissen ist sowohl für das *instrumentelle* Handeln relevant, das in der Medizin etwa durch das klassische Beispiel der *Operation* repräsentiert wird, als auch für das *kommunikative* Handeln (§ 7, 8), sei es in der Sprechstunde oder Visite oder Teamarbeit. Ob nun bei der Anamneseerhebung, Aufklärung oder Entscheidungsfindung, in all diesen Handlungsfeldern ist zwar der Erwerb etwa von *Manualwissen* zur Gesprächsführung nützlich, wie es auch in diesem Lehrbuch vermittelt wurde, aber dieses Basiswissen kann nur in der Handlungspraxis erprobt werden, in der zugleich ein spezifisches Erfahrungswissen im situationsspezifischen Gebrauch etwa von Formen des *aktiven Zuhörens* (§ 19) oder der *empathischen Rückmeldung* (§ 20) erworben wird.

Nur so kann die nötige *Passungskompetenz* (§ 3, 17) entwickelt werden, die sich beim Probehandeln etwa gegenüber *simulierten* Patienten (*shows how*) und schließlich beim professionellen Handeln gegenüber *realen* Patienten (*does*) bewähren muss. Dabei kann die Vermittlung von „Lehrbuchwissen“ als Basiswissen immer nur eine mehr oder weniger gute Starthilfe sein, die beim eigenen kommunikativen Handeln in Lernprozessen kreativ zu nutzen ist. Diese Lernprozesse können in der Ausbildung beginnen und sich über die Fortbildung bis in die Berufspraxis fortsetzen, so dass sich das Erfahrungswissen ständig weiterentwickelt. In diesem Entwicklungsprozess kann es laufend zu (hier in Abb. 40.6 gestrichelten) *Rückkopplungen* in dem Sinne kommen, dass das zu Beginn erworbene *Theoriewissen* durch das *Erfahrungswissen* schließlich „modifiziert“ oder „korrigiert“ werden kann. Dies ist etwa der Fall, wenn sich eine bestimmte *Gesprächsmaxime*, wie sie in der Forschung oder Didaktik zur Gesprächsführung formuliert worden sein mag (z.B. „Vermeide Entscheidungsfragen/yes-no-questions“) (§ 21.2), qua Erfahrung in der Gesprächspraxis nicht bewährt hat.

Die erfahrungsbasierten Lernprozesse können zwar auch in Eigenregie vollzogen werden, sie erweisen sich aber als ungleich erfolgreicher im kritisch-solidarischen Gruppenlernen, wie es vorausgehend für die Ausbildung und Fortbildung im Detail beschrieben wurde (§ 3, 6, 13-

16). Dabei sollten keineswegs Erwartungen an eine kontinuierliche Entwicklung einer kommunikativen Kompetenz gehegt werden, die für alle Gruppenmitglieder gleichermaßen erreicht werden könnte. Vielmehr ist mit Differenzen und Diskrepanzen zu rechnen, bei denen sich Lehrende und Lernende auf mehr oder weniger schnelle und kurzfristige oder aber stetige und nachhaltige Lernerfolge, d.h. insgesamt auf Fortschritte, aber auch Rückschritte einzustellen haben, die zu neuen Zielsetzungen herausfordern. Dabei sollten die Lernprozesse so gestaltet sein, dass die Lernenden auf ihrem Ausgangsniveau gefördert und die Lernbedingungen entsprechend der späteren Berufspraxis hinreichend praxisnah simuliert werden, so dass bereits frühzeitig Wissen und Handeln erfahrungsbasiert vermittelt werden.

40.3.2 Lernlevels und Lernkurven

Sowohl beim individuellen Selbstlernen also auch beim Gruppenlernen ist mit unterschiedlichen Lerntypen, Lernlevels und Lernkurven zu rechnen. In der Lernpraxis gibt es zahlreiche Varianten von Lernverläufen bei Individuen und in Lerngruppen, die hier „idealtypisch“ beschrieben werden sollen. Vorweg ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich bestimmte (Arten von) Lernerfolgen auch immer nur in Abhängigkeit vom Lernniveau als *Ausgangsniveau* einstellen können, wobei in einem weiten Spektrum Unterscheidungen von *Novizen* über *Fortgeschrittene* bis hin zu *Experten* (Park 2015) (Tab. 40.2) getroffen werden können, die sich gerade durch eine *zunehmende Erfahrung* auszeichnen.

	Lern-Level	Wissen bzw. Können
1	Absolute Beginner	I know almost nothing
2	Beginner	I can do it, relying on rules
3	Advanced Beginner	I can do it, relying on rules while recognizing elements of situations
4	Competent	I can do it by a set plan with an organized approach to a problem or situation
5	Proficient	I can do it based on similar experiences
6	Expert	I can do it by intuition based on sufficient experience

Tab. 40.2: Lern-Levels (mod. n. Park 2015)

Allerdings ist bei der Unterscheidung von Lernlevels zu berücksichtigen, was denn in welchen Lernsituationen im Einzelnen *Lerngegenstand* („it“) sein soll und welche „Regeln“, „Pläne“ und „Erfahrungen“ denn in welchen Lernkontexten welche Rolle spielen können. Danach ist beim ärztlichen Handeln insgesamt, aber eben auch beim spezifisch *kommunikativen* Handeln von unterschiedlichen „Lerninhalten“ auszugehen, die sich in Lernzielen mit unterschiedlichen *Schwierigkeitsgraden* niederschlagen.

So lassen sich die *Regeln* für eine „ordentliche“ Begrüßung (§ 18) oder für eine „offene“ Gesprächseröffnung (§ 19) erheblich „leichter“ und „schneller“ erlernen als für den *passgenauen* Wechsel von einer *konfrontativen* zur *tangentialen* Gesprächsführung. Ein solcher Wechsel verlangt eine *empathische Kompetenz*, mit der ein *Abwehrverhalten* eines Patienten zunächst erst einmal wahrgenommen werden muss, bevor darauf mit einer passgenauen verbalen Intervention *reagiert* werden kann (§ 3, 17, 20). In der Regel erweist sich der Umgang mit *Emotionen* etwa im Vergleich mit der *Detailexploration* zum zeitlichen Verlauf von Beschwerden (§ 21) als weitaus schwieriger, so dass sich hier mehr oder weniger langwierige Lernprozesse mit unterschiedlichen Lernzielen auf unterschiedlichen Lernniveaus ergeben.

Während Novizen unter Umständen die professionelle ärztliche Begrüßung erst noch *lernen* müssen (§ 18), ist diese beim fortgeschrittenen Lerner längst *Routinehandeln* (2. Ordnung) (§ 1.3.1), der sich jedoch gegebenenfalls in seiner empathischen Grund-Kompetenz spezifisch im Umgang mit Schwerkranken oder Sterbenden (§ 16, 38) auf einem anderen Lernniveau mit spezifischen Lernzielen weiter fortbilden muss usw.

Obwohl hier weitere Differenzierungen notwendig sind, ergeben sich sowohl beim individuellen Lernen wie Gruppenlernen vergleichbare Typen von Lernverläufen. Relativ unabhängig von spezifischen (Schwierigkeitsgraden von) Lernzielen lassen sich grob sechs Typen (A-F) von Lernkurven unterscheiden, die für verschiedene Lerngruppen (in Aus-, Fort- und Weiterbildung) auf unterschiedlichen Lernniveaus mit unterschiedlichen Themen und Zielsetzungen zur Verbesserung kommunikativer Kompetenzen unter Berücksichtigung vielfältiger Mischformen und Subvarianten der Idealtypen ausdifferenzieren sind (Abb. 40.6-7). Als Sonderfall (G) soll abschließend die Prüfungssituation berücksichtigt werden (§ 40.3.3), in der das zuvor gelernte Gesprächsverhalten unter

der zensorischen Beobachtung eines kritischen Prüfers schließlich „unter Beweis zu stellen“ (*shows how*) ist.

A Startprobleme

Bevor sich der intendierte Lernerfolg einstellt, muss mit mehr oder weniger großen Startschwierigkeiten mit einer mehr oder weniger ausgeprägten Eingewöhnungsphase gerechnet werden. Die kognitive und behaviorale Abstimmung und Umstellung gelingt nicht immer auf Anhieb, wobei zwei Varianten zu unterscheiden sind (Abb. 40.7). In der ersten Variante (A1) bedarf es eines längeren Anlaufs auf dem (gestrichelten) Anfangsniveau, bevor die Lernkurve nach längerer Stagnation endlich ansteigt. In der zweiten Variante (A2) gibt es aufgrund der anfänglichen Irritationen, die durch die beschriebene reflexive Selbstbeobachtung zu Beginn eines Lernprozesses ausgelöst werden können (§ 6.4), eine mehr oder weniger ausgeprägte Absenkung des Ausgangsniveaus, bevor die Lernkurve nach mehr oder weniger anhaltenden kognitiven Dissonanzen bzw. Handlungsblockaden zum Ausgangsniveau zurückkehrt, um dann wie in der ersten Variante (A1) weiter zu steigen.

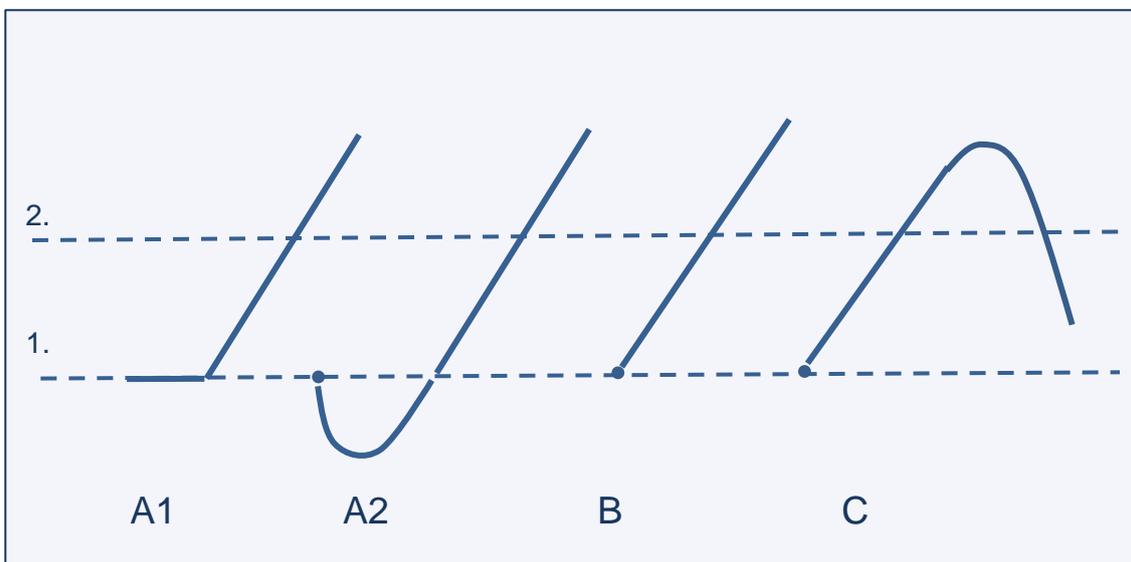


Abb. 40.7: Varianten (A-C) von Lernkurven

Können diese Dissonanzen und Blockaden nicht beizeiten aufgelöst werden, so dass die Lernkurve auf dem Ausgangsniveau dauerhaft verharrt oder sogar weiter absinkt, muss wohl in einer weiteren Va-

riante vorerst von einem individuellen „Fehlstart“ ausgegangen werden, dem frühzeitig mit besonderen *Formen* eines *individuellen Feedbacks* (§ 13, 41) zu begegnen ist.

B Senkrechtstart

Bei diesem Typ entfällt die „Eingewöhnungsphase“. Der Lernende erleidet in der Umstellung auf das neue Gesprächsverhalten keine „Einbußen“ durch die kritische Selbstbeobachtung und kann entsprechend kontinuierliche Fortschritte machen, wobei die Lernkurve mehr oder weniger steil nach oben gehen kann, weil auch sonst keine Irritationen auftreten (Abb. 40.7: B). Beim Senkrechtstart ergibt sich allerdings die Frage, inwieweit die schnellen Anfangserfolge entsprechend anhalten, was gegebenenfalls in einem weiteren Verlaufstyp (C) zu berücksichtigen ist.

C Baldiger Absturz

Ohne einzelne Senkrechtstarter „diskriminieren“ zu wollen, gibt es natürlich auch die aus der Lernpsychologie bekannte Entwicklung, dass etwas, was zu schnell gelernt wird, auch wieder schnell verlernt werden kann. Möglicherweise waren die Reflexionsphasen zu kurz und wurden die Veränderungen im Gesprächsverhalten bloß als „Gesprächstechniken“ kurzfristig „antrainiert“, so dass es an Nachhaltigkeit (s.u.) mangelt. Diese kritische Perspektive ist gegenüber einer Art von Kommunikationsschulung einzunehmen, bei der „Übungen“ als „Drill“ verstanden werden, der „ohne Sinn und Verstand“ für die ärztliche Gesprächsführung durchgeführt wird und oft nur an Quantitäten (von Typen von Hörersignalen, Fragetypen usw.) orientiert ist.¹⁰

¹⁰ Die bloße Zunahme von antrainierten „Hörersignalen“ (*hm, ja*) oder von langen Blickkontakten oder von Wortwiederholungen kann zwar von rein quantitativ orientierten Evaluationsstudien gegebenenfalls als signifikantes Ergebnis „gewürdigt“ werden, aber diese Würdigung von Häufigkeiten an der Erlebensperspektive von teilnehmenden Beobachtern (*rating*) oder gar Patienten vorbeigehen („Der Arzt hat mich die ganze Zeit nur angestarrt und meine Worte wie ein Papagei nachgesprochen“). Das Problem der angemessenen „Dosierung“ von verbalen und nonverbalen Interventionen des Arztes war in diesem Lehrbuch als „Dauerthema“ behandelt worden (§ 12, 17, 40), bei dem auch quantitative „Maße“ eine Rolle spielen.

D Stabile Meisterschaft

Trotz intensiver Theorie-, Reflexions-, Übungs- und Evaluationsphasen, wie sie für Ausbildungs- und Fortbildungsveranstaltungen zu differenzieren sind (§ 13-17, 41-43), kann der Lernzuwachs für einzelne Individuen oder auch für ganze Gruppen begrenzt bleiben. Beginnen Lernende etwa in einer Fortbildungsgruppe bereits auf einem hohen Lernniveau, sind Steigerungen oft nur eingeschränkt möglich, die sich alsbald auf einem relativ flachen Level stabilisieren (Abb.40.8: D). Offenbar kann die gesamte kommunikative Kompetenz auf einem bereits hohen Niveau (auch in Teilbereichen wie der Empathie) nicht mehr oder kaum gesteigert werden, was auf dem Weg zur „Meisterschaft“ (§ 1.3) ja auch nicht allzu sehr bedauert werden muss.

Die Meisterschaft scheint dann relativ „gesättigt“ zu sein, obwohl eben auch der „Meister“ nach dem Prinzip des *lebenslangen Lernens* niemals „ausgelernt“ haben sollte. In einer Subvariante von Typ D könnte die „Meisterschaft“ schon auf so hohem Lernniveau angesiedelt sein, dass die *Selbstreflexionskompetenz* derart ins *Routinehandeln* (2. bzw. 3. Ordnung) (§ 1.3.1) integriert ist, dass eine geringfügige Veränderung des Gesprächsverhaltens auch keine weiteren Irritationen auslöst, die sich in einem längeren Anlauf oder gar einer Absenkung der Lernkurve niederschlagen könnte, so dass die (gestrichelte bzw. gepunktete) Startphase entfällt. Hier kann die Startphase formal dem „Senkrechtstart“ ähneln, wenn auch mit einer anderen Funktion auf einem anderen Lernniveau.

E Kurzfristige Schwankungen

Während die Lernkurve im unterstellten „Normalfall“ nach einer mehr oder weniger kurzen Eingewöhnungsphase entweder mit Stagnation oder Abwärtsbewegung dann mehr oder weniger steil, aber stetig nach oben verläuft, kann es in vielen individuellen Fällen (aber auch in Gruppenprozessen) zu zwischenzeitlichen „Kompetenzverlusten“ kommen, die von verschiedenen Faktoren abhängen. So können sich die *Irritationen*, die gewöhnlich in der Einübungsphase auftreten, später wiederholen, wenn etwa *Maximenkonflikte* zu bewältigen sind (§ 3), die bisher so nicht wahrgenommen bzw. im Routinehandeln kaschiert waren. Durch besonderen Zeitdruck oder

auch ungewohnt „schwierige“ Patienten (§ 34) kann ein Rückfall in alte *Verhaltensmuster* etwa eines rein *interrogativen* „Verhörgesprächs“ (§ 19) begünstigt werden, die schon mit der Übernahme eines eher *narrativen* Interviewstils überwunden schienen usw. Ebenso können bereits erworbene *empathische Kompetenzen* (§ 3, 20) in der Gesprächspraxis „auf der Strecke bleiben“, weil die möglichen „Emotionsausbrüche“ von Patienten den „rationalen“ Verlauf des Gesprächs zu gefährden scheinen (§ 20.2) (Koerfer et al. 2004) – was auch immer hier als Verständnis von „rationaler“ Gesprächsführung (§ 10.6) vorherrschen mag.

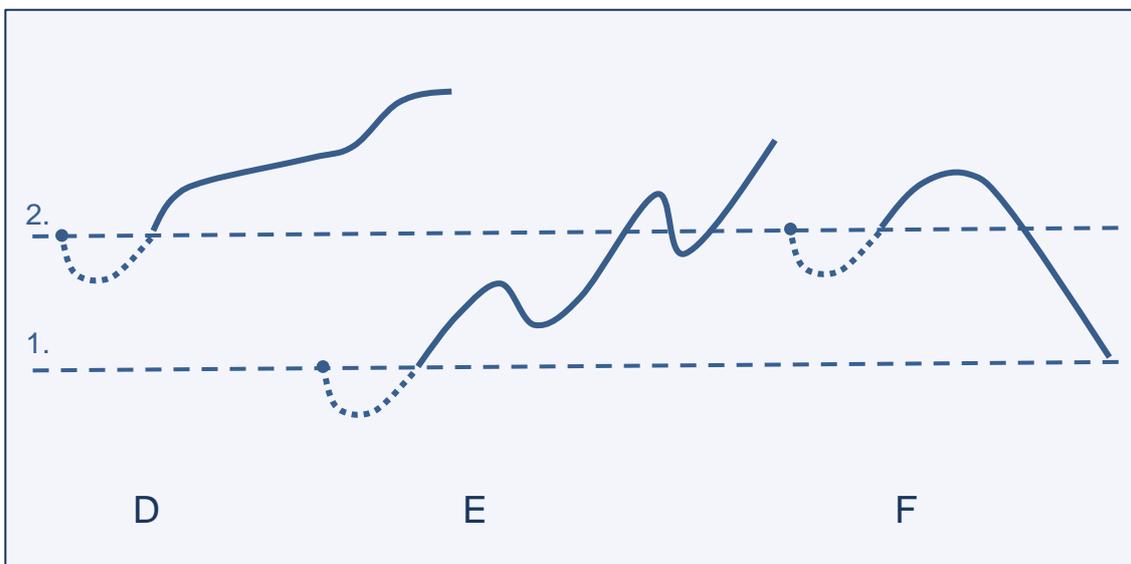


Abb. 40.8: Varianten (D-F) von Lernkurven

F Anhaltende Abwärtstendenz

Unter diesem Aspekt einer *vermeintlichen Rationalität* sind all die extremen Fälle kritisch zu hinterfragen, in denen junge Ärztinnen und Ärzte sogar weit unter ihr relativ hohes Ausgangsniveau der Gesprächsführung zurückfallen können, und zwar nicht nur zwischenzeitlich, sondern dauerhaft, weil sie etwa unter dem Zeitdruck von Visitenkommunikation (§ 24) einem bestimmten, restriktiven Effektivitätsverständnis erliegen. Danach müssen elementare, aber zeitaufwändige Verständigungsformen einer *dialogischen Medizin*, bei der für eine *partnerschaftliche* Entscheidungsfindung (*shared decision making*) ein „echtes“ Gespräch (Buber 1954/86) gesucht werden sollte (§ 7, 10), dem Patienten gegenüber zurückgenommen werden. Wie wir an Beispielen gesehen haben (§ 19, 24), handeln die Ärztin-

nen und Ärzte hier möglicherweise nicht nur „wider besseres Wissen“, sondern auch „wider besseres Können“, das sie nicht mehr „unter Beweis stellen“ können, weil es die äußeren, institutionellen Bedingungen aus ihrer Erlebensperspektive nicht anders zulassen. Derartige „Rückschritte“ haben schon frühe Evaluationsstudien beschrieben (z.B. Putnam et al. 1988), auf die schon bei der Entwicklung einer *empathischen Kompetenz* hingewiesen wurde (Stichwort: Tendenz zum „Zynismus“) (§ 20.2). Solche (Fehl-)Entwicklungen sind umso mehr zu bedauern, als gerade auch unmittelbar am Arbeitsplatz gelernt werden könnte, an dem es oft genug an positiven Vorbildern fehlt (§ 20.2). Neben den „äußeren“ institutionellen Bedingungen (Zeitdruck) gibt es dann verstärkend auch den sozialen Druck beim *Lernen am Modell*, das am Arbeitsplatz stattfindet: Die Visite so zu machen wie die Chefin/der Chef oder die Kolleginnen und Kollegen heißt gegebenenfalls, von entwickelten eigenen Kompetenzen keinen Gebrauch mehr zu machen, weil dies in der Praxis nicht „nachgefragt“ oder auch anders „vorgemacht“ oder gar „verpönt“ wird.

Dabei könnte gerade das Lernen am Arbeitsplatz (*workplace based learning*) grundsätzlich zur Steigerung von Kompetenzen beitragen (z.B. Miller, Archer 2010, Eertwegh et al. 2013, Brown 2016, Kidd, Lefroy 2016). Obwohl sich die Lernkurve also auch am Arbeitsplatz im Prinzip weiter nach oben entwickeln kann (Abb. 40.8: F), wird sie „unter dem Druck der Verhältnisse“ oft ins Gegenteil verkehrt. Es sei insgesamt dahingestellt, ob die „angepassten“ Akteure dann lediglich anhaltend *resignieren* oder ob sie ihre erworbenen Fähigkeiten zugleich wieder „verlernt“ haben.

40.3.3 Das Beobachtungsparadox in Prüfungen

Ein weiterer *Sonderfall* (G), der an dieser Stelle wegen seiner Relevanz hervorgehoben werden soll, ist die *Prüfung* zur kommunikativen Kompetenz, auf die wir schon mit der Beschreibung des OSCE-Verfahrens eingegangen waren (§ 13) und nochmals im Detail zurückkommen werden (§ 41). In der Prüfungssituation kommt das schon beschriebene *Beobachterparadox* verschärft zur Geltung, wie es sich nicht nur in der sozial- und sprachwissenschaftlichen Forschung als ein allgemeines methodisches Problem darstellt, das man bei der Datenerhebung und -

analyse beachten muss (Labov 1971, Koerfer 1985). Das Dilemma besteht kurz gesagt darin, dass man den intendierten Gegenstand nicht nur „verfehlt“, sondern „verzerrt“, weil sich das fragliche Verhalten, dem das Erkenntnisinteresse gilt, unter der Beobachtung verändert.

Mit diesem Phänomen sind wir alle bestens vertraut, wenn wir uns etwa in aller Öffentlichkeit unter Beobachtung dritter, vor allem fremder Personen anders verhalten als im privaten Umfeld. Wir unterwerfen unser Verhalten mehr oder weniger einer *Selbstkontrolle*, die einer vermeintlichen oder tatsächlichen *Fremdkontrolle* entspricht, vor allem, wenn es gegebenenfalls auf eine „gute Note“ ankommen soll – was immer das im Einzelnen für unsere „Anpassungsbereitschaft“ bedeuten mag.

Die Prüfungssituation ist nun in besonderer Weise eine Kontroll-Situation, in der die Prüfungskandidaten unter einer anerkanntermaßen *zensorischen* Beobachtung stehen, in der sie ihr *Wissen* und *Können* (§ 40.3.1) schließlich „unter Beweis stellen“ sollen. Sieht man von reinen Wissensprüfungen (z.B. im Multiple-choice-Format) ab, muss bei medizinischen Prüfungen „am Patienten“ ganz gleich, ob es sich um *reale* oder *simulierte* Patienten (SP) handelt (Abb. 40.9), etwas „demonstriert“ werden (*shows how*), was möglicherweise den Erwartungen gleich mehrerer Beobachter gerecht werden soll.

Dass auch schon Lernsituationen wegen der Beobachtung durch Dritte als Prüfungssituationen erlebt werden können, hängt oft von individuellen Erlebensperspektiven einzelner Gruppenmitglieder und der Art der mehr oder weniger solidarischen Kritik aus der Gruppe zusammen (§ 6.4, 13.5). Beim Einsatz von simulierten Patienten (SP) kommt die Besonderheit der *Doppelrolle* hinzu (Abb. 40.9), nach der die SP schon während ihrer Interaktionsrolle im Gespräch ihre spezifische Beobachtungsrolle für ein späteres *Feedback* wahrnehmen (13, 41), das von den gesprächsführenden Kandidaten während des laufenden Gesprächs möglicherweise schon antizipiert wird.

Die möglichen „Verzerrungen“ kommen insgesamt dadurch zustande, dass sich die gesprächsführenden Kandidaten noch beim Handeln verstärkt vom *antizipierten Feedback* der *direkten* Beobachter (Prüfer, SP) ebenso wie der (teils) *indirekten* Beobachter (Gruppe) *leiten* lassen („Was geht in den Köpfen meiner Beobachter vor, während ich hier rede?“) (Abb.40.9). Die Kandidaten handeln in dem Wissen, das ihr Gesprächsverhalten wie „unter einer Lupe“ betrachtet wird, bevor die Beobachtungen später im Feedback verbalisiert werden. Dabei kann die immer mitlaufende kritische Selbstreflexion, die ohnehin auch in der

zukünftigen Gesprächspraxis zur Routine werden sollte (§ 6.4), zunehmend unter eine wie auch immer antizipierte Fremdkontrolle geraten, die das eigene Gesprächsverhalten verstärkt dominieren kann.

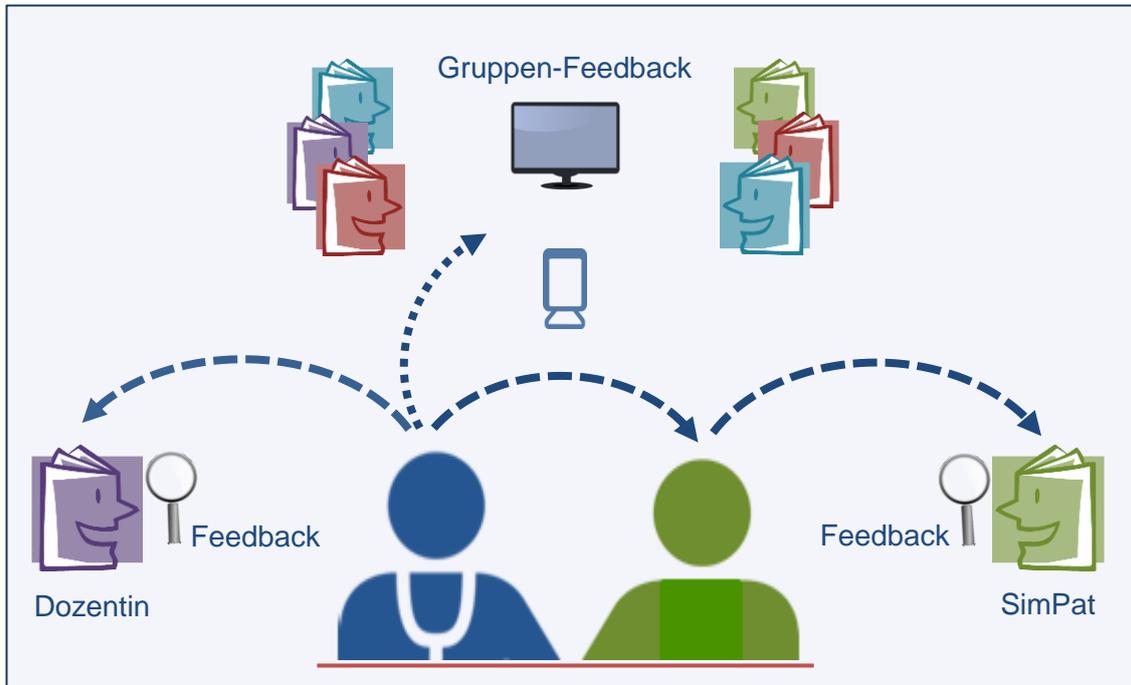


Abb. 40.9: Das Beobachterparadox in Lern- und Prüfungssituationen

Gerade bei Prüfungen kann in der Regel unterstellt werden, dass die Kandidaten aus ihrer Teilnahmeperspektive durchaus „das Beste geben“ wollen – was immer sie dafür halten. Ob ihnen dies gelingt, hängt nicht zuletzt vom individuellen Umgang mit der spezifisch *sensorischen* Beobachtung zusammen, in der sich das Beobachterparadox durchaus in unterschiedlichen Ausprägungen manifestieren kann. Insgesamt kommt im Prüfungsdruck ein Erwartungs- und Anpassungsdruck zur Geltung, auf den die gesprächsführenden Kandidaten unterschiedlich reagieren können. Unter der spezifischen, zumal prüfungsrelevanten Beobachtung der ärztlichen Gesprächsführung ist bei allen Varianten vor allem mit zwei Arten von „Verzerrungen“ zu rechnen:

- **Show-Effekte in Form von demonstrativen Übertreibungen**

Zunächst können Effekte einer *trialogischen* Kommunikation auftreten, bei der die dialogische Kommunikation durch dritte Zuhörer überformt wird, die mit dem primären Gesprächspartner zugleich indirekt adressiert werden. Hier kommt die Prüfungssituation einer

quasi-öffentlichen Situation gleich, wenn die Sprecher mehr oder weniger „zum Fenster rausreden“ (Dieckmann 1981, Koerfer 2013). So ist auch in Prüfungssituationen zur ärztlichen Gesprächsführung mit „Sonntagsgesprächen“ zu rechnen, in denen die Kandidaten etwas zu „demonstrieren“ (*shows how*) suchen, was sie im (späteren) Praxisalltag durchaus anders machen würden (*does*). Bei der Demonstration kann es nun zu mehr oder weniger ausgeprägten *Übertreibungen* kommen, wenn etwa Begrüßungen extrem freundlich ausgeführt werden („angenehm“, „sehr erfreut, Sie zu sehen“) oder bei Bagatellerkrankungen („Schnupfen, Husten, Heiserkeit“) der empathische Response (zu) dramatisch ausfällt („Ach du meine Güte“). Im Prinzip kann aber auch in Sonntagsgesprächen von den Kandidaten nur „gezeigt“ werden, was sie grundsätzlich auch *können* (z.B. zuhören, ausreden und erzählen lassen, empathisch reagieren, Detail-Fragen stellen, aufklären usw.). Möglichweise werden die *Übertreibungen* von der simulierten Patientin (SP) oder Prüferin unter dem Aspekt der *Passung* zum Thema gemacht, so dass über dieses Feedback die Tendenz zu unpassenden empathischen Rückmeldungen gemildert werden kann, die ohnehin nur dem Demonstrationscharakter der Prüfungssituation geschuldet sein mag.

- **Performanzdefizite bei Prüfungsversagen**

Während *Übertreibungen* in Grenzen zu tolerieren sind, kann die dialogische Kommunikationssituation zu negativen Effekten führen, weil sie nicht optimal als „Demonstrationschance“ genutzt werden kann, sondern als Belastung erlebt wird. So kann es zu einer anderen extremen Art der „Verzerrung“ kommen, die gravierende Auswirkungen haben kann, nämlich dem „Prüfungsversagen“ in dem Sinn, dass ein Kandidat weit unter seinen Möglichkeiten bleibt. Leider lehrt die Erfahrung, dass etwa „prüfungsängstliche“ Kandidaten, die im Training mit *simulierten* und *realen* Patienten (§ 13) ihre kommunikative Kompetenz schon längst unter Beweis gestellt *haben*, in der aktuellen Prüfung relativ „versagen“ und die entsprechende Kompetenz im (nicht unproblematischen) Sinne von *Performance* von Millers Pyramiden-Modell (1990) (§ 40.3.1) eben nicht hinreichend „demonstrieren“ (*shows how*) können.

Dieser Sonderfall (G) ähnelt formal dem Fall des „Senkrechtstarters“, der sein zunächst gezeigtes Verhalten schnell wieder „verlernt“ hat (C), ist aber funktional davon verschieden, weil in der Prüfung „an

sich“ noch vorhandene Kommunikationskompetenzen (unter Stress usw.) eben nicht „abgerufen“ werden können. Dies ist umso mehr zu bedauern, als hier oft „Trainingsweltmeister“ aus der früheren Übungspraxis nun in der aktuellen Prüfungssituation „scheitern“, obwohl sie ihre Kompetenzen bereits unter stressärmeren Handlungssituationen nachweislich (im Sinne Millers 1990) „demonstrieren“ konnten. Auch hier können Prüfungen (eines bestimmtem Typs) nicht hinreichend offen legen, was die Betroffenen in ihrer späteren beruflichen Handlungspraxis „vollziehen“ (*does*) können, wenn sie nicht länger unter der kritischen Fremdbeobachtung von Prüfern stehen.

Eine Möglichkeit, das Beobachterparadox zu „entschärfen“, besteht nun paradoxerweise gerade in der wiederholten Beobachtung, weil die Routinebeobachtung „ihren Schrecken verlieren“ kann. Unter Dauerbeobachtung können sich die Teilnehmer an das „artifizielle“ Verfahren offenbar sowohl in psychoanalytischen Gesprächen als auch in der Hochschulkommunikation gewöhnen (Koerfer, Neumann 1982, Koerfer 1985). Die Akzeptanz einer zunächst „befremdlichen“ Beobachtung erhöht sich zudem mit der Einsicht in ihren Nutzen, der inzwischen sowohl in der Ausbildung als auch Fortbildung anerkannt wird.

So wird denn von den Studierenden selbst oft der Einsatz von SP als Dauereinrichtung gewünscht, um kontinuierliche Erfahrungen beim Probehandeln sammeln zu können (§ 13.6). Ebenso können sich offenbar Ärztinnen und Ärzte in der Fortbildung an eine kritische Dauerbeobachtung mit Feedback gewöhnen (§ 15-16, 42-43). Jedenfalls schien im vorausgehend (§ 40.2.6) beschriebenen Projekt zur Evaluation der Balint-Gruppenarbeit eine Gewöhnung an langfristige Beobachtungen (durch „Dauervideos“ in den Sprechstunden) möglich, die vermutlich zu einer Angleichung zwischen Sonntags- bzw. Prüfungsgesprächen und alltäglichen Sprechstundengesprächen geführt haben dürfte – wenn man eine solche Tendenzaussage denn bei einem methodisch unhintergehbaren Beobachterparadox überhaupt gelten lassen will.

40.3.4 Resümee

Insgesamt lässt sich ein Resümee mit folgenden Schlussfolgerungen ziehen: Bereits entwickelte Kompetenzen können auf verschiedene Arten auch wieder „verkümmern“, „unterdrückt“ oder „gehemmt“ werden,

aus welchen individuellen oder institutionellen Gründen auch immer (Zeitdruck, Anpassung, Prüfungsangst, Macht der „schlechten“ Gewohnheit usw.).¹¹ Nach Anfangserfolgen bei der Kompetenzentwicklung, auf denen man sich keineswegs „ausruhen“ sollte, ist auch mit vielen Arten von „Rückschlägen“ zu rechnen, die am besten durch weitere Selbst- und Fremdbeobachtung sowie „vertiefende“ und „auffrischende“ Trainingseinheiten zu überwinden sind (§ 13-16, 42, 43), um zu *nachhaltigen Verbesserungen* der Kommunikationspraxis zu kommen.

Entsprechend sind in der Ausbildung die bereits früh zu erwerbenden Kompetenzen in einem *Spiral-Curriculum* weiterzuentwickeln, bei dem die Veranstaltungen, Themen und Lernziele zu *klinischen* und *kommunikativen Kompetenzen* hinreichend vernetzt sind und vertiefend aufeinander aufbauen. Dazu wurden die Lernkonzepte bei der Vorstellung der Kommunikationslehre an unserer Klinik sowie nach dem *Kölner Curriculum Kommunikation* (KCK) im Detail ausgeführt (§ 3, 13, 14). Darüber hinaus wurden integrative Ansätze zur Kommunikationslehre und Evaluation in der *Fortbildung* vorgestellt (§ 15, 16, 40), in der aus den ausgeführten Gründen oft *Nachschulungen* („Auffrischkurse“) angeboten werden, damit die zuvor erworbenen Kompetenzen in der Gesprächspraxis auch *stabilisiert* werden können. Inwieweit die Erweiterung der kommunikativen Kompetenz auch auf dem bereits hohen Niveau praktizierender Ärztinnen und Ärzte mit einer teils langen Berufspraxis gelingt, soll Thema der folgenden Kapitel (§ 42-43) sein.

40.4 Weiterführende Hinweise

Abschließend sei hier nochmals auf die schon erwähnten Überblicksarbeiten verwiesen, in denen es über die Erweiterung der kommunikativen Kompetenz hinaus auch um weitergehende Effekte von Patientenzufriedenheit, Adhärenz und Gesundheit geht: Uitterhoeve et al. (2010),

¹¹ Um abschließend einem möglichen Missverständnis vorzubeugen: Natürlich müssen sich *kommunikative Kompetenzen* auch unter „stressigen“ Bedingungen bewähren können, so etwa auch oder gerade in schwierigen Entscheidungssituationen (§ 10) oder gegenüber schwierigen Patienten (§ 34). Aber der professionelle Umgang mit prüfungsbedingtem Stress (s.o.) oder systembedingtem Stress am Arbeitsplatz ist selten ein spezifisches Kommunikationsproblem, auch wenn kommunikative Kompetenzen bei der „Stressbewältigung“ durchaus hilfreich sein können.

Dwamena et al. (2012), Christianson et al. (2012), Légaré et al. (2014) und Hauser et al. (2015). Für die Evaluation mit spezifischen Kodier- bzw. Ratingsystemen seien über vier Jahrzehnte exemplarisch angeführt: Roter (1977, 2011), Stiles (1992, 2011), Roter, Larson (2002), Roter et al. (2008), Clayman et al. (2012), Laws et al. (2013), Zill et al. (2014), Bell, Kravitz (2014), Makoul, Dulmen (2016), Cömert et al. (2016), Maatouk-Bürmann et al. (2016), Hammersen et al. (2016), Radzej et al. (2017), Grayson-Sneed et al. (2017).

Zu Unterscheidungen, Hierarchien und Zusammenhängen von direkten und indirekten, kurz-, mittel- und langfristigen Zielen (*endpoints*) sei auf das Kapitel zu „Handlungsmuster und Therapieziele“ und die dort aufgeführte Literatur rückverwiesen (§ 8), von der hier nur exemplarisch Street et al. (2009), Haes, Bensing (2009) und Laidsaar-Powell et al. (2014) genannt seien.

Über unsere vorausgehend dargestellten *komparativen* Gesprächsanalysen zur Evaluation hinaus soll auf die Berner Forschungsgruppe verwiesen werden, die mit Bezug auf unsere Kölner Projekte einen ähnlichen Ansatz verfolgt und weiterentwickelt hat, bei dem die formal-dialogischen Aspekte mit interaktiven, narrativen und thematischen Aspekten verbunden werden (Litschgi et al. 2011, Litschgi, Schlumpf 2012). Für weitere Analysen in dieser Richtung sei auf den kritischen Überblick von Connor et al. (2009) zu Methoden der Sequenzanalyse (mit dem Resümee: „Studies of longer-term influences are rare“) sowie exemplarisch auf die Studie von Laws et al. (2013) verwiesen, die mit ihrem Kodiersystem (CASES bzw. GMIAS) dialogische, interaktive und thematische Aspekte zu integrieren suchen.

Für das hier nur am Rande thematisierte Lernen am Arbeitsplatz (*workplace based learning*) seien exemplarisch nochmals Miller, Archer (2010), Eertwegh et al. (2013), Brown (2016), Kidd, Lefroy (2016) angeführt. Weiterführende Literaturhinweise zur Kompetenzerweiterung werden in den nachfolgenden Kapiteln zum OSCE-Verfahren in der medizinischen Ausbildung (§ 41) und zur ärztlichen Fortbildung (§ 42, 43) gegeben.

41 Die OSCE-Methode mit Simulationspatienten

Rainer Obliers, Armin Koerfer, Christian Albus

41.1	OSCE-Prüfungen und Praxisnähe	1868
41.2	Simulationspatienten	1869
41.2.1	Simulationspatienten in Übungs-, Lehr- und Prüfungsszenarien: Vor- und Nachteile	
41.2.2	Simulationspatienten: Feedback an Lernende	
41.2.3	Simulationspatienten: Standardisierung in OSCE-Szenarien	
41.2.4	Wer wird Simulationspatient?	
41.2.5	Training der Simulationspatienten	
41.2.6	Zielgruppenspezifische Simulationen und die Menschen hinter der Rolle	
41.3	Evaluation von Arzt-Patient-Interaktionen	1885
41.4	Simulationen in der Medizin – unerlässlich?	1887

SBT [simulation based training] is an instructional technique designed to accelerate expertise by allowing for skill development, practice, and feedback in settings replicating real world clinical environments.

Weaver et al. 2010

Abstract: Das OSCE (Objective Structured Clinical Examination) ist ein mittlerweile international verbreitetes mündliches Prüfungsverfahren, das auf praktische Fertigkeiten (Skills) in einer angenäherten Arzt-Patient-Realität zielt, bei der die Patienten durch Schauspieler simuliert werden (Simulationspatienten) (§ 41.1). Der Einsatz von Simulationspatienten in Übungs-, Lehr und Prüfungsszenarien bietet gegenüber dem von Originalpatienten eine Reihe von Vorteilen, hat aber auch Grenzen

(§ 41.2). Ein zentraler Vorteil ist das systematische Feedback der Simulationspatienten an Lernende, somit das regelmäßige Verdeutlichen der Patientenperspektive, was im studentischen Kontakt mit Originalpatienten seltener bzw. nur sporadisch geschieht (§ 41.3). Simulationen mit Feedback in OSCE-Szenarien bedürfen einer besonderen Standardisierung (§ 41.2.3). Simulationspatienten stellen eine heterogene Gruppe dar, in der sich Laien, professionelle Schauspieler, weitere Personen mit Theatererfahrung, Angehörige der medizinischen Berufsgruppen und Studierende befinden (§ 41.2.4). Ihr Training bedarf neben dem Erwerb spezifischer Patientenrollen der Vorbereitung auf diverse Übungs-, Lehr- und Prüfungsformate, der Vermittlung von Fertigkeiten zum Wieder-Ablegen-Können einer Rolle und letztlich der Langzeit-Betreuung bei der Portraittierung schwerstkranker Patienten oder hoch belastender klinischer Szenarien (§ 41.2.5). Darüber hinaus sind zielgruppenspezifische Simulationen auf dem Hintergrund der realen Menschen hinter der Rolle zu berücksichtigen (§ 41.2.6). Evaluationen von Arzt-Patient-Simulationen bedürfen spezifischer Maße der Simulationserfassung sowie empirischer Studien der erzielten medizinischen Lernleistung (§ 41.3). Die medizinische Simulationswelt (Simulationspatienten, Simulationspuppen, Virtual-Reality, Digital Game-based Learning...) in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung wird sich weiter an die medizinische Realwelt annähern, sie aber nicht ersetzen können (§ 41.4).

41.1 OSCE-Prüfungen und Praxisnähe

Das OSCE (Objective Structured Clinical Examination) ist in der Ausbildung von Ärzten, Pflege- und Gesundheitsberufen ein mittlerweile international weit verbreitetes mündliches Prüfungsverfahren, das besonders auf praktische Fertigkeiten (Skills) des medizinischen Alltags zielt. Hierbei sollen Studierende spezifische ärztliche Fertigkeiten in einer angenäherten Arzt-Patient-Realität zeigen, bei der die Patienten durch Schauspieler simuliert werden (Schauspielpatienten, Simulationspatienten, abgekürzt: SP). Die Schauspieler folgen dabei einem zuvor eintrainierten Skript, das inhaltliche Vorgaben zur Darstellung eines spezifischen Patienten mit seinem Krankheitsbild und den dazugehörigen Symptomen enthält. Die dabei von den Studierenden zu demonstrierenden Fertigkeiten können das Durchführen einer körperlichen Untersuchung, das Rezeptieren von Arzneimitteln, eine Befundmitteilung, die

41. Die OSCE-Methode mit Simulationspatienten

Erhebung einer Anamnese u. a. umfassen. Die OSCE-Situation fordert somit angewandtes Wissen, nicht theoretisches, das etwa in einer Paper-pencil-Prüfungssituation unter Beweis zu stellen ist (Harden 1988, Wallace et al. 2002).

Die OSCE-Realisierung kann unterschiedliche Formate annehmen: z. B. einen Multi-Stationen-Parcours, in dessen Verlauf 20 Studierende in einem vorgegebenen Zeit-Intervall (z. B. jeweils 5 Minuten) über 20 Stationen rotieren, bei denen sie jeweils eine spezifische klinische Fertigkeit und in der Summe eine Reihe von klinischen Kompetenzen ‚am Patienten‘ demonstrieren sollen (manche nennen es ‚akademisches Zirkeltraining‘). Es kann sich aber auch um nur eine einzige Station handeln, bei der die Studierenden eine komplexe, mehr Zeit fordernde Aufgabe zu erfüllen haben, z. B. die Erhebung einer Anamnese. Alle zu durchlaufenden Szenarien beanspruchen eine gewisse Praxisnähe und fordern berufsnahe klinische Fertigkeiten. Die involvierten Simulationspatienten müssen in diesen unterschiedlichen Szenarien und OSCE-Formaten Patienten in unterschiedlichen Ausmaßen und Anteilen porträtieren.

41.2 Simulationspatienten

Simulationspatienten sind Personen (geschulte Laien, professionelle Schauspieler u. a.), die dazu ausgebildet werden, für Lehrzwecke eine Patientenrolle darzustellen. Sie porträtieren dabei Symptome einer Erkrankung, bedeutsame Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensweisen von Patienten, ihre Biographien sowie ihre aktuelle Lebenssituation (Ortwein et al. 2006). Eingesetzt werden Simulationspatienten in unterschiedlichen Lehr- und Prüfungsformaten in der medizinischen Aus-, aber auch Fort- und Weiterbildung in zahlreichen medizinischen Fachgebieten (Hardoff, Schonmann 2001, Hoffmann et al. 2007, St. Pierre, Breuer 2013). Dort dienen sie als Ergänzung, nicht als Ersatz für echte Patienten – mit Vor- und Nachteilen (Koerfer et al. 2008: 63ff, Wallace et al. 2002: 345).

41.2.1 Simulationspatienten in Übungs-, Lehr- und Prüfungsszenarien: Vor- und Nachteile

Planbar-, Verfügbar- und Verlässlichkeit

Simulationspatienten sind in der Regel besser verfügbar als reale Patienten, insbesondere bei zeitlich passgenauer Demonstration spezifischer Krankheitsbilder in spezifischen Lehrveranstaltungen. Die Suche nach Patienten, die das infrage stehende Krankheitsbild aufweisen und zudem damit einverstanden sind, an einer Lehrveranstaltung teilzunehmen, entfällt. Das kann die Planbarkeit und Organisation der Lehrveranstaltung einfacher und verlässlicher machen. Auf der anderen Seite kann der Einsatz von Simulationspatienten mit großem Trainings-, Organisations- und Kostenaufwand verbunden sein, insbesondere bei Lehr- und Prüfungsveranstaltung mit großen studentischen Kohorten.

Standardisierung und Repetition

Schauspieler können für verschiedene Studierendengruppen den darzustellenden Patienten mit seinem spezifischen Krankheitsbild repetitiver als Originalpatienten sich selbst präsentieren. Schauspielpatienten müssen über eine ‚Reset‘-Fähigkeit verfügen: sich bei jedem neuen Studierenden bzw. OSCE-Prüfungskandidaten gleichermaßen ‚dumm‘ zu stellen und ‚von vorne‘ anzufangen. Standardisierte Schauspielpatienten müssen somit eine Verlässlichkeit, Wiederholbarkeit und Vergleichbarkeit ihrer Patientenpräsentation sicherstellen. Das gilt im weiteren Sinne auch für die Simulation chronischer Krankheiten mit einem longitudinalen, über Monate verlaufenden mehrfachen Patientenkontakt der Studierenden (Bokken et al. 2009, Linssen et al. 2007). Die Simulation longitudinaler, komplexer multimodaler Interventionen (Albus et al. 2012) wartet noch auf seine Realisierung.

Vielfalt

Je nach Training, Erfahrung und Tätigkeitsdauer als Simulationspatient können Schauspielpatienten mehrere Patientenrollen mit differierenden Krankheitsbildern bzw. als Schauspielerkollektiv ein großes Krankheits- und Patientenspektrum portraituren.

41. Die OSCE-Methode mit Simulationspatienten

Ebenso vielfältig können die Einsatzgebiete von Simulationspatienten sein: Arzt-Patient-Kommunikation (Anamneseerhebung, Diagnosemitteilung, Überbringen schlechter Nachrichten, Aufklärungsgespräche u. a.; Lane, Rollnick 2007), körperliche Untersuchungen, Notfallszenarien, Prüfungssituationen (z. B. OSCE-Szenarien mit einem Multi-Stationen-Parcours, zum ersten Mal bei Harden et al. 1975) u. a. In diesen und weiteren Bereichen sind Simulationspatienten mittlerweile national und international seit vielen Jahren im Einsatz, zum ersten Mal bereits 1963 in der Neurologie an der University of Southern California: dort trainierte Dr. Barrows die Schauspielerin Rose McWilliams, die eine paraplegische Patientin mit Multipler Sklerose simulierte (Barrows, Abrahamson 1964, Fröhmel et al. 2007, Gottlieb 2002). In Deutschland gehört seit 1999 die Klinik und Poliklinik für Psychosomatik an der Uniklinik Köln zu den ersten Institutionen, die Simulationspatienten bei OSCE-Prüfungen einsetzen (Koerfer et al. 2000).

Realitätsnähe

Ein großer Vorteil der Simulation ist sicherlich die Nähe zur Realität: die Studierenden treten, in Analogie zu einer echten Arzt-Patient-Situation, in Interaktion mit einem patientenvergleichbaren Menschen und üben beispielsweise nicht an einer Puppe oder dokumentieren in einer Paper-pencil-Situation theoretisches Wissen über das Beschwerdebild eines Patienten. Darüber hinaus können kontextuelle Merkmale variiert werden, um das Ausmaß der Übereinstimmung der Simulation mit der simulierten Realsituation (Simulation Fidelity; Russo, Nickel 2013) zu erhöhen. Beispielsweise steht im Studienhospital Münster ein Krankenhaus mit Originaleinrichtung den Studierenden zur Verfügung, was eine High Fidelity-Simulation ermöglicht (Strassmann 2007).

Grenzen der Simulierbarkeit

Trotz der angestrebten Realitätsnähe und der Vielfalt der Simulationsmöglichkeiten haben diese auch deutliche Grenzen. Das gesamte Spektrum der Patientenwelt samt den zugehörigen medizinischen Untersuchungen ist mit Simulationspatienten nur teilweise simulierbar.

Für verschiedene, insbesondere als unangenehm erlebte körperliche Untersuchungen dürfte sich kaum ein Schauspielpatient zur Verfügung

stellen, z. B. Koloskopie, Prostatauntersuchung o. ä. (s. aber Groß 2010). Zwar lassen sich durch bestimmte Kombinationen von Simulationspatienten mit Modellen bzw. Simulatoren (Darstellung pathologischer Befunde durch Umschnallen eines entsprechend präparierten Brusttastmodells, Blutentnahme durch ein vom SP getragenen Injektionspad u. a.) die Grenzen des Machbaren weiten, aber nicht beliebig. Dann beginnt das Training an medizinischen Simulationspuppen und in der Virtual Reality. Auch diese müssen sich wie alle Simulationen dem Problem der ‚Simulation Fidelity‘, also der Übereinstimmung der Simulation mit der simulierten Realität, stellen und bedürfen häufig langer Entwicklungsstrecken mit zahlreichen Nachjustierungen, um eine weitest mögliche Realitätsnähe zu erzeugen (Schebesta et al. 2012).

Simulationen können mehr oder minder realitätsnah und spielerisch (aber letztlich eben ‚nur gespielt‘) den Studierenden ermöglichen, ihr Wissen praxis- und kliniknah anzuwenden. In einigen Szenarien mögen Studierende Simulations- von echten Patienten nicht unterscheiden können und den gleichen Grad an Empathie gegenüberbringen (Sanson-Fisher, Poole 1980). Die Erkennungsrate kann allerdings bei Assistenzärzten in der Klinik schon wieder anders sein (Norman et al. 1982). In den Studien von Rethans et al. (1987, 1991) waren Simulationspatienten mit beklagten Beschwerden im Harntrakt, mit Kopfschmerzen, Diarrhoe, Diabetes oder Schulterschmerzen im Betrieb allgemeinärztlicher Praxen nicht erkennbar. In den meisten Szenarien ist der Simulationsstatus allerdings schon durch vorab gegebene Informationen evident. Letztlich bleibt die Simulation der Realität eine Simulation, sie ist nicht deckungsgleich mit ihr. Die Angst in den Augen eines Patienten zu simulieren, kommt selten an die Realität heran. Obwohl Studierende häufig während bestimmter Simulationen, z. B. denen von Arzt-Patient-Gesprächen in OSCE-Situationen, zunehmend Realitätsgefühle entwickeln und die Simulation weitgehend vergessen können (Ritter 2011: 33f), bleibt letztlich ein ‚ungedeckter Rest‘ zum realen Originalpatienten.

Variierender Schwierigkeitsgrad für verschiedene Zielgruppen

Für verschiedene Zielgruppen (z. B. Medizinstudierende im ersten, fünften oder achten Semester in inhaltlich unterschiedlich ausgerichteten Kursen, PJler, Assistenzärzte...) können verschiedene Schwierigkeitsgrade der Patientenproblematik und -präsentation gewählt werden (un-

41. Die OSCE-Methode mit Simulationspatienten

terschiedlich komplexe Krankheitsbilder, Patientenpersönlichkeiten, medizinische Settings...).

Schwierige und seltene klinische Situationen

Mit Simulationspatienten lassen sich schwierige klinische Situationen präsentieren und trainieren, die mit Originalpatienten für Unterrichts- und Übungszwecke nicht durchführbar bzw. ethisch nicht vertretbar wären, z. B. das Überbringen infauster Diagnosen (vgl. KoMPASS – strukturiertes Kommunikationstraining für onkologisch tätige Ärzte – <http://www.kompass-o.org>, Fabro et al. 2014). Darüber hinaus können Situationen simuliert werden, die im klinischen Alltag selten auftreten und deswegen schlecht lehr- und lernbar, aber hochgefährlich sind und in simulierten ‚Trockenübungen‘ vorbereitet werden können.

Belastbarkeit

Da die Schauspielpatienten letztlich alle medizinischen Problemstellungen, Patientenpersönlichkeiten, Krankheiten und schwierige medizinische Settings ‚spielen‘ und nicht selber faktisch betroffene Patienten mit Leidensdruck sind, können sie durch studentisches Übungs- und Prüfungsverhalten wesentlich massiver belastet werden als Originalpatienten. Darüber hinaus kann ihnen hinsichtlich der Einsatzdauer und -gebiete eine deutlich höhere zeitliche und inhaltliche Belastung zugemutet werden als Originalpatienten.

Gleichwohl werden auch Simulationspatienten durch ihre Simulationsstätigkeit belastet, etwa durch inadäquate Untersuchungstechniken der OSCE-Prüflinge, durch eigene emotionale Reaktionen auf zu spielende Schwerstkranken-Rollen und durch Schwierigkeiten, diese nach dem Einsatz zu verlassen (Schrauth et al. 2005, 2006). Dies muss sich aber bei einem guten Rollentraining nicht in der privaten Lebensqualität der Schauspieler niederschlagen (Lauber et al. 2010). Es sollte neben der reinen Patienten-Portraitierung in der Simulationswelt auch die Rahmenumstände und das Davor und Danach in der Realwelt mitberücksichtigen.

Beziehungen zwischen Simulations- und Realwelt können allerdings auch umgekehrte Belastungsverhältnisse signalisieren. In dem Essay ‚Der Empathietest‘ spielt Leslie Jamison (2015, Mayer 2015) als noto-

risch klamme Autorin eine traumatisierte Patientin in einer simulierten Sprechstunde, die für die beteiligten Medizinstudierenden ein Examen u. a. zur Erfassung ihrer Empathiefähigkeit darstellt. Jamisons Patientenpräsentation löst bei den angehenden ‚verstehenden‘ Ärzten einigermaßen verlässlich ein redliches Empathiebemühen aus. In einer parallelen Handlung, die ihr reales Leben darstellt, erlebt sie hingegen, wie schwer es sein kann, durch echten Schmerz Mitgefühl zu erlangen und wie die erhoffte Empathie als unzuverlässige zwischenmenschliche Währung seitens des sozialen Umfeldes ausbleibt. Simulations- und Realwelt können in einem spannungsreichen Verhältnis stehen.

Fehlertoleranz und Probehandeln

Da reale Patienten nicht beteiligt sind, wird vermieden, diese durch Seminar- bzw. Hörsaal-Situationen und durch evtl. noch suboptimales Verhalten der Studierenden emotional zu belasten. Die Studierenden können im Wissen, durch eigenes ggfs. ungeschicktes Verhalten keinen Patienten, sondern darauf vorbereitete Simulationspatienten zu belasten, angstfreier lernen. Somit besteht die Möglichkeit zum Probehandeln, die eine erhöhte Experimentierbereitschaft der Lernenden forcieren kann.

41.2.2 Simulationspatienten: Feedback an Lernende

Anders als Originalpatienten geben Simulationspatienten ihrem studentischen oder ärztlichen Gegenüber systematisch ein individuelles, mündliches Feedback, dessen Wirkung sich als effizient erwiesen hat (Howley, Martindale 2004). Es ist von anderen Feedbackarten in der medizinischen Ausbildung zu unterscheiden und vermittelt eine besondere Perspektive (Archer 2010): es soll dem Gegenüber einen Einblick in die Patientenperspektive, in das Erleben des ‚Patienten‘ im Verlauf der vorausgegangenen Interaktion geben und darüber hinaus eine Reflexion von Defiziten und Kompetenzen stimulieren sowie ggfs. Ansatzpunkte für notwendige Modifikationen des studentischen bzw. ärztlichen Verhaltens verdeutlichen. Das SP-Feedback soll deskriptiv, nicht-urteilend und konstruktiv sein. Es kann prinzipiell aus drei Perspektiven gegeben werden (Kurtz et al. 1998/2005):

41. Die OSCE-Methode mit Simulationspatienten

1. Aus der Patientenperspektive, aber emotions-neutralisiert: dies dürfte die häufigste Form des SP-Feedbacks sein. Wenn der Patient in der vorausgehenden Interaktion ängstlich, wütend oder schüchtern war, wird dieser Affekt im anschließenden Feedback neutralisiert, gleichwohl wird es aus der Patientenperspektive heraus formuliert. Die Schauspielsituation ist verlassen, die Feedbacksituation ist eine andere.
2. Aus der Patientenperspektive mit den zur Rolle gehörenden Emotionen: dies würde den Lernenden und den SP in die Emotionen oder Dilemmata der vorausgehenden Interaktion zurückwerfen und wenig Lerngewinn bieten. Allerdings kann es höchst sinnvoll sein, den SP während seines Feedbacks (gegeben aus der o. g. 1. Perspektive) explizit zu bitten, noch einmal zu spezifischen Punkten der vorausgehenden Interaktion zurückzugehen, wieder in die emotionsgeladene Rolle zu schlüpfen, sodass der Lernende an diesen Punkten Alternativen zu seinem zuvor gezeigten Verhalten ausprobieren kann, anstelle Alternativen nur mit Worten zu besprechen.
3. Aus der SP-Perspektive, aber außerhalb der Rolle: dies wäre kein direktes Patientenfeedback mehr, sondern es würde sich um erläuternde Kommentare des SP über den in der SP-Rolle präsentierten Patienten handeln. Dies kann in Ergänzung zur o. g. 1. Perspektive den simulierten Patienten in seinen Eigenarten und Reaktionsweisen dem Lernenden verständlicher machen.

Der formale und inhaltliche Aufbau des Feedbacks wird zuvor trainiert (Schlegel 2011) und folgt häufig der Sandwich- bzw. Cookie-Lemon-Cookie-Methode: Rückgemeldete kritische Aspekte (Lemon, die Zitrone) werden von positiven Aspekten (Cookies) umschlossen, die zu Beginn und zum Abschluss des Feedbacks formuliert werden. Durch das initiale Benennen von Positiva soll dem Feedbacknehmer der Einstieg in das Feedback erleichtert werden. Die dann ggfs. zu nennenden problematischen und modifikationsbedürftigen Aspekte (beobachtete Verhaltensweisen des Lernenden als Feedbacknehmer in ihrer Wirkung auf den SP als Feedbackgeber) werden im abschließenden Resümee, das im Wesentlichen positive Aspekte herausstellt, wieder etwas abgedeutet (ein Beispiel findet sich in Box 41.1; weitere Beispiele für SP-Feedbacks vgl. § 13.6.3).

Box 41.1 Feedback einer Simulationspatientin (SP) an einen Studierenden nach seiner Anamnese-Erhebung in einer OSCE-Situation

„Ich habe mich in dem Gespräch wohl gefühlt ... ernst genommen. Ich konnte Ihnen meine Beschwerden schildern ... Sie haben mir zugehört, auch als ich nicht so recht wusste, wie ich Ihnen meine Schmerzen genauer beschreiben sollte ... Als Sie nach meinem familiären Hintergrund gefragt haben ... da war ich erst erstaunt, dass sich jemand dafür interessiert ... Es hat mich aber erleichtert, mitzukriegen, dass jemand die Situation versteht, in der ich stecke ... und meine Belastung versteht. Was mich manchmal irritiert hat, war Ihr Blickkontakt. Hin und wieder haben Sie plötzlich wegesehen, während ich mit Ihnen gesprochen habe ... das hat mich irritiert, ich wusste nicht, was das bedeutet. Das Ende des Gesprächs fand ich sehr hilfreich. Dass ich nochmal wiederkommen kann, hat mir Hoffnung gegeben, dass sich doch ein Weg finden lässt, meine Schmerzen zu bekämpfen. Ich würde zu Ihnen wiederkommen.“

Im Pendleton-Modell beschreibt der Lernende als Feedbacknehmer zunächst selber, welche Anteile seines gezeigten Verhaltens er als positiv beurteilen würde. Anschließend benennt der SP als Feedbackgeber die Anteile, in denen er mit der Selbsteinschätzung des Lernenden/Feedbacknehmers übereinstimmt und ergänzt diese, sofern er weitere wahrgenommen hat. Erst danach benennt er die Verhaltensbereiche des Lernenden als Feedback-Nehmer, die sich in seinem SP-Erleben als problematisch niedergeschlagen haben und formuliert konkrete Ansatzpunkte, die er als veränderungsbedürftig sehen würde.

Generell ist das SP-Feedback erlebnisnah formuliert, enthält aber im günstigen Fall darüber hinaus verhaltensbasierte, operationalisierte Aussagen, die das SP-Patientenerleben an konkreten, operational fassbaren (und somit prinzipiell änderbaren) Handlungsweisen des Gegenübers dingfest macht (Ende 1983, Dayer-Berenson et al. 2012), z. B.: „Als Sie mich dann wieder unterbrochen haben, war ich enttäuscht und habe Ihnen auf Ihre Fragen dann nur noch das Nötigste geantwortet.“ – „Als Sie mir diese Frage stellten, fühlte ich mich erleichtert und konnte Ihnen über meine Essstörung erzählen.“ – „Als Sie an dieser Stelle schwiegen, wurde ich unsicher und habe mein Problem nicht weiter erzählt.“

41. Die OSCE-Methode mit Simulationspatienten

Ein reziprokes Feedback des Studierenden bzw. Arztes an den SP – „Oha, da habe ich Sie ganz anders verstanden. Ich hatte den Eindruck, Ihnen wäre das Thema unangenehm, da habe ich davon abgesehen“ – könnte die wechselseitigen Fehlinterpretationen und die dadurch bedingten kommunikativen Blockaden verdeutlichen. Das Transparentmachen solcher kommunikativen Nahtstellen erhöht die Lernchance, sie künftig zu optimieren.

Das üblicherweise weitgehend unidirektionale Feedback beim SP-Einsatz könnte somit durch ein systematisch bidirektionales erweitert werden, das das wechselseitig Gemeinte, aber möglicherweise missverstandene und nicht hinreichend Ausgesprochene zu klären versucht. Dadurch würde sowohl die beobachtbare Außenwelt von Arzt und Patient bzw. Studierendem und Simulationspatient (ihre Worte, Intonation, Mimik, Gestik, Handlungen u. a.) als auch deren nicht beobachtbare psychische Innenwelt (gesprächsbegleitendes Erleben, Gedanken, Gefühle u. a.) im Nachhinein beiderseitig transparenter werden und so der wechselseitige Verständnissgewinn der geführten Interaktion höher ausfallen (Hörmann 1978, Obliers et al. 1993). Dies trifft sich in Archers Analyse verschiedener Feedback-Komponenten mit seinem Plädoyer für ein Zwei-Wege-Feedback (2010). In OSCE-Prüfungssituationen gesellt sich in der Regel ein drittes Feedback hinzu, das des Prüfers, der in stärkerem Maße die gezeigte medizinische Leistung der Studierenden zu bewerten hat. Dabei sattelt er häufig auf das Feedback des Simulationspatienten (Patientenperspektive) auf und ergänzt weitere, darüber hinausgehende fachmedizinische Aspekte (manchmal unter Verwendung systematischer Beobachtungs- und Bewertungsverfahren, wie z. B. dem Kölner Evaluationsbogen Kommunikation KEK zur Überprüfung der kommunikativen Kompetenz in kommunikationsorientierten OSCE-Verfahren; § 13.6.3).

Zusätzlich kann das gesamte, mündlich geführte Feedback, das auf der gedächtnisbasierten Erinnerung der vorhergehenden Interaktionssequenz basiert, durch ein Videofeedback ergänzt werden, das die Klärung von Interaktionsdetails besonders bei längeren Interaktionen im Nachhinein erleichtern kann.

41.2.3 Simulationspatienten: Standardisierung in OSCE-Szenarien

Bei OSCE-Prüfungen ist die Standardisierung der SPs wesentlich wichtiger als in Trainings- und Übungssituationen. Gefordert ist nicht nur eine Simulation, sondern eine standardisierte Simulation. Zur Realisierung einer größtmöglichen Testfairness und Prüfungsreliabilität müssen die SPs ihre Rollen für die verschiedenen Prüfungsteilnehmer wiederholt skriptgetreu und weitest möglich gleich spielen, somit wiederholt in einer standardisierten Weise präsentieren. Vorliegende Studien zur Konsistenz bzw. Wiederholungs-Reliabilität der SP-Performance zeigen bei gutem vorausgehenden Training in den untersuchten Szenarien gute Werte über Zeiträume von 3 bis 12 Monaten (Badger et al. 1995, Vu et al. 1987, Vu, Barrows 1994).

Standardisierte, für alle verbindliche, Vorgaben erhalten auch die OSCE-Prüfungsteilnehmer zu der Aufgabe, die sie in der Simulation mit dem SP zu erfüllen haben, z. B. den SPs in der Rolle eines Hausarztes gegenüberzutreten. In einem OSCE-Multi-Stationen-Parcours, in dessen Verlauf jede Studierende verschiedene Stationen mit unterschiedlichen klinischen Aufgabenstellungen zu absolvieren hat, ist die Anforderungsstruktur natürlich heterogener, gleichwohl sind die Aufgabenstellungen pro Station für Prüflinge und SPs standardisiert.

Die Entwicklung von Rollenskripts für Simulationspatienten und Modellszenarien für OSCE-Formate in verschiedenen medizinischen Bereichen ist mittlerweile ein Markt, der weltweit zahlreiche Webseiten füllt. Ebenso liegt inzwischen ein Angebot an umfangreicher Literatur und diversen Webseiten zur OSCE-Prüfungsvorbereitung für Studierende mit verschiedensten Beispielstationen vor, z. B. in der Chirurgie, Notfallmedizin, Inneren Medizin u. a. (Hanretty 2004, Jünger, Nikendei 2005, 2012, Kadmon et al. 2011, Shelmerdine et al. 2012, <http://www.osceskills.com>).

41.2.4 Wer wird Simulationspatient?

Standardisierte Simulationspatienten können von unterschiedlichen Personengruppen verkörpert werden (Laien, professionelle Schauspieler u. a.). Ihre Rekrutierung kann über unterschiedliche Wege gehen: Ausgänge, Internetwerbung, Mund-zu-Mund-Propaganda, Rekrutierung an Schauspielschulen usw. Je nach institutioneller Größe und Einsatzhäu-

41. Die OSCE-Methode mit Simulationspatienten

figkeit von SPs kann die die Zahl der beschäftigten SPs durchaus 100 überschreiten. Für die Verwaltung einer solchen großen Zahl von SPs kann darauf zugeschnittene Software dienlich sein, wie z. B. das CAE-Learningspace, einer Software, die speziell für das Management der SPs und die Planung, Durchführung und Auswertung von OSCEs am Berner Bildungszentrum Pflege eingesetzt wird. Als Ansprechpartner für die SPs wird häufig ein SP-Koordinator benannt, der sich um die Belange der Simulationspatienten kümmert und alle Einsatzdaten verwaltet.

Bei den rekrutierten Personengruppen finden sich sowohl Laien als auch Professionelle aus dem Theaterbereich. Bei Laiendarstellern ging man zunächst davon aus, dass sie gerade wegen ihrer mangelnden medizinischen Fachexpertise den Realpatienten im Verhalten und Erleben am ähnlichsten seien und insofern zu einer günstigen Simulation Fidelity beitragen. Die weitgehend fehlende schauspielerische Expertise bedarf allerdings eines intensiven Rollentrainings.

Professionelle Schauspieler, Theaterpädagogen und anderen Personen mit Theatererfahrung zeichnen sich in der Regel ebenso durch laienhaftes medizinisches Wissen, aber darüber hinaus durch schauspielerischer Fachexpertise aus. Diese ermöglicht ihnen, professionell eine Rolle zu spielen und dabei Gedanken und Gefühlnuancen mit Blick auf das Gegenüber geübt und verständlich auszudrücken (Kruse, Klemme 2015). Hin und wieder wird initial eine zu hohe ‚Bühnenexpression‘ beobachtet, die aber in der Regel gut auf die studentischen Zielgruppen in Lern- und Prüfungssituationen zurückgefahren werden kann. Professionelle Schauspieler sind besonders repetitionstrainiert: sie sind gewohnt, Rollen wiederholt darzustellen, und können entsprechend bei jedem Studierenden die jeweilige Patientenrolle verlässlich ‚von vorne‘ entwickeln. Diese Standardisierung erhöht die Reliabilität etwa bei OSCE-Prüfungen. Im Vergleich zu Laiendarstellern kann das Training auf die zu spielenden Rollen kürzer gestaltet werden.

Weitere Personengruppen haben sich u. U. als gute Kandidaten für standardisierte Simulationspatienten erwiesen, z. B. Angehörige der eigenen, hier der medizinischen Profession, je nach Standort und Problemstellung auch Studierende, Ärzte und Dozenten. Sie können ihre Erfahrungen aus der eigenen Ausbildung oder Berufspraxis mit kranken Menschen in die Simulation einbringen, dürfen aber ggfs. ihre eigene Herangehensweise an die simulierte Problemstellung weder bewusst noch unbewusst einfließen lassen. Beispielsweise haben sich Medizin-Studierende höheren Semesters, die als Tutoren selber bereits Tutorien mit Simulationspatienten für Studierende niedrigeren Semesters geleitet

haben, als geeignete Simulationspatienten erwiesen (Obliers et al. 2002). Sie kennen aus ihrer eigenen Kurspraxis die Nuancen simulati-
onsgestützten Unterrichts bei bestimmten Studierendengruppen und
können dies nutzen, wenn sie selber in der Rolle von Simulationspati-
enten fungieren. So können sie aufgrund ihrer profunden Kenntnis ih-
rer Zielgruppe sehr passgenaues Feedback geben, z. B. nach der Simu-
lation eines Arzt-Patient-Gesprächs.

Darüber hinaus hat sich eine sicherlich sehr kleine, weithin unent-
deckte Subgruppe als sehr guter Kandidat für standardisierte Simulati-
onspatienten erwiesen: Professionelle Schauspieler, die in ihrer zweiten
Ausbildung Medizin studieren (Medizin-Studierende und Schauspieler
in Personalunion). Sie beherrschen das schauspielerische Knowhow
und kennen darüber hinaus die Welt der Arzt-Patient-Interaktionen,
insbesondere in studentischen Lehr-Lernsituationen. Dies kann sich
sowohl bei der Simulationsgüte der Patientenpräsentation als auch
beim passgenauen und operationalen Feedback positiv auswirken. Das
feedback-orientierte Monitoring des Lernenden während der eigenen Pa-
tientenpräsentation ist für Simulationspatienten zumindest zu Beginn
ihrer ‚Karriere‘ ein ressourcenforderndes Multi-Tasking (Woodward,
Gliva-McConvey 1995), das erst im Laufe ihrer weiteren Karriere an
spielerischer Elastizität gewinnt. Die hier angesprochenen Simulations-
patienten, die Medizin-Studierende und Schauspieler in Personalunion
sind, haben eine geringere Multi-Tasking-Last: Sie haben in der Regel
während ihrer Patientenpräsentation aufgrund ihres eigenen studentis-
chen und medizinischen Wissens bereits größere automatisierte Auf-
merksamkeitsressourcen für die Wahrnehmung studentischer Verhal-
tensdetails in der simulierten Arzt-Patient-Interaktion zur Verfügung.
Dementsprechend können sie hinterher ein Feedback geben, dass das
eigene SP-Patientenerleben präziser an konkreten operational fassbaren
Verhaltensweisen des Gegenübers dingfest machen kann. Dies erhöht
die Lernchance für die beteiligten Studierenden.

Die Einsatzmöglichkeiten der beiden letztgenannten Gruppen als
Simulationspatienten schränkt sich allerdings durch ihr, in der Regel
jüngeres Alter auf entsprechend altersmäßig passende Patientenrollen
mit entsprechenden Krankheitsbildern ein. Darüber hinaus wird ihr
Einsatz in einigen Fakultäten prinzipiell nicht zugelassen: sie würden in
ihrer Rolle als Simulationspatienten die Simulationsszenarien bereits
kennen, die sie später vielleicht selber als Medizinstudierende in einer
OSCE-Prüfung zu durchlaufen hätten.

41. Die OSCE-Methode mit Simulationspatienten

Die Gesamtgruppe der Simulationspatienten ist nicht homogen, ihre einzige Gemeinsamkeit ist die Simulation von Patienten. Die Heterogenität dieser Gruppe wirft die Frage auf, ob eine solche Gruppe überhaupt dahingehend trainiert werden kann, sich bei ihrer Patientensimulation ähnlich standardisiert zu verhalten (Wallace et al. 2002).

41.2.5 Training der Simulationspatienten

Die Ausbildung eines Simulationspatienten beinhaltet in der Regel ein einzutrainierendes Skript, das inhaltliche Vorgaben zur Darstellung eines Patienten, seines Krankheitsbildes und den zugehörigen Symptomen, bedeutsamer Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensweisen sowie Auszüge aus seiner Biographie und Hinweise auf seine aktuelle Lebenssituation enthält. Die Trainingsskripte können mit Blick auf die zu trainierenden Ausbildungs- und Lehrinhalte spezifischer Fachbereiche frei generiert sein. Sie können auch auf realen Patientenfällen basieren, bei denen möglicherweise sogar videographierte Interaktionen und Gespräche mit den Originalpatienten vorliegen, sofern diese die Erlaubnis und die Freigabe für Forschungs- und Lehrzwecke gegeben haben. Dann ergeben sich besondere Möglichkeiten zur Feinabstimmung der Simulations- mit den Originalpatienten.

Bei der Übernahme eines bestimmten Patientenskripts sind altersentsprechende Passungen zwischen dem Realalter der Simulationspatienten und dem Alter der simulierten Patienten mit möglicherweise alterstypischen Krankheitsentwicklungen zu beachten – es muss mit einer gewissen Variationsbreite passen. Dies ist schon beim vorherigen Casting zu berücksichtigen. Je nach Institution wird in der Regel ein Schauspieler-Pool mit einer größeren Altersspannbreite aufgebaut, der Patienten unterschiedlichen Alters mit u. U. alterstypischen Krankheiten präsentieren kann.

In mehreren Trainingseinheiten werden dann die Simulationspatienten von einem professionellen Trainer auf die Übernahme der jeweiligen Patientenrolle trainiert. Dies kann sich für Laienschauspieler und professionelle Schauspieler wegen der unterschiedlicher Vorkenntnisse und -erfahrungen im gewissen Ausmaß unterschiedlich gestalten. Dies betrifft nicht das Training zur Vermittlung eines strukturierten Feedbacks. In der Regel sind Laien- wie professionelle Schauspieler in diesem Punkt weitgehende Novizen.

Neben den unterschiedlichen Vorkenntnissen und Erfahrungen hinsichtlich der schauspielerischen Präsentation sind unterschiedliche Vorkenntnisse der SPs hinsichtlich der darzustellenden Krankheitsbilder zu berücksichtigen und im Training nachzubessern bzw. grundsätzlich erst einmal aufzubauen. Je nach darzustellendem Krankheitsbild muss der Simulationspatient in einem gewissen Ausmaß medizinische Hintergrundkenntnisse erwerben. Ein darzustellender insulinpflichtiger Diabetespatient muss beispielsweise bei Nachfragen seines studentischen oder ärztlichen Gegenübers in der Simulationssituation Auskunft über das von ihm verwendete Insulinpräparat, das bisher praktizierte Therapieschema, die Menge der zu spritzenden Einheiten, hypoglykämische Symptome u. a. geben können.

Die Tauglichkeit, u. U. auch schwerstkranke Patienten (z. B. Palliativpatienten) oder schwierige, hoch belastende klinische Szenarien spielen zu können (Simulationspatient als Patient, dem eine infauste Diagnose eröffnet wird, oder als Mutter, der der Tod ihres Säuglings nach einem operativen Eingriff mitgeteilt wird o. ä.), ist selten gleich beim ersten Casting abzuschätzen, zeigt sich ggfs. beim Training bzw. erst deutlicher im Laufe der Simulationstätigkeit über mehrere Semester. Manchmal lässt sich ein ‚Wachsen‘ der Schauspieler an ihren Rollen beobachten, sodass sie nach einer mehrsemestrigen Erfahrung mit sich selber in der Simulationstätigkeit auch schwierigere Rollen übernehmen wollen. Anschließend kann die Entwicklung auch wieder andersherumlaufen, wenn Schauspieler, die über mehrere Semester Schwerstkranke und schwierige klinische Situation portraitiert haben, wieder entlastet werden und künftig Patienten mit leichteren Beschwerden spielen wollen.

Letztlich gehört auch die Vermittlung von Fertigkeiten zum Wieder-Ablegen-Können der dargestellten Rollen nach einer Präsentation zum Training (bewusst geführte Rituale, Abschiedsübungen, Abschlussreflexionen, kollegialer Austausch der SPs nach einer OSCE-Veranstaltung).

Über das inhaltliche Einüben einer oder mehrerer, ggfs. unterschiedlich schwieriger Patientenrollen hinaus werden die Simulationspatienten auf die diversen Übungs-, Lehr- und Prüfungsformate vorbereitet, in denen sie später eingesetzt werden. Dazu gehören auch Informationen über die jeweilige Zeitdauer der zu spielenden Patientenrolle, die Häufigkeit der Präsentationswiederholung an einem Tag und über die Zielgruppen, auf die die Simulationspatienten in den jeweiligen Szenarien treffen werden und für die sie möglicherweise unterschiedlich dosiertes Feedback geben müssen.

41. Die OSCE-Methode mit Simulationspatienten

Wiederauffrischungen der erlernten Rolle (Back-ups) sind nach einer gewissen Zeit notwendig, sowohl zur Feinjustierung der Rolle auf dem Hintergrund der mit den jeweiligen Zielgruppen gemachten Erfahrungen, zur Adjustierung der Rollenpräsentation an neue Lehr- und Prüfungsformate als auch zur Unterstützung der SPs mit ihren persönlichen Erfahrungen bei der Darstellung von u. U. schwerstkranken Menschen, Palliativpatienten, Borderline-Patienten, Heroinabhängigen usw.

Studien zur Auswirkung der SP-Tätigkeit auf das eigene Patientenverhalten im Realleben zeigen eine größere kritische Hinterfragung der eigenen Patientenrolle, eine veränderte Wahrnehmung der eigenen Gesundheit und ein selbstbewussteres Auftreten in Interaktionen mit Ärzten (Lorkowski 2011, Rubin, Philp 1998, Wallach et al. 2001).

41.2.6 Zielgruppenspezifische Simulationen und die Menschen hinter der Rolle

Alle Simulationspatienten müssen je nach Einsatzgebiet ihr Handeln an spezifische Zielgruppen adjustieren und ein zielgruppenspezifisches Know-How entwickeln: Medizinstudierende in einem biopsychosozialen Erstsemestertutorium, in einem Arzt-Patient-Kommunikationskurs im fünften Semester, in einem Blockpraktikum im achten Semester, Assistenzärzte in Facharztausbildung usw. treten mit unterschiedlichen Kenntnissen, Haltungen und Patientenerfahrungen an Simulationspatienten heran.

Dabei ist eine Überlegenheit der formal ‚höher Ausgebildeten‘ hinsichtlich Empathie, Engagement, Patientensensitivität usw. überhaupt nicht präjudiziert. Die Varianz innerhalb jeder Ausbildungs-Kohorte ist hoch. Nicht selten lässt sich beobachten, dass eine hochempathische und engagierte Erstsemester-Medizinstudierende in den genannten Fertigkeiten besser punktet als manche Achtsemester-Studierende oder AssistenzärztIn. Dieselbe Person kann aber im Verlauf ihres Medizinstudiums über eine latente Zynismusentwicklung (Schüffel 1984: 5) und massive ‚institutionelle Ernüchterungen‘ in der weiteren Facharztausbildung im Verhaltensresultat eine ‚ernüchterte‘ Patientenkontakttierung erwerben, die auch im Kontakt mit den Simulationspatienten beobachtbar ist.

Die berufliche Biographie hinterlässt Erfahrungssedimente, die in den aktuellen Patientenkontakt hineinwirken können, sei es förderli-

cher oder auch destruktiver Art. Somit treffen Simulationspatienten auf medizinisches Personal mit recht unterschiedlichen berufsbiographischen und persönlichkeitspezifischen Hintergründen, die sie nicht kennen, aber deren Auswirkungen sie spüren. Dies dürfte in einer OSCE-Station mit vergleichsweise einfachem Simulations- und Arzthandeln (z. B. Simulation einer Patientin, bei der der Blutdruck gemessen wird) von anderer Relevanz sein als in einer OSCE-Station mit relativ komplexem Simulations- und Arzthandeln (z. B. Simulation einer Patientin, bei der in einem sensiblen Dialog eine einigermaßen umfangreiche Anamnese erhoben wird und entsprechend eine relativ umfangreiche Patientenbiographie zu präsentieren ist).

Die umgekehrte Perspektive ist ebenso zu berücksichtigen: Das medizinische Personal trifft im OSCE auf Schauspieler, die nicht nur einen Patienten simulieren, sondern dies in einer je individuellen Weise tun. Dies wird besonders für anwesende Prüfer deutlich, wenn sie mehrere Schauspieler bei der Simulation derselben Patientin beobachten – die Unterschiede können erheblich sein. Ob man dies als ‚schauspielerisch unterschiedliche Interpretation derselben Rolle‘, als ‚Durchschimmern‘ der individuellen Realpersönlichkeit des jeweiligen Schauspielers oder als kombinierten Effekt von beidem versteht, die Unterschiede im Simulationshandeln sind ersichtlich.

Letztlich treten in einem Simulationsszenario nicht nur Menschen in der Rolle als Studierender/Arzt bzw. als Simulationspatient aufeinander, sondern vor allem als reale Menschen mit lebensbiographischen Hintergründen und Gesamtpersönlichkeiten, die in die aktuelle wechselseitige Interaktion im Rollenszenario hineinwirken.

Dies mag für Trainingssituationen in Aus-, Fort- und Weiterbildung als Variationsreichtum sogar interessant, für OSCE-Prüfungssituationen mit Blick auf relevante Gütekriterien allerdings folgenreich sein. Treten beispielsweise die Teilnehmer einer OSCE-Prüfung zur Anamneseerhebung je einem aus einer Reihe von SPs gegenüber, die ein- und dasselbe Patientenskript deutlich unterschiedlich präsentieren, oder auf unterschiedliche SPs mit unterschiedlichen Patientenskripten, so wirft dies Probleme für Gütekriterien wie Schauspieler-Standardisierung, Durchführungsobjektivität und Reliabilität der Prüfung auf. Auf der anderen Seite würde die Idealisierung völlig durchstandardisierter ‚Textbuch-Fall‘-Simulationen alle Idiosynkrasien realer Patienten wegretuschieren.

41.3 Evaluation von Arzt-Patient-Interaktionen

Evaluationen von Lehrveranstaltungen mit Simulationen von Arzt-Patient-Interaktionen bedürfen methodischer Erhebungsverfahren, die das Typische ebensolcher Simulationen bei Lernenden erfassen können. Zur Erfassung der Wirkung der Simulation Fidelity, also der Übereinstimmung einer simulierten mit der zu simulierenden Situation, auf das subjektive Erleben der Lernenden (erlebte Simulationstiefe) wurden unterschiedliche Verfahren entwickelt: semistandardisierte Interviews (Dieckmann 2005), Fragebögen (Shapiro et al. 2004), einfache Globalskalen (Ritter 2011) und videobasierte Fremd-Ratings (Hotchkiss et al. 2002). Fremd-Ratings der Simulationstiefe müssen nicht mit den Selbsteinschätzungen der erlebten Simulationstiefe der Lernenden korrelieren. In einem OSCE-Szenarium (Anamnese-Erhebung) korrelierte die Einschätzung der Situationsechtheit (Simulationstiefe) bei Prüfern und Simulationspatienten zwar untereinander, aber nicht mit der erlebten Situationstiefe der beteiligten Studierenden (Ritter 2011). Zu bedenken ist die mögliche Konfundierung der studentisch erlebten Simulationstiefe mit den Einflüssen der zensorischen Beobachtung, unter der die Studierenden als Prüflinge in der OSCE-Situation stehen. Unter der Beobachtung einer dritten Person (Prüfer) gestalten sich ihr Verhalten und ihre erlebte Simulationstiefe möglicherweise anders als in einer unbeobachteten Übungssituation (§ 13.6.1).

Zur Erfassung der Simulationstiefe hatte Ritter (2011) eine einfache Globalskala, die K-VAS (Kölner Visuelle Analog Skala), entwickelt und validiert. Die mit ihr erhobene, subjektiv erlebte Simulationstiefe von Medizinstudierenden erwies sich als stark szenarienabhängig (4 Szenarien mit unterschiedlicher Realitätsnähe) und stieg bei den Szenarien mit höherer Simulation Fidelity. Analog häuften sich die Momente in den Simulationsszenarien, in denen sich die OSCE-Studierenden wie im echten Arzt-Patient-Gespräch gefühlt haben. Die Dauer der benötigten Zeit, bis sich OSCE-Studierende in die Arztsituation einfanden, verkürzte sich bei Szenarien mit hoher Simulation Fidelity. Darüber hinaus hatten die verschiedenen Simulationspatienten einen deutlich unterschiedlichen Einfluss auf die studentisch erlebte Simulationstiefe. Die schauspieler- bzw. fallbasierte Varianz war erheblich.

Zur Erfassung der studentisch eingeschätzten Relevanz und Akzeptanz eines kommunikationsorientierten OSCE-Verfahrens mit Simulationspatienten findet sich ein Skalen- und Freitext-basiertes Verfahren in § 13.6.3.

Zur Erfassung zentraler Elemente der Simulation und der Qualität, der sie einbettenden Lehrveranstaltung haben Neumann et al. (2011) die faktorenanalytisch basierte SES-Sim (Studentische Evaluationskala für Lehrveranstaltungen mit Simulationen der Arzt-Patient-Interaktion) entwickelt, bestehend aus 18 Fragebogenitems. Die fünf Faktoren repräsentieren Lernerfolg, Schauspielpatienten, Räumlichkeiten, Dozenten sowie Studierende und korrelieren alle bedeutsam mit einer Messung der generellen Zufriedenheit mit dem Kurs (vgl. Tab. 41.1).

	Gesamtbewertung
Lernerfolg	-,49***
Schauspieler/innen	-,29***
Räumlichkeiten	-,24**
Dozent/in	-,38***
Studierende	-,31***

Tab. 41.1: Korrelationen der SES-Sim-Skalen mit der Gesamtbewertung der Lehrveranstaltung (in: Neumann et al. 2008, 3), *** $p < ,001$, ** $p < ,01$

Das Gesamturteil über die Lehrveranstaltung hängt am stärksten mit der studentischen Einschätzung ihres eigenen Lernerfolgs zusammen: Die Studierenden beurteilen die Lehrveranstaltung umso positiver, je mehr sie den Eindruck haben, dort etwas gelernt zu haben. Aber auch die Einschätzungen der Leistung aller beteiligten Personengruppen (DozentInnen, SchauspielpatientInnen und Studierende selber) sowie der Räumlichkeiten hängen mit der Gesamteinschätzung der Lehrveranstaltung signifikant zusammen.

Die Autoren weisen deutlich auf die Begrenzungen des von ihnen entwickelten Fragebogens wie aller Verfahren der studentischen Evaluation von Lehrveranstaltungen hin: Studentische Evaluationen können in hohem Maße von der generellen Beliebtheit des Fachs abhängig sein. Weniger populäre Fächer werden in der Regel schlechter beurteilt als populäre, patientenfernere schlechter als klinische, unabhängig von der didaktischen Qualität der Lehrveranstaltungen. Eine Beurteilung der Lehrveranstaltungsgüte bedarf also weiterer Kriterien, z. B. der Erhebung des Lernerfolgs (van der Bussche et al. 2006).

Den Lernerfolg bei simulationsbasierten Lehrveranstaltungen haben Okuda et al. (2009) untersucht und kommen nach einer Literatur-

41. Die OSCE-Methode mit Simulationspatienten

recherche von 113 Arbeiten zu dem Ergebnis: Es gibt nachgewiesene Verbesserungen im ärztlichen Handeln in einigen untersuchten Arbeitsbereichen (z. B. laparoskopische Chirurgie nach Simulatorentraining), in zahlreichen Studien zur Lehre und zum Erwerb medizinischen Wissens, kommunikativer Fertigkeiten und prozeduraler Skills sowie zur Erfassung von Lernleistungen im vorklinischen und klinischen Studienabschnitt. Ein Beispiel zur Erfassung der kommunikativen Kompetenz (mithilfe des Kölner Evaluationsbogens Kommunikation KEK, s. Anhang) in einem OSCE zur ärztlichen Gesprächsführung im Rahmen der Anamneseerhebung mit Simulationspatienten findet sich in § 13.6.3.

41.4 Simulationen in der Medizin – unerlässlich?

In einem risikoträchtigen Realitätsbereich wie der Medizin, in dem fehlerhafte ärztliche und pflegerische Handlungen desaströse, u. U. tödliche Folgen haben können, ist realitätsnahe Übung im Vorfeld unerlässlich. Medizinische Simulationen finden sich in der Ausbildung und beim Training von ÄrztInnen, des Pflegepersonals sowie des Personals im Katastrophenschutz, Rettungsdienst und in ähnlichen Organisationen. Auf dem Hintergrund einer wachsenden Kultur der Patienten-Sicherheit (Hughes 2008, Singer et al. 2007) können Simulationen mit hoher Simulation Fidelity, sei es mittels Virtual Reality, Digital Game-based Learning, Simulationspuppen, Simulationspatienten oder Kombinationen von allem, als patientenschonende ‚Trockenübungen‘ äußerst hilfreich sein (Bowyer et al. 2006, Niederlag, Lemke 2014). Mittlerweile umfasst die medizinische Simulationswelt ein hoch sophistiziertes Spektrum von einfachen Reproduktionen isolierter Körperteile bis zu hochkomplexen und kostenintensiven Ganzkörper-Simulationspuppen mit zahlreichen Sensoren, Simulationen variabler körperlicher Parameter (Herz- und Lungengeräusche, Blutungen, Fieber...) und technischen Feinheiten (z. B. kaltschweißige Latexhaut, über WLAN steuerbare Pre-Sets für gängige Krankheitsbilder, per Plug-in nachladbare Medikamentenwirkungen usw.). Darüber hinaus sind Digital Game-based Learning Programme (z. B. das internetvermittelte Kölner PatDoc-Talk zur Anamneseerhebung - doctalk.azurewebsites.net), hochentwickelte Virtual Reality Programme und, als nicht-technische Variante der Simulationswelt aus ‚Fleisch und Blut‘, Simulationspatienten für verschiedene medizini-

sche Fachbereiche und unterschiedlich komplexe Arzt-Patient-Interaktionen im Einsatz (Bradley 2006, Schnabel 2013, St. Pierre, Breuer 2013). Bei allen substantiellen Begrenzungen wird sich die medizinische Simulationswelt in der Aus-, Fort- und Weiterbildung in ihrer weiteren Entwicklung noch stärker an die komplexe medizinische Realwelt annähern, gleichwohl sie nicht ersetzen können.

42 Kompetenzerweiterung in der Psychosomatischen Grundversorgung

Kurt Fritzsche

42.1	Möglichkeiten der Evaluation von Fort- und Weiterbildungskursen	1890
42.2	Evaluation der Psychosomatischen Grundversorgung	1891
42.2.1	Begleitevaluation des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung	
42.2.2	Untersuchung zu Zielen der Teilnehmer	
42.2.3	Ergebnisse zum ärztlichen Gesprächsverhalten	
42.2.4	Psychosomatische Grundversorgung im Krankenhaus	
42.3	Zukünftige Ziele in der Psychosomatischen Grundversorgung	1903
42.4	Weiterführende Hinweise	1905

Der Schlüssel zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker liegt nicht im großzügigen Ausbau psychiatrischer Dienste, sondern eher in der Stärkung des Hausarztes in seiner therapeutischen Rolle.

Shepherd et al. 1966

Abstract: Die Kompetenzerweiterung in Psychosomatischer Grundversorgung durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungskursen wird anhand der Begleitevaluation des Curriculums, der Zielerreichungsbögen der Teilnehmer und der Basisdokumentationen von Behandlungsfällen untersucht. Die Verbesserung der ärztlichen Gesprächsführung war ein wichtiges Ziel der Teilnehmer und wurde in der Gesamteinschätzung teilweise bis vollständig erreicht. Die Verbesserung der kommunikativen Kompetenz hatte auch Auswirkungen auf die Zunahme der Sicherheit im Umgang mit psychischen und psychosomatischen Problemen und der Arbeitszufriedenheit. Im ärztlichen Alltag zeigt sich, dass die Gesprächsangebote der Ärzte von den Patienten gerne angenommen wur-

den, und dass Patienten mit begleitenden Gesprächen sowohl in der Einschätzung von Arzt- als auch von Patientenseite zufriedener mit der Behandlung waren, den Behandlungserfolg höher einschätzten und das gegenseitige Verständnis zwischen Arzt und Patient besser bewerteten als Patienten ohne gesprächstherapeutische Interventionen. Ein ähnliches Bild zeigte sich auch bei der Umsetzung der Psychosomatischen Grundversorgung im Krankenhaus. Die Ergebnisse belegen, dass die Psychosomatische Grundversorgung aus Sicht der Ärzte und Patienten ihr Ziel erreicht hat.

42.1 Möglichkeiten der Evaluation von Fort- und Weiterbildungskursen

Für die Evaluation von Fort- und Weiterbildungskursen in psychosomatischer Medizin bieten sich folgende Möglichkeiten an:

1. Schriftliche Befragung der Teilnehmer während des Kurses (formative Evaluation) und am Ende des Kurses zu Inhalt, Didaktik und Organisation
2. Informelle Evaluation in der Gruppe nach einem Drittel oder der Hälfte des Kurses mit den Fragen: Wo stehe ich jetzt? Was möchte ich noch erreichen? Was fällt mir schwer?
3. Zielerreichungsbogen für die Teilnehmer (Goal Attainment Scale)
4. Bearbeitung von Musterfällen nach standardisiertem Auswertungsschema
5. Basisdokumentation von Behandlungsfällen
6. Klausurfragen zu Diagnostik und Therapie psychischer und psychosomatischer Störungen und Krankheiten
7. Interviews mit den Teilnehmern mit inhaltsanalytischer Auswertung zu Lernzielen, Inhalten, Didaktik und Methodik und zur Umsetzung in die Praxis
8. Videoaufnahmen mit standardisierten Schauspielerpatienten und verblindete Auswertung durch externe Rater mit einer standardisierten Checkliste
9. Videoaufnahmen aus Klinik und Praxis der Teilnehmer und verblindete Auswertung durch externe Rater mit einer standardisierten Checkliste
10. Individuelles 1:1 Feedback in der Praxissituation

42. Kompetenzerweiterung in der Psychosomatischen Grundversorgung

Die genannten Punkte 7-10 sind sehr personal- und zeitaufwendig und können am ehesten im Rahmen einer drittmittelgeförderten Studie eingesetzt werden. Für die Routineevaluation haben sich die Evaluationsformen 1.-3. und 5. Basisdokumentation von Behandlungsfällen am besten bewährt.

42.2 Evaluation der Psychosomatischen Grundversorgung

Die Kompetenzerweiterung durch die Teilnahme an den Kursen in Psychosomatischer Grundversorgung wird anhand von vier Untersuchungen vorgestellt:

1. Begleitevaluation des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung (Schriftliche Befragung der Teilnehmer und Informelle Evaluation in der Gruppe)
2. Untersuchung zu Zielen der Teilnehmer des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung und dem Erreichen der Ziele (Zielerreichungsbogen)
3. Verbundprojekt „Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung des Bundesministeriums für Gesundheit“ (Basisdokumentation von Behandlungsfällen)
4. Auswertung der Falldokumentationen von Krankenhausärzten (Basisdokumentation von Behandlungsfällen)

Im Folgenden werden drei der oben genannten Evaluationsmöglichkeiten und ihre Ergebnisse anhand von vier Projekten zur psychosomatischen Grundversorgung vorgestellt.

42.2.1 Begleitevaluation des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung

Die Ergebnisse dieser Evaluation beruhen auf einem 2-jährigen Fortbildungsprogramm der Region Südbaden. Entwickelt, organisatorisch getragen und verwirklicht werden konnte dies hauptsächlich durch die Zusammenarbeit von Bezirksärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung Südbaden und der Abteilung für Psychosomatische Medizin und

Psychotherapie an der Universitätsklinik Freiburg. Konzept, Umsetzung und weitere Ergebnisse sind publiziert (Fritzsche et al. 1994, 1995, 1996, 1999, 2000, 2004, 2010, Fritzsche, Wirsching 1993, Stadtmüller, Fritzsche 1995).

Methodik

In einem Fragebogen beurteilten die Teilnehmer Informationsgehalt, Praxisorientiertheit sowie ihre Zufriedenheit mit Seminarvorträgen und Kleingruppenarbeit. In einem zusätzlichen Fragebogen, der zu drei Zeitpunkten im Laufe der 2-jährigen Fortbildung vorgelegt wurde, dokumentierten die Ärzte die Auswirkungen auf die Patientenversorgung und die Arbeitssituation. Die Gruppenleiter dokumentierten den Verlauf der Kleingruppenarbeit und schilderten Inhalte und Probleme bei den Fallvorstellungen.

Ergebnisse in Bezug auf die kommunikative Kompetenz

Ca. 300 Ärzte nahmen regelmäßig am Fortbildungsprogramm teil. Das Alter der Teilnehmer lag zwischen 27 und 64 Jahren, im Durchschnitt bei 43 Jahren. Sie waren im Durchschnitt 7 Jahre in eigener Praxis tätig. Ärzte für Allgemeinmedizin (50%) und Internisten (25%) stellten den Hauptanteil dar. 67% der Ärzte waren niedergelassen. Der Anteil von Patienten mit psychosomatischen Problemen in der eigenen Praxis wurde auf ca. 30-50% geschätzt. Überraschend war, dass die Hälfte der Ärzte kaum oder gar nicht an einem formalen Nachweis der Teilnahme zur Abrechnung der EBM-Ziffern interessiert war.

Im zweiten Teil des Kurses konnten die Teilnehmer aus Krankheitsbildern, Behandlungsansätzen und allgemeinen Themen ihr individuelles Programm zusammenstellen. Die Auswertung zeigte, dass bei den allgemeinen Themen aus 12 vorgegebenen Themenbereichen die Gesprächsführung an erster Stelle stand. Aus Sicht der Gruppenleiter war das Hauptthema in allen Kleingruppen die Probleme und Schwierigkeiten, die sich aus den Interaktionen zwischen Arzt und Patient ergeben. Am häufigsten wurden Schwierigkeiten im Umgang mit eigenen Gefühlen wie Ärger, Wut, Enttäuschung und Hilflosigkeit dokumentiert. Des Weiteren wurden häufig Patienten vorgestellt, die starke Widerstände gegen die Bewusstmachung seelischer Konflikte zeigen und diskutiert,

42. Kompetenzerweiterung in der Psychosomatischen Grundversorgung

wie diese Patienten für eine indizierte psychotherapeutische Behandlung zu gewinnen sind. Immer wieder wurden sogenannte schwierige Patienten geschildert, häufig mit schweren chronifizierten Erkrankungen wie Anorexia nervosa, chronische Schmerzsyndrome, schwere Depression oder körperliche Erkrankungen wie Krebs oder Multiple Sklerose. Die Patienten wurden als aggressiv, anmaßend, vorwurfsvoll und leicht kränkbar erlebt. Hilfreiche Begleitung, Geduld und Einfühlungsvermögen, aber auch sich abgrenzen und der Schutz vor Überengagement bzw. die Vermeidung von totalem Rückzug, wurden als mögliche Reaktionen von der Gruppe erarbeitet.

Patientenversorgung und die Arbeitssituation des Arztes

Das Erkennen seelischer Störungen, die psychosoziale Kompetenz im Gespräch, die Weitervermittlung in eine fachpsychotherapeutische Behandlung und die Möglichkeiten, Schwere und Verlauf durch gesprächstherapeutische Interventionen wirksam zu beeinflussen, nahmen in der Selbsteinschätzung der Teilnehmer deutlich zu. Die wichtigsten Ergebnisse auf Seiten des Arztes sind die deutliche Zunahme seiner Arbeitszufriedenheit und größere Sicherheit im Umgang mit psychischen und psychosomatischen Problemen seiner Patienten. Der Zeitaufwand pro Patient und die Gesamtarbeitszeit blieben konstant. Wir bewerten dies als Hinweis, dass sich die Psychosomatische Grundversorgung durchaus in das bekannte knappe Zeitbudget des niedergelassenen Arztes integrieren lässt.

Verglichen mit einer Referenzgruppe von 100 Allgemeinärzten und Internisten, die nicht an der Fortbildung teilnahmen, verordneten die Teilnehmer der Fortbildung im Mittel deutlich weniger Medikamente. Während dieser Unterschied vor Beginn der Fortbildung relativ gering war, wird er gegen Ende der Fortbildung statistisch signifikant ($p < 0,05$). Dieser Trend setzte sich auch im Folgejahr deutlich weiter fort. Die Einsparungen, die bei der Zusammenziehung mehrerer Quartale umgerechnet auf die Gesamtzahl der Teilnehmer erzielt wurden, lagen bei mehreren Millionen DM (Fritzsche et al. 1994).

Ausschnitte aus Interviews mit den Teilnehmern

In strukturierten Interviews, die inhaltsanalytisch ausgewertet wurden schildern sich die Ärzte im Vergleich zu vor dem Kurs als geduldiger, fühlen sich besser in der Lage, Probleme der Patienten anzuhören, zu verstehen, Konflikte auszuhalten, eigene Empfindungen wahrzunehmen und auch auszusprechen. Sie erleben sich in der Gesprächsführung kompetenter und haben keine Scheu, Fragen zur Lebenssituation und zur Biographie zu stellen. Auch gelingt es ihnen besser, die Gespräche zu begrenzen.

B 42.1 Gesprächsführung und Beziehung

Beispiel 1:

Ich durchschaue die Patienten besser, bin geduldiger geworden, verstehe die Probleme und Nöte der Patienten besser, kann jetzt mit dem dritten Ohr hören, was ich vor dem Kurs nicht konnte.

Beispiel 2:

Ich mache mir bewusst, wie mein Verhältnis zum Patienten ist, versuche zu sehen, was löst der Patient in mir aus. Das habe ich über Jahre überhaupt nicht registriert. Das hat den Vorteil, dass man jetzt lernt, für die eigene Psychohygiene was zu tun. Man wird ruhiger und gelassener manchen Dingen gegenüber.

Beispiel 3:

Wenn man sich hinsetzt und sagt, welches Gefühl habe ich jetzt bei dem Patienten? Wut, Enttäuschung, Ernüchterung oder Hass oder Wut gibt es natürlich schon öfters, oder Flucht, Fluchtgedanken; dass man sagt, entweder hau ich jetzt ab oder ich schicke den Patienten weg oder sonstige Sachen. Man muss versuchen, dagegen ein bisschen anzukämpfen. Das ist schon intensiver geworden, eindeutig!

Auszüge aus Interviews mit Teilnehmern

Während und nach dem Kurs geben die Ärzte an, dass sich der Zeitan- teil pro Patient und die Gesamtarbeitszeit kaum verändert hat. Ein Teil der Ärzte hat eine Verlängerung des Zeittaktes von 10 auf 15 bzw. 20 Minuten vorgenommen. Andere bieten zusätzlich Gespräche am Nach- mittag oder am Abend an. Insgesamt haben die Ärzte gelernt, sich und den Patienten in der Gesprächszeit besser begrenzen zu können.

B 42.2 Auswirkungen auf den Zeitaufwand

Beispiel 1:

Der zeitliche Einsatz war früher - gemessen an der Effektivität - viel überzogener.

Beispiel 2:

Die Art und Weise, wie ich mit Patienten umgehe, hat sich sicherlich etwas geändert, auch was die Zeitbeanspruchung anbelangt. Das Setting ist konkreter geworden. Dem Patienten gewisse Bedingungen stellen, nicht unendlich Zeit für die Patienten zur Verfügung haben zu wollen. Zum Beispiel sage ich, ich hab' 20 Minuten für Sie und wir können gerne wieder einen neuen Termin machen.

Auszüge aus Interviews mit Teilnehmern

Die erlernten Kompetenzen führten nicht nur zur besseren Behandlungsergebnissen beim Patienten, sondern auch zu mehr Zufriedenheit und zu positiven persönlichen Entwicklungen beim Arzt.

B 42.3 Entlastung und Bereicherung durch PS Grundversorgung

Beispiel 1:

Nein, nicht belastet. Im Gegenteil, ich kann nur so auch arbeiten, dass ich auch eine gewisse Zufriedenheit und Freude an der Sache behalte und nicht auf Dauer frustriert und unzufrieden bin. Insofern ist es ein Gewinn. Aber es erfordert mehr Einsatz. Das würde ich aber nicht als Belastung sehen. Der zeitliche Einsatz war früher - gemessen an der Effektivität - viel überzogener.

Beispiel 2:

Ich glaube, wir ändern uns beide. Ich ändere den Patienten und Psychosomatik ändert mich. Ich bin ganz anders geworden, seit ich mich mit Psychosomatik beschäftige. Ich bin viel zufriedener und ruhiger, ausgeglichener, nicht so stressig wie damals als Chirurg.

Beispiel 3:

Es gibt beiden Partnern etwas. Ich werde durch den Gesprächskontakt selbst bereichert und der Patient auch. Ich wäre mit mir selbst nicht zufrieden, wenn ich dem Patienten nur die Hand schüttle und frage wie geht's?

Beispiel 4:

Das ist ein ganz großes Plus der Psychosomatischen Grundversorgung, dass ich jetzt gelernt hab', man muss nicht immer Erfolg erwarten. Psychosomatik ist etwas, das in ganz kleinen Schritten vor sich geht. Das Ganze etwas gelassener nehmen. Sich auch mal zurücklehnen, erst mal durchschnaufen und dann Abstand gewinnen. Dass man erst mal diesen ewigen Druck, den Erfolgszwang, dass man den ganz weit wegschiebt! Und das ist eigentlich was, was mich sehr viel zufriedener gemacht hat bei der ganzen Geschichte.

Auszüge aus Interviews mit Teilnehmern

42.2.2 Untersuchung zu Zielen der Teilnehmer

Methodik

Der Zielerreichungsbogen hat vorgegebene Felder, auf denen am ersten Kurstag die angestrebten Lernziele eingetragen werden. Am letzten Kurstag wird den Teilnehmern der Bogen wieder ausgehändigt mit der Bitte, mit drei Kategorien (erreicht, teilweise erreicht, nicht erreicht) ihre eigenen Lernziele zu evaluieren. In einer zusätzlichen Rubrik kann angegeben werden, welche Lernziele neu hinzugekommen sind und ebenfalls erreicht wurden. N=100 Teilnehmer haben die Bögen vollständig ausgefüllt.

Ausgehend von den Zielen der Psychosomatischen Grundversorgung, bekannten Problembereichen und den Zielvorstellungen der Teilnehmer aus vorangegangenen Kursen wurden die Zielformulierungen der Teilnehmer in folgende Kategorien eingeteilt: Erkennen psychischer Probleme, Behandeln, Indikationsstellung und Weitervermittlung in Psychotherapie, Arzt-Patient-Beziehung, Selbsterfahrung, Gesprächsführung, Organisation. Im Evaluationsbogen konnten die Teilnehmer angeben, ob das Ziel vollständig erreicht wurde, teilweise erreicht wurde oder nicht erreicht wurde. Zusätzlich konnten sie angeben, welche neuen Ziele am Ende des Kurses hinzukamen.

Ergebnisse

Beispiele für die Ziele, die aus dem Teilprojekt „Zielerreichungsbogen“ gewonnen wurden, sind in der Tabelle 42.1 zusammengestellt, wobei sich insgesamt fünf Aspekte und Dimensionen unterscheiden lassen.

<i>Erkennen psychosozialer Probleme</i>
Sichere Einordnung von Symptomen nach organisch oder psychosomatisch schon in der ersten Anamnese
Sensibilisierung für psychische Probleme
Zwischen den Zeilen lesen lernen, Wahrnehmungsfähigkeit schulen, Antenne schärfen
Sonstige z. B. Familienanamnese, Beachtung der Körpersprache
<i>Arzt-Patient-Beziehung</i>
Übertragung und Gegenübertragung
Erkennen der eigenen Fehler in der Arzt-Patient-Interaktion
Verbindung von Empathie und Kompetenz im Sinne von detached compassion
Schutz vor Überforderung
<i>Selbsterfahrung</i>
Unsicherheit vor „Psychoproblemen“ abbauen
Eigenes Gefühl als Diagnostikum
Gesteigerte Selbstwahrnehmung
Wie wirke ich auf andere?
Sensibilität für eigene Probleme in Familie und Beruf
<i>Behandlungsstrategien</i>
Behandlungsmöglichkeiten bei psychosomatischen Erkrankungen kennenlernen und anwenden
<i>Krisenintervention</i>
Was tun, wenn jemand übers Wochenende dekompenziert?
Behandlung von chronischen Schmerzpatienten
Behandlung von Patienten mit körperlichen Beschwerden ohne Organbefund
Umgang mit Problempatienten
Aushalten von Aggression und Wut
Besserer Umgang mit onkologischen Patienten und Patienten im Sterbeprozess

Tab. 41.1: Ziele der Teilnehmer (Beispiele)

Neben dem Erkennen psychosozialer Probleme mit 29%, war die Verbesserung der Gesprächsführung mit 21% das am häufigsten genannte Ziel. Erkennen psychosozialer Probleme, Gesprächsführung, Selbster-

fahrung und Arzt-Patient-Beziehung wurden in ähnlichem Umfang vollständig oder teilweise als Ziele erreicht. Bei den Behandlungsmöglichkeiten fanden sich im Vergleich zu den anderen Zielen ein signifikanter Unterschied in Richtung von nur teilweise bzw. nicht erreicht (siehe Abb. 42.1).

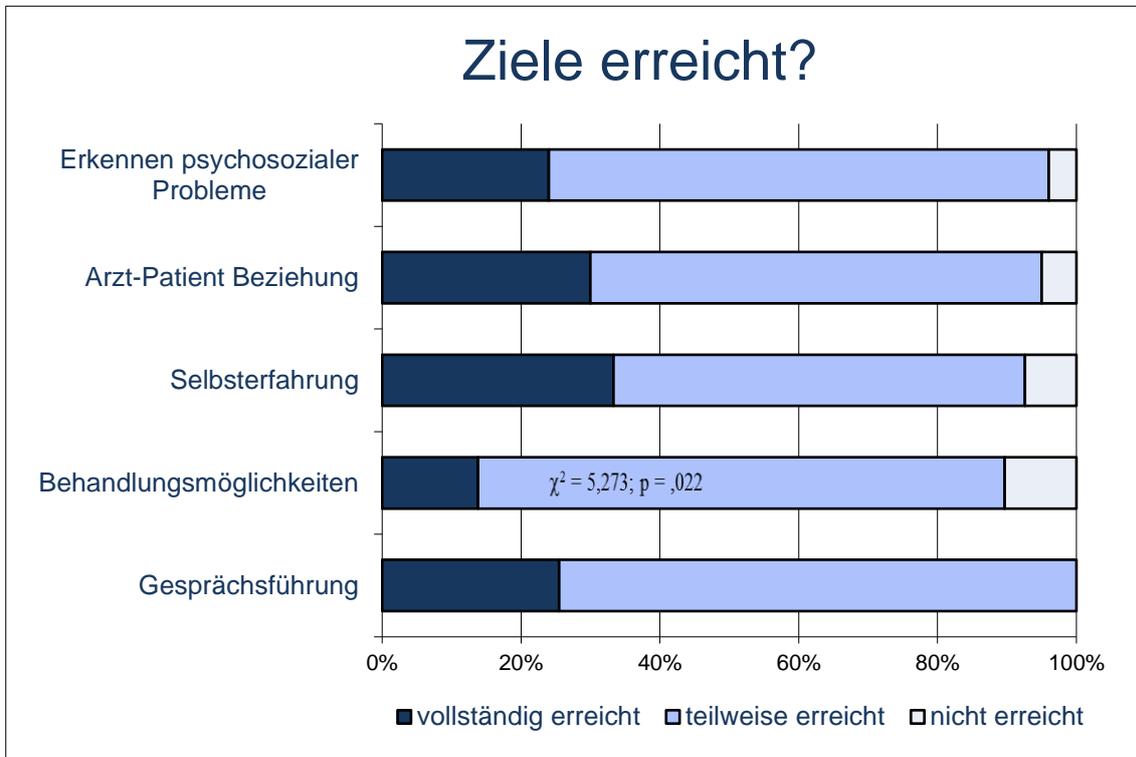


Abb. 42.1: Ziele erreicht

Die Einschätzung der erreichten Ziele deckt sich mit den Erfahrungen der Dozenten und den Ergebnissen der Begleitevaluation. Die Leitlinien des Kurses, nämlich die Verbindung von Wissensvermittlung, Einüben von Fertigkeiten (Gesprächsführung) und Selbsterfahrung in einem ausgewogenen Verhältnis zu vermitteln, wurden umgesetzt.

Behandlungsmöglichkeiten, die über das allgemeine ärztliche Gespräch hinausgehen und bestimmte Interventionen bei Krankheitsbildern wie somatoforme Störungen, chronische Schmerzstörung, Depression, Angst und Essstörungen konnten aufgrund der begrenzten Zeit nur ansatzweise vermittelt werden. Hier ist die Weiterbildung Psychotherapie der nächste Schritt. In unseren Kursangeboten ist deshalb die Psychosomatische Grundversorgung und die Weiterbildung Psychotherapie eng miteinander verzahnt und bauen aufeinander auf (Fritzsche 2008, Fritzsche et al. 2010).

42.2.3 Ergebnisse zum ärztlichen Gesprächsverhalten

1994 startete ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes bundesweites Demonstrationsprojekt „Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung“. Es war Teil eines Modellprogramms zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung (Fritzsche et al. 1996, 1999, 2000).

Methodik

191 niedergelassene Ärzte, überwiegend Hausärzte und Internisten, dokumentierten in der ersten Projektphase insgesamt 1341 Behandlungsepisoden von Patienten, bei denen nach Einschätzung des Arztes psychische oder psychosoziale Probleme und Konflikte entscheidenden Anteil am Krankheitsbild hatten (Sandholzer et al. 1999).

Ergebnisse

Bei den psychosozialen Interventionen stellte das therapeutische Gespräch des Hausarztes den größten Anteil der Interventionen dar. Frauen und Männer unterschieden sich in Bezug auf die durchgeführten gesprächstherapeutischen Interventionen nicht. Die Indikation hing jedoch signifikant von der Art der psychosozialen Belastung ab: Patienten, bei denen Ängste, Depressivität, Belastung durch Lebensereignisse und Schlafstörungen als Belastung diagnostiziert wurden, erhielten eher Gespräche. Patienten, die Belastungen durch körperliche Beschwerden aufwiesen, erhielten eher andere ärztliche Behandlungsmaßnahmen, wie Medikamente. In Bezug auf die Behandlungsergebnisse zeigte sich folgendes Bild: Patienten mit gesprächstherapeutischen Interventionen haben sich seit Diagnosestellung in ihren Beschwerden stärker verbessert und haben zu einem größeren Prozentsatz ein psychosomatisches Krankheitsverständnis entwickelt als die Gruppe der Patienten ohne Gespräche. Sowohl von Arzt-, als auch von Patientenseite wurde das Verständnis zwischen Arzt und Patient, der Erfolg der Behandlung und die Zufriedenheit mit der Behandlung signifikant höher eingeschätzt bei Patienten, die gesprächstherapeutische Interventionen erhielten als solche ohne diese Maßnahmen.

Schlussfolgerungen

Gesprächsangebote wurden von beiden Geschlechtern gleich stark angenommen. Frauen und Männer haben auch in gleichem Ausmaß von den Gesprächsmaßnahmen profitiert. Daraus folgt, dass Ärzte bei ihren männlichen Patienten mehr nach psychosozialen Belastungen direkt nachfragen sollten, da Männer eher dazu neigen, diese zu verneinen oder für unwesentlich zu halten.

Patienten mit Gesprächsangeboten zeigten signifikant höhere Werte auf den Ergebnisvariablen als Patienten ohne diese Maßnahmen und konnten eher ein psychosomatisches Krankheitsverständnis entwickeln als Patienten, die hauptsächlich somatische Maßnahmen erhielten. Es zeigte sich aber auch, dass Patienten, bei denen körperliche Beschwerden, vor allem Schmerzen im Vordergrund standen und die kein psychosomatisches Krankheitsverständnis entwickelten, selten ein therapeutisches Gespräch angeboten bekamen, obwohl psychosoziale Belastungen bekannt waren. Das Ausweichen auf Medikamente, physikalische Therapie oder alternative Behandlungsverfahren blieb bei diesen Patienten hinsichtlich des Behandlungserfolges unbefriedigend. Wie in der ambulanten Psychotherapie werden offensichtlich auch in der Psychosomatischen Grundversorgung Patienten mit psychischer Symptomatik bevorzugt.

Ein wesentliches Ergebnis der Verbundstudie war die Entwicklung von gezielten Gesprächsangeboten im Rahmen der Hausarztpraxis für Patienten mit somatoformen Störungen. Diese Interventionen zielen auf die Entwicklung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses, das wie die Studienergebnisse zeigen, ausschlaggebend für den Erfolg der Behandlung ist (Fritzsche, Larisch 2003, Larisch et al. 2004, Fritzsche et al. 2010).

42.2.4 Psychosomatische Grundversorgung im Krankenhaus

Im Mai 1992 wurden vom 95. Deutschen Ärztetag Inhalte der Psychosomatischen Grundversorgung in die Musterweiterbildungsordnung aller klinischen Gebiete aufgenommen. Alle Ärzte sollen eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Psychosomatischen Grundversorgung nachweisen. Der Vorstand der Landesärztekammer Baden-Württemberg fasste am 18.03.1988 erstmalig den Beschluss, der später erneut bekräftigt wurde, dass die eingehenden Kenntnisse, Er-

42. Kompetenzerweiterung in der Psychosomatischen Grundversorgung

fahrungen und Fertigkeiten im Rahmen einer 40-stündigen Weiterbildung erworben werden sollten. Inhalte dieser sogenannten „psychosomatischen Grundkenntnisse“ sind 8 Stunden Theorie, 12 Stunden Vermittlung und Einübung der ärztlichen Gesprächsführung, 10 Doppelstunden Balintgruppe und die Dokumentation von Behandlungsfällen.

Über die Ziele einer Psychosomatischen Grundversorgung im Krankenhaus gibt es bisher keine verbindlichen Ausführungen. Wir gehen jedoch davon aus, dass ähnlich wie der primär somatisch tätige Arzt auch für den Krankenhausarzt das frühzeitige Erkennen psychosozialer Probleme und Konflikte und ein begrenztes Angebot von klärenden, entlastenden und unterstützenden Gesprächen die primären Aufgaben sind.

Seit September 2000 wurden 40-stündige Kurse im Rahmen der Facharztweiterbildung durchgeführt (Fritzsche, Schweickhardt 2003). In einem Live-Gespräch mit einem Patienten wurde einerseits die ärztliche Gesprächsführung demonstriert („Lernen am Modell“), andererseits Probleme des Erkennens, der Behandlung in der Arzt-Patient-Beziehung erörtert. Die Übungen zur Gesprächsführung finden in Kleingruppen zu den Themen patientenzentrierte Gesprächsführung, Information und Aufklärungsgespräch vor Operationen und diagnostischen Eingriffen, der aggressive Patient, Überbringen schlechter Nachrichten und Einbeziehung von Angehörigen statt. Abschluss des Tages bildet die Balintgruppe.

Empirische Untersuchungen zu biopsychosozialen Belastungen, Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsergebnissen aus Sicht der Ärzte im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung im Krankenhaus (Gosda 2005) und zu den Effekten psychosomatischer Fortbildungen für Klinikärzte gibt es erst wenige Publikationen (Söllner et al. 2000, 2007).

Methodik

Alle Ärzte, die in der Zeit von 2003 bis 2010 an den Kursen teilnahmen, füllten im Anschluss an den Kurs eine Basisdokumentation für die von ihnen im Krankenhaus betreuten Patienten aus (Sandholzer et al. 1999). Die Basisdokumentation war parallelisiert zu dem Verbundprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit zur Qualitätssicherung in

der Psychosomatischen Grundversorgung (Sandholzer et al. 1998) und wurde für die Klinikärzte geringfügig modifiziert.

Ergebnisse in Bezug auf die kommunikative Kompetenz der Ärzte

367 Ärzte dokumentierten insgesamt 2028 Behandlungsfälle. Die Ärzte verteilten sich hauptsächlich auf die Fachgebiete Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie, Frauenheilkunde, Kinderheilkunde, Allgemeinmedizin, Orthopädie, Neurologie, HNO und Dermatologie. Die häufigsten therapeutischen Interventionen waren Beratung (68%), diagnostisches (45%) und therapeutisches Gespräch (44%). Ähnlich wie bei den Ergebnissen der primärärztlichen Versorgung erzielten Patienten, die psychodiagnostische und therapeutische Gespräche erhielten, ein signifikant besseres Behandlungsergebnis in Bezug auf das gegenseitige Verständnis, den Behandlungserfolg und die Behandlungszufriedenheit als Patienten ohne diese Gespräche.

Bei 46% der Patienten konnten die Ärzte keine Angaben zur psychosozialen Anamnese machen. Dies weist einerseits auf ein Zeitproblem, andererseits aber auch auf fehlende Übung in der Integration von psychosozialen Themen in das Erstgespräch hin (Fritzsche et al. 2012).

Schlussfolgerungen

Die geringen Unterschiede bei den dokumentierten Behandlungsfällen zwischen chirurgischen und nicht-chirurgischen Fachgebieten ermutigen auch in Zukunft fächerübergreifende Kurse anzubieten. In Untergruppen können spezifische Themen für Chirurgen, z. B. Aufklärungsgespräch vor chirurgischen Eingriffen oder für Kinderärzte die Einbeziehung von Eltern bei psychosomatischen Problemen im Kindesalter behandelt werden. Kurse zur Psychosomatischen Grundversorgung sollten integrativer Pflichtbestandteil der Facharztweiterbildung aller klinischen Fächer werden.

42.3 Zukünftige Ziele in der Psychosomatischen Grundversorgung

Sieben wichtige Qualitätsziele in der Psychosomatischen Grundversorgung wurden von der Projektgruppe „Qualitätssicherung in der der Psychosomatischen Grundversorgung“ (Autorengruppe Psychosomatische Grundversorgung 1999, Fritzsche et al. 2000) benannt:

1. Das Erkennen psychosozialer Befunde
2. Die Entwicklung des psychosozialen Krankheitsverständnisses
3. Die Behandlungszufriedenheit des Arztes / des Patienten
4. Die Arzt-Patienten-Beziehung
5. Die Vermeidung einer Chronifizierung
6. Die gezielte Behandlung
7. Der kollegiale Austausch

In einer systematischen Literaturübersicht (Fritzsche et al. 2006) fanden sich insgesamt 9 kontrollierte Studien, bei denen der Hausarzt selbst die psychosozialen Interventionen durchführte. In den meisten Studien zeigten sich die psychosozialen hausärztlichen Interventionen wirksamer als eine Routineversorgung bzw. eine Placebobehandlung und genauso wirksam wie eine psychopharmakologische Behandlung. Insgesamt waren die erzielten klinischen Effekte meistens klein und kurzzeitig. Studien mit spezifischen Therapieansätzen bei spezifischen Störungen (z. B. spezifische Therapiemanuale für somatisierende Patienten) zeigten die beste Wirksamkeit. Bei der Erzielung von stärkeren Effekte durch psychosoziale Intervention des Hausarztes tauchen zwei grundsätzliche Probleme auf: die eingeschränkte Zeit und die konkurrierenden Aufgaben des Hausarztes in der Primärversorgung (z. B. gleichzeitige Behandlung von organischen Krankheiten, medizinische Notfälle). Aus diesen Ergebnissen lassen sich zukünftige Ziele der Psychosomatischen Grundversorgung ableiten:

- Die konzeptuelle Weiterentwicklung von kurzen strukturierten psychosozialen Interventionen für die häufigsten psychosomatischen Störungen, die im Rahmen der Hausarztpraxis bei oft begrenztem Zeitrahmen und eher psychotherapiefeindlichen Organisationsstrukturen angewendet werden können.
- Die Identifizierung von Kernkomponenten, die allen psychotherapeutischen Interventionen gemeinsam sind, z. B. die Qualität der

therapeutischen Beziehung, die Entwicklung eines Problemverständnisses beim Patienten, die Unterstützung des Patienten bei der Veränderung von Verhalten- und Denkschemata und des Umgangs mit belastenden Emotionen. Die Hauptunterschiede zwischen Hausarzt und Fachpsychotherapeuten wären die Ziele der Interventionen (z. B. Psychoedukation, kurzzeitige emotionale Entlastung, Motivierung für Psychotherapie), der begrenzte Zeitrahmen und die Professionalität, mit der diese Interventionen eingesetzt werden.

Für konkrete Fallarbeit, z. B. in Qualitätszirkel der Psychosomatischen Grundversorgung eignet sich das Modell der Reflektierten Kasuistik (Geigges 2003). Unter Reflektierter Kasuistik wird verstanden die Anwendung des Metamodells einer integrierten psychosomatischen Medizin in der medizinischen Praxis. Die Praxis soll dabei von der Theorie her und die Theorie von der Praxis her transparent gemacht werden, sodass das theoretische Modell ein „lernendes Modell“ bleibt. Zentrale Fragen im Sinne einer reflektierten Kasuistik sind:

- Besteht eine Passung zwischen dem Behandlungsmodell des Arztes und der Erkrankung des Patienten bezogen auf Systemebenen? (besteht also z. B. keine Passung zwischen einem primär psychotherapeutischen Behandlungsmodell des Arztes und einem akuten Myokardinfarkt seines Patienten?).
- Mit welchem Modell beschreibt der Behandelnde die Probleme des Patienten?
- Welche anderen Problembeschreibungen sind möglich?
- Welche sind der Erkrankung angemessen (pragmatische bzw. kommunikative Realitätskonstruktionen)?
- Wie sieht die Passung aus zwischen Patient und Behandler im Hinblick auf die Therapieziele und die damit einhergehenden Aufgaben (Behandlungsauftrag)?
- Gibt es eine Passung in der Sichtweise der Erkrankung zwischen Patient und Behandler? Gelingt eine kommunikative Abstimmung? Lässt sich der Aufbau einer gemeinsamen Wirklichkeit erkennen?
- Gibt es eine Passung zwischen der therapeutischen Beziehung, die vom Patienten angestrebt wird bzw. vom Arzt angeboten wird?

42. Kompetenzerweiterung in der Psychosomatischen Grundversorgung

- Besteht eine Passung zwischen behandelndem Arzt und anderen „Behandlern“ (z. B. Stationsteam, Hausarzt, Familie, soziale Dienste) dem Patienten gegenüber (kommunikative Teamintegration oder additives Nebeneinander?).
- Bestehen konkurrierende Aufträge und Behandlungsstrategien?

42.4 Weiterführende Hinweise

Die Techniken des aktiven Zuhörens, vor allem das Ausreden lassen zu Beginn einer ärztlichen Konsultation haben sich bewährt. Dies konnte auch in einer Untersuchung am Kantonsspital Basel empirisch belegt werden: die durchschnittliche Redezeit der Patienten betrug 92 Sekunden. 78% der Patienten schließen ihre Berichte innerhalb von zwei Minuten ab. In der Untersuchung wurden die Ärzte aufgefordert ihre Patienten nicht zu unterbrechen. Lediglich 7 von 335 Patienten sprachen länger als 5 Minuten. Die gegebene Information war nach Einschätzung des behandelnden Arztes doch so relevant, dass es sich gelohnt hat den Patienten nicht zu unterbrechen (Langewitz et al. 2002). Wirksam in der Arzt-Patient-Beziehung und entscheidend sind nicht die eingesetzten Gesprächstechniken, sondern die Person des Arztes und die Art der Beziehungsgestaltung. In einer Literaturübersicht im „Lancet“ untersuchten Di Blasi et al. (2001) die verschiedenen Aspekte des Placebo Effekts. Sie zeigten, wie unspezifische oder sogenannte Kontextfaktoren zum Beispiel die Arzt-Patientenbeziehung das gewählte spezifische Therapieverfahren beeinflussten. Ein Ergebnis war, dass die Ärzte, die emotionales Einfühlungsvermögen mit sicherem Auftreten und verständlicher Information verbanden, die besseren Therapieergebnisse hatten im Vergleich zu eher unbeteiligt, unpersönlich, formal und vage auftretenden Kollegen.

43 Kompetenzerweiterung in der Onkologie

Frank Vitinius, Samia Peltzer, Bernd Sonntag

43.1	Einleitung	1907
43.2	Wie messe ich Kompetenzerweiterung?	1909
43.3	Überblick über Studien zur Trainingsevaluation	1913
43.4	KoMPASS-Studie	1919
43.4.1	Inhalte des KoMPASS-Trainings	
43.4.2	Evaluation der Wirksamkeit des KoMPASS-Trainings	
43.4.3	Rückmeldungen der KoMPASS-Teilnehmer	
43.5	Weiterführende Hinweise	1923

„...ich bin aufmerksamer, mache mehr Pausen, achte auf die Wirkung, lasse mir Zeit, beachte die Körpersprache und reagiere darauf.“

Rückmeldung eines Teilnehmers nach dem KoMPASS-Training

Abstract: In diesem Kapitel stellen wir Instrumente zur Messung kommunikativer Kompetenz vor. Sie lassen sich partiell auch dazu nutzen, um die Wirksamkeit von Kommunikationstrainings zu bestimmen. Darüber hinaus stellen wir didaktische Möglichkeiten hinsichtlich der Erweiterung der Kompetenz von onkologisch tätigen Ärzten als Trainees dar. Am Beispiel der KoMPASS-Studie werden die Verwendung dieser Instrumente, die Inhalte des Trainings und erste Ergebnisse der Evaluation des Trainings dargestellt. Die Effektivität solcher Trainings wird in einer Metaanalyse konstatiert. Insbesondere bestehen bei ausreichend langen Kommunikationstrainings (mind. 25 Stunden), z. B. mit Auffrischungssitzung, mittlere Effekte auf kommunikatives Verhalten.

43.1 Einleitung

Im Nationalen Krebsplan werden unterschiedliche Handlungsfelder benannt. Im Handlungsfeld 4 geht es um die Stärkung der Patientenorientierung. Das in diesem Handlungsfeld angesiedelte Ziel 12a steht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Thema unseres Kapitels.

Box 43.1 Ziel 12a

Alle in der onkologischen Versorgung tätigen Leistungserbringer verfügen über die notwendigen kommunikativen Fähigkeiten zu einem adäquaten Umgang mit Krebspatienten und ihren Angehörigen:

- In der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe wird die Vermittlung adäquater Kommunikationskompetenzen verbessert
- Die Kommunikationsfähigkeiten werden im Rahmen der Qualitätssicherung laufend überprüft und trainiert

Bundesgesundheitsministerium 2016

Ebenfalls steht das Ziel 13 in einem Zusammenhang mit dem Thema unseres Kapitels.

Box 43.2 Ziel 13

Die Patientinnen und Patienten werden aktiv in die Entscheidung über medizinische Maßnahmen einbezogen:

- Bereitstellung evidenzbasierter Patienteninformationen im Prozess der Behandlung zur Unterstützung der Entscheidungsfindung
- Praktizierung der Partizipativen Entscheidungsfindung (Umsetzung der Verfahren des "shared decision making")

Bundesgesundheitsministerium 2016

Um Ziel 13 umsetzen zu können, bedarf es demnach ebenso angemessener kommunikativer Fertigkeiten auf dem Gebiet der partizipativen Entscheidungsfindung.

Das Thema „Kommunikative Kompetenz“ in der Onkologie wurde somit aktuell gesundheitspolitisch verankert. Dieses Thema ist relevant, da hierdurch ein hohes Maß an medizinischer Qualität und Patienten Zufriedenheit garantiert werden kann (Lehmann et al. 2009). Trotz sei-

ner Bedeutung kann die Kommunikation in der Onkologie äußerst schwierig und komplex sein, da der Patient stets existentiell durch die Krebserkrankung bedroht wird. Onkologische Patienten müssen sich unentwegt mit Gefühlen der Unsicherheit und des Kontrollverlustes befassen (Keller 2013). Ebenfalls häufige Themen sind die Stigmatisierung und die Angst, die mit einer Krebserkrankung einhergehen, sowie die Auseinandersetzung mit komplexen medizinischen Informationen. Dadurch wird der kommunikativen Interaktion zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten eine weitere emotionale Dimension hinzugefügt (Arora 2003). D'Errico et al. (2000) identifizierten in einer Studie individuelle Sorgen und Anliegen von onkologischen Patienten. Diese konnten in verschiedene Gebiete gruppiert werden:

- Gesundheit oder Krankheit
- Arbeit
- Finanzen
- religiöse oder spirituelle Anliegen
- Familie und Angehörige
- Soziale Aktivitäten- und Freizeitaktivitäten
- Sexualität
- Selbstwertgefühl
- Existenzielle Sorgen

Mit ihren Sorgen und Anliegen wenden sich die Patienten häufig an ihre zuständigen Ärzte mit dem Wunsch der sozialen, persönlichen und informativen Unterstützung, sowie gleichzeitigem Beistand bei schwierigen Entscheidungsfindungen (Arora 2013). Grundlegend ist dabei das Bedürfnis nach dem Entgegenbringen von Respekt, Vertrauen, Hoffnung und einem Gefühl der Sicherheit (Keller 2013). Ist der zuständige Arzt dazu in der Lage, die Sorgen, Probleme und spezifischen Anliegen eines Patienten korrekt zu identifizieren, kann er den Patienten aktiv dabei unterstützen, psychisch besser mit der Erkrankung und der einhergehenden Behandlung umzugehen (Fallowfield et al. 2003).

Baile et al. (2000) identifizierten einige Themen, mit denen Onkologen u. a. die meisten Schwierigkeiten während einer medizinischen Konsultation haben:

- Beenden der direkten Krebsbehandlung
- der Übergang zur Palliativmedizin
- das mögliche Auftreten eines Rezidivs

43. Kompetenzerweiterung in der Onkologie

Innerhalb des Gespräches versuchen die meisten Ärzte ihre eigenen intensiven Emotionen (z. B. Gefühle von Hilflosigkeit, Kontrollverlust) zu verdrängen und sind somit auf sich selbst konzentriert. Dadurch können sie ihre Aufmerksamkeit nicht auf den Patienten und die eigentlich vorliegende Aufgabe richten. Um sich selbst vor zu starken Emotionen zu schützen, wird eine emotionale Bindung zu dem Patienten und seinen Anliegen vermieden, welches dann das Risiko einer vollständigen emotionalen Trennung und einer Depersonalisierung während des Gespräches mit sich bringt.

Die komplexen kommunikativen Anforderungen und vielfältigen Belastungen durch Patientenschicksale machen sich bei etwa einem Drittel onkologisch tätiger Ärzte in Form geringer Arbeitszufriedenheit, psychischer Belastung und Zeichen von „Burnout“ bemerkbar. In einer Studie von Grundmann (2012) wurde eine Burnout-Prävalenz unter Onkologen von 22-50% gefunden. Dabei kann die Burnout-Prävalenz meistens durch eine zu hohe klinische Arbeitsbelastung vorhergesagt werden, die oftmals gepaart ist mit einem insuffizienten, institutionellen Unterstützungsangebot wie z. B. Supervision, Teambesprechungen von schwierigen Fällen, um mit dem Patientenkontakt angemessen umgehen zu können. Die Folgen einer Burnout-Symptomatik sind u. a. eine gesteigerte Arbeitsunzufriedenheit, das Risiko zur psychischen Morbidität, Substanzmissbrauch und häufigere Arbeitsausfälle. Kompetenzerweiterung auf verschiedenen Gebieten wie z. B. Reflexion von Einstellungen und eigener Haltung („attitude“), Selbstfürsorge, angemessene Anwendung von Fertigkeiten der Gesprächsführung („skills“) können dazu beitragen, dass die eigene Belastung nachlässt und die Zufriedenheit mit der Ausübung des Berufes zunimmt (s. a. § 43.4.1 zur KoM-PASS-Studie).

In Ergänzung zu § 16 „Kommunikation in der Onkologie in Aus-, Weiter- und Fortbildungen“ legen wir in diesem Kapitel den Schwerpunkt auf die Messung der Kompetenzerweiterung der in § 16 dargestellten Trainings und anderen Unterrichtsformen.

43.2 Wie messe ich Kompetenzerweiterung?

In Studien und Reviews wurden diverse Methoden beschrieben, um die Zufriedenheit von Patienten und ihre Bedürfnisse bezüglich der Kommunikationsfähigkeiten der zuständigen Ärzte zu messen. Beispielswei-

se entwickelten Dale et al. (2004) eine valide und reliable Bewertungsskala, um die Wichtigkeit von Informationen, die von Prostatakrebspatienten benötigt werden, zu bewerten. Butow et al. (1996) entwickelten einen Fragebogen, um die Erfahrungen und Präferenzen der Patienten während einer medizinischen Konsultation festzustellen. Weiterhin bietet der Fragebogen die Möglichkeit, die Beratung des Arztes bezüglich der von ihm vorgeschlagenen Behandlungsmöglichkeiten zu bewerten. Spezifischer beurteilen Parker et al. (2001) die Präferenz der Patienten bei der Überbringung schlechter Nachrichten, z. B. wie sie eine schwerwiegende, negative Nachricht bezüglich ihrer Krebserkrankung mitgeteilt bekommen möchten. Dafür haben die Patienten die Möglichkeit, die Kontexteigenschaften und den Inhalt der medizinischen Konversation, sowie die Charakteristika des behandelnden Arztes zu bewerten.

Um nun Krebspatienten in all diesen Aspekten zu unterstützen, benötigen Ärzte hohe kommunikative Qualifikationen, wie z. B. adäquat schlechte Neuigkeiten zu überbringen, komplexe Informationen möglichst leicht verständlich zu vermitteln und den Patienten dabei zu unterstützen, Entscheidungen zu treffen. Weiterhin müssen die zuständigen Ärzte in der Lage sein, angemessen auf intensive Emotionen, z. B. Wut, Frustration und Enttäuschung, zu reagieren (Keller 2013). In einer Studie von Messing (2007) wurde hierfür die Wichtigkeit des patientenzentrierten Methodenansatzes für eine gut funktionierende Arzt-Patienten-Kommunikation aufgezeigt. Dabei beachtet der behandelnde Arzt die Wahrnehmungen, Einstellungen und Bedürfnisse des Patienten während der medizinischen Konsultation und passt sein Verhalten und seine Gesprächstechniken im Verlauf an.

Angemessene kommunikative Fähigkeiten beinhalten u. a. die Gründung einer Vertrauensbasis, das Erfassen von relevanten Informationen, das Thematisieren der Emotionen des Patienten, die Unterstützung bei Entscheidungen, die die Gesundheit und den Behandlungsplan betreffen, sowie das in Gang setzen der Zusammenarbeit zwischen dem Patienten und der Familie im Behandlungszeitraum (Baile, Aaron 2005). Weitere Punkte sind das Fokussieren auf eine Offene-Fragen-Technik (besonders zu Beginn der Konsultation), das Zusammentragen von Informationen, die Identifizierung der Sorgen und Bedenken des Patienten, die Anwendung eines patientenzentrierten Interviewstils, das Ausdrücken von Empathie, ununterbrochenes, aufmerksames Zuhören und das Zusammenfassen von Informationen meistens am Ende der Konsultation (Fallowfield et al. 2003).

43. Kompetenzerweiterung in der Onkologie

Ein gutes kommunikatives Verhalten vonseiten des Arztes und eine adäquate Arzt-Patienten-Interaktion scheinen einen positiven Einfluss auf die Gesundheit des Patienten zu haben. Einige positive Aspekte sind:

- ein niedrigeres Level an psychischer Morbidität
- eine höher eingeschätzte Lebensqualität
- ein signifikantes Absinken von Angst und Depression

Des Weiteren scheint es ebenfalls einen positiven Effekt auf den Heilungsprozess zu haben. Es konnte in der Studie von Arora (2003) gezeigt werden, dass Krebspatienten, die immer eine adäquate Antwort auf ihre Fragen erhielten, in follow-up Erhebungen eine bessere psychologische Anpassung und einen besseren Umgang mit ihrer Erkrankung und der dazugehörenden Behandlung hatten. In einer Studie von Baile und Aaron (2005) konnte nachgewiesen werden, dass eine empathische Kommunikationsführung mit Krebspatienten und ihren Angehörigen einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben kann, besonders bezogen auf die Bereiche der Lebensqualität, der Behandlungszufriedenheit und den Umgang mit Behandlungskomplikationen. Husson et al. (2011) zeigten positive Korrelationen auf, zwischen der Bereitstellung von angemessenen Informationen (z. B. wie zufrieden der Patient mit der erhaltenen Information ist, die Erfüllung des Informationsbedarfs, das Liefern von hoher Gesprächsqualität und Klarheit) und einer hohen physischen, mentalen und globalen gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Gleichzeitig wurden negative Korrelationen zwischen der Bereitstellung von angemessenen Informationen und dem Schweregrad von Angst und Depression gefunden. Zusammengefasst zeigen diese Studien, dass je besser ein Arzt die Situation eines Patienten nach der Bereitstellung der Informationen erfassen kann, desto eher kann er ihm helfen, mit der Krebserkrankung umzugehen und den dazugehörigen Stress und negative Emotionen zu reduzieren. Dies kann zu einer besseren mentalen Gesundheit und einem niedrigeren Grad an Angst und Depression führen.

Nichtsdestotrotz berichten Patienten häufig über Barrieren, die es ihnen erschweren, an die erwünschten Informationen zu gelangen. Ein häufig genanntes Beispiel ist, dass Ärzte oft abgeneigt sind, den Patienten das volle Ausmaß an Informationen bezüglich ihrer Krebserkrankung mitzuteilen, obwohl die Mehrheit der Patienten ein deutliches Interesse daran hat, viele Informationen zu erhalten (Husson et al. 2011).

Dies könnte dadurch kommen, dass Ärzte den Wunsch des Patienten nach Informationen unterschätzen. Zudem verwenden Ärzte häufig medizinische Fachtermini, die der Patient nicht versteht, da die Ärzte in diesem Falle das Verständnis des Patienten von medizinischen Fachinformationen überschätzen. Ebenfalls kann ein Fehlen von affektiven Fähigkeiten während des Gespräches auftreten, z. B. eine fürsorgliche Einstellung gegenüber dem Patienten, Empathie und Sensitivität (Arora 2003). Ärzte können Gelegenheiten verpassen, um angemessen und empathisch auf die Patienten, ihre Sorgen und Anliegen einzugehen, sondern diskutieren eher gesundheitsbezogene Themen und Probleme. Auf der anderen Seite finden es manche Krebspatienten schwierig, die erhaltenen Informationen über die Zeit im Gedächtnis zu behalten, was wiederum in einem Gefühl der Unzufriedenheit mit den genannten Informationen bezüglich ihres Krankheitsstatus oder der Zielsetzung der Behandlung mündet. Meistens erreichen sie nicht das erwünschte Maß an aktiver Partizipation bei der medizinischen Entscheidungsfindung (Baile et al. 2005).

Mit diesen Erkenntnissen wird deutlich, dass es ein wichtiger Schritt ist, sich von der „one size fits all“ Methode zu entfernen. Ein individueller Ansatz ist hier erstrebenswert, der sowohl interne Faktoren (z. B. Bedürfnisse, Fähigkeiten, Werte, Überzeugungen und Emotionen eines Patienten), als auch externe Faktoren und den Umgebungskontext miteinschließt, indem die Kommunikation auftritt (Hack et al. 2005). Für diesen Punkt sind besonders Evaluationsinstrumente erforderlich, die den Grad der Kommunikationsfähigkeiten des Arztes messen, um Stärken, aber auch eventuelle Schwächen aufzuspüren, sodass ein passend zugeschnittenes Training zu einer gezielten Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten führen kann.

Orgel et al. (2010) beschreiben in ihrem Artikel die bekannte Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung und Wissen bzw. Performanz. Gulbrandsen et al. 2013 zeigen als wichtige Effekte ihrer Trainings, dass diese Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung sich nach 3-4 Jahren reduziert, also die ehemaligen Teilnehmenden eines Kommunikationstrainings sich realistischer einschätzen. Hinzu kommt, dass vorhandene Fertigkeiten im klinischen Alltag nicht immer angemessen zur Anwendung kommen können, so dass trotz vorliegender Fertigkeiten die Performanz suboptimal ist. Hervorzuheben bleibt, dass die Selbsteinschätzung als Messung bzw. als didaktische Methode während eines Trainings für sich genommen nicht ausreicht. Vergleichbar mit der Einschätzung von Adhärenz plädieren wir für eine multimetho-

43. Kompetenzerweiterung in der Onkologie

dale Vorgehensweise, auch auf dem hier behandelten Gebiet der Kompetenzerweiterung.

Grundsätzlich lassen sich auf einer formalen Ebene folgende Messungen der Erweiterung von Kompetenzen durchführen, die gleichzeitig der Vermittlung von Kompetenzerweiterung dienen können:

Box 43.3 Messungen der Erweiterung von Kompetenzen

a. Selbsteinschätzung

- mündlich
- Fragebögen

b. Einschätzung durch Schauspielerpatienten, Patienten, Trainer und/oder Peers, d. h. durch die Teilnehmenden von Kommunikationstrainings in den Rollenspielen, im Unterricht oder im Alltag durch Kolleginnen und Kollegen:

- mündliches Feedback
- Fragebögen

c. Videoevaluation

- Feedback während des Kommunikationstrainings im Zusammenhang mit gemeinsamer Betrachtung des zuvor angefertigten Videos
- Videoauswertung (z. B. RIAS (Roter, Larson (2002))/DCAS)

An einer anderen Stelle dieses Lehrbuchs (Kap. 16) stellen wir die Instrumente dar, die in der KoMPASS-Studie verwendet wurden. Vitinius et al. (2013) beschreiben den Umgang mit Videos, Rollenspielen und Feedback i. R. der Trainings. Diese didaktischen Methoden des lernerzentrierten Ansatzes tragen zur Erweiterung der Kompetenzen bei.

43.3 Überblick über Studien zur Trainingsevaluation

Zunächst beschäftigen wir uns mit zwei Darstellungen auf evidenzbasiert hohem Niveau: Einem Cochrane Review und einer Metaanalyse zum Thema: Moore et al. (2013) kommen in ihrem Cochrane Review zu folgendem Schluss, wobei CST für „communication skills trainings“ und HCP für „health care professionals“ steht:

Box 43.4 Effekt von CST Kursen

“Various CST courses appear to be effective in improving some types of HCP communication skills related to information gathering and supportive skills. We were unable to determine whether the effects of CST are sustained over time, whether consolidation sessions are necessary, and which types of CST programs are most likely to work. We found no evidence to support a beneficial effect of CST on HCP 'burnout', patients' mental or physical health, and patient satisfaction.”

Moore et al. 2013: 2

Die Effektivität solcher Trainings wird in einer Metaanalyse von Barth und Lannen (2011) konstatiert. Insbesondere bestehen bei ausreichend langen CSTs (Kommunikationstrainings von mindestens 25 Stunden) mittlere Effekte auf kommunikatives Verhalten. In dieser Meta-Analyse zeigt sich mit einer Effektstärke von 0,35 eine geringfügige bis mittlere objektivierbare Zunahme der kommunikativen Kompetenz von Ärzten, die zumeist auf unmittelbaren Prä-Post-Messungen beruht. Ein kleiner zusätzlicher Effekt ist durch zusätzliche Supervision oder Auffrischungssitzungen zu erreichen, was auch für Effekte auf die Einstellungen der Teilnehmer zum Thema Tod und Sterben gilt. Kurze Trainingsprogramme scheinen jedoch weniger wirksam zu sein.

Im Folgenden sollen Studien kurz dargestellt werden, die von Barth und Lannen (2011) in ihrer Metaanalyse aufgrund ihres Erscheinungsjahres nicht berücksichtigt werden konnten.

Niglio de Figueiredo et al. (2015) beschrieben, dass sie auf verschiedenen Ebenen kommunikative Fertigkeiten gemessen haben und sich auf den Transfer von kommunikativen Skills auf reale Lebenssituationen konzentrierten.

Goelz et al. (2010) stellen ein Konzept eines CST bezogen auf den Übergang der kurativen auf palliative Medizin vor (s.a. Stubenrauch et al. 2010). In einem RCT zu ihrem Training weisen sie moderate bis starke Effekte nach (Goelz et al. 2011). Bragard et al. (2010) konnten keinen statistisch signifikanten Einfluss der Trainingsprogramme auf Burnout beobachten. Der Betrag der klinischen Arbeitsbelastung und die übermäßige Nutzung von „facilitative communication skills“ (d. h. der effektiven Nutzung von Gesten während eines Gesprächs zur Kommunikationserleichterung und besseren Verständlichkeit) waren mit Burnout des Onkologen assoziiert. Zusätzlich sind auch Nebenwirkungen von CSTs zu beachten (Levin et al. 2010), wie z. B. ein nicht empa-

43. Kompetenzerweiterung in der Onkologie

thisches Feedback und traumatische, persönliche Erfahrungen. Somit müssen die Trainer qualifiziert werden und sich fortbilden, z. B. in Intervisionsgruppen. Die KoMPASS-Trainergruppe profitiert diesbezüglich von den jährlichen Trainings in Heidelberg mit Walter Baile vom MD Anderson Cancer Center aus Houston.

Stubenrauch et al. (2010) entwickelten die ComOn Checkliste, welche die Kommunikationsfähigkeiten eines Onkologen während der medizinischen Konsultation bewertet (z. B. Kreieren eines adäquaten Gesprächsbeginns, Explorieren der Patientenwahrnehmung während des Gesprächs, Verwenden von adäquater nonverbaler Kommunikation, Zeigen von Empathie). Der ausschlaggebende Punkt ist hierbei, dass nicht die Patienten, sondern außenstehende Ärzte während eines Kommunikationstrainings die Evaluation vornehmen. Trotz allem ist es wichtig, dass die ärztlichen Kommunikationsfähigkeiten auch vonseiten der Patienten bewertet werden, um ein optimales Maß an Patientenzufriedenheit mit der medizinischen Konsultation zu erreichen, sowie eine Steigerung der Adhärenz. Dafür wurde die ComOn Checkliste weiterentwickelt zum ComOn Fragebogen. Hier ist es nun möglich einen Fragebogen als externes Bewertungsinstrument für die ärztlichen Kommunikationsfähigkeiten in der Onkologie zu nutzen (Wünsch et al. 2018, eingereicht). Ein Beispiel für ein ComOn Fragebogen-Item wäre: „der Arzt beginnt die Unterhaltung angemessen“. Ein weiteres Instrument stellt die Aufklärungsgespräch Bewertungsskala (AGBS) von Wand et al. (2008). Mit ihr wird die ärztliche kommunikative Kompetenz in einer Situation eingeschätzt, in der der Arzt dem Patienten eine schwerwiegende Diagnose vermittelt. Die Fremdeinschätzung erfolgt auf der Basis von 22 Items, die in fünf verschiedene Kategorien eingeteilt sind. Ein Beispiel für ein AGBS-Item wäre: „Wie gut ist es dem Arzt gelungen, eine geeignete Umgebung für das Gespräch zu schaffen?“.

Auf einer inhaltlichen Ebene können unterschiedliche, teils sehr spezifische Aspekte von Kompetenz betrachtet und gefördert werden. Bialer et al. (2011) haben z. B. ein Trainingsmodul zum Umgang mit dem Ärger von onkologischen Patienten entwickelt und evaluiert. Vor Beginn des Trainings erhielten die Teilnehmer einen Fragebogen (8 Fragen, 5-Punkte-Likert-Skala), wie sie ihren aktuellen Umgang mit verärgerten Patienten einschätzen würden, sowie ein Trainingshandbuch, welches Informationen zum korrekten Umgang mit dem Ärger von Patienten vermittelte. Das Training selber besteht aus einem zweistündigen Workshop, welches Strategien zum Umgang mit dem Ärger des Patienten enthält, sowie Videos und Rollenspiele. Anschließend wurde wieder

der Fragebogen erhoben und die Ergebnisse wurden mit den Ergebnissen vor dem Beginn des Trainings verglichen. Die Vermittlung von Prognosen (Step, Ray 2011) wird im Rahmen von CST-Trainingsmodulen trainiert und evaluiert (Brown et al. 2010). Eid et al. (2010) propagieren eine Besserung der kommunikativen Fähigkeiten über die von ihnen entwickelte "Breaking Bad News Standardized Patient Intervention" (BBNSPI).

Tulsky et al. (2011) untersuchen Effekte eines computerbasierten Trainingsprogramms. Dafür wurden zunächst medizinische Konsultationen zwischen Onkologen und Krebspatienten auf Tonband aufgenommen und auf einer CD-ROM festgehalten. Anschließend erhielten die Teilnehmer der Kontrollgruppe eine Standardschulung (bestehend aus einer einstündigen Vorlesung über kommunikative Fertigkeiten), während die Teilnehmer aus der Experimentalgruppe eine Standardschulung und ein Trainingsprogramm erhielten. Das Trainingsprogramm umfasst die zuvor erwähnte CD-ROM mit den Audio-Dateien, die als Beispiel für ein mögliches kommunikatives Verhalten dienen. Weiterhin werden durch Videos kommunikative Fähigkeiten demonstriert und wichtige Lehrpunkte zusammengefasst. Nachdem die Teilnehmer der Experimentalgruppe einen Monat Zeit hatten mit der CD-ROM zu lernen, wurden erneut medizinische Konsultationen mit den Patienten auf einem Tonband aufgenommen. Anschließend wurden die Patienten dazu befragt, wie sehr sie ihrem behandelnden Onkologen vertrauen. Die Resultate zeigen, dass die Teilnehmer der Experimentalgruppe nach einem Monat bessere kommunikative Fähigkeiten anwenden und die Patienten im Allgemeinen ihrem behandelnden Arzt aus der Experimentalgruppe mehr vertrauen als Ärzten aus der Kontrollgruppe.

Baile (2011) beschreibt Methoden des Kleingruppenunterrichts für ein lernerzentriertes Vorgehen. Dafür wurden Schauspielpatienten eingesetzt, die eine standardisierte Krankheitsgeschichte vortragen (Einnahme der Rolle eines Krebspatienten mit einer langen Krankheitsgeschichte). Dabei zeigt sich, dass durch das Lehren in Kleingruppen die Erlangung von Fertigkeiten vereinfacht wird, besonders im kombinierten Einsatz mit reflektierten Übungen und Rollenspielen (mit Feedback vom Dozenten und den anderen Teilnehmern). Das verdeutlicht wie wichtig auch das Lernsetting und die Qualifikation der Lehrenden ist, zumal nicht alle im medizinischen Kontext Lehrenden mit solchen Methoden vertraut sind. Mittlerweile sind soziodramatische Techniken in den Rollenspielen neu hinzugekommen (Baile, Blatner 2014). Diese Techniken wie z. B. das Doppeln („doubling“, „doubling yourself“) tragen

43. Kompetenzerweiterung in der Onkologie

erheblich zur Dynamisierung der Rollenspiele bei. Um sich die erlangten Fertigkeiten in den Trainings bewusst zu machen, können unmittelbar nach den jeweiligen Rollenspielen die Teilnehmender im Sinne eines Briefings befragt werden, was sie gerade aus dem Rollenspiel für sich „mitgenommen“ haben, um das Erreichte besser bei den Teilnehmenden verankern zu können.

Epner und Baile (2011) beschäftigen sich mit der „Pyramid of Relational Excellence (PRE)“, die sich an „Wooden’s pyramid“ orientiert, wodurch die Systematisierung von zu vermittelnden Fertigkeiten erleichtert wird. Die PRE visualisiert die wichtigsten Punkte innerhalb von Kommunikationstrainings.

Box 43.5 Pyramid of Relational Excellence (PRE)

1. *Preparation.* Die unterste Ebene besteht aus grundlegenden individuellen Fähigkeiten, die der Trainee erlernen soll wie das Zeigen von Respekt gegenüber dem Patienten und dem Kreieren einer angemessenen Umgebung, in dem die Unterhaltung geführt werden kann.
2. *Care.* Die zweite Ebene bezieht sich auf fundamentale Kommunikationsfähigkeiten wie dem Zeigen von Empathie während eines Gesprächs oder das Formulieren von klaren und eindeutigen Aussagen.
3. *Help.* Die dritte Ebene bezieht sich auf fortgeschrittene kommunikative Fähigkeiten, wie dem Patienten ein Gefühl von Hoffnung geben und eine emotionale Balance innerhalb des Gesprächs schaffen.
4. *Ultimate Goal.* Die oberste Ebene sind die Vervollkommnung der kommunikativen Fähigkeiten, die eine heilende Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten erschaffen, die sogar einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf des Patienten hat.

Epner, Baile 2011

Wichtig ist ebenso die Auseinandersetzung mit der Kirkpatrick-Pyramide hinsichtlich der Evaluation von Kommunikationstrainings.

Box 43.6 Kirkpatrick-Pyramide

1. *Reaction.* Wie empfand der Lernende den Lernprozess?
2. *Learning.* Was wurde gelernt? Welches neue Wissen und welche Fähigkeiten wurden erlernt?
3. *Behavior.* Was hat sich in der Durchführung geändert? Können die neu erlernten Fähigkeiten angewendet werden?
4. *Results.* Was sind die Ergebnisse des Lernprozesses in Bezug auf Kostenreduktion, verbesserter Qualität, Produktionssteigerung, Effizienz, etc.?

Kirkpatrick 1994

An unterster Stelle steht die Evaluation der Zufriedenheit mit einem Training, dann die Selbsteinschätzung, gefolgt von der Fremdeinschätzung, was letztendlich in der Frage mündet, was davon in der klinischen Praxis bzw. beim Patienten „ankommt“.

Einen weiteren Aspekt stellt die Frage dar, welche (Berufs-)Gruppe trainiert wird. Beispielsweise wird von Langewitz et al. (2010) ein Training für onkologische Pflegende beschrieben. Auch hier werden die kommunikativen Fähigkeiten mit Rollenspielen, Schauspielpatienten und Übungsvideos trainiert. Des Weiteren werden spezielle Techniken gelehrt, die die Pflegenden trainieren sollen, dem Patienten zu helfen, seine Gefühle, Einstellungen und Erwartungen auszudrücken. Nach anderthalb Jahren wird ein Aufbaukurs durchgeführt, in dem die Erfahrungen seit dem Grundkurs besprochen und die Fähigkeiten weiter vertieft werden sollen. Im Aufbaukurs werden dann erneut Rollenspiele mit Schauspielpatienten durchgeführt. Das Rollenspiel wird dann von den Dozenten und den anderen Kursteilnehmenden bewertet und in Relation zu den Gesprächen aus dem Grundkurs gesetzt, um einen Fortschritt zu erkennen und eventuelle Schwächen zu identifizieren.

Zill et al. (2014) haben eine umfassende Übersichtsarbeit verfasst, in der sie psychometrische Testinstrumente identifiziert haben, mit denen die Arzt-Patient-Beziehung evaluiert werden kann. Insgesamt wurden elf Messinstrumente gefunden, die objektive Bewertungssysteme beinhalten, fünf, die aus der Patientensicht bewertet werden, zwei die sowohl die Patienten- als auch die ärztliche Sicht verwenden und ein Messinstrument, welches aus Sicht des Arztes die Beziehung bewertet.

In Köln heißt es „Jeder Jeck ist anders“. Das gilt nicht nur für die Trainer, sondern auch für die Teilnehmenden von Kommunikationstrainings. So profitieren die verschiedenen Teilnehmenden in unter-

schiedlicher Weise. Dazu nur zwei Literaturstellen: Die Charakteristika der Teilnehmer scheinen ebenfalls von Bedeutung zu sein (Libert et al. 2007), wie z. B. die Abwehrmechanismen der Teilnehmer (Bernard et al. 2012).

Libert et al. (2001) beschreiben in ihrem Review als Hauptprobleme hinsichtlich CSTs, dass die verschiedenen erworbenen Fertigkeiten auf Dauer nur fraglich aufrechterhalten bleiben. Die Nachhaltigkeit der Effekte der Kommunikationstrainings stellt somit einen bedeutsamen Forschungsgegenstand dar. Teils wird in der Literatur von Abschwächungen der Effekte berichtet (Maguire, 1996), so dass durchaus zu Auffrischungstrainings nach 1-2 Jahren geraten wird, teils können sich im Langzeit-Follow-up nach 3-4 Jahren weitere positive Effekte entwickeln (Gulbrandsen, 2013).

Ein weiteres Problem stellt der erfolgreiche Transfer in die klinische Praxis dar. Zusätzlich bleibt als zentrale Herausforderung in der Forschung auf diesem Gebiet die Untersuchung von Effekten solcher Trainings auf „patient reported outcomes“. Ein Nachweis der Effekte der ärztlichen Trainings auf Patienten bleibt noch zu erbringen (Barth, Lannen 2011, Razavi et al. 2003, Uitterhoeve et al. 2010). Damit hängt auch die Frage zusammen, ob und wie die erlernten Kompetenzen tatsächlich im Alltag im Sinne der Performanz zur Anwendung kommen.

43.4 KoMPASS-Studie

Die Deutsche Krebshilfe e.V. von 2007 - 2011 hat ein multizentrisches Projekt mit dem Ziel ermöglicht, ein einheitliches und effektives Trainingsprogramm für Ärzte in der Onkologie zu entwickeln, zu erproben und seine Effektivität wissenschaftlich zu untersuchen. Die Angaben in diesem Abschnitt sind im Wesentlichen von der KoMPASS-Internetseite übernommen worden. Das Ziel war, an den Standards anzuschließen, wie sie in anderen Ländern (z. B. England, Schweiz) bereits erfolgreich etabliert sind. Hierzu hat sich die KoMPASS Arbeitsgruppe aus mehreren Zentren gebildet. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Arbeitsgruppe vornehmlich aus Ärzten und Psychologen besteht, die über einen langjährigen Erfahrungszeitraum in Psychoonkologie und Erfahrung bei der Fortbildung in ärztlicher Gesprächsführung und Kommunikation verfügen.

Inzwischen wurde das KoMPASS Trainings-Programm in 41 Trainings-Workshops erprobt. Es orientiert sich an den konkreten Anliegen der teilnehmenden Ärzte und ermöglicht eingehende Lernerfahrungen mit effektiven didaktischen Methoden. Dabei ist besonders die praktische Übung in kleinen Gruppen sehr lehrreich, da anhand von Beispielen, die die Ärzte in ihrem Alltag erleben, trainiert werden kann. Etwa 500 onkologisch tätige Ärztinnen und Ärzte haben mittlerweile an einem der Kompass-Trainings teilgenommen. Ihre Rückmeldungen bestätigen einstimmig, dass das KoMPASS Training in hohem Maß praxisrelevant ist und ihnen in ihrem beruflichen Alltag nutzt. Häufig berichten Teilnehmer bei ihrer zweiten Kursteilnahme davon, wie sie die Lehrmethoden und praktischen Tipps anwenden konnten. Dabei ist auffallend, dass die Ärzte nicht nur über einen besseren Kommunikationsablauf mit den Patienten berichten, sondern auch besser mit ihren eigenen Emotionen in der jeweiligen Situation umgehen können.

Um einen größtmöglichen Nutzen und Lernerfolg zu gewährleisten, erfolgt das KoMPASS Training in kleinen Gruppen (maximal 12 Teilnehmer), mit erfahrenen und kompetenten Trainern, ausreichend Zeit (20 Stunden in zwei bis zweieinhalb Tagen), mit speziell ausgebildeten Schauspielern, die die Rolle von Patienten oder Angehörigen übernehmen, mit einem hohen Anteil praktischer Übungen und mit Video-Aufnahmen von Arzt-Patient Gesprächen, um an realistischen Szenarios, schwierigen Gesprächssituationen und speziellen kommunikativen Anforderungen zu arbeiten.

43.4.1 Inhalte des KoMPASS-Trainings

Die Inhalte des Trainings werden im Wesentlichen durch die Anliegen der Teilnehmer bestimmt. Zu den wichtigsten, häufig wiederkehrenden Themenbereichen zählen z. B. das Überbringen schlechter Nachrichten in allen Phasen von Krebserkrankungen, eine gemeinsame Therapieentscheidung treffen, den Umgang mit heftigen Emotionen bei Patienten und Angehörigen und dem Umgang mit existenziellen Grenzen, Sterben, Tod. Die Themen werden in kurzen Vorträgen dargestellt und gemeinsam mit allen Teilnehmenden diskutiert, sowie mit zum Thema passenden kurzen Übungen ergänzt.

Die wichtigste Voraussetzung für persönliche Lernerfolge sind konkrete Erfahrungen. Deshalb besteht das Herzstück im KoMPASS Training in der eingehenden Beschäftigung mit den Anliegen der teilneh-

43. Kompetenzerweiterung in der Onkologie

menden Ärzte. Die Teilnehmer berichten in einer kurzen Fallvignette von einem Kontakt mit einem Patienten oder Angehörigen, der sie anhaltend beschäftigt. Diese Fallbeispiele werden in der Kleingruppe (4-6 Teilnehmer) in Rollenspielen bearbeitet. Jeder Teilnehmer hat während des Trainings Gelegenheit, mit Unterstützung von Kollegen und Trainern sein Anliegen zu bearbeiten.

Gleichzeitig fand eine Begleitstudie zum KoMPASS-Training statt, um das Training, seinen Nutzen und Wirksamkeit zu evaluieren. Dazu wurde in der Phase I mit einem prospektiven und kontrollierten Prä-Post Design die Veränderung der kommunikativen Kompetenz in Form einer Selbsteinschätzung der teilnehmenden Ärzte vor und 4 Monate nach dem KoMPASS Training erhoben und mit der Einschätzung von Ärzten verglichen, die kein Training absolviert haben. Es werden sowohl studienspezifische (Selbstwirksamkeit, erfasst als wahrgenommene Schwierigkeit und Sicherheit im Umgang mit kommunikativen Anforderungen), als auch international verwendete Fragebögen zur Erfassung von berufsbezogener Belastung und Burnout-Symptomen (Maslach Burnout Inventory, MBI-D (Büssing, Perrar 1994)) und zur Empathiefähigkeit (Jefferson-Empathy Scale; Hojat et al., 2002) eingesetzt. Dabei liegen von 262 teilnehmenden Ärzten vollständige Datensätze vor, und 181 Datensätze von Nicht-Teilnehmern. Für alle KoMPASS Trainings erfolgte weiterhin eine Evaluation von Zufriedenheit und Nutzen aus Sicht der Teilnehmer zur Qualitätssicherung (N = 326).

Die Phase II der Studie erfolgt prospektiv in einem Ein-Gruppen Prä-Post Design. Ziel ist die objektive Beurteilung des kommunikativen Verhaltens der Teilnehmenden des Trainings mittels einer Videoauswertung. Videodokumentierte Arzt-Schauspielerpatient-Gespräche, die jeweils vor und 4 Monate nach Training aufgezeichnet wurden, wurden anhand eines standardisierten Ratingverfahrens (modifiziertes Roter Interaction Analysis System, RIAS bzw. DCAS) seitens geschulter Rater ausgewertet, die blind waren gegenüber dem Aspekt, ob es sich um ein sog. „Prä“-Video oder ein „Post-Training“-Video handelte. Die angestrebte Stichprobengröße von N = 120-160 Ärzten mit videodokumentierten Gesprächen eines/r Arztes/Ärztin mit einer/m Schauspielerpatienten/in zum Thema „Breaking bad news“ vor und 4 Monate nach dem Training konnte mit 150 vollständigen Datensätzen erreicht werden.“

43.4.2 Evaluation der Wirksamkeit des KoMPASS-Trainings

Die Ergebnisse zur Effektivität der KoMPASS-Trainings beziehen sich auf die mittels Fragebögen erhobene Selbsteinschätzung der teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen und auf objektive Veränderungen in den Videografien.

Zur Fragebogenerhebung können wir schon berichten, dass 345 KoMPASS-Teilnehmer mit einer Kontrollgruppe verglichen wurden. Die Teilnehmer zeigen im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, dass sich Ärzte 4 Monate nach dem KoMPASS Training deutlich sicherer im Umgang mit kommunikativen Herausforderungen fühlen. Vitinius et al. (2012) berichten, dass ein intensives Kommunikationstraining wie das KoMPASS-Training aus Sicht der Ärzte mittelfristig ihr Sicherheitsgefühl in kommunikativ herausfordernden Situationen verbessert und die wahrgenommene Schwierigkeit von Gesprächen reduziert, was für eine verbesserte kommunikative Kompetenz spricht. Gärtner et al. (2012) und Keller et al. (2012) schlussfolgern auf demselben Kongress (PSO-Tagung 2012), dass ein intensives Kommunikationstraining aus Sicht der Ärzte ihre Empathie Fähigkeit auch im Vergleich mit Nicht-Teilnehmern verbessert, und ihre berufliche „Persönliche Erfüllung“ als Maß ihrer Arbeitszufriedenheit erhöht, was der Entwicklung eines Burnout entgegenwirken kann.

43.4.3 Rückmeldungen der KoMPASS-Teilnehmer

Die Rückmeldungen der Teilnehmer nach 4 Monaten sprechen für einen Zugewinn an Selbstwirksamkeit und kommunikativer Kompetenz der Ärzte, für persönliche Entlastung und gelingenden Praxistransfer. Selbst erfahrene Kliniker attestieren dem Training hohe Praxisrelevanz, Nutzen und persönlichen Lerngewinn. Im Rahmen der Auffrischungssitzung etwa 4 Monate nach dem 2,5 tägigen „Haupt“-training berichteten die Teilnehmenden über folgende subjektive Eindrücke:

- „Wenn ich gewusst hätte, dass ich hier so viel Handwerkszeug an die Hand bekomme, hätte ich das Seminar viel früher gemacht!“
- „Das war das beste Seminar, das ich je gemacht habe!“
- „Ich bin aufmerksamer, mache mehr Pausen, achte auf die Wirkung, lasse mir Zeit, beachte die Körpersprache und reagiere darauf.“

43. Kompetenzerweiterung in der Onkologie

- „Die drei Sekunden (Pause) sind mir im Kopf geblieben...“
- „Ich stelle ganz bewusst mehr offene Fragen.“
- „Ich bin schneller und leichter beim Patienten.“
- „Ich fühle mich nicht mehr so schäbig, wenn ich schlechte Nachrichten überbringen muss.“
- „Es ist leichter geworden mit schwierigen Fragen umzugehen.“
- „Mir fällt es leichter, Gefühle anzusprechen und Verständnis für Gefühle zu zeigen...“
- „Ich stehe weniger unter Handlungsdruck, lasse dem Patienten mehr Raum.“
- „Ich habe mehr Möglichkeiten, dass das Gespräch in eine gute Richtung geht. Es ist nicht mehr so ein Berg.“
- „Ich achte mehr auf meine Bedürfnisse und Bedürfnisse der Patienten.“

Wir schätzen die Bedeutung solcher Rückmeldungen hoch ein, da sie unmittelbar das (Evidenz-)Erleben der Teilnehmenden widerspiegeln und daher eine wissenschaftliche Evaluation mittels Fragenbögen und Videoauswertung ergänzen. Positive Ergebnisse in den beiden letzten Bereichen wären nicht weiterführend, wenn es keine positiven Rückmeldungen der Teilnehmenden gäbe und die Akzeptanz der Trainings gering wäre.

43.5 Weiterführende Hinweise

Organisationen, die sich mit dem Thema Kommunikation im Allgemeinen und Kommunikation in der Onkologie befassen:

- Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (PSO):
<http://www.pso-ag.de/arbeitsgemeinschaft-psychoonkologie>
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM):
<http://www.dkpm.de/de/index.php>
- European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM):
<http://www.eapm.eu.com/>
- International Association on Communication in Healthcare (EACH): <http://www.each.eu/>
- KoMPASS-Gruppe: <http://www.kompass-o.org>

44 Anhänge

44.1	Vernetzung von NKLM und Lehrbuch	1924
44.2	Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)	1928
44.3	Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK-DD) – Diabetes und Depression	1930
44.4	Abkürzungen nach KEK für Gesprächsanalysen	1932
44.5	Dokumentation von Lebensnarrativen	1935
44.6	Transkriptionsregeln und Transkriptformular	1939
44.7	NEUROGES Kurzskalen	1941

44.1 Vernetzung von NKLM und Lehrbuch

Wie bereits einleitend (§ 1) angeführt, ist inzwischen nach langer Vorbereitung auch der *Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog* (NKLM) (2015) entwickelt und ratifiziert worden (Fischer, Bauer, Mohn 2015, Sator, Jünger 2015, Jünger et al. 2016), dessen Gesamtstruktur einer hochkomplexen und umfangreichen Lernzieltaxonomie entspricht. Obwohl die offensichtliche Überdifferenzierung (von zunächst 1700 Lernzielen) in mehreren Schritten reduziert wurde, bleibt auch bei der „finalen“ Konzeption, die immerhin noch 116 (sic) Lernziele umfasst, eine Reihe von Problemen (Relation, Redundanz, Trennschärfe, Operationalisierung usw.) bestehen, die eine praktische Orientierung und Handhabung erschweren.

Dennoch haben wir uns angesichts der beanspruchten „nationalen“ Relevanz dieses Lernzielkatalogs um eine Vernetzung des Lehrbuchs mit dem NKLM bemüht und in Auswahl eine tabellarische Übersicht (s. Anhang) erstellt, die exemplarisch für verschiedene Lehrzwecke genutzt werden kann, um Wissens- und Handlungskompetenzen der ärztlichen Gesprächsführung mit „negativen“ und „positiven“ Anwendungsbeispielen aus der empirischen Gesprächspraxis (*worst* versus *best practice*) (§ 13) zu verbinden.

44. Anhänge

Um Redundanzen zu reduzieren, haben wir uns auf ausgewählte Lernziele beschränkt, die hier in Anlehnung an die teils sehr ausführlich und verschachtelt gefassten Formulierungen des NKLM in Kurzform paraphrasiert werden. Durch die Nummerierung kann aber im Bedarfsfalls ein Abgleich mit der jeweiligen „Vollversion“ vorgenommen werden. Die verbliebenen Redundanzen sind nicht unserer tabellari-schen Übersicht, sondern der Grundkonzeption des NKML geschuldet. Da sich der NKLM nun einmal national etabliert hat, soll ihm an dieser Stelle ohne weitere Kritik affirmativ gefolgt werden.

Für unsere eigenen Unterscheidungen und Formulierungen von *Richt-, Grob- und Fein-Lernzielen* sei auf die einschlägigen didaktischen und empirischen Kapitel dieses Lehrbuchs (§ 3, 13, 17, 18-23) rückver-wiesen. Dabei wurden die *Feinlernziele*, die auf der beobachtbaren Ebene realen Gesprächsverhaltens überprüft werden können, in unserem Kölner *Gesprächsmanual* bzw. *Evaluationsbogen* Kommunikation (KEK) (s. § 44.2) formuliert. Für die praxisnahe Vermittlung wurden in den spezifischen Praxiskapiteln (§ 18-23) entsprechend empirische *An-kerbeispiele* gegeben, die natürlich auch als empirische Fundierung an-derer Lernzielkataloge genutzt werden können.

Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) 2015			Lehrbuch
14c	Kompetenz / Lernziel	Anwendungsbeispiele	Kap. Nr.
1	<i>Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen:</i> Die Absolventin und der Absolvent erkennen die zentrale Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit für den Arztberuf und die Gesundheitsversorgung an und wissen, dass Kommunikation lernbar ist.		1, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 40-43
	Kompetenz / Lernziel	Anwendungsbeispiele	
1.1	Grundlagen		1, 4, 6, 7, 9, 10
1.1.1	allgemeine theoretische Grundlagen der Kommunikation	Modelle: Zwei-Aspekte-Modell von P. Watzlawick, 4-Ohren Modell von Schulz von Thun (...)	7, 15
1.1.2	Spezifische Grundlagen der Kommunikation	Persönlichkeit von Patient und Arzt, krankheitsbedingte Faktoren, gesellschaftliche und institutionelle Bedingungen, alltagsweltliche vs. professionelle Perspektive, Asymmetrie der Beziehung, Arzt- und Patientenrollen	1, 3, 6, 7, 10, 17
1.1.3	Biopsychosoziales Modell	Beispiel von Rückenschmerzen, Herzinfarkt oder KHK	4, 7, 29, 32, 33

44. Anhänge

1.1.5	Modelle der Arzt-Patient-Kommunikation; Auswirkungen von patienten- und arzt-zentrierter Kommunikation	Modelle: paternalistisches, partizipatives und Informationsmodell; Beispielkontexte: Prämedikationsgespräch, postoperative Visite (...) chronische Erkrankungen, wie Diabetes Mellitus, Rückenschmerzen, akuter Myokardinfarkt	8, 10, 25, 26, 29, 33
2	<i>Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation:</i> Die Absolventin und der Absolvent gestalten eine vertrauensvolle, stabile Arzt-Patienten-Beziehung und beherrschen eine professionelle und patientenzentrierte Gesprächsführung unter Berücksichtigung der spezifischen Gesprächstypen, Gesprächsphasen und Gesprächsaufgaben		7-10, 18-21, 25, 34
	Kompetenz / Lernziel	Anwendungsbeispiele	
2.1.1	Patientenzentrierte (kongruente, akzeptierende und empathische) Grundhaltung einnehmen, entsprechend kommunizieren und dabei Nähe und Distanz professionell gestalten.	Grundhaltung nach Rogers unter Reflexion verschiedener soziokultureller Einflussfaktoren (z. B. Gender), Patientinnen und Patienten mit innerer Präsenz (d. h. ungeteilter Aufmerksamkeit) begegnen mit Hilfe der "Ask-Tell-Ask" Methode	20, 21, 22
2.1.2	Berücksichtigung psychischer, somatischer, sozialer, alters- und geschlechtsbezogener Aspekte	Biopsychosoziales Krankheitsmodell	3, 4, 29-35, 37
2.1.4	Techniken der Informationssammlung	Aktives Zuhören bzw. WWSZ-Technik (Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen), „Ask-Tell-Ask“	18-20, 22
2.1.5	Verbale, nonverbale und paraverbale Aspekte in der Kommunikation	Nonverbal: (...) Körpersprache (...) Mimik, Gestik, Augenkontakt (...), paraverbal: (...) Tonfall, Lautstärke, Tempo, Schweigen	3, 12, 18-20
2.1.6	Umgang mit eigenen und fremden Emotionen und Gefühlen	z. B. NURSE-Technik (Naming, Understanding, Respecting, Supporting, Exploring) CALM-Technik im Umgang mit fordernden und aggressiven Patienten anwenden	12, 15, 20, 30, 31, 34
2.1.9	Partizipative Entscheidungsfindung (PEF, SDM)	siehe Gesprächsphasen Entscheidungsfindung (2.6) und Planung (2.7)	10, 22, 26
2.2.1	Zeitmanagement an verschiedene Gesprächssituationen anpassen	Aufklärungsgespräch, Notfallambulanz Therapiegespräche, Überbringen schlechter Nachrichten	8, 17-19
2.3	Angemessener Einstieg in das Gespräch	Begrüßung, Vorstellung, Klärung des Anliegens	18, 19

44. Anhänge

2.4	Allgemeine und spezifische Anamneseerhebung		19-21
2.5.1	Aufklärung und Beratung	zu Diagnose, Prognose, Therapie, Medikamenten; Fachbegriffe vermeiden bzw. erklären	10, 22, 26, 27
2.6	Gemeinsamer Entscheidungsprozess (PEF, SDM)	Sorgeberechtigten / Angehörige / gesetzliche Betreuungspersonen	10, 22, 26
2.6.1	Information über Behandlungsoptionen	Nebenwirkungen (Beipackzettel) „Decision Aids“, Graphiken usw.	10, 22, 26
3	<i>Emotional herausfordernde Situationen:</i> Die Absolventin und der Absolvent reflektieren typische sensible Themenbereiche im ärztlichen Berufsalltag und gestalten ihre Kommunikation auch in emotional herausfordernden Situationen angemessen.		3, 16, 17, 20, 30-34, 36, 38
	Kompetenz / Lernziel	Anwendungsbeispiele	
3.1.2	Reflexion und Umgang mit eigenen Gefühlen	Unsicherheit, Sympathie/Antipathie, Vorurteile/kulturelle Stereotype	3, 17, 28
3.2.7	Überbringen schlechter Nachrichten	SPIKES; z. B. in Palliativsituation, bei Tumordiagnosen oder Dialyse	16, 38
4	<i>Herausfordernde Kontexte</i> Die Absolventin und der Absolvent gestalten ihr kommunikatives Handeln durch den gezielten Einsatz von Kommunikationsstrategien auch in herausfordernden klinischen Kontexten und Konstellationen erfolgreich.		10, 22, 26, 27, 29-34
	Kompetenz/Lernziel	Anwendungsbeispiele	
4.2	Risikokommunikation und Aufklärung	z. B. im Rahmen von anästhesiologischen Aufklärungsgesprächen, Prämedikationsgesprächen	10, 22, 26, 27
4.4	Angemessenes Gespräch im Mehr-Personen-Setting	z. B. Prämedikationsgespräch mit Kindern und Eltern/Betreuungspersonen	18, 35, 37
5	<i>Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren:</i> Die Absolventin und der Absolvent analysieren und reflektieren soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren auf die Kommunikation und kommunizieren entsprechend.		10, 27, 28, 37
	Kompetenz / Lernziel	Anwendungsbeispiele	
5.1.1	Anpassung an patientenseitiges Sprachverständnis	Kommunikation bei Hörstörungen, Aphasie, kognitiven Einschränkungen	37
5.2.5	Strategien zur kultursensiblen Kommunikation	Einfluss der Kultur berücksichtigen, Akzeptanz und Offenheit zeigen	27, 28
5.3.1	Anpassung an individuelles Sprachniveau von Patienten	Direkt, langsam, voraussetzungsarm, portioniert ansprechen, mit Wiederho-	10, 27, 28, 37

44. Anhänge

		lungen und Zusammenfassungen	
5.3.4	Einsatz von (nicht-) professionellen Dolmetschern	Organisation, Portionierung, Beziehungsreflexion bei Angehörigen	28
6	<i>Andere mediale Kanäle und Settings:</i> Die Absolventin und der Absolvent reflektieren die spezifischen Anforderungen der mündlichen, schriftlichen und elektronischen Kommunikation sowie der öffentlichen Kommunikation und interagieren kontextspezifisch.		6, 39
	Kompetenz / Lernziel	Anwendungsbeispiele	
	usw.	usw.	

Abb. 44.1: Vernetzung von NKLM und Lehrbuch

44.2 Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)

Nachfolgend (nächste Seite) wird der *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) in seiner vollständigen und aktuellen Fassung (2010) wiedergegeben, wie er in OSCE-Verfahren bei Studierenden (§ 13, 14, 41) und in der Fortbildung eingesetzt wird. In den Kapiteln (§ 18-23) wurden die Details zu allen 6 Schritten/Funktionen ausführlich mit Ankerbeispielen erläutert.

44. Anhänge

Kölner Evaluationsbogen Kommunikation						KEK
OSCE-Checkliste zur ärztlichen Gesprächsführung						¹ 1998
© Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln						⁵ 2010
Nr.	Kurs	Interviewer	Datum	Patient (SP)	Rater	Summe:
						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 50
1 Beziehung aufbauen			<input type="checkbox"/> 4	4 Details explorieren		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
1 Rahmen <ul style="list-style-type: none"> • Vertraulichkeit ermöglichen • Störungen vermeiden 2 Begrüßung <ul style="list-style-type: none"> • Blickkontakt aufnehmen • Grußformel äußern, Hand geben • Mit Namen anreden 3 Vorstellung <ul style="list-style-type: none"> • Namentlich vorstellen • Funktion (z.B. „Stationsarzt“) mitteilen 4 Situierung <ul style="list-style-type: none"> • Im Sitzen Sprechen (Stuhl an Bett) • Bequemlichkeit sichern • Nähe/Distanz abstimmen 5 Orientierung <ul style="list-style-type: none"> • Gespräch strukturieren • Gesprächsziele, Zeitrahmen 			 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 1	1 Beschwerde-Dimensionen erfragen <ul style="list-style-type: none"> • Lokalisation und Ausstrahlung • Qualität, Intensität (<i>Skala 0-10</i>) • Funktionsstörung/Behinderung • Begleitzeichen • Zeit (Beginn, Verlauf, Dauer) • Kondition „<i>Ich welcher Situation ...?</i>“ 2 Subjektive Vorstellungen explorieren <ul style="list-style-type: none"> • Konzepte „<i>Was stellen Sie sich vor?</i>“ • Erklärungen „<i>Sehen Sie Ursachen?</i>“ 3 Anamnese vervollständigen <ul style="list-style-type: none"> • Systeme („Von Kopf bis Fuß“) • Allgemeinbefindlichkeiten, Schlaf etc. • Frühere Erkrankung, Vorbehandlung • Familiäre Risikofaktoren • Familie, Freunde, Beruf, Finanzen etc. • Lücken (heikle Themen) ansprechen 		<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
2 Anliegen anhören			<input type="checkbox"/> 10	5 Vorgehen abstimmen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
1 Gespräch offen beginnen <ul style="list-style-type: none"> • Angebot „Was kann ich für Sie tun?“ • Anlass „<i>Was führt Sie zu mir?</i>“ 2 Erzählen fördern - Rückmeldungen <ul style="list-style-type: none"> • Hörsignale <i>hm, ja</i>, Nicken, Blick • Unterbrechungen vermeiden • Pausen, freie Themenwahl zulassen 3 Aktiv zuhören – Verbal unterstützen <ul style="list-style-type: none"> • Zum Weitersprechen ermutigen • Äußerungen wörtlich wiederholen • Äußerungen paraphrasieren • Offen weiterfragen: „<i>Wie kam das?</i>“ 4 Verständnis sichern <ul style="list-style-type: none"> • Rückfragen „<i>Versteh ich richtig ...?</i>“ • Zusammenfassen 			<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	1 Evidenz-basiertes Vorgehen planen <ul style="list-style-type: none"> • Was ist gesichert? • Hat Diagnostik Konsequenzen? 2 Erwartungen klären <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellungen, Wünsche, Hoffnungen • „<i>Was haben Sie sich vorgestellt?</i>“ • Kontrollüberzeugungen • „<i>Was könnten Sie selbst ändern?</i>“ 3 Bisherige Befunde erklären <ul style="list-style-type: none"> • (s. Diagnose mitteilen) 4 Untersuchungs- bzw. Therapieplan <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungsmodell (SDM) sondieren • Vorschläge und Risiken besprechen • Reaktionen berücksichtigen • Konsens anstreben 		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
3 Emotionen zulassen			<input type="checkbox"/> 8	6 Resümee ziehen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4
1 Emotionen beachten <ul style="list-style-type: none"> • Verbal (z. B. Metaphern) • Nonverbal (z. B. Gestik, Mimik) 2 In Situation des Patienten einfühlen			<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	1 Gespräch zusammenfassen <ul style="list-style-type: none"> • Konsultationsgrund, Beschwerden, • Diagnose, Therapievereinbarung 2 Klärung noch offener Fragen anbieten <ul style="list-style-type: none"> • Information „<i>Haben Sie noch Fragen?</i>“ • Zufriedenheit „<i>Kommen Sie damit klar?</i>“ 3 Folgetermine vereinbaren <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchungstermine vergeben • Gesprächstermin festlegen 4 Patient verabschieden		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1
3 Empathisch antworten <ul style="list-style-type: none"> • Angemessen Hilfe und Trost anbieten • Belastungen, Bewältigung anerkennen 4 Emotionale Öffnung fördern <ul style="list-style-type: none"> • Ansprechen „<i>Ich nehme wahr, dass ...?</i>“ • Benennen „<i>Sie sind dann traurig?</i>“ • Klären „<i>Was fühlen Sie dann?</i>“ • Interpretieren „<i>Ihre Angst kommt vielleicht von ...</i>“ 				5 Dokumentation vervollständigen <ul style="list-style-type: none"> • Kodierung und Gesprächseindrücke • Themen für Folgegespräche 		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 [<input type="radio"/> = nicht erfüllt; <input type="radio"/> 1 = erfüllt]						<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 [<input type="radio"/> 0 = nicht erfüllt ... <input type="radio"/> 4 = voll erfüllt]

Abb. 44.2: Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)

44.3 Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK-DD)

Nachfolgend (nächste Seite) wird der Kölner Evaluationsbogen KEK-DD wiedergegeben, wie er in OSCE-Verfahren bei Studierenden und in der Fortbildung eingesetzt wird. In den Kapiteln (§ 29, 30) wurden die Details zu allen Schritten/Funktionen zum Thema *Diabetes* und *Depression* ausführlich erläutert.

s. nächste Seite

Abb. 44.3: Kölner Evaluationsbogen Kommunikation –
Diabetes und Depression (KEK-DD)

44. Anhänge

Kölner Evaluationsbogen Kommunikation – DD						KEK-DD
OSCE-Checkliste zur ärztlichen Gesprächsführung bei Ko-Morbidität: Diabetes, Depression						12009
© Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln						22018
Nr.	Kurs	Interviewer	Datum	Patient (SP)	Rater	Summe:
						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 73
1 Allgemeine Anamnese			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 18	4 Zusatzsymptome Depression		<input type="checkbox"/> 7
1 Beziehung herstellen <ul style="list-style-type: none"> Begrüßen und Vorstellen Situieren und Orientieren (Zeit, Ziele) 2 Anliegen anhören <ul style="list-style-type: none"> Erzählen fördern Aktiv zuhören und unterstützen 3 Emotionen zulassen <ul style="list-style-type: none"> Empathisch antworten Emotionale Öffnung fördern 4 Details explorieren <ul style="list-style-type: none"> Beschwerden-Dimensionen erfragen Allgemeine Anamnese vervollständigen 5 Vorgehen abstimmen <ul style="list-style-type: none"> Informationsstand/Erwartungen klären Therapieplan aushandeln (SDM) 6 Resümee ziehen			0 1 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1	1 Konzentration „Wie steht es mit Ihrer Konzentrationsfähigkeit (bei Arbeit, Zeitungslektüre)?“ 2 Selbstvertrauen „Wie würden Sie Ihr Selbstwertgefühl (Selbstvertrauen) einschätzen?“ 3 Schuldgefühle „Machen Sie sich oft Selbstvorwürfe?“ 4 Zukunftsperspektive „Wie sehen Sie Ihre Zukunft – eher optimistisch oder eher pessimistisch?“ 5 Schlaf „Wie (gut) ist Ihr Schlaf?“ 6 Appetit „Wie ist Ihr Essverhalten, Appetit?“ 7 Suizidalität „Denken Sie manchmal, dass Sie lieber tot wären?“		0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1
2 Anamnese Diabetes			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20	5 Anamnese Depression (Forts.)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
1 Symptome <ul style="list-style-type: none"> Durst, Übelkeit etc. Unterzuckerung, Nykturie etc. 2 Beginn und Verlauf <ul style="list-style-type: none"> Diagnose wann, von wem gestellt? Phasen (Befinden, Befunde) 3 Voruntersuchungen <ul style="list-style-type: none"> Überweisungen (Facharzt) Einweisungen (aktueller Anlass) 4 Vorbehandlungen <ul style="list-style-type: none"> Therapiepläne (Ernährung, Insulin etc.) Therapieerfolge (Adhärenz, Coping etc.) 5 Anamnese vervollständigen <ul style="list-style-type: none"> Risikofaktoren (KHK; Cholesterin) Begleit-/Folgeerkrankungen (KHK, Retinopathie, Nephropathie etc.) 			0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4	1 Entstehung und Verlauf <ul style="list-style-type: none"> Beginn „Wann hat das angefangen?“ Phasen/Episoden „Was waren die schlimmsten Zeiten?“ „Gab es Zeiten der Besserung?“ 2 Subjektive Vorstellungen <ul style="list-style-type: none"> Konzepte „Was stellen Sie sich unter einer Depression etc. vor?“ Erklärungen „Sehen Sie selbst Ursachen?“ 3 Befunde und Vorbehandlungen <ul style="list-style-type: none"> Diagnosen bei Komorbidität „Weswegen waren Sie schon mal in Behandlung (Depression, Angst etc.)?“ Therapien (Medikation, Psychotherapie) 		0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
3 Anamnese Depression			<input type="checkbox"/> 4	6 Vorgehen abstimmen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12
1 Einleitung offen „Wie geht es Ihnen seelisch?“ 2 Verdachtsdiagnose: 2-Fragen-Test <ul style="list-style-type: none"> Hauptsymptom 1 „Fühlten Sie sich in letzten 14 Tagen überwiegend niedergeschlagen, traurig oder deprimiert?“ Hauptsymptom 2 „Hatten Sie in den letzten 14 Tagen überwiegend das Interesse an Dingen verloren, die Ihnen sonst Freude bereiten?“ 3 Anschlussfrage nach Bejahung <ul style="list-style-type: none"> Hauptsymptom 3 „Fühlten Sie sich in dieser Zeit überwiegend müde und erschöpft?“ 			0 1 0 1 0 1	1 Erwartungen klären <ul style="list-style-type: none"> Vorstellungen, Wünsche, Befürchtungen „Was könnte Ihrer Ansicht nach helfen?“ Kontrollüberzeugungen „Was können Sie an Ihrem Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.) ändern?“ 2 Informationen vermitteln <ul style="list-style-type: none"> Info-Bedarf „Haben Sie noch Fragen?“ Diabetesfolgeschäden/Prävention Komorbidität: „In depressiven Phasen scheinen Sie Ihre Selbstfürsorglichkeit extrem zu vernachlässigen“ 3 Therapieplan aushandeln (SDM) <ul style="list-style-type: none"> Adhärenz bzw. Therapiewechsel Psychotherapie bzw. Konsil Themen/Ziele für Folgetermine (Visite) 		0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
0 1 [0 = nicht erfüllt; 1 = erfüllt]			0 1 2 3 4 [0 = nicht erfüllt ... 4 = voll erfüllt]			

44.4 Abkürzungen nach KEK für Gesprächsanalysen

Wir haben bei den meisten Beispielen eine *Kommentarspalte* eingefügt, in der u. a. die Kategorien aus dem Manual/KEK angeführt werden (s. u. B 44.1). Um aus Platzgründen die Kommentarspalten zu den Beispielen zu entlasten, benutzen wir im Praxisteil zum Manual (§ 18-23) folgende Abkürzungen für die einzelnen Schritte/Funktionen (1-6) des Manuals:

	Kürzel	Kategorie	Kurzform
1	BA	Beziehung aufbauen	Beziehung-A
2	AA	Anliegen anhören	Anliegen-A
3	EZ	Emotionen zulassen	Emotionen-Z
4	DE	Details explorieren	Details-E
5	VA	Vorgehen abstimmen	Vorgehen-A
6	RZ	Resümee ziehen	Resümee-Z

Darüber hinaus werden für die Sub-Kategorien gelegentlich Kürzel gebraucht, die dann zumeist in den Kontext der höheren Kategorie(n) gestellt werden, also z. B.:

2 AA: AZ: Paraphrase

(= 2 Anliegen Anhören: Aktiv Zuhören: Äußerung paraphrasieren).

Wie das Beispiel zugleich zeigt, werden auch Kurzformen benutzt („Paraphrase“ statt „Äußerung paraphrasieren“ oder „Wiederholung“ statt „Äußerung wörtlich wiederholen“ usw.). Wegen der besseren Lesbarkeit sollen nach Möglichkeit die ausgeschriebenen Formen oder aber statt der Kürzel möglichst (längere) Kurzformen benutzt werden. Nachfolgend wird eine Reihe von Kürzeln und Kurzformen exemplarisch aufgelistet. Weitere Kürzel werden möglichst sparsam im laufenden (Kon-)Text eingeführt und gegebenenfalls erneut wiederaufgenommen und jeweils „an Ort und Stelle“ erläutert. Die wesentlichen Merkmale der im Praxisteil nachfolgenden Gesprächs-„Texte“ (=Transkripte) wurden bereits am Ende der Einleitung (§ 1) angeführt.

44. Anhänge

	Kürzel	Kategorie	Kurzform
1	BA	Beziehung aufbauen	Beziehung-A
	RM	Rahmen	
	BG	Begrüßung	
	VOR	Vorstellung	
	SIT	Situierung	
	ORI	Orientierung	
2	AA	Anliegen anhören	Anliegen-A
	EÖF	Eröffnungsfrage	Eröffnungs-F
	KG	Konsultationsgrund	Konsult-G
	EF	Erzählen fördern	Erzählen-F
	HS	Hörersignal	Hörer-S
	UB(V)	Unterbrechung (vermeiden)	Unterb-V
	AZ	Aktiv zuhören	Aktiv-Z
	WW	Wörtliche Wiederholung	Wiederhol
	PP	Paraphrasieren	Paraph
	VS	Verständnis sichern	V-Sichern
	RF	Rückfragen	Rück-F
	ZF	Zusammenfassen	Zusam-F
	3	EZ	Emotionen zulassen
EA		Empathisch antworten	Empathisch-A
BA		Belastung anerkennen	Belastung-A
HA		Hilfe anbieten	Hilfe-A
EÖF		Emotionale Öffnung fördern	Emo-Ö-F
ANS		Ansprechen	
BEN		Benennen	
KLÄ		Klären	
INT		Interpretieren	
4	DE	Details explorieren	Details-E
	BD	Beschwerde-Dimension	Beschwerde-D
	LOK	Lokalisation	
	QUA	Qualität	
	BEG	Begleitzeichen	
	FS	Funktionsstörung	Funktions-S
	BZ	Begleitzeichen	Begleit-Z
	ZT	Zeit	
	KD	Kondition	Kond
	SV	Subjektive Vorstellung	Subj-Vor
	AV	Anamnese vervollständigen	Anamnese-V

44. Anhänge

5	VA	Vorgehen abstimmen	Vorgehen-A
	EK	Erwartungen klären	Erwartungen
	VW	Vorstellungen/Wünsche	Vorst/Wünsche
	KÜ	Kontrollüberzeugungen	Kontroll-Ü
	BE	Befunde erklären	Befunde
	DM	Diagnose Mitteilen	Diagnose-M
	WBE	Wissen und Bedarf erkunden	W-B-Erkunden
	INFO	Informationen geben	Info geben
	FS	Fragen stimulieren	Fragen-Stim
	DTP	Diagnostik/Therapie planen	DT-Planen
	BMOD	Beziehungsmodell klären	Bez-Modell
	ORIS	Optionen-Risiken besprechen	Opt-Risiken
	KS	Konsens anstreben	Konsens
6	RZ	Resümee ziehen	Resümee-Z
	GZ	Gespräch zusammenfassen	G-Zus-F
	KOF	Klärung offener Fragen	Klärung-OF
	FTV	Folgetermine vereinbaren	Folgetermine-V
	PV	Patient verabschieden	Verabschieden
	usw.		

Tab. 44.1: Kürzel und Kurzformen (Auswahl Kategorien Manual/KEK)

Am folgenden Beispiel (B 44.1) sei der Gebrauch von Kürzeln bzw. Kurzformen in der Kommentarspalte illustriert. Der Einfachheit halber werden die übergeordneten Kategorien (2 AA: EF) etwa bei den relativ häufigen Hörersignalen (HS) auch weggelassen. In Zweifelsfällen ist ein Abgleich mit dem „Gesamtvokabular“ im *Kölner Evaluationsbogen Kommunikation* (KEK) sinnvoll, der im Anhang des Lehrbuchs angeführt und bei Interesse als Ausdruck (im DIN-A-4-Format) zur Anlage bei den jeweiligen Beispielen aus dem Praxisteil benutzt werden kann.

B 44.1	„Wo sind Ihre Hauptbeschwerden?“	Kommentar
01	A [beide setzen sich] so Frau A, was führt Sie her? .	1 BA: Anrede und 2 AA: Eröffnungs- frage: Konsult- Grund
02	P also, allgemein jetzt ähm ... [Blick überlegend nach links oben]	Beginn der Ant- wort
03	A wo sind Ihre Hauptprobleme, was/oder	Frühe UB und

		Hauptbeschwerden, weswegen Sie kommen? .	verbales Trichtern 2 AA: Eröffnungs- F: Beschwerden
04	P	öfters schon mal Herzschmerzen, also Stiche in der Herzgegend .	Fokus: „Hauptbe- schwerden“
05	A	seit wann haben [P: Blick überlegend] Sie diese Stiche? ... [3] ...	4 DE: Beschwerde-D: Zeit
06	P	schon etwas länger, also 2001 war es ganz schlimm, und da hab ich denn auch die Mandeln entfernt bekommen .	Zuletzt anhalten- der Blickkontakt von P auf A
07	A	ja .	2 AA: EF: HS
08	P	das war beim Dr. Müller noch .	Vorbehandlung

44.5 Dokumentation von Lebensnarrativen

Auf der folgenden Seite findet sich das exemplarische Lebensnarrativ eines Patienten (Abb. 44.4), das aus den Gesprächsdaten von zwei Visiten zusammengestellt wurde (Koerfer et al. 2005). Die Methodik der Erstellung und Interpretation solcher Lebensnarrative war vorausgehend schon andernorts (Koerfer et al. 2000, 2005, 2010, Köhle, Koerfer 2017) und in diesem Lehrbuch jeweils in Anlehnung an Gergen (1998 und 2002) in Theorie und Praxis beschrieben und anhand von empirischen Gesprächsbeispielen erläutert und illustriert worden (§ 9.2.4, 19.7.5, 19.8.6). Wie ebenfalls schon erläutert wurde (§ 23.6.3), kann das Verfahren bei Interesse so oder so ähnlich für die eigene Forschungs- und Gesprächsführungspraxis als „leeres“ Muster (auf der übernächsten Seite) (auch per Hand nach Ausdruck auf Papier) für eigene Einträge zu individuellen Patienten benutzt werden.

Darüber hinaus sei nochmals darauf verwiesen, dass eine weitere Entwicklungsstufe des Verfahrens durch die direkte Beteiligung der Patienten erreicht werden kann, die anhand ihrer eigenen Lebensereignisse und persönlichen Erlebnisse die Erstellung ihrer eigenen evaluativen Lebenskurve mitgestalten können. Bei der gemeinsamen Gestaltung kämen auch mögliche Konvergenzen und Divergenzen in den professionellen und Laien-Sichtweisen der Beteiligten auf das Leben und die Erkrankung des Patienten zum Ausdruck, was in weiteren Gesprächen zu berücksichtigen wäre. So könnte die gemeinsame Gesprächsarbeit an

44. Anhänge

einem solchen Lebensnarrativ zum besseren Fremd- und Selbstverständnis der Kranken- und Lebensgeschichte von Patienten beitragen.

s. Abbildungen auf den nächsten beiden Seiten

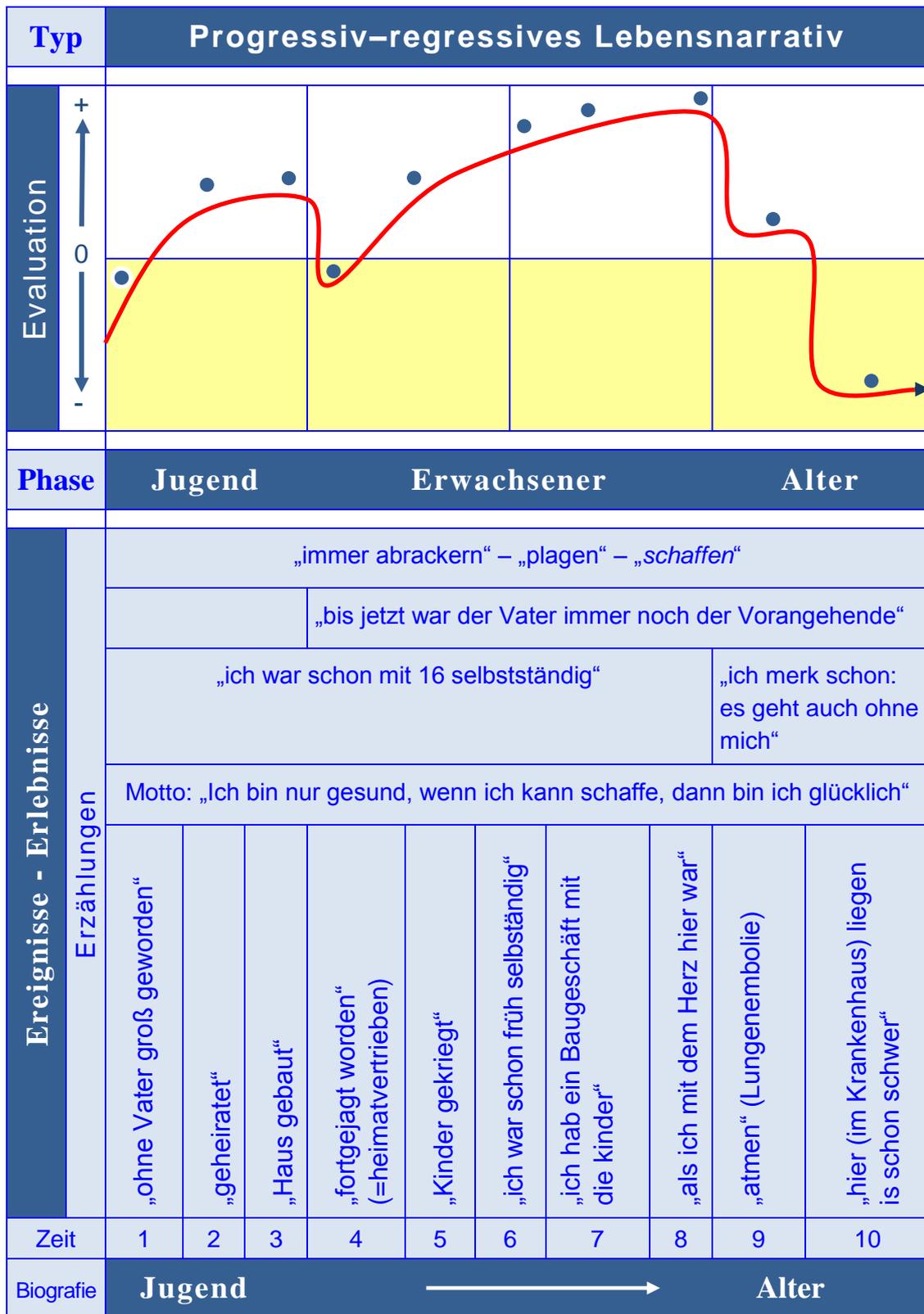


Abb. 44.4: Lebensnarrativ: „Ich bin nur mit Arbeit glücklich“ (n. Koerfer et al. 2005)

44. Anhänge

Typ		Lebensnarrativ										
Evaluation	+											
	-											
Phase		Jugend			Erwachsener				Alter			
Ereignisse - Erlebnisse	Erzählungen											
		Lebensmotto:										
	Zeit		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Biografie		Jugend			→				Alter		

Abb. 44.5: Lebensnarrativ: „So sehe ich mein / dein Leben“ (Muster zum Ausfüllen)

44.6 Transkriptionsregeln und Transkriptformular

Der Sinn und Zweck der Aufzeichnung und Transkription von Gesprächen ist vorausgehend im Kapitel zur „Interdisziplinären Gesprächsforschung (§ 2) ausführlich erörtert worden, so dass wir uns hier auf die wesentlichen Aspekte beschränken können: Das Ausmaß der „Verschriftlichung“ mündlicher Kommunikation sollte die *Lesbarkeit* nicht gefährden. Es wurde eine *literarische* Umschrift gewählt, mit der der Mündlichkeit eines Gesprächs in gewissem Umfang Rechnung getragen werden soll („kommste“ = „kommst du“). Hörerrückmeldungen (wie „hm“, „ja“, „aha“), die eine Redefortsetzung des aktuellen Sprechers „as if uninterrupted“ erlauben, werden in einer eigenen Zeile notiert (vgl. Duncan 1974, Ehlich 1979, Flader, Koerfer 1983, Koerfer et al. 2000, 2009, 2010). Gleichzeitiges (simultanes) Sprechen von Arzt und Patientin wurde nur in offensichtlichen („unüberhörbaren“) Fällen mit eckigen Klammern berücksichtigt. Da bei ansonsten normaler Interpunktion abweichend Punkte durch Kommata ersetzt und Punkte ausschließlich als Pausenzeichen verwendet werden, wird die entsprechende Großschreibung nach Punkten aufgehoben. Einige Zeichen (wie zum Blickkontakt) wurden aus den genannten Gründen der Komplexitätsreduktion zugunsten besserer Lesbarkeit nicht systematisch und obligatorisch, sondern je nach spezifischen Analysezielen (wie in Beispiel 2.1 in § 2.3.4) fakultativ benutzt. Die Gesprächstranskriptionen variieren in diesem Lehrbuch nicht nur dem jeweiligen Forschungsinteresse entsprechend, sondern sie folgen den Erfordernissen der wissenschaftlichen Sachanalyse und didaktischen Reduktion. Im Wesentlichen werden folgende Transkriptionszeichen verwendet:

44. Anhänge

Zeichen	Transkriptionserläuterungen
A	Ärztin, Arzt
P	Patient(in)
MA	Medizinische(r) Assistent(in)
[zeigt an Hals]	Kommentare (nonverbal usw.)
hier [Akte]	Kommentare (kognitiv, gemeint: Patientenakte)
Wort . Wort	kurze Pause (kein Satzzeichen!)
Wort ... Wort	mittlere Pause
..... [5]	Pause von ca. 5 Sekunden
ähm	gefüllte Pause des Sprechers (turn-intern)
hm	Hörersignal (Beispiel 1)
ach	Hörersignal (Beispiel 2)
aha	Hörersignal (Beispiel 3)
ja?	Hörersignal (Beispiel 4 mit Frageintonation)
ge:stern	betont
hat er/hat sie	Selbstkorrektur
P [simultan zu Sprecher A
A [simultan zu Sprecher P
[+]	Blickkontakt besteht
[-]	Blickkontakt unterbrochen
[lt-]	Beginn „lauter“ (relativ zu „normal“)
[-lt]	Ende „lauter“ (Rückkehr zu „normal“)
[ls-]	Beginn „leiser“ (relativ zu „normal“)
[-ls]	Ende „leiser“ (Rückkehr zu „normal“)
[s-]	Beginn „schneller“ (relativ zu „normal“)
[-s]	Ende „schneller“ (Rückkehr zu „normal“)
[l-]	Beginn „langsamer“ (relativ zu „normal“)
[-l]	Ende „langsamer“ (Rückkehr zu „normal“)
(Wort)	vermuteter Wortlaut (unverständlich)
Wort-	Beitrag/Intonation (noch) schwebend
Wort=Wort	schneller Anschluss
haste	literarische Umschrift (= hast du)
könnwer	literarische Umschrift (= können wir)
usw.	

Tab. 44.2: Transkript-Formular

44.7 NEUROGES Kurzskalen

Material: Kodieranleitung, Kodierbeispiel, Kodierbogen, Bildlexikon für Handbewegungen, Bildlexikon für Handpositionen (das ausführliche Kodiermanual ist von H. Lausberg erhältlich)

Kodieranleitung

Die beiden Bildlexika zeigen die Verhaltensphänomene (Values), die mit den NEUROGES Kurzskalen kodieren werden. Es handelt sich dabei um Ruhepositionen und Bewegungen der oberen Extremitäten (Hand-Arm-Schulter), im Folgenden bezeichnet als Handpositionen bzw. Handbewegungen.

Das Bildlexikon für Handpositionen zeigt 3 Values, die durch die räumliche Beziehung zwischen den beiden ruhenden Händen, bezogen auf die Fingergrundgelenke, definiert sind (ungekreuzt ohne Kontakt, ungekreuzt mit Kontakt, gekreuzt) sowie 1 Value, mit dem der Übergang von einer Handposition zur anderen markiert wird (Positionswechsel).

Das Bildlexikon für Handbewegungen zeigt 16 Values, die durch die Kombination von zwei Bewegungsparametern, Fokus und Struktur, definiert sind. Die Struktur (phasisch, repetitiv, irregulär) ist primär definiert durch den Raumweg, der bei der Bewegung zurückgelegt wird. Der Fokus bezieht sich auf den Wirkort der Bewegung (körperintern, am Körper, am körperverbundenen Objekt, am körperfernen Objekt, im Raum, an anderer Person).

Auf dem Kodierbogen finden Sie in dem Feld rechts die 20 Values mit den dazugehörigen Kodierkürzeln. In den 6 Doppelzeilen wird in der oberen, mit T markierten Zeile das Verhalten des/r Therapeuten/in (T) mit den Kodierkürzeln annotiert, in der unteren, mit K markierten Zeile das Verhalten des/r Klienten/in (K). Dabei wird das Verhalten fortlaufend von links nach rechts, beginnend in der ersten Doppelzeile kodiert, dann folgt die zweite Doppelzeile usw.

Jede Doppelzeile enthält 20 Doppelfelder, die für die einzelnen interaktiven Ereignisse bestimmt sind. Ebenso wie die verbale Interaktion auf einer Abstimmung der Partner beruht, zum Beispiel T hört zu, während K über sein Problem spricht, gilt dies auch für die nonverbale Interaktion, zum Beispiel T's Hände ruhen ungekreuzt, während K's Hände phasisch im Raum agieren, oder T's Hände führen irreguläre Bewegungen am Körper aus, während K's Hände dies ebenfalls tun. Das von

T und *K* simultan gezeigte Verhalten markiert ein interaktives Ereignis, das in einem Doppelfeld eingetragen wird: oben der Value von *T*, unten der Value von *K*.

Sobald einer der beiden Partner sein Verhalten ändert, d. h. einen anderen Value zeigt, rücken Sie beim Kodieren zum nächsten Doppelfeld vor, da sich nun auch die nonverbale Beziehung zwischen beiden geändert hat (neues interaktives Ereignis). Eine Verhaltensänderung ist dabei definiert durch einen Wechsel von einem der 20 Values zu einem anderen, z. B. *von repetitiv am Körper zu Hände gekreuzt*, oder durch einen Wechsel der Lateralität, d. h. rechte Hand, linke Hand, oder beidhändig, innerhalb eines Handbewegung-Values, z. B. von einer rechtehändigen *repetitiv im Raum* Bewegung zu einer beidhändigen *repetitiv im Raum* Bewegung. Wie dem Bildlexikon zu entnehmen ist, wird eine Handposition nur dann kodiert, wenn beide Hände ruhen. Wenn eine Hand ruht, während die andere Hand sich bewegt, wird demnach die Handbewegung kodiert. Bei beidhändigen Bewegungen agieren rechte und linke Hand in der Regel gemeinsam, d. h. sie zeigen den gleichen Value. In dem seltenen Fall, in dem beide Hände zeitgleich zwei verschiedene Handbewegung-Values ausführen, notieren Sie beide Values in einem Feld.

Kodierbeispiel

Interaktives Ereignis 1: Zeigt *T* eine Handbewegung, die Sie als phasisch im Raum (*PIR*) identifizieren, und *K* zeigt zeitgleich eine Ruheposition, die Sie als Hände ungekreuzt ohne Kontakt (*II*) identifizieren, so tragen Sie den Value *PIR* in das erste Feld der oberen, mit dem Buchstaben *T* gekennzeichneten Zeile und direkt darunter das Kodierkürzel *II* in das erste Feld der unteren, mit dem Buchstaben *K* gekennzeichneten Zeile ein.

Interaktives Ereignis 2: Beginnt *K* nun mit einer Handbewegung, die Sie ebenfalls als phasisch im Raum (*PIR*) identifizieren, während die phasische Bewegung im Raum (*PIR*) von *T* andauert, so tragen Sie den Value *PIR* in das zweite Feld der unteren Zeile ein und verlängern den Value *PIR* in der oberen Zeile mit einem horizontalen Strich im zweiten Feld.

Interaktives Ereignis 3: Nimmt *T* nun eine Handposition ein, bei der die Hände ungekreuzt mit Kontakt (*V*) ruhen, während *K* mit einer Hand

44. Anhänge

eine irreguläre Bewegung am Körper (IAK) zeigt, so tragen Sie den Value *II* in das dritte Feld der oberen T-Zeile und den Value *IAK* in das dritte Feld der unteren K-Zeile ein.

Interaktives Ereignis 4: Ruhen *T*'s Hände weiterhin ungekreuzt mit Kontakt (*V*), während *K* eine Ruheposition annimmt, bei der die Hände gekreuzt (*X*) sind, verlängern Sie den Value in der T-Zeile mit einem horizontalen Strich im vierten Feld und tragen den Value *X* in das vierte Feld der K-Zeile ein.

NEUROGES Kurzskalen - Kodierbogen für Handbewegungsverhalten

Therapeut_in (T): _____ Klient_in (K): _____ Datum: _____ Seite: _____

	PIR	V	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
T	→	→										
K	II	PIR	IK	X								

Handbewegungen:

Irregulär:

- IKI** = Irregulär KörperIntern
- IAK** = Irregulär Am Körper
- IKV** = Irregulär am Körper-Verbundenen Objekt
- IKF** = Irregulär am Körper-Fernen Objekt

Abb. 44.6: Beispielkodierung NEUROGES Kurzskalen



Abb. 44.7: NEUROGES Kurzskalen – Kodierbogen für Handbewegungen

44. Anhänge

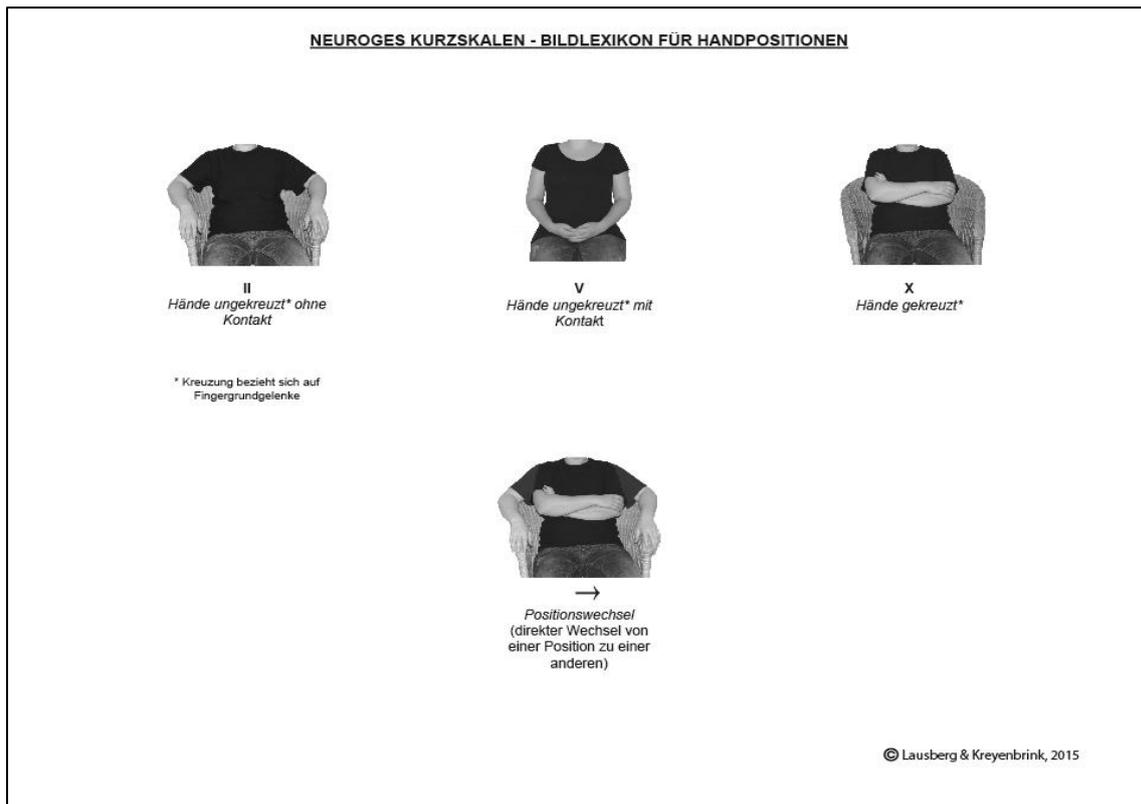


Abb. 44.9: NEUROGES Kurzskalen – Bildlexikon für Handpositionen

Bibliographie

- Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT (2017): Health literacy is associated with health behavior and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology* 24 (17), 1880-8. [↗](#)
- Abbott HP (2008): *The Cambridge Introduction to Narrative*. Cambridge: University Press.
- Abholz HH (1994): Plädoyer für den Paternalismus in der ärztlichen Betreuung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 70 (23), 927-37.
- Abraham K (1912): Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. In: *Psychoanalytische Studien, Bd II*. Frankfurt/M: Fischer.
- Abraham NS, Naik AD, Street RL Jr. (2012): Shared decision making in GI clinic to improve patient adherence. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 10 (8), 825-7. [↗](#)
- Ackel-Eisnach K, Raes P, Hönikl L, Bauer D, Wagener S, Möltner A, Jünger J, Fischer MR (2015): Is German medical education research on the rise? An analysis of publications from the years 2004 to 2013. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 32 (3), Doc30. [↗](#)
- Adams KE, O'Reilly M, Romm J, James K (2006): Effect of Balint training on resident professionalism. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 195 (5), 1431-7. [↗](#)
- Adler RH (2000): *Psychosomatik als Wissenschaft*. Stuttgart: Schattauer.
- Adler RH (2009): Anamnese und körperliche Untersuchung. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Uexküll v T, Weslack W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. München, etc.: Urban & Fischer.
- Adler RH (2011): Anamnese und körperliche Untersuchung. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 328-38.
- Adler RH, Hemmeler W (1989): *Praxis und Theorie der Anamnese*. 2. Aufl. Stuttgart: Fischer.
- Adler RH, Hemmeler W (1992): *Anamnese und Körperuntersuchung*. Jena: Gustav Fischer Verlag.
- Agledahl KM, Gulbrandsen P, Førde R, Wifstad Å (2011): Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *Journal of Medical Ethics* 37 (11), 650-4. [↗](#)

Bibliographie

- Aiarzaguena JM, Gaminde I, Clemente I, Garrido E (2013): Explaining medically unexplained symptoms: Somatizing patients' responses in primary care. *Patient Education and Counseling* 93 (1), 63-72. [↗](#)
- Aiarzaguena JM, Grandes G, Gaminde I, Salazar A, Sanchez A, Arino JA (2007): A randomized controlled clinical trial of psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Journal of Psychological Medicine* 37, 283-94. [↗](#)
- Albanese MA, Mejicano G, Anderson WM, Gruppen L (2010): Building a competency-based curriculum: the agony and the ecstasy. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice* 15 (3), 439-54. [↗](#)
- Albanese MA, Mejicano G, Mullan P, Kokotailo P, Gruppen L (2008): Defining characteristics of educational competencies. *Medical Education* 42 (3), 248-55. [↗](#)
- Albani C, Pokorny D, Blaser G, König S, Geyer M, Thomä H, Kächele H (2002): Zur empirischen Erfassung von Übertragung und Beziehungsmustern. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 52 (5), 226-35. [↗](#)
- Albardiaz R, Stokell R, Gavriel J (2014): Teaching non-verbal communication skills: an update on touch. *Education for Primary Care* 25 (3), 164-70. [↗](#)
- Albus C (2006): Psychokardiologische Versorgung: Was empfehlen die aktuellen Leitlinien? *Psychoneuro* 32 (5), 247-50. [↗](#)
- Albus C (2010): Psychological and social factors in coronary heart disease. *Annals of Medicine* 42 (7), 487-94. [↗](#)
- Albus C (2014): Grundkonzepte der psychosomatischen Medizin. In: Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G (Hg.): *Psychokardiologie*. 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 49-57.
- Albus C, Barkhausen J, Fleck E, Haasenritter J, Lindner O, Silber S on behalf of the German National Disease Management Guideline „Chronic CHD“ development group (2017): The diagnosis of chronic coronary heart disease. *Deutsches Ärzteblatt International* 114 (42), 712-9. [↗](#)
- Albus C, Beutel ME, Deter HC, Fritzsche K, Hellmich M, Jordan J, Juenger J, Krauth C, Ladwig KH, Michal M, Mueck-Weymann M, Petrowski K, Pieske B, Ronel J, Soellner W, Waller C, Weber C, Herrmann-Lingen C (2011): A stepwise psychotherapy intervention for reducing risk in coronary artery disease (SPIRR-CAD) - rationale and design of a multicenter, randomized trial in depressed patients with CAD. *Journal of Psychosomatic Research* 71 (4), 215-22. [↗](#)
- Albus C, Bjarnason-Wehrens B, Gysan DB, Herold G, Schneider CA, Eulenburg C, Predel HG (2012): Effekte einer multimodalen Intervention zur Primärprävention kardiovaskulärer Krankheiten auf Depressivität, Angst

Bibliographie

- und Typ-D Muster: Erste Ergebnisse der randomisierten, kontrollierten PräFord-Studie. *Herz* 37 (1), 59-62. [↗](#)
- Albus C, Haas M (2014): Grundzüge kardiologischer Erkrankungen. In: Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G (Hg.): *Psychokardiologie*. 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 5-48.
- Albus C, Herrmann-Lingen C (2017): Koronare Herzkrankheit: Biopsychosoziale Aspekte zur Ätiologie und Pathogenese einer Volkskrankheit. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): *Psychosomatische Medizin*. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 865-76.
- Albus C, Köhle K (2011): Krankheitsverarbeitung und Psychotherapie nach Herzinfarkt. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 887-99.
- Albus C, Köhle K (2017): Krankheitsverarbeitung und Psychotherapie nach Herzinfarkt. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 877-87.
- Albus C, Kreutz S, Köllner V (2011): Psychokardiologie als Beispiel für die Integration von kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Aspekten. *Psychotherapie im Dialog* 12 (1), 2-7. [↗](#)
- Albus C, Kruse J, Wöller W (2018): „Hätte ich die Beschwerden nicht, wäre alles gut“. Patienten mit somatoformen Störungen. In: Wöller W, Kruse J (Hg.): *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Basisbuch und Praxisleitfaden*. 5. Aufl. Stuttgart, etc.: Schattauer, 397-408.
- Albus C, Kulzer B, Petrak F, Kruse J, Hirsch A, Herpertz S (2004): Psychosoziales und Diabetes mellitus. *Diabetes und Stoffwechsel* 13, 77-82.
- Albus C, Ladwig KH, Herrmann-Lingen C (2014): Psychokardiologie: Praxisrelevante Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 139: 596-601. [↗](#)
- Albus C, Matthes J (2014): Maßnahmen zur Förderung der Therapieadhärenz. *MMW Fortschritte der Medizin* 156 (4), 54-5. [↗](#)
- Albus C, Wöller W, Kruse J (2018): Die körperliche Seite nicht vergessen. Patienten mit somatischen und „psychosomatischen“ Beschwerden. In: Wöller W, Kruse J (Hg.): *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Basisbuch und Praxisleitfaden*. 5. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart, etc.: Schattauer, 409-20.
- Alheit P, Herzberg H (2018): Geteilte Entscheidungsprozesse? Konkurrierende Wissensordnungen in der Arzt-Patienten-Beziehung. In: Hensen P, Stamer M (Hg.): *Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Springer, 253-69.

Bibliographie

- Allert G, Gommel M, Tamulionytė L, Appelt M, Zenz H, Kächele H (2002): Das interdisziplinäre Längsschnittcurriculum „Medizinische Psychologie, Psychotherapie und Psychosomatik“ an der Universität Ulm. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 52 (8), 355-62. [↗](#)
- Alonso Y (2004): The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling* 53 (2), 239-44. [↗](#)
- Ambady N, Koo J, Rosenthal R, Winograd CH (2002): Physical Therapists' Nonverbal Communication Predicts Geriatric Patients' Health Outcomes. *Psychology and Aging* 17 (3), 443-52. [↗](#)
- American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR. 4. Auflage. Washington DC: B & T.
- Anandarajah G, Hight E (2001): Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician* 63 (1), 81-9. [↗](#)
- Anderson H (1999): Das therapeutische Gespräch. Der gleichberechtigte Dialog als Perspektive der Veränderung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Angelelli CV (2004): Medical interpreting and cross-cultural communication. Cambridge: University Press.
- Angus LE (1996): An intensive analysis of metaphor themes in psychotherapy. In: Mio J, Katz A. (eds.): *Metaphor: Pragmatics and Applications*. Hillsdale: Lawrence Earlbaum, 34-51.
- Angus LE, Rennie DL (1988): Therapist participation in metaphor generation: collaborative and non-collaborative styles. *Psychotherapy* 25 (4), 552-60. [↗](#)
- Angus LE, McLeod J (2004): *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory and Research*. London, etc.: Sage Publications.
- Anschütz F (1988): *Ärztliches Handeln*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Antaki C (2008): Formulations in psychotherapy. In: Peräkylä A, Antaki C, Vehviläinen S, Leudar I (eds.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: University Press, 26-43.
- Antepohl W, Herzig S (1999): Problem-based learning versus lecture-based learning in a course of basic pharmacology: a controlled, randomized study. *Medical Education* 33 (2): 106-13. [↗](#)
- Antonovsky A (1987): The salutogenic perspective: toward a new view of health and illness. *Advances* 4 (1), 47-55. [↗](#)
- Antonovsky A (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.

Bibliographie

- Apel KO (1990): Ist Intentionalität fundamentaler als sprachliche Bedeutung? Transzendentalpragmatische Argumente gegen die Rückkehr zum semantischen Intentionalismus der Bewußtseinsphilosophie. In: Forum für Philosophie Bad Homburg (Hg.): Intentionalität und Verstehen. Frankfurt/M: Suhrkamp, 13-54.
- Apel KO, Kettner M (Hg.) (1992): Zur Anwendung der Diskursethik in Politik, Recht und Wissenschaft. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Apfelbaum B, Müller H (Hg.) (1998): Fremde im Gespräch. Frankfurt/M: IKO-Verlag.
- Arbeitskreis PISO (Hg.) (2012): Somatoforme Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Archer JC (2010): State of the science in health professional education: effective feedback. *Medical Education* 44 (1), 101-8. [↗](#)
- Argelander H (1968): Gruppenanalyse unter Anwendung des Strukturmodells. *Psyche* 22 (12): 913-33.
- Argelander H (1970): Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Argelander H (1976): Im Sprechstunden-Interview bei Freud: Technische Überlegungen zu Freuds Fall „Katharina...“. *Psyche* 30 (8), 665-702.
- Argyle M (1972): Soziale Interaktion. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Argyle M (1983): Doctor-patient skills. In: Pendleton D, Hasler J (eds.): *Doctor-Patient Communication*. London: Academic Press, 57-74.
- Argyle M (1992): *Körpersprache & Kommunikation*. 6. Aufl. Paderborn: Junfermann.
- Argyle M (2013): *Körpersprache & Kommunikation: Nonverbaler Ausdruck und soziale Interaktion*. 10. überarbeitete Neuaufl. Paderborn: Junfermann.
- Armstrong D (2005): The myth of concordance: response to Stevenson and Scambler. *Health* 9 (1), 23-7. [↗](#)
- Arnold CL, Coran JJ, Hagen MG (2012): Revisiting patient communication training: An updated needs assessment and the AGENDA model. *Patient Education and Counseling* 88 (3), 399-405. [↗](#)
- Arntfield SL, Slesar K, Dickson J, Charon R (2013): Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. *Patient Education and Counseling* 91 (3), 280-6. [↗](#)
- Aronsson K, Rundström B (1988): Child discourse and parental control in paediatric consultations. *Text & Talk. An Interdisciplinary Journal of Language, Discourse & Communication Studies* 8 (3), 159-89. [↗](#)
- Arora NK (2003): Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine* 57 (5), 791-806. [↗](#)

Bibliographie

- Ärzttekammer Nordrhein (2015): Kommunikation im medizinischen Alltag – Ein Leitfaden für die Praxis. Düsseldorf: Ärztekammer Nordrhein. [↗](#)
- Asendorpf J, Wallbott HG (1982): Contributions of the German "expression psychology" to nonverbal communication research. Part I: Theories and concepts. *Journal of Nonverbal Behavior* 6 (3), 135-47. [↗](#)
- Ash S, McMillan C, Gross RG, Cook P, Morgan B, Boller A, Dreyfuss M, Siderowf A, Grossman M (2011): The organization of narrative discourse in Lewy body spectrum disorder. *Brain and Language* 119 (1), 30-41. [↗](#)
- Aspegren K (1999): BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine - a review with quality grading of articles. *Medical Teacher* 21 (6), 563-70. [↗](#)
- Astington JW (2006): The developmental interdependence of theory of mind and language. In: Levinson SC, Enfield NJ (eds.): *Roots of Human Sociality. Culture, Cognition and Interaction*. Oxford: Berg Publishers, 179-206.
- Austin CA, Mohottige D, Sudore RL, Smith AK, Hanson LC (2015): Tools to promote shared decision making in serious illness: A systematic review. *JAMA Internal Medicine* 175 (7), 1213-21. [↗](#)
- Austin J (1962) *How to Do Things with Words*. Oxford: Oxford University Press. (dt. 1972: *Zur Theorie der Sprechakte*. Stuttgart: Reclam).
- Autorengruppe Psychosomatische Grundversorgung (2001): *Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung*. In: *Curriculum Psychosomatische Grundversorgung*. 2. Aufl. Köln: Bundesärztekammer. [↗](#)
- AWMF (Hg.) (2012): S3-Leitlinie "Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden". AWMF-Register Nr. 051-001 (abgerufen am 09.01.2018). [↗](#)
- Ayaß R, Meyer C (2012): *Sozialität in Slow Motion: Theoretische und empirische Perspektiven*; Festschrift für Jörg Bergmann. Wiesbaden: Springer.
- Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, Loureiro E, Ratajska A, Silverman J, Winterburn S, Rosenbaum M (2013): A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling* 93 (1), 18-26. [↗](#)
- Bachmann C, Hölzer H, Dietrich A, Fabry G, Langewitz W, Lauber H, Ortwein H, Pruskil S, Schubert S, Sennekamp M, Simmenroth-Nayda A, Silbernagel W, Scheffer S, Kiessling C (2009): *Longitudinales, bologna-kompatibles Modell-Curriculum "Kommunikative und Soziale Kompetenzen"*: Ergebnisse eines interdisziplinären Workshops deutschsprachiger

Bibliographie

- medizinischer Fakultäten. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 26 (4), 1-17. [↗](#)
- Bachmann C, Kiessling C, Härtl A, Haak RA (2016): Communication in health professions: European consensus on inter-and multi-professional training objectives in a German translation. *GMS Journal for Medical Education* 33 (2), Doc 23. [↗](#)
- Back AL, Anderson WG, Bunch L, Marr LA, Wallace JA, Yang HB, Arnold RM (2008): Communication about cancer near the end of life. *Cancer* 113 (S7), 1897-910. [↗](#)
- Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, Gooley TA, Tulsky JA (2007): Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of internal medicine* 167 (5), 453-60. [↗](#)
- Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Barley GE, Pea RD, Fryer-Edwards KA (2009): Faculty development to change the paradigm of communication skills teaching in oncology. *Journal of Clinical Oncology* 127 (7), 1137-41. [↗](#)
- Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Fryer-Edwards K (2005): Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 55 (3), 164-77. [↗](#)
- Back AL, Arnold RM, Tulsky JA, Baile WF, Edwards K (2010): "Could I add something?": Teaching communication by intervening in real time during a clinical encounter. *Academic Medicine* 85 (6), 1048-51. [↗](#)
- Back AL, Trinidad SB, Hopley EK, Arnold RM, Baile WF, Edwards KA (2011): What patients value when oncologists give news of cancer recurrence: commentary on specific moments in audio-recorded conversations. *Oncologist* 16 (3), 342-50. [↗](#)
- Badger LW, deGruy F, Hartman J, Plant MA, Leeper J, Ficken R, Templeton B, Nutt L (1995): Stability of standardized patients' performance in a study of clinical decision making. *Family Medicine* 27 (2), 126-33. [↗](#)
- Badura B (1972): Kommunikative Kompetenz, Dialoghermeneutik und Interaktion. In: Badura B, Gloy K (Hg.): *Soziologie der Kommunikation. Eine Textauswahl zur Einführung*. Stuttgart: Frommann, 246-64.
- Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J (Hg.) (1996): *Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den niedergelassenen Arzt*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bahrs O, Szecsenyi J (1993): Patientensignale – Arztreaktionen. Analyse von Beratungsgesprächen in Allgemeinarztpraxien. In: Löning P, Rehbein J (Hg.): *Arzt-Patienten-Kommunikation: Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin, etc.: de Gruyter, 1-26.

Bibliographie

- Baile WF (2011): Training oncology practitioners in communication skills. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology* 33 (Suppl 2), S115-22. [↗](#)
- Baile WF, Aaron J (2005): Patient-physician communication in oncology: Past, present, and future. *Current Opinion in Oncology* 17 (4), 331-5. [↗](#)
- Baile WF, Blatner A (2014): Teaching communication skills: using action methods to enhance role-play in problem-based learning. *Simulation in Healthcare* 9 (4), 220-7. [↗](#)
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP (2000): SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 5 (4), 302-11. [↗](#)
- Baile WF, De Panfilis L, Tanzi S, Moroni M, Walters R, Biasco G (2012): Using sociodrama and psychodrama to teach communication in end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine* 15 (9), 1006-10. [↗](#)
- Baile WF, Walters R (2013): Applying sociodramatic methods in teaching transition to palliative care. *Journal of Pain Symptom and Management* 45 (3), 606-19. [↗](#)
- Bales RF (1950): Interaction process analysis. A method for the study of small groups. Reading/M: Addison Wesley.
- Balint E (1970/1975): Die Flash-Technik. In: Balint E, Norell JS (Hg.): Fünf Minuten pro Patient: eine Studie über die Interaktionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Frankfurt/M: Suhrkamp, 58-66.
- Balint EF, Norell JS (Hg.) (1970/1975): Fünf Minuten pro Patient. Eine Studie über die Interaktion in der ärztlichen Allgemeinmedizin. Frankfurt/M: Suhrkamp (Orig. 1970).
- Balint M (1952/1997): Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (engl. Orig. 1952).
- Balint M (1964/1988): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (engl. Orig. 1964).
- Balint M (1970/1975): Forschung in der Psychotherapie. In: Balint EF, Norell JS (Hg.): Fünf Minuten pro Patient. Frankfurt/M: Suhrkamp, 35-57 (Orig. 1970).
- Balint M, Balint E (1962/1990): Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Bern: Huber.
- Baller G, Schaller B (2017): Kommunikation im Krankenhaus: Erfolgreich kommunizieren mit Patienten, Arztkollegen und Klinikpersonal. Berlin: Springer.
- Bamberg M (ed.) (2007): Narrative – State of the Art. Amsterdam, Philadelphia: Benjamins.
- Bandelow B, Wiltink J, Alpers GW, Benecke C, Deckert J, Eckhardt-Henn A, Ehrig C, Engel E, Falkay P, Geiser F, Gerlach AL, Harfst T, Hau S, Jo-

Bibliographie

- raschky P, Kellner M, Köllner V, Kopp I, Langs G, Lichte T, Liebeck H, Matzat J, Reitt M, Rüddel HP, Rudolf S, Schick G, Schweiger U, Simon R, Springer A, Staats H, Ströhle A, Ström W, Waldherr B, Watzke B, Wedekind D, Zottl C, Zwanzger P, Beutel ME (2014): Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (abgerufen am 09.06.2015). [↗](#)
- Barat I, Andreasen F, Damsgaard E (2001): Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *British Journal of Clinical Pharmacology* 51 (6), 615-22. [↗](#)
- Barbour A (1995/2013): The limitations of the medical model. In: In: Beach WA (ed.) (2013): *Handbook of patient-provider interactions: Raising and responding to concerns about life, illness, and disease*. New York: Hampton Press, 119-29.
- Barnes CS, Ziemer DC, Miller CD, Doyle JP, Watkins C Jr, Cook CB, Gallina DL, el-Kebbi I, Branch WT Jr, Phillips LS (2004): Little time for diabetes management in the primary care setting. *The Diabetes Educator* 30 (1), 126-35. [↗](#)
- Baroni R (2014): Tellability. In: Hühn P, Meister JC, Pier J, Schmid W (eds.): *The Living Handbook of Narratology*. Hamburg: Hamburg University (abgerufen am 21.08.2015). [↗](#)
- Barosso F, Freedman N, Grand S (1978): Evocation of two types of hand movements in information processing. *Journal of Experimental Psychology* 4 (2), 321-9. [↗](#)
- Barrier PA, Li JT, Jensen NM (2003): Two words to improve physician-patient communication: what else? *Mayo Clinic Proceedings* 78 (2), 211-4. [↗](#)
- Barrows HS (1994): *Practise-Based Learning. Problem-Based Learning Applied to Medical Education*. Springfield: Southern Illinois University School of Medicine.
- Barrows HS, Abrahamson S (1964): The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology. *Journal of Medical Education* 39, 802-5. [↗](#)
- Barry C, Bradley C, Britten N, Stevenson F, Barber N (2000): Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *British Medical Journal* 320 (7244), 1246-50. [↗](#)
- Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley CP (2001): Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science and Medicine* 53 (4), 487-505. [↗](#)
- Barske T, Golato A (2010): German "so": managing sequence and action. *Text & Talk* 30, 245-66. [↗](#)

Bibliographie

- Barth J, Lannen P (2011): Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology* 22 (5), 1030-40. [↗](#)
- Bates V, Reinartz J, Wiskin C (2016): The history of clinical communication teaching. In: Brown J, Noble LM, Papageorgiou A, Kidd J (eds.): *Clinical Communication in Medicine*. Oxford: Wiley Blackwell, 172-8.
- Bateson G (1985): *Ökologie des Geistes*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Batuyong E, Birks C, Beischer AD (2012): The use of multimedia as an adjunct to the informed consent process for ankle ligament re-construction surgery. *Foot & Ankle Specialist* 5 (3), 150-9. [↗](#)
- Bayne H, Neukrug E, Hays D, Britton B (2013) A comprehensive model for optimizing empathy in person-centered care. *Patient Education and Counseling* 93 (2), 209-15. [↗](#)
- Beach MC, Inui T, Relationship-Centered Care Research Network (2006): Relationship-centered care. A constructive reframing. *Journal of General Internal Medicine* 21 (Suppl 1), S3-8. [↗](#)
- Beach WA (2013): Introduction. Raising and responding to concerns about life, illness, and disease. In: Beach WA (ed.) (2013). *Handbook of Patient-Provider Interactions: Raising and Responding to Concerns about Life, Illness, and Disease*. New York: Hampton Press, 1-18.
- Beach WA (ed.) (2013): *Handbook of Patient-Provider Interactions: Raising and Responding to Concerns about Life, Illness, and Disease*. New York: Hampton Press.
- Beach WA, Dixson CN (2001/2013): Revealing moments: Formulating understandings of adverse experiences in a health appraisal interview. In: Beach WA (ed.) (2013): *Handbook of Patient-Provider Interactions: Raising and Responding to Concerns about Life, Illness, and Disease*. New York: Hampton Press, 433-51.
- Beach WA, Mandelbaum J (2005/2013): " My Mom had a stroke": Understanding how patients raise and providers respond to psychosocial concerns. In: Beach WA (ed.) (2013): *Handbook of Patient-Provider Interactions: Raising and Responding to Concerns about Life, Illness, and Disease*. New York: Hampton Press, 405-20.
- Beattie G, Shovelton H (2006): When size really matters: how a single semantic feature is represented in the speech and gesture modalities. *Gesture* 6, 63-84. [↗](#)
- Beauchamp T (1989): Informed consent. In: Veatch RM (ed.): *Medical Ethics*. Boston: Jones & Barlett, 173-200.
- Beck AT (1974): The development of depression. A cognitive model. In: Friedman RJ, Katz MM (eds.): *The Psychology of Depression*. New York: Wiley.

Bibliographie

- Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD (2002): Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice* 15 (1), 25-38. [🔗](#)
- Becker M (2015): *Ärztliche Empfehlungen in Therapieplanungsgesprächen*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. [🔗](#)
- Beckermann A (2011): *Das Leib-Seele-Problem. Eine Einführung in die Philosophie des Geistes*. 2. Aufl. Paderborn: Fink (UTB).
- Becker-Mrotzek M (1989): *Schüler erzählen aus ihrer Schulzeit*. Frankfurt/M: Lang.
- Becker-Mrotzek M (2008): Gesprächskompetenz vermitteln und ermitteln: Gute Aufgaben im Bereich Sprechen und Zuhören. In: Bremerich-Vos A, Granzer D, Köller O (Hg.): *Lernstandsbestimmung im Fach Deutsch. Gute Aufgaben für den Unterricht*. Weinheim und Basel: Beltz, 50-77.
- Becker-Mrotzek M, Brünner G (2004): Der Erwerb kommunikativer Fähigkeiten: Kategorien und systematischer Überblick. In: Becker-Mrotzek M, Brünner G (Hg.) (2004): *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*. Frankfurt/M: Lang. [🔗](#)
- Beckman HB, Frankel RM (1984): The effect of physician behaviour on the collection of data. *Annals of Internal Medicine* 101 (5), 692-6. [🔗](#)
- Beckman HB, Wendland M, Mooney C, Krasner MS, Quill TE, Suchman AL, Epstein RM (2012): The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Academic Medicine* 87 (6), 815-9. [🔗](#)
- Beebe B, Gerstman L, Carson B, Dolins M, Zigman A, Rosensweig H, Faughey K, Korman M (1982): Rhythmic Communication in the Mother-Infant Dyad. In: M. Davis (ed.): *Interaction Rhythms*. New York: Human Sciences, 79-100.
- Begemann C (2007): Gebären. In: Konersmann R (Hg.): *Wörterbuch der philosophischen Metapher*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 121-34.
- Beintker E, Kahlenberg W (1954): Galenos, Die Kräfte der Physis (Über die natürlichen Kräfte). *Werke des Galenos, Bd. V*. Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Bell RA, Kravitz RL (2014): Direct observation and coding of physician-patient interactions. In: Whaley BB (ed.): *Research methods in health communication*. New York, London: Routledge, 141-68.
- Bellack AA, Kliebard H, Hyman R, Smith F (1966/1974): *Die Sprache im Klassenzimmer*. Düsseldorf: Schwan (engl. Orig. 1966).
- Bellebaum A, Barheier K (Hg.) (1994): *Lebensqualität*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Beller GA (2012): Importance of physician-patient communication in cardiovascular care. *Journal of Nuclear Cardiology* 19 (6), 1099-101. [🔗](#)

Bibliographie

- Benecke C, Krause R (2005): Initial affective facial behaviour and outcome satisfaction in the psychotherapy of patients with panic disorder. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 51 (4), 346-59. [↗](#)
- Benedetti G (1981): Zur Psychodynamik der Depression. *Nervenarzt* 52, 621-8. [↗](#)
- Beni JB (2013): Technology and implications for patient adherence. In: Martin L, Dimatteo MR (eds.): *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence*, 323-38.
- Bensing J, Dulmen S v, Tates K (2003): Communication in context: new directions in communication research. *Patient Education and Counseling* 50 (1), 27-32. [↗](#)
- Bensing JM (2000): Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling* 39 (1), 17-25. [↗](#)
- Bensing JM, Deveugele M, Moretti F, Fletcher I, Vliet L v, Bogaert M v, Rimondini M (2011): How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. *Patient Education and Counseling* 84 (3), 287-93. [↗](#)
- Bensing JM, Kerssens JJ, v.d. Pasch M (1995): Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *Journal of Nonverbal Behavior* 19 (4), 223-42. [↗](#)
- Bensing JM, Roter DL, Hulsman RL (2003): Communication patterns of primary care physicians in the United States and the Netherlands. *Journal of General Internal Medicine* 18 (5), 335-42. [↗](#)
- Benzel E (2016): Empathic communication through the loop lens. A surgeon's perspective. In: Boissy A, Gilligan T (eds.): *Communication the Cleveland Clinic Way: How to Drive a Relationship-Centered Strategy for Exceptional Patient Experience*. New York: McGraw Hill, 179-92.
- Bercelli F, Rossano F, Viaro M (2008): Clients' responses to therapists' reinterpretations. In: Peräkylä A, Antaki C, Vehviläinen S, Leudar I (eds.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: University Press, 43-61.
- Berger P, Luckmann T (1966/1980): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt/M: Fischer (Orig. 1966).
- Berger S, Braehler E, Ernst J (2012): The health professional-patient-relationship in conventional versus complementary and alternative medicine. A qualitative study comparing the perceived use of medical shared

Bibliographie

- decision-making between two different approaches of medicine. *Patient Education and Counseling* 88 (1), 129-37. [↗](#)
- Berger Z (2015): Navigating the unknown: shared decision-making in the face of uncertainty. *Journal of General Internal Medicine* 30 (5), 675-8. [↗](#)
- Bergmann J (1981): Frage und Frageparaphrase: Aspekte der redezug-internen und sequenziellen Organisation eines Äußerungsformats. In: Winkler P (Hg.): *Methoden der Analyse von Face-to-Face-Situationen*. Stuttgart: Metzler, 128-42.
- Bergmann J (2013): Diskrete Exploration: Über die moralische Sinnstruktur eines psychiatrischen Frageformats. In: Bergmann J, Luckmann T (Hg.): *Kommunikative Konstruktion von Moral*. Bd. 2. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 169-90.
- Bergmann JR (1992): Veiled Morality: Notes on Discretion in Psychiatry. In Drew P, Heritage J. (eds.): *Talk at Work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: University Press 137-62.
- Berkhof M, Rijssen HJ v, Schellart AJ, Anema JR, Beek AJ v d (2011): Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Education and Counseling* 84 (2), 152-62. [↗](#)
- Bernard M, de Roten Y, Despland JN, Stiefel F (2012): Oncology clinicians' defenses and adherence to communication skills training with simulated patients: an exploratory study. *Journal of Cancer Education* 27 (3), 399-403. [↗](#)
- Bernhard T (1978): *Der Atem. Eine Entscheidung*. 3. Aufl. Salzburg, etc.: Residenz Verlag.
- Bernieri FJ (1988): Coordinated movement and rapport in teacher-student interactions. *Journal of Nonverbal Behavior* 12 (2), 120-38. [↗](#)
- Berry D, Knapp P, Raynor T (2002): Is 15 per cent very common? Informing people about the risks of medication side effects. *International Journal of Pharmacy Practice* 10 (3), 145-51. [↗](#)
- Bertakis KD, Azari R, Callahan EJ (2003): Patient pain: Its influence on primary care physician-patient interaction. *Family Medicine* 35 (2), 119-23. [↗](#)
- Bertram W (2013): Integrierte Medizin: Heilkunst für Körper mit Seelen – und Seelen mit Körpern. In: Hontschik B, Bertram W, Geigges W: *Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens*. Stuttgart: Schattauer, 3-17.
- Beuthin RE, Holroyd A, Stephenson PH, Vegsund B (2012): Metaphors and medication: understanding medication use by seniors in everyday life. *The Canadian Journal of Nursing Research* 44 (3), 150-68. [↗](#)

Bibliographie

- Bezreh T, Laws MB, Taubin T, Rifkin DE, Wilson IB (2012): Challenges to physician-patient communication about medication use: a window into the skeptical patient's world. *Patient Preference and Adherence* 6, 11-8. [↗](#)
- BGH (2000): 15. 2. 2000 - VI ZR 48/99: Aufklärung bei Routineimpfung. *Neue Juristische Wochenschrift* 24, 1784-6.
- BGH (2005): Beweislastumkehr bei grober Verletzung der Pflicht zu therapeutischer Aufklärung. *Medizinrecht* 23 (4), 226-8. [↗](#)
- Bialer PA, Kissane D, Brown R, Levin T, Bylund C (2011): Responding to patient anger: development and evaluation of an oncology communication skills training module. *Palliative & Supportive Care* 9 (4), 359-65. [↗](#)
- Bickel C, Pantel J, Eysenbach K, Schröder J (2000): Comprehension Deficits in Alzheimer's Disease. *Brain and Language* 71 (3), 432-48. [↗](#)
- Bieber C, Gschwendtner K, Müller N, Eich W (2016): Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 66 (5), 195-207. [↗](#)
- Bieber C, Nicolai J, Hartmann M, Blumenstiel K, Ringel N, Schneider A, Härter M, Eich W, Loh A (2009): Training physicians in shared decision-making – Who can be reached and what is achieved? *Patient Education and Counseling* 77, 48-54. [↗](#)
- Bigi S (2011): The persuasive role of ethos in doctor-patient interactions. *Communication & Medicine* 8 (1), 67-75. [↗](#)
- Bindernagel D, Krüger E, Rentel T, Winkler P (Hg.) (2010): Schlüsselworte: Idiologische Gesprächsführung in Therapie, Beratung und Coaching. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Binswanger L (1960): *Melancholie und Manie. Phänomenologische Studien.* Pfullingen: Neske.
- Birkner K (2006): Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. *Gesprächsforschung* 7, 152-83. [↗](#)
- Birkner K (2017): Erzählen im Arzt/Patient-Gespräch. In: Huber M, Schmid W (Hg.): *Grundthemen der Literaturwissenschaft: Erzählen.* Berlin: de Gruyter, 547-66.
- Birkner K, Burbaum C (2013): Suchbewegungen im Therapiegespräch. Formen der interaktiven Bearbeitung von Kausalattributionen bei Beschwerden ohne Organbefund. *InLiSt - Interaction and Linguistic Structures* 53. [↗](#)
- Birkner K, Meer D (Hg.) (2011): *Institutionalisierter Alltag: Mündlichkeit und Schriftlichkeit in unterschiedlichen Praxisfeldern.* Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. [↗](#)

Bibliographie

- Birkner K, Stukenbrock A (Hg.) (2009): Die Arbeit mit Transkripten in Fortbildung, Lehre und Forschung. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. [☞](#)
- Birkner K, Vlassenko I (2015): Subjektive Theorien zu Krankheit und Gesundheit. In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.): Handbuch „Sprache und Medizin“. Berlin, etc.: de Gruyter, 135-53.
- Bissell P, May CR, Noyce PR (2004): From compliance to concordance: Barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Social Science & Medicine* 58 (4), 851-62. [☞](#)
- Black DM (2004): Sympathy reconfigured: Some reflections on sympathy, empathy and the discovery of values *The International Journal of Psychoanalysis* 85 (3), 579-96. [☞](#)
- Blanch DC, Hall JA, Roter DL, Frankel RM (2009): Is it good to express uncertainty to a patient? Correlates and consequences for medical students in a standardized patient visit. *Patient Education and Counseling* 76 (3), 300-6. [☞](#)
- Blasch L, Menz F, Wetschanow K (2010): Texttypspezifische und gendertypische Unterschiede in der Darstellung von Kopfschmerzen. In: Menz F, Lalouschek J, Sator M, Wetschanow K (Hg.): Sprechen über Schmerzen. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen. Duisburg: UVR, 225-93. [☞](#)
- Bliesener T (1980): Erzählen unerwünscht. Erzählversuche von Patienten in der Visite. In: Ehlich K (Hg.): Erzählen im Alltag. Frankfurt/M: Suhrkamp, 143-178.
- Bliesener T (1982): Die Visite – ein verhinderter Dialog. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Bliesener T, Köhle K (1986): Die ärztliche Visite: Chance zum Gespräch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2017): Masterplan Medizinstudium 2020. [☞](#)
- Bock O, Hagemann, A (2010): An experimental paradigm to compare motor performance under laboratory and under everyday-like conditions. *Journal of Neuroscience Methods* 193, 24-8. [☞](#)
- Bodenheimer AR (2011): Warum? Von der Obszönität des Fragens. 7. erweiterte Aufl. Stuttgart: Reclam.
- Boissy A, Gilligan T (eds.) (2016): Communication the Cleveland Clinic way: How to drive a relationship-centered strategy for exceptional patient experience. New York: McGraw Hill.
- Boissy A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM, Merlino J, Rothberg MB (2016): Communication skills training for physicians im-

Bibliographie

- proves patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine* 31 (7), 755-61. [↗](#)
- Böker H (2008): Melancholie, Depression und affektive Störungen. Zur Entwicklung der psychoanalytischen Depressionsmodelle und deren Rezeption in der klinischen Psychiatrie. In: Böker H (Hg.): *Psychoanalyse und Psychiatrie. Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis*. Heidelberg: Springer.
- Böker H (2011): *Psychotherapie der Depression*. Bern, etc.: Huber.
- Bokken L, Linssen T, Scherpbier A, Vleuten C v d, Rethans JJ (2009): The longitudinal simulated patient program: evaluations by teachers and students and feasibility. *Medical Teacher* 31 (7), 613-20. [↗](#)
- Bolden GB (2000): Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies: An Interdisciplinary Journal for the Study of Text and Talk* 2 (4), 387-419. [↗](#)
- Bollschweiler E (2001): Nationale und klinikinterne Leitlinien: Definition und Problemlage. In: Lauterbach KW, Schrappe M (Hg.) (2001): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement, Evidence-based Medicine*. Stuttgart: Schattauer, 457-63.
- Bollschweiler E, Apitsch J, Obliers R, Koerfer A, Mönig St, Metzger R, Hölscher AH (2008): Improving informed consent of surgical patients using a multimedia-based program? Results of a prospective randomized multi-center study of patients before cholecystectomy. *Annals of Surgery* 248 (2), 205-11. [↗](#)
- Bölter R, Freund T, Ledig T, Boll B, Szecsenyi J, Roos M (2015): Video-assisted feedback in general practice internships using German general practitioner's guidelines. *GMS Zeitschrift für Med Ausbildung* 29 (5), Doc68. [↗](#)
- Bonvicini KA, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA, Goldstein MG (2009): Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education and Counseling* 75 (1), 3-10. [↗](#)
- Boothe B (1994): *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Boothe B (2011): *Das Narrativ. Biographisches Erzählen im psychotherapeutischen Prozess*. Stuttgart, etc.: Schattauer.
- Borde T, David M (2005): Migrantinnen verstehen und erreichen - nicht nur eine Frage der sprachlichen Verständigung. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 324-38.

Bibliographie

- Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM (2004): The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine* 2 (6), 576-82. [↗](#)
- Bot H (2005): Dialogue interpreting as a specific case of reported speech. *Interpreting* 7, 237-61. [↗](#)
- Bowlby J (1969): *Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby Sifton C (2008): *Das Demenz-Buch. Ein 'Wegbegleiter' für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten*. Bern: Huber.
- Bowyer MW, Rawn L, Hanson J, Pimentel EA, Flanagan A, Ritter EM, Rizzo A, Lopreiato JO (2006): Combining high-fidelity human patient simulators with a standardized family member: a novel approach to teaching breaking bad news. *Studies in Health Technology and Informatics* 119, 67-72. [↗](#)
- Boyd E, Heritage J (2006): Taking the history: questioning during comprehensive history-taking. In: Heritage J, Maynard DW (eds.): *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: University Press, 151-84.
- Bozetti I, Focke I, Hahn I (Hg.) (2014): *Unerhört - Vom Hören und Verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Braddock CH 3rd (2012): Supporting shared decision making when clinical evidence is low. *Medical Care Research and Review* 70 (1 Suppl), 129S-40S. [↗](#)
- Bradley P (2006): The history of simulation in medical education and possible future directions. *Journal of Medical Education* 40 (3), 254-62. [↗](#)
- Bragard I, Libert Y, Etienne AM, Merckaert I, Delvaux N, Marchal S, Boniver J, Klastersky J, Reynaert C, Scalliet P, Slachmuylder JL, Razavi D (2010): Insight on variables leading to burnout in cancer physicians. *Journal of Cancer Education* 25 (1), 109-15. [↗](#)
- Brähler E, Kiess J, Schubert C, Kiess W (Hg.) (2012): *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Branch WT (2006): Is Rorty's neopragmatism the "real" foundation of medical ethics: a search for foundational principles. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association* 117, 257-71. [↗](#)
- Branch WT (2014): Teaching professional and humanistic values: Suggestion for a practical and theoretical model. *Patient Education and Counseling* 98 (2), 162-7. [↗](#)
- Branch WT (2015): Teaching professional and humanistic values: Suggestion for a practical and theoretical model. *Patient Education and Counseling* 98 (2), 162-7. [↗](#)

Bibliographie

- Branch WT Jr (2005): Use of critical incident reports in medical education. A perspective. *Journal of General Internal Medicine* 20 (11), 1063-7. [↗](#)
- Branch WT Jr (2006): Viewpoint: teaching respect for patients. *Academic Medicine* 81(5), 463-7. [↗](#)
- Branch WT Jr (2010): The road to professionalism: reflective practice and reflective learning. *Patient Education and Counseling* 80 (3), 327-32. [↗](#)
- Branch WT Jr, Frankel R, Gracey CF, Haidet PM, Weissmann PF, Cantey P, Mitchell GA, Inui TS (2009): A good clinician and a caring person: longitudinal faculty development and the enhancement of the human dimensions of care. *Academic Medicine* 84 (1), 117-25. [↗](#)
- Branch WT Jr, Kern D, Haidet P, Weissmann P, Gracey CF, Mitchell G, Inui T (2001): The patient-physician relationship. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. *JAMA* 286 (9), 1067-74. [↗](#)
- Branch WT, Arky RA, Woo B, Stoeckle JD, Levy DB, Taylor WC (1991): Teaching medicine as a human experience: A patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students. *Annals of Internal Medicine* 114 (6), 482-9. [↗](#)
- Branch WT, Kern DE (2004): An emerging renaissance in medical education. *Journal of General Internal Medicine* 19 (5 Pt 2), 606-9. [↗](#)
- Branch WT, Malik TK (1993): Using 'windows of opportunities' in brief interviews to understand patients' concerns. *JAMA* 269 (13), 1667-8. [↗](#)
- Brandel MG, Reid CM, Parmeshwar N, Dobke MK, Gosman AA (2017): Efficacy of a Procedure-Specific Education Module on Informed Consent in Plastic Surgery. *Annals of Plastic Surgery* 78 (5 Suppl 4), 225-8. [↗](#)
- Brashers DE (2014): Unsicherheitserfahrungen in der Gesundheitskommunikation. Beiträge aus der Forschung zum Unsicherheitsmanagement. Schorr A (Hg.): *Gesundheitskommunikation und interdisziplinäre Perspektiven*. Baden-Baden: Nomos, 229-49.
- Braun B, Marstedt G (2014): Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. *Gesundheitsmonitor*, 107-31. [↗](#)
- Brédart A, Bouleuc C, Dolbeault S (2005): Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology* 17 (4), 351-4. [↗](#)
- Breithaupt F (2017): *Die dunklen Seiten der Empathie*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Breyer T (Hg.) (2013): *Grenzen der Empathie. Philosophische, psychologische und anthropologische Perspektiven*. München: Fink.
- Bridges KA, Van Lancker Sidtis D (2013): Formualic language in Alzheimer's disease. *Aphasiology* 27 (7), 799-810. [↗](#)

Bibliographie

- Brinker K, Sager SF (2010): Linguistische Gesprächsanalyse. 5. Aufl. Berlin: ESV.
- Brink-Muinen A v d, Verhaak PF, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandez F, Perez A, Messerli V, Oppizzi L, Peltenburg M (2003): Communication in general practice: differences between European countries. *Family Practice* 20 (4), 478-85. [↗](#)
- Brink-Muinen A v d, Verhaak PF, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Leiva F, Mead N, Messerli V, Oppizzi L, Peltenburg M, Perez A (2000): Doctor-patient communication in different European health care systems: relevance and performance from the patients' perspective. *Patient Education and Counseling* 39 (1), 115-27. [↗](#)
- Brink-Muinen A v d, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Leiva F, Mead N, Messerli V, Oppizzi L, Peltenburg M, Perez A (2000): Doctor-patient communication in different European health care systems: Relevance and performance from the patients' perspective. *Patient Education and Counseling* 39 (1), 115-27. [↗](#)
- Brisch KH (1999): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Britten N (2011): Qualitative research on health communication: what can it contribute? *Patient Education and Counseling* 82 (3), 384-8. [↗](#)
- Brock A, Meer D (2004): Macht-Hierarchie-Dominanz-A-/Symmetrie: Begriffliche Überlegungen zur kommunikativen Ungleichheit in institutionellen Gesprächen. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 5, 184-209. [↗](#)
- Brody H (1994): „My story is broken; can you help me fix it?“ Medical ethics and the joint construction of narrative. *Literature and Medicine* 13 (1), 81-92. [↗](#)
- Brody H (2005): Geleitwort. In: Greenhalgh T, Hurwitz B (Hg.): *Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin*. Bern, etc.: Huber, 11-3.
- Brody H (2005): Shared decision making and determining decision-making capacity. *Primary Care* 32 (3), 645-58. [↗](#)
- Brody H (2006): Family medicine, the physician-patient relationship, and patient-centered care. *American Journal of Bioethics* 6 (1), 38-9. [↗](#)
- Brody H (2007): Transparency and self-censorship in shared decision-making. *American Journal of Bioethics* 7 (7), 44-6. [↗](#)
- Brody H (2010): Medicine's ethical responsibility for health care reform - the Top Five list. *New England Journal of Medicine* 362 (4), 283-5. [↗](#)
- Brody H (2011): Defining the medical humanities: three conceptions and three narratives. *Journal of Medical Humanities* 32 (1), 1-7. [↗](#)

Bibliographie

- Brody H, Colloca L, Miller FG (2012): The Placebo Phenomenon: Implications for the Ethics of Shared Decision-Making. *Journal of General Internal Medicine* 27 (6), 739-42. [↗](#)
- Broughton M, Smith ER, Baker R, Angwin AJ, Pachana NA, Copland DA, Humphreys MS, Gallois C, Byrne GJ, Chenery HJ (2011): Evaluation of a caregiver education program to support memory and communication in dementia: A controlled pretest-posttest study with nursing home staff. *International Journal of Nursing Studies* 48 (11), 1436-44. [↗](#)
- Brown J (2008): How clinical communication has become a core part of medical education in the UK. *Medical Education* 42 (3), 271-8. [↗](#)
- Brown J (2012): Perspective: clinical communication education in the United Kingdom: some fresh insights. *Academic Medicine* 87 (8), 1101-4. [↗](#)
- Brown J (2016): Situated and work-based learning. In: Brown J, Noble LM, Papageorgiou A, Kidd J (eds.): *Clinical Communication in Medicine*. Oxford: Wiley Blackwell, 186-92.
- Brown J, Noble LM, Papageorgiou A, Kidd J (eds.) (2016): *Clinical Communication in Medicine*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Brown P, Levinson SC (1987): Politeness: Some Universals in Language Usage. *Studies in Interactional Sociolinguistics* 4. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brown R, Albrecht TL (2011): Enrolment in clinical trials. In: Thompson TL, Parrott R, Nussbaum JF (eds.): *The Routledge Handbook of Health Communication*, 231-43.
- Brown R, Bylund CL (2011): Theoretical models of communication skills training. In: Kissane DW, Bultz BD, Butow P, Finlay IG (eds.): *Handbook of communication in oncology and palliative care*. Oxford: University Press, 27-40.
- Brown R, Bylund CL, Eddington J, Gueguen JA, Kissane DW (2010): Discussing prognosis in an oncology setting: Initial evaluation of a communication skills training module. *Psychooncology* 19 (4), 408-14. [↗](#)
- Bruner J (1987): Life as Narrative. *Social Research* 54 (1), 11-32. [↗](#)
- Bruner J (1998): Vergangenheit und Gegenwart als narrative Konstruktionen. In: Straub J (Hg.). *Erzählung, Identität und historisches Bewußtsein*. Frankfurt/M: Suhrkamp, 46-80.
- Brünner G (2005): Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 90-109.
- Brünner G (2009): Die Verständigung zwischen Arzt und Patient als Experten-Laien-Kommunikation. In: Klusen N, Fließgarten A, Nebling T (Hg.): *Infor-*

Bibliographie

- miert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden: Nomos, 170-88.
- Brünner G (2011): Gesundheit durchs Fernsehen. Linguistische Untersuchungen zur Vermittlung medizinischen Wissens und Aufklärung in Gesundheitssendungen. Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr.
- Brünner G, Gülich E (2002): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In: Brünner G, Gülich E (Hg.): Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Bielefeld: Aisthesis Verlag, 17-93. [↗](#)
- Bruschweiler-Stern N, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Nahum JP, Sander LW, Stern DN, Tronick EZ; Boston Change Process Study Group (2002): Explicating the implicit: the local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis* 83 (Pt 5), 1051-62. [↗](#)
- Bruschweiler-Stern N, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Nahum JP, Reis B, Stern DN, Sander LW; Boston Change Process Study Group (2013): Enactment and the emergence of new relational organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 61 (4), 727-49. [↗](#)
- Bruschweiler-Stern N, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Nahum JP, Sander LW, Stern DN (2007): The foundational level of psychodynamic meaning: implicit process in relation to conflict, defense and the dynamic unconscious. *International Journal of Psychoanalysis* 88 (Pt. 4), 843-60. [↗](#)
- Buber M (1954/1986): Das dialogische Prinzip. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus (Orig. 1954).
- Buchholz MB (1996): Metaphern der ‚Kur‘. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Buchholz MB (1996/2003): Metaphern der ‚Kur‘. Qualitative Studien zum therapeutischen Prozess. 2. Aufl. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Buchholz MB (2005): Herausforderung Familie: Bedingungen adäquater Beratung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54 (8), 664-83.
- Buchholz MB (2014): Die Feinheiten therapeutischen Sprechens - Konversationsanalyse eines psychoanalytischen Erstgesprächs. In: Bozetti I, Niebuhr A, Hahn I (Hg.): Unerhört – Vom Hören und Verstehen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Buchholz MB (2014): Embodiment. Konvergenzen von Kognitionsforschung und analytischer Entwicklungspsychologie. *Forum der Psychoanalyse* 30, 109-25. [↗](#)
- Buchholz MB (2014): Patterns of empathy as embodied practice in clinical conversation - a musical dimension. *Frontiers in Psychology* 5 (349), 1-20. [↗](#)

Bibliographie

- Buchholz MB (2017): Empathie und »Typische Problem-Situationen« (TPS). Plädoyer für einen psychoanalytischen Situationismus. *Psyche* 71, 28-59. [☞](#)
- Buchholz MB (Hg.) (1995): Psychotherapeutische Interaktion – Qualitative Studien zu Konversation und Metapher, Geste und Plan, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Buchholz MB, Bergmann J, Alder ML, Dittmann MM, Dreyer F, Scherer L, Thiesen LP, Zillich F, Kächele H (2016): Architekturen der Empathie. In: Gödde G, Stehle S (eds.): Die therapeutische Beziehung in der psychodynamischen Psychotherapie. Gießen: Psychosozial, 215-52.
- Buchholz MB, Grabhorn R, Hartkamp N, Kleist C v, Metzger H-G, Overbeck A, Stirn A (2000): Illegitimate Deals - ein Teamprozeß unter der Lupe. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 2, 34-61. [☞](#)
- Buchholz MB, Kächele H (2013): Conversation analysis - A powerful tool for psychoanalytic practice and psychotherapy research. *Language and Psychoanalysis* 2 (2), 4-30. [☞](#)
- Buchholz MB, Kächele H (2016): Rhythm & Blues - Amalies 152. Sitzung. *Psyche* 70, 97-133. [☞](#)
- Buchholz MB, Kleist C v (1997): Szenarien des Kontakts - Eine metaphernanalytische Untersuchung in der stationären Psychotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Buchholz MB, Lamott F, Mörtl K (2008): Tat-Sachen. Narrative von Sexualstraftätern. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Buchholz MB, Reich U (2014): Dancing insight - how psychotherapists use change of positioning in order to complement splitt-off areas of experience. In: Orsucci F (ed.): *Psychotherapy as a Complex Dynamical System - The New Meta Model*. London.
- Buchholz MB, Streeck U (Hg.) (1994): Heilen, Forschen. Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Buckingham RW, Lack SA, Mount BM, MacLean LD, Collins JT (1976): Living with the dying: use of the technique of participant observation. *Canadian Medical Association Journal* 115, 1211-5. [☞](#)
- Buckman RA (2005): Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology* 2:138-42. [☞](#)
- Buckman RA, Kason Y (1994): *How to break bad news*. London: Macmillan.
- Bühler K (1934/1982): *Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache*. Stuttgart: Fischer (UTB).
- Bührig K (2001): Interpreting in hospitals. In: Cigada S, Gilardoni S, Matey M (eds.): *Comunicare in Ambiente Professionale Plurilingue*. Lugano: Università della Svizzera italiana, 107-19.

Bibliographie

- Bührig K, Kliche O, Meyer B, Pawlack B (2012): The corpus „Interpreting in hospitals“ – possible applications for research and communication trainings. In: Schmidt T, Wörner K (eds.): Multilingual Corpora and Multilingual Corpus Analysis. Hamburg Studies in Multilingualism (14). Amsterdam: John Benjamins, 305-15.
- Bührig K, Meyer B (1998): Fremde in der gedolmetschten Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Apfelbaum B, Müller H (Hg.): Fremde im Gespräch. Frankfurt/M: IKO-Verlag, 85-110.
- Bührig K, Meyer B (2004): Ad-Hoc-Interpreting and the Achievement of Communicative Purposes in Doctor-Patient-Communication. In: House J, Rehbein J (eds.): Multilingual Communication. Amsterdam, Netherlands: Benjamins, 43-62.
- Bührig K, Meyer B (2007): Unterschriften und ihre diskursive Vorgeschichte: wie Patienten in die Durchführung medizinischer Methoden einwilligen. In: Redder A (Hg.): Diskurse und Texte. Tübingen: Stauffenburg, 641-50.
- Bührig K, Meyer B (2009): „Dolmetschen Im Krankenhaus (DiK).“ Archived in Hamburger Zentrum für Sprachkorpora. Version 1.1 (abgerufen am 11.08.2015). [↗](#)
- Bührig K, Meyer B (2015): Ärztliche Gespräche mit Migrantinnen. In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.): Handbuch „Sprache und Medizin“. Berlin, etc.: de Gruyter, 300-16.
- Bührig K, Sager SF (Hg.) (2005): Nonverbale Kommunikation im Gespräch. Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 70.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2016): Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK – Langfassung, 4. Auflage, Version 1. [↗](#)
- Bundesgesundheitsministerium (2016): Nationaler Krebsplan. [↗](#)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2002): Bekanntmachung über die Änderung der Empfehlung zur Gestaltung von Packungsbeilagen. [↗](#)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2015): Bekanntmachung von Empfehlungen zur Gestaltung von Packungsbeilagen. [↗](#)
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2017): Masterplan Medizinstudium 2020. [↗](#)
- Burbaum C, Stresing A, Fritzsche K (2011): Letter to the Editor: Response to commentary from Hiske van Ravesteijn, Inge van Dijk, and Peter Lucassen on: Medically unexplained symptoms as a threat to patients' identity? A

Bibliographie

- conversation analysis of patients' reactions to psychosomatic attributions. *Patient Education Counselling* 84 (1), 139-40. [↗](#)
- Burbaum C, Stresing A, Fritzsche K, Auer P, Wirsching M, Lucius-Hoene G (2010): Medically unexplained symptoms as threat to patients' identity: A conversation analysis of patient reactions of psychosomatic attributions. *Patient Education and Counseling* 79 (2), 207-17. [↗](#)
- Bürgin D, Rost B (2011): Kinder- und Jugendmedizin. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 1151-84.
- Burnier M, Schneider M, Chioléro A, Stubi C, Brunner H (2001): Electronic compliance monitoring in resistant hypertension: the basis for rational therapeutic decisions. *Journal of Hypertension* 19 (2), 335-41. [↗](#)
- Busch A (1994): Laienkommunikation. Vertikalitätsuntersuchungen zu medizinischen Experten-Laien-Kommunikationen. Frankfurt/M: Peter Lang.
- Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.) (2015): Handbuch „Sprache und Medizin“. Berlin, etc.: de Gruyter.
- Busch AK, Rockenbauch K, Schmutzer G, Brähler E (2015): Mögen Medizinstudierende Kommunikation? Validierung der deutschsprachigen CSAS (Communication Skills Attitude Scale) *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 32 (1), Doc11. [↗](#)
- Bussche H v d, Weidtmann K, Kohler N, Frost M (2006). Evaluation der ärztlichen Ausbildung: Methodische Probleme der Durchführung und der Interpretation von Ergebnissen. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 23 (2), Doc37. [↗](#)
- Büssing A, Perrar KM (1994): Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Pflege Zeitschrift* 47 (3) 20-30. [↗](#)
- Bußmann (1983): Lexikon der Sprachwissenschaft. Stuttgart: Kröner.
- Butalid L, Bensing JM, Verhaak PF (2014): Talking about psychosocial problems: An observational study on changes in doctor-patient communication in general practice between 1977 and 2008. *Patient Education and Counseling* 94 (3), 314-21. [↗](#)
- Butalid L, Verhaak PF, Boeije HR, Bensing JM (2012): Patients' views on changes in doctor-patient communication between 1982 and 2001: a mixed-methods study. *BMC Family Practice* 13, 80. [↗](#)
- Butow P, Maclean M, Dunn S, Tattersall M, Boyer M (1997): The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Annals of Oncology* 8 (9), 857-63. [↗](#)
- Butow PN, Brown RF, Cogar S, Tattersall MHN, Dunn SM (2002): Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psycho-Oncology* 11 (1), 47-58. [↗](#)

Bibliographie

- Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, Griffin AM, Dunn SM, Tattersall MH (1996): When the diagnosis is cancer: Patient communication experiences and preferences. *Cancer* 77 (12), 2630-7. [↗](#)
- Buxbaum LJ, Schwartz MF, Coslett BH, Carew TG (1995): Naturalistic action and praxis in callosal apraxia. *Neurocase* 1, 3-17. [↗](#)
- Bylund CL, Brown RF, Bialer PA, Levin TT, Lubrano di Ciccone B, Kissane DW (2011): Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center. *Journal of Cancer Education* 26 (4), 604-11. [↗](#)
- Bylund CL, Brown RF, Gueguen JA, Diamond C, Bianculli J, Kissane DW (2010): The implementation and assessment of a comprehensive communication skills training curriculum for oncologists. *Psychooncology* 19 (6), 583-93. [↗](#)
- Bylund CL, Brown RF, Lubrano di Ciccone B, Diamond C, Eddington J, Kissane DW (2009): Assessing facilitator competence in a comprehensive communication skills training programme. *Medical Education* 43 (4), 342-9. [↗](#)
- Bylund CL, Makoul G (2002): Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Education and Counseling* 48 (3), 207-16. [↗](#)
- Byrne PS, Long BE (1976): *Doctors talking to patients: A study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries*. London: Her Majesty's Stationary Office.
- Cahill, P, Papageorgiou A (2007): Triadic communication in the primary care paediatric consultation. *The British Journal of General Practice* 57 (544), 904-11. [↗](#)
- Calvo-Merino B, Glaser DE, Grezes J, Passingham RE, Haggard P (2005): Action observation and acquired motor skills: An fMRI study with expert dancers. *Cerebral Cortex* 15, 1243-9. [↗](#)
- Cameron L, Maslen R (2010): Using metaphor analysis to compare expert and public perceptions of the risk of terrorism. In: Cameron L, Maslen R (eds.): *Metaphor Analysis. Research Practice in Applied Linguistics, Social Sciences and the Humanities*. Oakville: Equinox Publications, 248-57.
- Cämmerer J, Martin O, Rockenbauch K (2016): Learning Doctor-Patient Communication - Evaluating the effectiveness of the communication training course at Leipzig University from the students' point of view. *GMS Journal of Medical Education* 33 (3), Doc43. [↗](#)
- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P (2000): Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal* 321, 694-6. [↗](#)

Bibliographie

- Cary J, Kurtz S (2013): Integrating clinical communication with clinical reasoning and the broader medical curriculum. *Patient Education and Counseling* 92, 361-5. [↗](#)
- Cataldo KP, Peeden K, Geesey ME, Dickerson L (2005): Association between Balint training and physician empathy and work satisfaction. *Family Medicine* 37 (5), 328-31. [↗](#)
- Chan Z, Kan C, Lee P, Chan I, Lam J (2011): A systematic review of qualitative studies: patients' experiences of preoperative communication. *Journal of Clinical Nursing* 21 (5-6), 812-24. [↗](#)
- Chapman A (2007): Conscious competence learning model. [↗](#)
- Charles C, Gafni A, Freeman E (2011): The evidence-based medicine model of clinical practice: scientific teaching or belief-based preaching? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17 (4), 597-605. [↗](#)
- Charles C, Gafni A, Whelan T (1997): Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* 44 (5), 681-92. [↗](#)
- Charles CA, Whelan T, Gafni A, Willan A, Farrell S (2003): Shared treatment decision making: what does it mean to physicians? *Journal of Clinical Oncology* 21 (5), 932-6. [↗](#)
- Charny EJ (1966): Psychosomatic Manifestations of Rapport in Psychotherapy. *Psychosomatic Medicine* 28 (4), 305-15. [↗](#)
- Charon R (2001): The patient-physician relationship. *Narrative Medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust*. *Journal of the American Medical Association* 286, 1897-902. [↗](#)
- Charon R (2006): *Narrative Medicine*. Oxford: University Press.
- Charon R (2012): At the membranes of care: stories in narrative medicine. *Academic Medicine* 87 (3), 342-7. [↗](#)
- Charon R (2013): Narrative medicine: Caring for the sick is a work of art. *Journal of the American Academy of Physician Assistants* 26 (12), 8. [↗](#)
- Charon R (2014): Narrative reciprocity. *The Hastings Center Report* 44 (Suppl 1), S21-4. [↗](#)
- Charteris-Black J (2012): Shattering the bell jar: Metaphor, gender, and depression. *Metaphor and Symbol* 27, 199-216. [↗](#)
- Chawla N, Arora NK (2013): Why do some patients prefer to leave decisions up to the doctor: lack of self-efficacy or a matter of trust? *Journal of Cancer Survivalship* 7 (4), 592-601. [↗](#)
- Chelazzi L, Biscaldi M, Corbetta M, Peru A, Tassinari G, Berlucchi G (1996): Oculomotor activity and visual spatial attention. *Behavioural Brain Research* 71, 81-8. [↗](#)

Bibliographie

- Chochinov HM, Tataryn DJ, Wilson KG, Ennis M, Lander S (2000): Prognostic awareness and the terminally ill. *Psychosomatics* 41 (6), 500-4. [↗](#)
- Chomsky N (1965): *Aspects of the Theory of Syntax*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Chretien KC, Swenson R, Yoon B, Julian R, Keenan J, Croffoot J, Kheirbek R (2015): Tell Me Your Story: A Pilot Narrative Medicine Curriculum During the Medicine Clerkship. *Journal of General Internal Medicine* 30 (7), 1025-8. [↗](#)
- Christakis NA (1999): *Death foretold. Prophecy and prognosis in medical care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Christianson J, Warrick LH, Finch M (2012): *Physician communication with patients: Research findings and challenges*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Cienki A, Müller C (eds.) (2010): *Metaphor and Gesture*. Amsterdam: Benjamins.
- Cierpka M, Krebeck S, Retzlaff R (2001): *Arzt, Patient und Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Clark JM, Houston TK, Kolodner K, Branch WT Jr, Levine RB, Kern DE (2004): Teaching the teachers: National survey of faculty development in departments of medicine of U.S. teaching hospitals. *Journal of General Internal Medicine* 19 (3), 205-14. [↗](#)
- Clayman ML, Gulbrandsen P, Morris MA (2017): A patient in the clinic; a person in the world. Why shared decision making needs to center on the person rather than the medical encounter. *Patient Education and Counseling* 100 (3), 600-4. [↗](#)
- Clayman ML, Makoul G, Harper MM, Koby DG, Williams AR (2012): Development of a shared decision making coding system for analysis of patient-healthcare provider encounters. *Patient Education and Counseling* 88, 367-72. [↗](#)
- Clever SL, Jin L, Levinson W, Meltzer DO (2008): Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health Services Research* 43 (5), 1505-19. [↗](#)
- Cohen RL, Otterbein N (1992): The mnemonic effect of speech gestures: Pantomimic and non-pantomimic gestures compared. *European Journal of Cognitive Psychology* 4, 113-39. [↗](#)
- Cole SA, Bird J (2014): *The Medical Interview. The Three Function Approach*. Third edition. Philadelphia: Saunders.

Bibliographie

- Collins DL, Street RL Jr. (2009): A dialogic model of conversations about risk: coordinating perceptions and achieving quality decisions in cancer care. *Social Science & Medicine* 68 (8), 1506-12. [↗](#)
- Collins LG, Schrimmer A, Diamond J, Burke J (2011): Evaluating verbal and non-verbal communication skills, in an ethnogeriatric OSCE. *Patient Education and Counseling* 83 (2), 158-62. [↗](#)
- Collins S, Drew P, Watt I, Entwistle V (2005): 'Unilateral' and 'bilateral' practitioner approaches in decision-making about treatment. *Social Science & Medicine* 61 (12), 2611-627. [↗](#)
- Cömert M, Zill JM, Christalle E, Dirmaier J, Härter M, Scholl I (2016): Assessing communication skills of medical students in objective structured clinical examinations (OSCE) - A systematic review of rating scales. *PLoS One* 11 (3), e0152717. [↗](#)
- Condon WS, Brosin HW (1969): Micro Linguistic-Kinesic Events in Schizophrenic Behaviour. In: Bateson G, Birdwhistell R, Brosin HW, Hockett C, McQuown NA (eds.): *The Natural History of an Interview*. New York: Grune & Stratton, 812-37.
- Condon WS, Ogston WD (1966): Sound film analysis of normal and pathological behaviour patterns. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 143 (4), 338-47. [↗](#)
- Connor M, Fletcher I, Salmon P (2009): The analysis of verbal interaction sequences in dyadic clinical communication: A review of methods. *Patient Education and Counseling* 75 (2), 169-177. [↗](#)
- Conrad R (2015): Differentiated assessment of personality and its implications in living kidney donation. *Journal of Psychosomatic Research* 78, 597. [↗](#)
- Cook SW, Goldin-Meadow S (2006): The Role of Gesture in Learning: Do Children Use Their Hand to Change Their Minds? *Journal of Cognition and Development* 7 (2), 211-32. [↗](#)
- Cook SW, Mitchell Z, Goldin-Meadow S (2008): Gesturing makes learning last. *Cognition* 106 (2), 1047-58. [↗](#)
- Cooper N, Frain J (eds.) (2018): *ABC of Clinical Communication*. Oxford: Wiley.
- Cornoiu A, Beischer AD, Donnan L, Graves S, Steiger R de (2011): Multimedia patient education to assist the informed consent process for knee arthroscopy. *ANZ Journal of Surgery* 81 (3), 176-80. [↗](#)
- Corradi FG (1990): *The Other Side of Language. A Philosophy of Listening*. London/New York: Routledge.
- Coulehan JL, Block MR (1992): *The medical interview. A primer for students of the art*. Philadelphia: Davis.

Bibliographie

- Coulehan JL, Platt FW, Egener B, Frankel R, Lin CT, Lown B, Salazar WH (2001): "Let me see if I have this right...": words that help build empathy. *Annals of Internal Medicine* 135 (3), 221-7. [↗](#)
- Coulter A, Entwistle V, Gilbert D (1999): Sharing decisions with patients: is the information good enough? *British Medical Journal* 318 (7179), 318. [↗](#)
- Cowie MR (2011): Person-centred care: more than just improving patient satisfaction? *European Heart Journal*. 33 (9), 1037-9. [↗](#)
- Cracknell A, Cooper N (2018): Communication in clinical teams. In: Cooper N, Frain J (eds.): *ABC of Clinical Communication*. Oxford: Wiley, 29-34.
- Creed F, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M, White P (2010): Is there a better term than „medically unexplained symptoms“? *Journal of Psychosomatic Research* 68 (1), 5-8. [↗](#)
- Cross ES, Kraemer DJM, Hamilton C, Kelly WM, Grafton ST (2008): Sensitivity of the action observation network to physical and observational learning. *Cerebral Cortex* 19, 315-26. [↗](#)
- Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y (2016): Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. *Academic Medicine* 91 (2), 180-5. [↗](#)
- Cullati S, Courvoisier DS, Charvet-Bérard AI, Perneger TV (2011): Desire for autonomy in health care decisions: a general population survey. *Patient Education and Counseling* 83 (1), 134-8. [↗](#)
- Cushing A (2016): History of doctor-patient relationship. In: Brown J, Noble LM, Papageorgiou A, Kidd J (eds.): *Clinical Communication in Medicine*. Oxford: Wiley Blackwell, 6-20.
- Cushing AM (2015): Learning patient-centred communication: The journey and the territory. *Patient Education and Counseling* 98 (10), 1236-42. [↗](#)
- D'Errico GM, Galassi JP, Schanberg R, Ware WB (1999): Development and validation of the cancer worries inventory: A measure of illness-related cognitions. *Journal of Psychosocial Oncology* 17 (3), 119-37. [↗](#)
- D'Agostino TA, Bylund CL (2014): Nonverbal accommodation in health care communication. *Health Communication* 29 (6): 563-73. [↗](#)
- Dahmer H, Dahmer J (1992): *Gesprächsführung. Eine praktische Anleitung*. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Dale J, Jatsch W, Hughes N, Pearce A, Meystre C (2004): Information needs and prostate cancer: The development of a systematic means of identification. *BJU International* 94 (1), 63-9. [↗](#)
- Dalen J v (2013): Communication skills in context: Trends and perspectives. *Patient Education and Counseling* 92 (3), 292-5. [↗](#)
- Darwin CR (1890/2009). *The expression of the emotions in man and animals*. London: Penguin Classics.

Bibliographie

- Davis DA (2013): Die medizinische Ausbildung neu denken. In: Gigerenzer G, Muir Gray JA (Hg.): Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 249-70.
- Davis M (1991/1997): Guide to movement analysis methods. Pittsburgh, PA: Behavioral Measurement Database Services.
- Davis M, Hadiks D (1990): Nonverbal behaviour and client state changes during psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 46 (3), 340-51. [↗](#)
- Davis M, Hadiks D (1994): Nonverbal aspects of therapist attunement. *Journal of Clinical Psychology* 50 (3), 393-405. [↗](#)
- Davis MH, Harden RM (1999): AMEE Medical Education Guide No.15: Problem-based learning: a practical guide. *Medical Teacher* 21 (2), 130-40. [↗](#)
- Dayer-Berenson L, Goodill, SW, Wenger S (2012): Standardized patient feedback: making it work across disciplines. *Journal of Allied Health* 41 (1), 27-31. [↗](#)
- De Zwaan M (2015): Psychosomatik in der Transplantationsmedizin stärken. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 65, 287. [↗](#)
- Deardorff DK (2009): *The SAGE Handbook of Intercultural Competence*. Los Angeles: Sage Publications.
- Debatin B (1995): *Die Rationalität der Metapher. Eine sprach-philosophische und kommunikationstheoretische Untersuchung*, Berlin, etc.: de Gruyter.
- Del Piccolo L, de Haes H, Heaven C, Jansen J, Verheul W, Bensing J, Bergvik S, Deveugele M, Eide H, Fletcher I, Goss C, Humphris G, Kim YM, Langewitz W, Mazzi MA, Mjaaland T, Moretti F, Nübling M, Rimondini M, Salmon P, Sibbern T, Skre I, Dulmen S v, Wissow L, Young B, Zandbelt L, Zimmermann C, Finset A (2011): Development of the Verona coding definitions of emotional sequences to code health providers' responses (VR-CoDES-P) to patient cues and concerns. *Patient Education and Counseling* 82 (2), 149-55. [↗](#)
- Del Piccolo L, Finset A (2012): Assessment of nonverbal communication in clinical encounters: many methodological approaches, but no gold standard. *Patient Education and Counseling* 86 (3), 279-80. [↗](#)
- Delbene R (2011): Patients' narratives of chronic illnesses and the notion of biographical disruption. *Communication & Medicine* 8 (1), 17-27. [↗](#)
- Delhees K (1994): *Soziale Kommunikation. Psychologische Grundlage für das Miteinander in der modernen Gesellschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Delling H, Mombour W, Schmidt MH (Hg.) (2013): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (WHO)*. 9. Aufl. Bern, etc.: Huber.

Bibliographie

- Demarais A, Baum N (2012): Let your communication skills equal your clinical skills. *The Journal of Medical Practice Management* 28 (2), 116-7. [↗](#)
- Deppermann A (2003): Wenn Semantik zum praktischen Problem wird: Divergierende Schmerzkonzepte von Ärztin und Patientin in der psychosomatischen Exploration. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung* 5 (3), 165-81. [↗](#)
- Deppermann A (2004): ‚Gesprächskompetenz‘ – Probleme und Herausforderungen eines möglichen Begriffs. In: Becker-Mrotzek M, Brüner G (Hg.): *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 15-27. [↗](#)
- Deppermann A (2008): *Gespräche analysieren*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Deppermann A (2009): Theorie und Praxis der Analyse therapeutischer Kommunikation. *Health Communication* 2/1, 51-63.
- Deppermann A (2009): Therapeutisches Fragen als Hebammenkunst. *Psychoanalyse, Texte zur Sozialforschung*. 13 (2), 154-62. [↗](#)
- Deppermann A (2011): The Study of formulations as a key to an interactional semantics. *Human Studies* 34, 115-28. [↗](#)
- Deppermann A (2015): Wissen im Gespräch: Voraussetzung und Produkt, Gegenstand und Ressource. *InLiSt - Interaction and Linguistic Structures* 57. [↗](#)
- Deppermann A (2015): Agency in Erzählungen über Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend. In: Scheidt EC, Lucius-Hoene G, Stukenbrock A, Waller E (Hg.): *Narrative Bewältigung von Trauma und Verlust*. Stuttgart, etc.: Schattauer, 64-75.
- Deppermann A, Spranz-Fogasy T (2011): Doctors' questions as displays of understanding. *Communication & Medicine* 8 (2), 111-21. [↗](#)
- Derksen F, Bensing J, Kuiper S, Meerendonk M v, Lagro-Janssen A (2015): Empathy: what does it mean for GPs? A qualitative study. *Family Practice* 32 (1), 94-100. [↗](#)
- Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A (2013): Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice* 63 (606), e76-84. [↗](#)
- Derksen F, Olde Hartman TC, Dijk A v, Plouvier A, Bensing J, Lagro-Janssen A (2016): Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients. *Patient Education and Counseling* 100 (5), 987-93. [↗](#)
- Desai NR, Choudhry NK (2013): Impediments to adherence to post myocardial infarction medications. *Current Cardiology Reports* 15 (1), 322. [↗](#)

Bibliographie

- Descartes R (1641/1960): Meditationen über die Grundlagen der Philosophie. Hamburg: Meiner (Orig. 1641).
- Deter HC (2018): Bio-psycho-soziale oder psychotherapeutische Medizin – zur aktuellen Entwicklung der Psychosomatik in der klinischen Praxis. Wiener Medizinische Wochenschrift 168, 52-61. [↗](#)
- Deter HC (Hg.) (2010): Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2002): Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.09.2002. [↗](#)
- Deutsche Stiftung Organtransplantation (2015): DSO Jahresberichte und Grafiken (abgerufen am 28.04.2015). [↗](#)
- Deveugele M (2015): Communication training: Skills and beyond. Patient Education and Counseling 98 (10), 1287-91. [↗](#)
- Deveugele M, Derese A, Bacquer D d, Brink-Muinen A v d, Bensing J, Maeseneer J d (2004): Consultation in general practice: a standard operating procedure? Patient Education and Counseling 54 (2), 227-33. [↗](#)
- Deveugele M, Derese A, Brink-Muinen A v d, Bensing J, Maeseneer J d (2002): Consultation length in general practice: Cross sectional study in six European countries. British Medical Journal 325 (7362), 1-6. [↗](#)
- Deveugele M, Derese A, Maesschalck S d, Willems S, Driel M v, Maeseneer J d (2005): Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? Patient Education and Counseling 58 (3), 265-70. [↗](#)
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2015): S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Aufl., Vers. 2 (abgerufen am 04.03.2016). [↗](#)
- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. Lancet 357 (9258), 757-62. [↗](#)
- Dickinson D, Raynor D (2003): Ask the patients – they may want to know more than you think. British Medical Journal 327 (7419), 861. [↗](#)
- Dickson DA (1997): Reflection. In: Hargie ODW (ed.): The Handbook of Communication Skills. 2nd edition. New York: Routledge, 159-82.
- Dickson DA, Hargie O, Morrow NC (1991): Communication Skills Training for Health Professionals. London: Chapman & Hall.
- Dieckmann P (2005): „Ein bisschen wirkliche Echtheit simulieren“: Über Simulatorsettings in der Anästhesiologie. PhD: Universität Oldenburg. [↗](#)
- Dieckmann W (1981): Probleme der linguistischen Analyse institutioneller Kommunikation: In: Dieckmann W: Politische Sprache. Politische Kommunikation. Heidelberg: Winter, 208-45.

Bibliographie

- Dierkesmann R, Waldmann W (2010): Ärztliche Visite im Krankenhaus – Lernen aus der Vergangenheit? *Der Klinikarzt* 39 (7/8), 332-6. [↗](#)
- Dietsche S (2018): Das Konzept der Evidence-based Health Care – Das Methodenrepertoire zur Qualitätsbestimmung aus Sicht der Gesundheitsberufe. In: Hensen P, Stamer M (Hg.): *Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Springer, 71-91.
- Dijk TA v (1980): *Textwissenschaft*. Tübingen: Niemeyer.
- Dilling H, Freyberger H (2006). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper*. Bern, etc.: Huber.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. WHO. Bern, etc.: Huber.
- Dillon J (1997): Questioning. In: Hargie ODW (ed.): *The Handbook of Communication Skills*. 2nd edition. New York: Routledge, 103-33.
- Dimaggio G (2006): Disorganized narratives in clinical practice. *Journal of Constructivist Psychology* 19 (2), 103-8. [↗](#)
- DiMatteo MR, Haskard KB (2006): Further challenges in adherence research: Measurements, methodologies, and mental health care. *Medical Care* 44 (4), 297-9. [↗](#)
- DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL (2007): Health beliefs, disease severity, and patient adherence: A meta-analysis. *Medical Care* 45 (6), 521-8. [↗](#)
- DiMatteo MR, Hays RD, Prince LM (1986): Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment, noncompliance, and physician workload. *Health Psychology* 5 (6), 581-94. [↗](#)
- Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, Lee S, Irwin MR, Levenson J (2013): Somatic Symptom Disorder: An important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research* 75 (3), 223-8. [↗](#)
- Ditz S (2005): Die Mitteilung der Diagnose Brustkrebs. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 224-41.
- Doermer-Tramitz C (1990): ... auf den ersten Blick. Über die ersten dreißig Sekunden einer Begegnung von Mann und Frau. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Donato G, Bartlett MS, Hager JC, Ekman P, Sejnowski TJ (1999): Classifying Facial Actions. *IEEE Transactions on Pattern Analysis and Machine Intelligence* 21 (10), 974. [↗](#)
- Donner-Banzhoff N, Bastian H, Coulter A, Elwyn G, Jonitz G, Klemperer D, Ludwig WD (2013): Wie können wir Evidenz besser vermitteln? In: Gigerenzer G, Muir Gray JA (Hg.): *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere*

Bibliographie

- Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 217-35.
- Dörner K (2001): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart: Schattauer.
- Drew P (2012): Wissensasymmetrien in (alltags) sprachlichen Interaktionen. Ayaß R, Meyer C (Hg.): Sozialität in Slow Motion. Theoretische und empirische Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS, 151-80.
- Dreyer F, Goßmann M (2014): Die "Formulierung" als therapeutisches Referenzieren. *Selbstpsychologie* 15, 80-104.
- Drossman DA (2013): 2012 David Sun Lecture: Helping your patient by helping yourself - how to improve the patient-physician relationship by optimizing communication skills. *American Journal of Gastroenterology* 108 (4), 521-8. [↗](#)
- Duden (2015): „Bauch, der“ (abgerufen am 21.05.2015). [↗](#)
- Duffy FD (1998): Dialogue: The core clinical skill. *Annals of Internal Medicine* 128 (2), 139-41. [↗](#)
- Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, Lofton S, Wallace M, Goode L, Langdon L, Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills (2004): Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Academic Medicine* 79 (6), 495-507. [↗](#)
- Dullstein, M (2013): Einfühlung und Empathie. In: Breyer T (Hg.): Grenzen der Empathie. Philosophische, Psychologische und Anthropologische Perspektiven. München: Fink, 93-107.
- Dulmen, S van (2004): Pediatrician-parent-child communication: Problem-related or not? *Patient Education and Counseling* 52 (1), 61-8. [↗](#)
- Duncan S Jr (1974): On the structure of speaker-auditor interaction during speaking turns. *Language and Society* 3 (2), 161-80. [↗](#)
- Duncan SD (1984): Interaktionsstrukturen zwischen Sprecher und Hörer. In: Scherer KR, Wallbott HG (Hg.): Nonverbale Kommunikation: Forschungsberichte zum Interaktionsverhalten. 2. Aufl. Weinheim: Beltz, 236-56.
- Düsing R (2006): Therapietreue bei medikamentöser Behandlung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 131 (46), H28-H30. [↗](#)
- Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A (2012): Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12, CD003267. [↗](#)
- Eccles JC (1994): Wie das Gehirn sein Selbst steuert. München: Piper.

Bibliographie

- Eckel J, Merod R, Vogel H, Neuderth S (2014): Einsatz von Schauspielpatienten in den „Psych-“Fächern des Medizinstudiums - Verwendungsmöglichkeiten in der Psychotherapieausbildung? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 64 (1), 5-11. [↗](#)
- Edgar T, Volkman JE (2012): Using communication theory for health promotion: practical guidance on message design and strategy. *Health Promotion Practice* 13 (5), 587-90. [↗](#)
- Edwards A, Elwyn G, Covey J, Matthews E, Pill R (2001): Presenting risk information a review of the effects of framing and other manipulations on patient outcomes. *Journal of Health Communication* 6 (1), 61-82. [↗](#)
- Edwards JA, Lampert MD (eds.) (1993): *Talking data: Transcription and coding in discourse research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Eertwegh V v d, Dulmen S v, Dalen J v, Scherpbier AJ, Vleuten CP v d (2013). Learning in context: Identifying gaps in research on the transfer of medical communication skills to the clinical workplace. *Patient Education and Counseling* 90 (2), 184-92. [↗](#)
- Egbert M, Deppermann A (eds.). (2012). *Hearing Aids Communication: Integrating Social Interaction, Audiology and User Centered Design to Improve Communication with Hearing Loss and Hearing Technologies*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Eggers C, Obliers R, Koerfer A, Thomas W, Koehle K, Hoelscher AH, Bollschweiler E (2007): A multimedia tool for the informed consent of patients prior to gastric banding. *Obesity* 15 (11), 2866-73. [↗](#)
- Eggle S (2009): Can physicians both persuade and partner? A commentary on Karnieli-Miller and Eisikovits. *Social Science & Medicine* 69 (1), 9-11. [↗](#)
- Ehlich K (1979): Formen und Funktionen von HM - eine phonologisch-pragmatische Analyse. In: Weydt H (Hg.): *Die Partikeln der deutschen Sprache*. Berlin: de Gruyter, 503-17.
- Ehlich K (1981): Schulischer Diskurs als Dialog. *Dialogforschung*. Düsseldorf: Schwann, 334-69.
- Ehlich K (1982): „Quantitativ“ oder „qualitativ“? Bemerkungen zur Methodologiediskussion in der Diskursanalyse. In: Köhle K, Raspe HH (Hg.): *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. München usw.: Urban & Schwarzenberg, 298-312.
- Ehlich K (1983): Alltägliches Erzählen. In: Sanders W, Wegenast (Hg.): *Erzählen für Kinder – Erzählen von Gott*. Stuttgart: Kohlhammer, 128-50.
- Ehlich K (1985): The Language of Pain. *Theoretical Medicine* 6 (2), 177-87. [↗](#)
- Ehlich K (1986): *Interjektionen*. Tübingen: Niemeyer.
- Ehlich K (1987): Kooperation und sprachliches Handeln. In: Liedtke F, Keller R (Hg.): *Kommunikation und Kooperation*. Tübingen: Niemeyer, 17-32.

Bibliographie

- Ehlich K (1990): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ehlich K (1990): Zur Struktur der psychoanalytischen „Deutung“. In: Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R (Hg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 210-27.
- Ehlich K (1993): Sprachliche Prozeduren in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Löning P, Rehbein J (Hg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Berlin, etc.: de Gruyter, 67-90.
- Ehlich K (Hg.) (1980): Erzählen im Alltag. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R (Hg.) (1990): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ehlich K, Rehbein J (1976): Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT). Linguistische Berichte 45, 21-41.
- Ehlich K, Rehbein J (1977): Wissen, kommunikatives Handeln und die Schule. Goepfert HC (Hg.): Sprachverhalten im Unterricht. Zur Kommunikation von Lehrer und Schüler in den Unterrichtssituationen. München: Wilhelm Fink, 36-114.
- Ehlich K, Rehbein J (1979/1994): Institutionsanalyse. Prolegomena zur Untersuchung von Kommunikation in Institutionen. In: Brünner G, Graefen G (Hg.): Texte und Diskurse. Methoden und Forschungsergebnisse der funktionalen Pragmatik. Opladen: Westdeutscher Verlag, 287-327.
- Ehlich K, Rehbein J (1986): Muster und Institution: Untersuchungen zur schulischen Kommunikation. Tübingen: Narr.
- Ehrhardt C, Heringer HJ (2011): Pragmatik. Paderborn: Fink (UTB).
- Ehrlich SB, Levine SC, Goldin-Meadow S (2006): The Importance of Gesture in Children's Spatial Reasoning. *Developmental Psychology* 42 (6), 1259-1268. [🔗](#)
- Eibl-Eibesfeldt I (1967/1972): Grundriß der vergleichenden Verhaltensforschung. 3. Aufl. München: Piper.
- Eibl-Eibesfeldt I (1979): Universals in human expressive behavior. In: Wolfgang A (ed.): *Nonverbal Behavior. Applications and Cultural Implications*. New York: Academic.
- Eibl-Eibesfeldt I, Hass H (1994): Der 'Augengruß' im Kulturvergleich. *Film D 1824. Publ. Wiss. Film., Ethnol. Sonderband 9*. Göttingen: Institut für den Wissenschaftlichen Film, 1-12.
- Eickhoff C, Hämmerlein A, Griese N, Schulz M (2012): Nature and frequency of drug-related problems in self-medication (over-the-counter drugs) in daily community pharmacy practice in Germany. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 21 (3), 254-60. [🔗](#)

Bibliographie

- Eid A, Petty M, Hutchins L, Thompson R (2009): "Breaking bad news": standardized patient intervention improves communication skills for hematology-oncology fellows and advanced practice nurses. *Journal of Cancer Education* 24 (2), 154-9. [↗](#)
- Eide H, Frankel R, Haaversen AC, Vaupel KA, Graugaard PK, Finset A (2004): Listening for feelings: identifying and coding empathic and potential empathic opportunities in medical dialogues. *Patient Education and Counseling* 54, 291-7. [↗](#)
- Eisenmann B (1995): *Erzählen in der Therapie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Eklund L (1969): Aging and the Field of Education. In: Riley MW, Riley JW, Johnson ME (eds.): *Aging and Society*. Vol. 2: *Aging and the Professions*. New York: Russell Sage Foundation, 324-51.
- Ekman P (2004): *Gefühle lesen*. München, etc.: Elsevier.
- Ekman P (2009): Darwin's contributions to our understanding of emotional expressions. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences* 364 (1535), 3449-51. [↗](#)
- Ekman P (2010): Darwin's compassionate view of human nature. *JAMA* 303 (6), 557-8. [↗](#)
- Ekman P, Friesen WV (1978): *Facial Action Coding System (FACS): A Technique for the Measurement of Facial Movement*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Ellaway R, Evans P, McKillop J, Cameron H, Morrison J, McKenzie H, Mires G, Pippard M, Simpson J, Cumming A, Harden R, Guild S (2007): Cross-referencing the Scottish Doctor and Tomorrow's Doctors learning outcome frameworks. *Medical Teacher* 29 (7), 630-5. [↗](#)
- Ellgring H (1986): Nonverbal expression of psychological states in psychiatric patients. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 236, 31-4. [↗](#)
- Ellgring H (1986): Nonverbale Kommunikation. In: Rosenbusch HS, Schober O (Hg.): *Körpersprache in der schulischen Erziehung. Pädagogische und fachdidaktische Aspekte nonverbaler Kommunikation*. Baltmannsweiler: Pädagogischer Verlag Burgbücherei Schneider, 7-48.
- Elwyn G, Barr PJ, Grande SW, Thompson R, Walsh T, Ozanne EM (2013): Developing CollaboRATE: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. *Patient Education and Counseling* 93 (1), 102-7. [↗](#)
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P (1999): Shared decision-making in primary care: The neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice* 49 (443), 477-82. [↗](#)

Bibliographie

- Elwyn G, Edwards A, Rhydderch M (2005): Shared Decision Making: Das Konzept und seine Anwendung. In: Härter M, Loh A, Spies C (Hg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 3-12.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M (2012): Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine* 27 (10), 1361-7. [↗](#)
- Elwyn G, Frosch D, Volandes A, Edwards A, Montori V (2010): Investing in deliberation: a definition and classification of decision support interventions for people facing difficult health decisions. *Medical Decision Making* 30 (6), 701-11. [↗](#)
- Elwyn G, Gwyn R (1998/2005): Geschichten, die wir hören und erzählen – Gesprächsanalyse in der Arztpraxis. In: Greenhalgh T, Hurwitz B (Hg.): Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Bern etc.: Huber, 201-13.
- Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, Cording E, Thomson R, Durand MA, Edwards A (2013): Option Grids: shared decision making made easier. *Patient Education and Counseling* 90 (2), 207-12. [↗](#)
- Elwyn G, Lloyd A, May C, Weijden T v d, Stiggelbout A, Edwards A, Frosch DL, Rapley T, Barr P, Walsh T, Grande SW, Montori V, Epstein R (2014): Collaborative deliberation: A model for patient care. *Patient Education and Counseling* 97 (2), 158-64. [↗](#)
- Elwyn G, Tsulukidze M, Edwards A, Légaré F, Newcombe R (2013): Using a 'talk' model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION 5 Item. *Patient Education and Counseling* 93 (2), 265-71. [↗](#)
- Emanuel EJ, Emanuel LL (1992): Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 267 (16), 2221-6. [↗](#)
- Emanuel EJ, Emanuel LL (1992): Proxy decision making for incompetent patients. An ethical and empirical analysis. *JAMA* 267 (15), 2067-2071. [↗](#)
- Emanuel EJ, Emanuel LL (1996): What is accountability in health care? *Annals of Internal Medicine* 124 (2), 229-39. [↗](#)
- Emanuel EJ, Fairclough DL, Wolfe P, Emanuel LL (2004): Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying, and bereavement: is it stressful? Is it helpful? *Archives of Internal Medicine* 164 (18), 1999-2004. [↗](#)
- Emanuel EJ, Fuchs VR (2012): Shortening medical training by 30%. *JAMA* 307 (11), 1143-4. [↗](#)
- Emanuel EJ, Pearson SD (2012): Physician autonomy and health care reform. *JAMA* 307 (4), 367-8. [↗](#)

Bibliographie

- Emmorey K, Tversky B, Taylor HA (2000): Using space to describe space: Perspective in speech, sign, and gesture. *Spatial Cognition and Computation* 2, 157-80. [↗](#)
- Ende J (1983): Feedback in clinical medical education. *JAMA* 250 (6), 777-81. [↗](#)
- Engel GL (1977/1979): Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: Keupp H (Hg.): *Normalität und Abweichung*. München, etc.: Urban und Schwarzenberg, 63-85.
- Engel GL (1996): Wie lange noch muss sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen? In: Adler RA, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke O, Uexküll T v, Wesiack W (Hg.): *Uexküll - Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 3-11.
- Engel GL (1997): From biomedical to biopsychosocial. *Psychosomatics* 38 (6), 521-8. [↗](#)
- Engel J, Hoffmann SO (2003): Transkulturelle Aspekte des Schmerzerlebens. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hg.): *Handbuch chronischer Schmerz*. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie aus biopsychosozialer Sicht. Stuttgart, etc.: Schattauer, 17-25.
- English J (2016): Training doctors for person-centered care. *Academic Medicine* 91 (3), 294-6. [↗](#)
- Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 12 (2), 103-8. [↗](#)
- Epner DE, Baile WF (2011): Wooden's pyramid: building a hierarchy of skills for successful communication. *Medical Teacher* 33 (1), 39-43. [↗](#)
- Epner DE, Baile WF (2014): Difficult conversations: Teaching medical oncology trainees communication skills one hour at a time. *Academic Medicine* 89 (4), 578-84. [↗](#)
- Epstein RM (2013): Whole mind and shared mind in clinical decision-making. *Patient Education and Counseling* 90 (2), 200-6. [↗](#)
- Epstein RM, Gramling RE (2013): What is shared in shared decision making? Complex decisions when the evidence is unclear. *Medical Care Research and Review* 70 (1 Suppl), 94S-112S. [↗](#)
- Epstein RM, Shields CG, Meldrum SC, Fiscella K, Carroll J, Carney PA, Duberstein PR (2006): Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Medicine* 68, 269-76. [↗](#)
- Epstein RM, Street RL Jr (2011): Shared mind: communication, decision making, and autonomy in serious illness. *Annals of Family Medicine* 9 (5), 454-61. [↗](#)
- Epstein RM, Street RL Jr. (2011): The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine* 9 (2), 100-3. [↗](#)

Bibliographie

- Erim Y, Morawa E (2017): Migration und Gesundheit. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 241-50.
- Ernst J, Brähler E, Weißflog G. (2014): Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen – ein Überblick zu Patientenpräferenzen und Einflussfaktoren. *Gesundheitswesen* 76 (4), 187-92. [↗](#)
- Es MJ v, Wieringa-de Waard M, Visser MRM (2013): Differential growth in doctor-patient communications skills. *Medical Education* 47 (7), 691-700. [↗](#)
- Espirito-Santo H, Pio-Abreu JL (2009): Psychiatric symptoms and dissociation in conversion, somatization and dissociative disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 43 (3), 270-6. [↗](#)
- Evans BJ, Kiellerup FD, Stanley RO, Burrows GD, Sweet B (1987): A communication skills programme for increasing patients' satisfaction with general practice consultations. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 60 (4), 373-8. [↗](#)
- Evans M, Sharp D, Shaw A (2012): Developing a model of decision-making about complementary therapy use for patients with cancer: a qualitative study. *Patient Education and Counseling* 89 (3), 374-80. [↗](#)
- Fabro K, Schaffer M, Scharton J (2014): The development, implementation, and evaluation of an end-of-life simulation experience for baccalaureate nursing students. *Nursing Education Perspectives* 35 (1), 19-25. [↗](#)
- Facioli AM, Amorim FF, de Almeida KJ (2012): A model for humanization in critical care. *The Permanente Journal* 16 (4), 75-7. [↗](#)
- Fagerlind H, Kettis A, Bergström I, Glimelius B, Ring L (2012): Different perspectives on communication quality and emotional functioning during routine oncology consultations. *Patient Education and Counseling* 88 (1), 16-22. [↗](#)
- Falkenberg I, Bartels M, Wild B (2008): Keep smiling! Facial reactions to emotional stimuli and their relationship to emotional contagion in patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 258 (4), 245-253. [↗](#)
- Faller H (2012): Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 55 (9), 1106-1112. [↗](#)
- Fallowfield L, Jenkins V (2004): Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 363 (9405), 312-319. [↗](#)
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R (2002): Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* 359 (9307), 650-6. [↗](#)

Bibliographie

- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Solis-Trapala I. (2003): Enduring impact of communication skills training: Results of a 12-month follow-up. *British Journal of Cancer* 89 (8), 1445-9. [↗](#)
- Farin E (2010): Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronischen Krankheiten: Überblick über den Forschungsstand in ausgewählten Themenbereichen. *Rehabilitation* 49 (5), 277-291. [↗](#)
- Farin E (2012): Konzeptionelle und methodische Herausforderungen der Teilhabeforschung. *Rehabilitation* 51 (S01), S3-S11. [↗](#)
- Farin E, Baumann W (2014): Kommunikationspräferenzen onkologischer Patienten. *Gesundheitswesen* 76 (11), 707-14. [↗](#)
- Farin E, Glattacker M, Jäckel WH (2011): Leitlinien und Leitlinienforschung - Übersicht und Stand der Leitlinienimplementierung in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 54 (4), 429-35. [↗](#)
- Farin E, Gramm L, Schmidt E (2011): The congruence of patient communication preferences and physician communication behavior in cardiac patients. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention* 31 (6), 349-57. [↗](#)
- Farin E, Gramm L, Schmidt E (2012): Taking into account patients' communication preferences: instrument development and results in chronic back pain patients. *Patient Education and Counseling* 86 (1), 41-8. [↗](#)
- Farin E, Gramm L, Schmidt E (2012): The patient-physician relationship in patients with chronic low back pain as a predictor of outcomes after rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine* 36 (3), 246-58. [↗](#)
- Faude-Lang V, Hartmann M, Schmidt E-M, Humpert P, Nawroth P, Herzog W (2010): Akzeptanz- und achtsamkeitsbasiertes Gruppenkonzept für Patienten mit fortgeschrittenem Diabetes Typ 2: Konzept und praktische Erfahrungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 60 (5), 185-9. [↗](#)
- Fehlenberg D (1983): Die empirische Analyse der Visitenkommunikation: Institutionskritik und Ansätze für eine reflektierte Veränderung institutioneller Praxis. *Osnabrücker Beiträge zur Sprachwissenschaft* 24, 29-56.
- Fehlenberg D (1987): *Kommunikation zwischen Arzt und Patient*. Bochum: Brockmeyer.
- Fehlenberg D, Simons C, Köhle K (1982): Ansätze zur quantitativen Untersuchung ärztlicher Interventionen im Visitentgespräch. In: Köhle K, Raspe H-H (Hg.): *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. Empirische Untersuchungen. München, etc.: Urban und Schwarzenberg, 232-48.
- Fehlenberg D, Simons C, Köhle K (1996): Die Krankenvsitede – Probleme der traditionellen Stationsvisite und Veränderungen im Rahmen eines psycho-

Bibliographie

- somatischen Behandlungskonzepts. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll T v, Wesiack W (Hg.): Uexküll. Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. München, etc.: Urban & Schwarzenberg, 389-408.
- Fehlenberg D, Simons C, Köhle K (2003): Die Krankenvisite – Chance für ein weiterführendes ärztliches Gespräch. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Uexküll T v, Wesiack W (Hg.): Uexküll. Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 445-56.
- Feldman JA (2008): From molecule to metaphor. A Neural Theory of Language. Cambridge, Mass.: MIT-Press.
- Feng B, Bell RA, Jerant AF, Kravitz RL (2011): What do doctors say when prescribing medications?: An examination of medical recommendations from a communication perspective. *Health Communication* 26 (3), 286-96. [↗](#)
- Ferber C v (2003): Arbeit, Gesundheit und Krankheit. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Uexküll T v, Wesiack W (Hg.): Uexküll. Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 367-77.
- Ferrer RL, Gill JM (2013): Shared decision making, contextualized. *Annals of Family Medicine* 11 (4), 303-5. [↗](#)
- Ferro A (2009): Psychoanalyse als Erzählkunst und Therapieform. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Feuerstein G, Kuhlmann E (Hg.) (1999): Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern, etc.: Huber.
- Feyereisen P (1987): Gestures and speech, interactions and separations: A reply to McNeill. *Psychological Review* 94, 493-8. [↗](#)
- Feyereisen P, Havard I (1999): Mental imagery and production of hand gestures while speaking in younger and older adults. *Journal of Nonverbal Behavior* 23, 153-71. [↗](#)
- Fiehler R (1990): Kommunikation und Emotion: Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion. Berlin, etc.: de Gruyter.
- Fiehler R (2003): Modelle zur Beschreibung und Erklärung altersspezifischer Sprache und Kommunikation. In: Fiehler R, Thimm C (eds.): Sprache und Kommunikation im Alter. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. [↗](#)
- Fiehler R (2005): Erleben und Emotionalität im Arzt-Patienten-Gespräch. Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 120-35.
- Fiehler R, Thimm C (2003) Das Alter als Gegenstand linguistischer Forschung - eine Einführung in die Thematik. In: Fiehler R, Thimm C (Hg.) Sprache

Bibliographie

- und Kommunikation im Alter. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 7-16. [↗](#)
- Figueiredo MN d, Rodolph B, Bylund CL, Goelz T, Heußner P, Sattel H, Fritzsche K, Wuensch A (2015): ComOn Coaching: Study protocol of a randomized controlled trial to assess the effect of a varied number of coaching sessions on transfer into clinical practice following communication skills training. *BMC Cancer* 15, 503. [↗](#)
- Filipp SH, Aymanns P (2010): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart: Kohlhammer.
- Finkbeiner R (2015): Einführung in die Pragmatik. Darmstadt. Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Finke J (1994): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart/New York: Thieme.
- Finset A (2011): Research on person-centred clinical care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17 (2), 384-6. [↗](#)
- Finset A (2012): "I am worried, Doctor!" Emotions in the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling* 88 (3), 359-63. [↗](#)
- Finset A, Heyn L, Ruland C (2013): Patterns in clinicians' responses to patient emotion in cancer care. *Patient Education and Counseling* 93 (1), 80-5. [↗](#)
- Fischer G (2006): Die Sicht von Arzt und Patient. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 131 (S 1), S8-11.
- Fischer HR (2005): Die Metapher als hot topic der gegenwärtigen Forschung. In: Fischer HR (Hg.): Eine Rose ist eine Rose ... Zur Rolle und Funktion von Metaphern in Wissenschaft und Therapie. Weilerswist: Velbrück.
- Fischer K, Jungermann H (2003): "Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker". *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 11 (3), 87-98. [↗](#)
- Fischer MR, Bauer D, Mohn K, NKLM-Projektgruppe (2015): Endlich fertig! Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkataloge Medizin (NKLM) und Zahnmedizin (NKLZ) gehen in die Erprobung. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 32 (3): Doc35. [↗](#)
- Fischer MR, Wölfel T, Schmidmaier R (2016): Schnittstelle Visite. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 141 (1), 28-31. [↗](#)
- Fisher S (1984): Institutional authority and the structure of discourse. *Discourse Processes* 7, 201-24.
- Fisher S (1986): In the Patient's Best Interest. Women and the Politics of Medical Decisions. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Fisher S, Todd AD (eds.) (1983): The Social Organisation of Doctor-patient Communication. Washington DC: The Center for Applied Linguistics.

Bibliographie

- Flader D (1990): The psychoanalytic discourse. In: Raffler-Engel W v (ed.) (1990): Doctor-Patient Interaction (Vol. 4). Amsterdam: John Benjamins Publishing, 93-107.
- Flader D, Bartholomew U, Bublitz U (1993): Patienten-Idiolekte – Eine Untersuchung sprachlicher Daten, die mit dem Role-Repertory-Grid gewonnen werden. In: Löning P, Rehbein J (Hg.) Arzt-Patienten-Kommunikation: Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin, etc.: de Gruyter, 91-114.
- Flader D, Giesecke M (1980): Erzählen im psychoanalytischen Erstinterview. In: Ehlich K (Hg.): Erzählen im Alltag. Frankfurt/M: Suhrkamp, 209-62.
- Flader D, Grodzicki WD (1982): Die psychoanalytische Deutung. Eine diskursanalytische Fallstudie. In: Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (Hg.): Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Frankfurt/M: Suhrkamp, 138-93.
- Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (Hg.) (1982): Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Flader D, Koerfer A (1983): Die diskurslinguistische Erforschung von Therapiegesprächen. In: Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 24, 57-90.
- Flader D, Schröter K (1982): Interaktionsanalytische Ansätze der Therapiegesprächsforschung. Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (Hg.) (1982): Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Frankfurt/M: Suhrkamp, 7-15.
- Fletcher A, Jamal F, Moore G, Evans RE, Murphy S, Bonell C (2016): Realist complex intervention science: Applying realist principles across all phases of the Medical Research Council framework for developing and evaluating complex interventions. Evaluation 22 (3), 286-303. [🔗](#)
- Flick U (1998): Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit: Überblick und Einleitung. In: Flick U (Hg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa, 7-30. [🔗](#)
- Flick U, Kardorff E v, Steinke I (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Flubacher P (1999): Praktische Empfehlungen zur Überwindung „transkultureller“ Verständigungsprobleme aus der Sicht eines Hausarztes. ARS MEDICI - Schweizer Zeitschrift für Hausarztmedizin, 5.
- Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR (1999): Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? Journal of Clinical Oncology 17 (1), 371-9. [🔗](#)

Bibliographie

- Fonagy P, Gergeley G, Jurist EL, Target M (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ford S, Fallowfield L, Lewis S (1996): Doctor–patient interactions in oncology. *Social Science & Medicine* 42 (11), 1511-9. [↗](#)
- Ford S, Hall A (2004): Communication behaviours of skilled and less skilled oncologists: a validation study of the Medical Interaction Process System (MIPS). *Patient Education and Counseling* 54 (3), 275-82. [↗](#)
- Ford S, Hall A, Ratcliffe D, Fallowfield L (2000): The Medical Interaction Process System: The development of an instrument for analysing doctor-patient encounters in oncology. *Social Science and Medicine* 50 (4): 555-66. [↗](#)
- Fortin AH, Dwamena F, Frankel R, Smith RC (2012): *Smith's evidence-based interviewing: an evidence-based method*. New York: McGraw-Hill.
- Fox SA, Heritage J, Stockdale SE, Asch SM, Duan N, Reise SP (2009): Cancer screening adherence: does physician-patient communication matter? *Patient Education and Counseling* 75 (2), 178-84. [↗](#)
- Fragstein M v, Silverman S, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C; UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education (2008): UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education* 4 (11), 1100-7. [↗](#)
- Frain J (2018): Why clinical communication matters. In: Cooper N, Frain J (eds.): *ABC of Clinical Communication*. Oxford: Wiley, 1-6.
- Frain J, Abdalla M (2018): Teaching clinical communication. In: Cooper N, Frain J (eds.): *ABC of Clinical Communication*. Oxford: Wiley, 69-70.
- Frain J, Wearn A (2018): Shared decision-making. In: Cooper N, Frain J (eds.) (2018): *ABC of Clinical Communication*. Oxford: Wiley, 19-27.
- Frank AW (1995): *The wounded storyteller*. Chicago, etc.: The University of Chicago Press.
- Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, Harris P, Glasgow NJ, Campbell C, Dath D, Harden RM, Iobst W, Long DM, Mungroo R, Richardson DL, Sherbino J, Silver I, Taber S, Talbot M, Harris KA (2010): Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher* 32 (8), 638-45. [↗](#)
- Frankel RM (2009): Empathy research: a complex challenge. *Patient Education and Counseling* 75 (1), 1-2. [↗](#)
- Frankel RM, Stein T (2001): Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *Journal of Medical Practice Management* 16 (4), 184-91. [↗](#)

Bibliographie

- Frankel RM, Sung SH, Hsu JT (2005): Patients, doctors, and videotape: a prescription for creating optimal healing environments? *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11 (Suppl 1), S31-9. [↗](#)
- Freedman N, Bucci W (1981): On kinetic filtering in associative monologue. *Semiotica* 34, 225-49. [↗](#)
- Freedman N, Hoffmann SP (1967): Kinetic behaviour in altered clinical states: Approach to objective analysis of motor behaviour during clinical interviews. *Perceptual and Motor Skills* 24, 527-39. [↗](#)
- Freedman N, O'Hanlon J, Oltman P, Witkin HA (1972): The imprint of psychological differentiation on kinetic behaviour in varying communicative contexts. *Journal of Abnormal Psychology* 79 (3), 239-58. [↗](#)
- Freidson E (1970/1979): *Der Ärztestand: berufs-und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. Stuttgart: Enke (engl. Orig. 1970).
- Freud S (1885): Studien über Hysterie. In: Freud S (1977): *Gesammelte Werke* Bd. 1. 5. Aufl. Frankfurt/M: Fischer, 73-312.
- Freud S (1895): Der Fall »Katharina«. *Studien über Hysterie*. *Gesammelte Werke* Bd. I, 184-95.
- Freud S (1912/1970): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In: Freud S: *Studienausgabe*. *Ergänzungsband*. Frankfurt/M: Fischer, 169-80.
- Freud S (1913/1970): Zur Einleitung der Behandlung. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse. In: Freud S: *Studienausgabe*. *Ergänzungsband*. Frankfurt/M: Fischer, 181-203.
- Freud S (1917/1966): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: *Gesammelte Werke* XI. 4. Aufl. Frankfurt/M: Fischer.
- Freud S (1917/1991): Trauer und Melancholie. In: *Gesammelte Werke* X. *Werke aus den Jahren 1913-1917*. 8. Aufl. Frankfurt/M: Fischer, 427-46.
- Fries E, Hellhammer DH, Lehnert H, Kirschbaum C (2017): Psychoneuroendokrinologie. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 65-75.
- Friesen WV, Ekman P (1984): EMFACS-7; Emotional Facial Action Coding System. Unpublished manual.
- Frischenschlager O, Hladschik-Kerner B (Hg.) (2013): *Gesprächsführung in der Medizin*. Lernen, lehren, prüfen. Wien: Facultas.
- Fritzsche K (2002): Psychosomatische Grundkompetenz. Gute Weiterbildung, zufriedene Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt* 99 (14), 907-8. [↗](#)
- Fritzsche K (2008): Curriculum Zusatzweiterbildung fachgebundene Psychotherapie – Konzept und erste Erfahrungen mit der Umsetzung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 54 (2), 192-201. [↗](#)

Bibliographie

- Fritzsche K, Baumann K, Schulze-Bonhage A (2012): Dissoziative Anfälle. Ein Manual für Neurologen zur Diagnosemitteilung. *Der Nervenarzt* 84 (1), 7-13. [↗](#)
- Fritzsche K, Burghardt HM, Schweickhardt A (2006): Was bewirken hausärztliche Interventionen bei Patienten mit psychischen Störungen? Eine systematische Literaturübersicht. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 52 (1), 4-22. [↗](#)
- Fritzsche K, Campagnolo I, Wirsching M (2000): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Psychosomatischen Grundversorgung. In: Herzog T, Stein B, Wirsching M (Hg.): *Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart: Thieme-Verlag, 81-9.
- Fritzsche K, Geigges W, Hartmann A, Herrmann JM, Kemmerich C, Meinshausen H, Napp C, Nikolaus B, Richter D, Uexküll T v, Wirsching M (1996): Anforderungen an ein Curriculum Psychosomatische Grundversorgung. Ergebnisse einer vierjährigen Begleitevaluation. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 90 (8), 133-40. [↗](#)
- Fritzsche K, Geigges W, Richter D, Wirsching M (2003): *Psychosomatische Grundversorgung*. Berlin, etc.: Springer.
- Fritzsche K, Geigges W, Richter D, Wirsching M (2016): *Psychosomatische Grundversorgung*. 2. Aufl. Berlin, etc.: Springer.
- Fritzsche K, Hartmann A, Wirsching M (1995): Die Arzt-Patient-Beziehung in der Allgemeinarztpraxis. Probleme aus Sicht der Teilnehmer und Gruppenleiter eines Curriculums zur psychosomatischen Grundversorgung. *Zeitschrift für Allgemein Medizin* 71, 1415-20.
- Fritzsche K, Larisch A (2003): Treating patients with functional somatic symptoms. A treatment guide for use in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 21 (3), 132-5. [↗](#)
- Fritzsche K, Larisch A, Cierpka M, Wirsching M (2004): Improving the biopsychosocial competence of german primary care physicians in diagnosing and treating somatoform disorders. *Families, System and Health* 22 (3), 352-64. [↗](#)
- Fritzsche K, Larisch A, Schweickhardt A (2005): Psychotherapeutische Kurzinterventionen bei somatisierenden Patienten im Krankenhaus. *Psychotherapeut* 50 (6), 404-14. [↗](#)
- Fritzsche K, Sandholzer H, Albota M, Höger C, Pelz J, Deter HC, Bohlen U, Brucks U, Härter M, Schmidt B (1996): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der psychosomatischen Grundversorgung. Erste Ergebnisse eines Demonstrationsprojektes. *Psychotherapeut* 41 (5), 326-30. [↗](#)

Bibliographie

- Fritzsche K, Sandholzer H, Brucks U, Cierpka M, Deter H C, Härter M, Höger C, Richter Schmidt B, Larisch A, Wirsching M (1999): Psychosocial care by general practitioners - Where are the problems? Results of a demonstration project on quality management in psychosocial primary care. *International Journal Psychiatry in Medicine* 29 (4), 395-409. [↗](#)
- Fritzsche K, Sandholzer H, Wetzler-Burmeister E, Hartmann A, Cierpka M, Deter H-C, Richter R, Schmidt B, Härter M, Höger Ch, Wirsching M (2010): Symptom presentation, interventions, and outcome of emotionally-distressed patients in primary care. *Psychosomatics* 51 (5), 386-94. [↗](#)
- Fritzsche K, Schäfer I, Wirsching M, Leonhart R (2012): Psychosomatische Grundversorgung im Krankenhaus – Eine empirische Untersuchung von biopsychosozialen Belastungen, Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsergebnissen aus Sicht der Ärzte. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 58 (2), 142-57. [↗](#)
- Fritzsche K, Schmitt MF, Wirsching M, Nübling M (2010): Ärztliche Psychotherapie in der Haus- und Facharztpraxis: Eine Bestandsaufnahme bei Haus- und Fachärzten in Südbaden. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 56 (4), 348-57. [↗](#)
- Fritzsche K, Schweickhardt A (2003): Psychosomatische Grundkenntnisse in der Facharztweiterbildung. Konzept, Umsetzung, Ergebnisse der Begleit-evaluation. *Internist* 44 (3), 49-52. [↗](#)
- Fritzsche K, Schwoerer P, Wirsching M (1994): Psychosomatische Grundversorgung – Strukturiertes Fortbildungsprogramm im Praxisalltag. *Deutsches Ärzteblatt* 91 (46), 3174-8. [↗](#)
- Fritzsche K, Werner J, Sandholzer H, Brucks U, Cierpka M, Deter H-C, Härter M, Höger C, Richter R, Schmidt B (2000): Psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen in der Hausarztpraxis. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 50 (6), 239-45. [↗](#)
- Fritzsche K, Wirsching M (1993): Psychosomatische Grundversorgung - Konzept, Umsetzung, erste Erfahrungen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 69 (11), 294-8. [↗](#)
- Fritzsche K, Wirsching M (2006): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Fritzsche K., Sandholzer H, Wetzler-Burmeister E, Hartmann A, Cierpka M, Deter H-C, Richter R, Schmidt B, Härter M, Höger Ch, Wirsching M (2010): Symptom presentation, interventions, and outcome of emotionally-distressed patients in primary care. *Psychosomatics* 51 (5), 386-94. [↗](#)
- Froelich RE, Bishop FM (1973): *Die Gesprächsführung des Arztes. Ein programmierter Leitfaden*. Berlin: Springer.

Bibliographie

- Fröhmel A, Burger W, Ortwein H (2007): Einbindung von Simulationspatienten in das Studium der Humanmedizin in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132 (11), 549-54. [↗](#)
- Frongillo M, Feibelmann S, Belkora J, Lee C, Sepucha K (2013): Is there shared decision making when the provider makes a recommendation? *Patient Education and Counseling* 90 (1), 69-73. [↗](#)
- Frosch DL, Kaplan RM (1999): Shared decision-making in clinical medicine: Past research and future directions. *American Journal of Preventive Medicine* 17 (4), 285-94. [↗](#)
- Fry H, Ketteridge S, Marshall S (eds.) (2008): *A handbook for teaching and learning in higher education: Enhancing academic practice*. London: Routledge.
- Fuchs T (2000): *Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fuchs T (2010): Subjectivity and intersubjectivity in psychiatric diagnosis. *Psychopathology* 43 (4), 268-74. [↗](#)
- Fugelli P (2001): James Mackenzie Lecture. Trust – in general practice. *British Journal of General Practice* 51 (468), 575-9. [↗](#)
- Fugelli P (2006): The Zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient Education and Counseling* 60 (3), 267-71. [↗](#)
- Gabor N, Vitinius F, Obliers R, Ritter A, Lausberg, H (2014): Gestural behaviour as an indicator for measuring the quality of a therapist-patient-relationship. Poster presented at the International Conference Interactional Competences in Institutional Practices (ICIP) 11/2014; *Book of Abstracts*, 66.
- Gadamer HG (1993): *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Gaebel W, Kowitz S, Fritze J, Zielaseck J (2013): Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt* 110 (47), 799-808. [↗](#)
- Gafni A, Charles C, Wehlan T (1998): The physician-patient encounter: The physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. In: *Social Science & Medicine* 47 (3), 347-54. [↗](#)
- Gaissmaier W (2009) Kommunikation von Chancen und Risiken in der Medizin. In: Langer Th, Schnell M (Hg.) *Das Arzt-Patient-/Patient-Arzt-Gespräch*. München: Marseille, 177-85.
- Gaissmaier W, Gigerenzer G (2013): Wenn fehlinformierte Patienten versuchen, informierte Gesundheitsentscheidungen zu treffen. In: Gigerenzer G, Muir Gray JA (Hg.): *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin*.

Bibliographie

- Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 29-44.
- Galatzer-Levy RM (2009): Good vibrations: Analytic process as coupled oscillations. *The International Journal of Psychoanalysis* 90 (5), 983-1007. [↗](#)
- Gallese V, Goldman AI (1998): Mirror neurons and the simulation theory of mindreading. *Trends in Cognitive Sciences* 2 (10), 493-501. [↗](#)
- Gallese V, Lakoff G (2005): The Brain's concepts: the role of the Sensory-motor system in conceptual knowledge. *Cognitive Neuropsychology* 22 (3-4), 455-79. [↗](#)
- Gallop R, Lancee WJ, Garfinkel PE (1990): The empathic process and its mediators. A heuristic model. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 178 (10), 649-54. [↗](#)
- Gamondi C, Larkin P, Payne S (2013) Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education. *European Journal of Palliative Care* 20 (2), part 1: 86-91. [↗](#)
- Gamondi C, Larkin P, Payne S (2013) Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education. *European Journal of Palliative Care* 20 (3), part 2: 140-5. [↗](#)
- Garber P, Goldin-Meadow S (2002): Gesture offers insight into problem-solving in adults and children. *Cognitive Science* 26 (6), 817-31. [↗](#)
- Gardenswartz L, Rowe A (2003): *Diverse Teams at Work*. 2. Aufl. Alexandria, VA: Society for Human Resource Management.
- Garfinkel H, Sacks H (1976): Über formale Strukturen praktischer Handlungen. In: Weingarten E, Sack F, Schenkein J (Hg.): *Ethomethodologie. Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns*. Frankfurt/M: Suhrkamp, 130-78.
- Gärtner M, Vitinius F, Keller M (für die KoMPASS Arbeitsgruppe) (2012): Empathiefähigkeit und Burnout aus Sicht onkologisch tätiger Ärzte: Lohnt sich ein Kommunikationstraining? Abstractband 11. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO), Hamburg 29. November bis 01. Dezember 2012, 27.
- Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Morriss R (2011): Reattribution reconsidered: Narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *Journal of Psychosomatic Research* 71 (5), 325-34. [↗](#)
- Gee JP, Handford M (eds.) (2014): *The Routledge handbook of discourse analysis*. New York: Routledge.
- Geigges W (2003): Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre einer Integrierten Medizin. *Balint Journal* 4, 2-9. [↗](#)

Bibliographie

- Geiser F, Kleiman A, Albus C, Conrad R (2012): Angststörungen. *Internist* 53 (11), 1289-1295. [↗](#)
- Geisler L (1992): *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch*. Frankfurt/M: Pharma Verlag.
- Gelhaus P (2012): The desired moral attitude of the physician: (I) Empathy. *Medicine, Health Care and Philosophy* 15 (2), 103-13. [↗](#)
- Gelo OCG, Mergenthaler E (2012): Unconventional metaphors and emotional-cognitive regulation in a metacognitive interpersonal therapy. *Psychotherapy Research* 22, 159-75. [↗](#)
- Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2004): Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien), zuletzt geändert am 15.10.2003. *Bundesanzeiger* 1: 2. [↗](#)
- Georgakopoulou A (2006): The other side of the story: Towards a narrative analysis of narratives-in-interaction. *Discourse Studies* 8 (2), 265-87. [↗](#)
- Georgakopoulou A (2007): *Small stories, interaction and identities*. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Publishing.
- Gergen KJ (1998): Erzählung, moralische Identität und historisches Bewußtsein. In: Straub J (Hg.): *Erzählung, Identität und historisches Bewußtsein*. Frankfurt/M: Suhrkamp, 170-202.
- Gergen KL (2002): *Konstruierte Wirklichkeiten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gethmann-Siefert A, Gahl K, Henckel U (Hg.) (2005): *Studien zur medizinischen Ethik*. Freiburg, etc.: Alber.
- Geyer C (Hg.) (2004): *Hirnforschung und Willensfreiheit*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Ghisi GMN, da Chaves GS, Britto RR, Oh P (2018): Health literacy and coronary heart disease: A systematic review. *Patient Education and Counseling* 101 (2), 177-84. [↗](#)
- Gibson M, Neil Jenkins K, Wilson R, Purves I (2006): Verbal prescribing in general practice consultations. *Social Science & Medicine* 63 (6), 1684-98. [↗](#)
- Giesecke M, Rappe K (1982): Setting und Ablaufstrukturen in Supervisions- und Balintgruppen. Ergebnisse einer kommunikationswissenschaftlichen Untersuchung. In: Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (Hg.): *Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*. Frankfurt/M: Suhrkamp, 208-302.
- Gigerenzer G (2013): *Risiko. Wie man die richtigen Entscheidungen trifft*. München: Bertelsmann.
- Gigerenzer G (2014): *Das Einmaleins der Skepsis: über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken*. eBook. Berlin: Berlin Verlag.

Bibliographie

- Gigerenzer G (2015): Towards a paradigm shift in cancer screening: Informed citizens instead of greater participation. *British Medical Journal* 350, h2175. [↗](#)
- Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz L, Woloshin S (2007): Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychological Science in the Public Interest* 8 (2), 53-96. [↗](#)
- Gigerenzer G, Muir Gray JA (2013): Aufbruch in das Jahrhundert des Patienten. In: Gigerenzer G, Muir Gray JA (Hg.): *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 3-28.
- Gigerenzer G, Muir Gray JA (Hg.) (2013): *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Girgensohn-Marchand B (1994): *Der Mythos Watzlawick und die Folgen*. 2. Aufl. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Glaser B, Strauss AL (1967): *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing.
- Glaserfeld E v (1981): Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Glaserfeld E v (1987): *Wissen, Sprache und Wirklichkeit*. Braunschweig: Vieweg, 198-212.
- Gleichgerricht E, Decety J (2013): Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLoS One* 8 (4): e61526. [↗](#)
- Gobat N, Kinnersley P, Gregory JW, Pickles T, Hood K, Robling M (2015): Measuring clinical skills in agenda-mapping (EAGL-I). *Patient Education and Counseling* 98 (10), 1214-21. [↗](#)
- Gobat N, Kinnersley P, Gregory JW, Robling M (2015): What is agenda setting in the clinical encounter? Consensus from literature review and expert consultation. *Patient Education and Counseling* 98 (7), 822-9. [↗](#)
- Gödicke P (2008): *Formularerklärungen in der Medizin*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Goelz T, Wuensch A, Stubenrauch S, Bertz H, Wirsching M, Fritzsche K (2010): Addressing the transition from curative to palliative care: concept and acceptance of a specific communication skills training for physicians in oncology – COM-ON-p. *Onkologie* 33 (1-2), 65-9. [↗](#)
- Goelz T, Wuensch A, Stubenrauch S, Ihorst G, de Figueiredo M, Bertz H, Wirsching M, Fritzsche K (2011): Specific training program improves oncologists' palliative care communication skills in a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology* 29 (25), 3402-7. [↗](#)

Bibliographie

- Goffman E (1967): On Face-Work: An Analysis of Ritual Elements in Social Interaction. In: Goffman E (ed.): Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face Behavior. New York: Double-Day, 5-46.
- Goffman E (1971/1974): Territorien des Selbst. In: Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung. Frankfurt/M: Suhrkamp, 54-96 (engl. Orig. 1971).
- Goffman E (1972): Strategic Interaction. New York: Ballantine.
- Goffman E (1974): Das Individuum im öffentlichen Austausch. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Goldberg D, Gask L, O'Dowd T (1989): The treatment of somatization: Teaching techniques of reattribution. *Journal of Psychosomatic Research* 33 (6), 689-95. [↗](#)
- Goldie P (2004): Narrative, emotion and understanding. In: Hurwitz B, Greenhalgh T, Skultans V (eds.): *Narrative Research in Health and Illness*. Oxford: Blackwell, 156-67.
- Goldin-Meadow S (1997): When gestures and words speak differently. *Current Directions in Psychological Science* 6, 138-43. [↗](#)
- Goldin-Meadow S (2003): Thought before language: Do we think ergative? In: Gentner D, Goldin-Meadow S (eds.): *Language in Mind. Advances in the Study of Language and Thought*. Cambridge, Mass.: MIT-Press, 493-522.
- Goldin-Meadow S (2006): Meeting other minds through gesture: How children use their hands to reinvent language and distribute cognition. In: Levinson SC, Enfield NJ (eds.): *Roots of Human Sociality. Culture, Cognition and Interaction*. Oxford: Berg Publishers, 353-74.
- Goldin-Meadow S, Alibali MW, Church RB (1993): Transitions in concept acquisition: using the hand to read the mind. *Psychological Review* 100 (2), 279-97. [↗](#)
- Goldin-Meadow S, Mylander C (1998): Spontaneous sign systems created by deaf children in two cultures. *Nature* 391 (6664), 279-81. [↗](#)
- Goldman AI (2006): *Simulating Minds. The Philosophy, Psychology, and Neuroscience of Mindreading*. Oxford: University Press.
- Gonçalves MM, Gabalda IC, Ribeiro AP, Pinheiro P, Borges R, Sousa I, Stiles WB (2014): The Innovative Moments Coding System and the Assimilation of Problematic Experiences Scale: A case study comparing two methods to track change in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 24 (4), 442-55. [↗](#)
- Gonçalves MM, Stiles WB (2011): Narrative and psychotherapy: introduction to the special section. *Psychotherapy Research* 21 (1), 1-3. [↗](#)
- Goodlin SJ, Quill TE, Arnold RM (2008): Communication and decision-making about prognosis in heart failure care. *Journal of Cardiac Failure* 14 (2), 106-13. [↗](#)

Bibliographie

- Goodwin MH (1980): Processes of mutual monitoring implicated in the production of description sequences. *Sociological Inquiry* 50 (1), 303-17. [↗](#)
- Gorawara-Bhat R, Cook MA (2011): Eye contact in patient-centered communication. *Patient Education and Counseling* 82 (3): 442-7. [↗](#)
- Gorawara-Bhat R, Dethmers DL, Cook MA (2013): Physician eye contact and elder patient perceptions of understanding and adherence. *Patient Education and Counseling* 92 (3), 375-80. [↗](#)
- Gordon C, Barton E, Meert KL, Eggly S, Pollacks M, Zimmerman J, Anand KJ, Carcillo J, Newth CJ, Dean JM, Willson DF, Nicholson C; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Collaborative Pediatric Critical Care Research Network (2009): Accounting for medical communication: Parents' perceptions of communicative roles and responsibilities in the Pediatric Intensive Care Unit. *Communication & Medicine* 6 (2), 177-88. [↗](#)
- Gosda J (2005): Stationäre psychosomatische Grundversorgung am Kreis-krankenhaus Simbach am Inn. *Die Psychodynamische Psychotherapie* 4, 182-7. [↗](#)
- Gottlieb S (2002): US students face national examination on simulated patients. *British Medical Journal* 325 (7363), 512. [↗](#)
- Götze H, Perner A, Anders D, Brähler E (2010): „Die Kommunikation untereinander ist häufig nicht vorhanden“ – Interviews mit Pflegedienstmitarbeitern zur ambulanten Palliativversorgung. *Gesundheitswesen* 72 (11), e60-4. [↗](#)
- Goyal R (2013): Narration in Medicine. In: Hühn P, Meister JP, Pier J, Schmid W (eds.): *The Living Handbook of Narratology*. Hamburg: Hamburg University Press (abgerufen am 21.08.2015). [↗](#)
- Grammenos D, Bein T, Briegel J, Eckardt KU, Gerresheim G, Lang C, Nieß C, Zeman F, Breidenbach T (2014): Einstellung von potenziell am Organspendeprozess beteiligten Ärzten und Pflegekräften in Bayern zu Organspende und Transplantation. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 139, 1289-94. [↗](#)
- Grayson-Sneed KA, Smith SW, Smith RC (2017): A research coding method to evaluate medical clinicians conduct of behavioral health care in patients with unexplained symptoms. *Patient Education and Counseling* 100, 518-25. [↗](#)
- Greenberg LS, Watson JC (2005): *Emotion-Focused Therapy for Depression*. Washington DC: American Psychological Association Press.
- Greenhalgh S, Hurwitz B (1998): Why Study Narrative? In: Greenhalgh S, Hurwitz B (eds.): *Narrative Based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. London: BMJ Books, 3-15.

Bibliographie

- Greenhalgh T, Heath I (2010). Measuring quality in the therapeutic relationship – part 2: subjective approaches. *Quality & Safety in Health Care* 19 (6), 479-83. [↗](#)
- Greenhalgh T, Heath I (2010): Measuring quality in the therapeutic relationship – part 1: objective approaches. *Quality & Safety in Health Care* 19 (6), 475-8. [↗](#)
- Greenhalgh T, Hurwitz B (Hg.) (1998/2005): *Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin*. Bern, etc.: Huber (Orig. 1998).
- Greenspan JD, Craft RM, LeResche L, Arendt-Nielsen L, Berkley KJ, Fillingim RB, Gold MS, Holdcroft A, Lautenbacher S, Mayer EA, Mogil JS, Murphy AZ, Traub RJ; Consensus Working Group of the Sex, Gender, and Pain SIG of the IASP (2007): Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report. *Pain* 132 (Supp 1), S26-S45. [↗](#)
- Grice HP (1975): Logic and Conversation. In: Cole P, Morgan JL (eds.): *Syntax and Semantics, Vol. 3. Speech Acts*. New York: Academic Press, 41-58. (dt. Logik und Konversation. In: Meggle G (Hg.) (1979): *Handlung, Kommunikation, Bedeutung*. Frankfurt/M: Suhrkamp, 243-265).
- Griffith CH, Wilson JF, Langer S, Haist SA (2003): House Staff Nonverbal Communication Skills and Standardized Patient Satisfaction. *Journal of General Internal Medicine* 18 (3), 170-4. [↗](#)
- Griffiths F, Borkan J, Byrne D, Crabtree BF, Dowrick C, Gunn J, Kokanovic R, Lamb S, Lindenmeyer A, Parchman M, Reis S, Sturt J (2010): Developing evidence for how to tailor medical interventions for the individual patient. *Qualitative Health Research* 20: 1629-41. [↗](#)
- Grimmer B (2014): *Psychodynamische Gesprächskompetenzen in der Psychotherapie: Kommunikation und Interaktion*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Groenemeyer A, Mansel J (Hg.) (2003): *Die Ethnisierung von Alltagskonflikten*. Opladen: Leske + Budrich.
- Gromnica-Ihle E (2013): Die Emanzipation des Patienten: Von der partizipativen Entscheidungsfindung bis zur Wahrnehmung kollektiver Patientenrechte. *Aktuelle Rheumatologie* 38 (6), 385-9. [↗](#)
- Groß A (2015): Asymmetrie und (Patienten-)Expertise in der HIV-Sprechstunde. In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Handbuch „Sprache und Medizin“*. Berlin, etc.: de Gruyter, 282-99.
- Groß S (2010): Einfluss von elaboriertem Feedback Standardisierter Patienten auf Wissenserwerb und Hemmungsabbau bei Medizinstudenten. Dissertation: Ludwig-Maximilian-Universität München. [↗](#)
- Grossmann KP (2000): *Der Fluss des Erzählens. Narrative Formen der Therapie*. Heidelberg: Auer.

Bibliographie

- Grundmann RT (2012): Burnout bei Ärzten und Pflegepersonal: Häufigkeiten, Ursachen und Folgen für die Patientensicherheit. *CHAZ* 13 (4), 239-43. [↗](#)
- Grunwald M, Weiss T, Mueller S, Rall L (2014): EEG changes caused by spontaneous facial self-touch may represent emotion regulating processes and working memory maintenance. *Brain Research* 1557, 111-26. [↗](#)
- Guadagnoli E, Ward P (1998): Patient participation in decision-making. *Social Science & Medicine* 47 (3), 329-39. [↗](#)
- Gulbrandsen P (2014): A matter of the heart. *Patient Education and Counseling* 96 (1), 139-141. [↗](#)
- Gulbrandsen P (2014): What's in shared decision-making for the physician? *Patient Education and Counseling* 97 (2), 145-6. [↗](#)
- Gulbrandsen P, Dalby AM, Ofstad EH, Gerwing J (2014): Confusion in and about shared decision making in hospital outpatient encounters. *Patient Education and Counseling* 96 (3), 287-94. [↗](#)
- Gulbrandsen P, Jensen BF, Finset A, Blanch-Hartigan D (2013): Long-term effect of communication training on the relationship between physicians' self-efficacy and performance. *Patient Education and Counseling* 91 (2), 180-5. [↗](#)
- Gulbrandsen P, Ofstad EH, Holmøy T, Vandvik PO (2014): Shared decision-making in decisions on treatment. *Tidsskrift for den Norske legeforening* 134 (17), 1670-2. [↗](#)
- Gülich E (1980): Konventionelle Muster und kommunikative Funktionen von Alltagserzählungen. In: Ehlich K: *Erzählen im Alltag*. Frankfurt/M: Suhrkamp, 335-84.
- Gülich E (2005): Krankheitserzählungen. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 73-89.
- Gülich E (2012): Erinnern – Erzählen – Interpretieren in Gesprächen mit Anfallskranken. In: Ayaß R, Meyer C (Hg.): *Sozialität in Slow Motion. Theoretische und empirische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer VS, 615-41.
- Gülich E (2017). Medizin. In: Martinez M (Hg.): *Erzählen. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart: Metzler, 140-8.
- Gülich E, Hausendorf H (2000): Vertextungsmuster Narration. In: Brinker K, Antos G, Heinemann W, Sager SF (Hg.): *Text- und Gesprächslinguistik – Linguistics of Text and Conversation* (1. Halbband, Vol. 1.). Berlin, etc.: de Gruyter, 369-85.
- Gülich E, Lindemann K, Schöndienst M (2010): Interaktive Formulierung von Angsterlebnissen im Arzt-Patient-Gespräch. Eine Einzelfallstudie. In: Dausendschön-Gay U, Domke C, Ohlhus S (Hg.): *Wissen in (Inter-)Aktion*. Berlin, etc.: de Gruyter, 135-60.

Bibliographie

- Gülich E, Schöndienst M (2015): Brüche in der Kohärenz bei der narrativen Rekonstruktion von Krankheitserfahrungen. Konversationsanalytische und klinische Aspekte. In: Scheidt CE, Lucius-Hoene G, Stukenbrock A, Waller E (Hg.): Narrative Bewältigung von Trauma und Verlust. Stuttgart, etc.: Schattauer, 121-34.
- Gülich E, Schöndienst M, Surmann V (2003): Schmerzen erzählen Geschichten - Geschichten erzählen Schmerzen. Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung 5 (3), 220-49. [↗](#)
- Gumperz JJ (1982): Discourse Strategies. Cambridge: University Press.
- Gustavsson E, Sandman L (2014): Health-care needs and shared decision-making in priority-setting. Medicine, Health Care, and Philosophy 18 (1), 13-22. [↗](#)
- Güthoff S, Rosenecker J (2008): Anamneseerhebung. In: Rosenecker J, Schmidt H: Pädiatrische Anamnese, Untersuchung, Diagnose. Heidelberg: Springer, 3-16.
- Guzzetta A, Baldini S, Bancalè A, Baroncelli L, Ciucci F, Ghirri P, Putignano E, Sale A, Viegi A, Berardi N, Boldrini A, Cioni G, Maffei L (2009): Massage accelerates brain development and the maturation of visual function. Journal of Neuroscience 29 (18), 6042-51. [↗](#)
- Gwyn R, Elwyn G (1999): When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter. Social Science and Medicine 49 (4), 437-47. [↗](#)
- Haak R, Rosenbohm J, Koerfer A, Obliers R, Wicht MJ (2008): The effect of undergraduate education in communication skills: a randomized controlled clinical trial. European Journal of Dental Education 12, 213-8. [↗](#)
- Habermas J (1971): Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz. In: Habermas J, Luhmann N (1971): Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie. Frankfurt/M: Suhrkamp, 101-41.
- Habermas J (1976): Was heißt Universalpragmatik? In: Apel K-O (Hg.) Sprachpragmatik und Philosophie. Frankfurt/M: Suhrkamp, 174-272.
- Habermas J (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. 2 Bde. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Habermas J (1988): Nachmetaphysisches Denken. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Habermas J (1991): Erläuterungen zur Diskursethik. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Habermas J (2004): Freiheit und Determinismus. Deutsche Zeitschrift für Philosophie 52 (6), 871-90. [↗](#)
- Habermas T (2006): Who speaks? Who looks? Who feels? Point of view in autobiographical narratives. The International Journal of Psychoanalysis 87 (2), 497-518. [↗](#)

Bibliographie

- Haberstroh J, Pantel J (Hg.) (2011): Kommunikation bei Demenz: TANDEM Trainingsmanual. Heidelberg: Springer.
- Hack TF, Degner LF, Parker PA (2005): The communication goals and needs of current patients: A review. *Psychooncology* 14 (10), 831-45. [↗](#)
- Haes de H, Bensing J (2009): Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling* 74 (3), 287-94. [↗](#)
- Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Dimitry S, Tattersall MH (2005): Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. *Annals of Oncology* 16 (7), 1005-53. [↗](#)
- Hailstone JC, Ridgway GR, Bartlett JW, Goll JC, Buckley AH, Crutch SJ, Warren JD (2011): Voice processing in dementia: a neuropsychological and neuroanatomical analysis. *Brain* 134 (9): 2535-47. [↗](#)
- Halkowski T (2006): Realizing the illness: Patient's narratives of symptom discovery. In: Heritage J, Maynard DW (eds.): *Communication in Medical Care*. Cambridge: University Press, 86-14.
- Hall JA, Harrigan JA, Rosenthal R (1995): Nonverbal behavior in clinician-patient interaction. *Applied & Preventive Psychology* 4 (1), 21-37. [↗](#)
- Hall JA, Horgan TG, Stein TS, Roter DL (2002). Liking in the physician-patient relationship. *Patient Education and Counseling* 48 (1), 69-77. [↗](#)
- Hall JA, Roter DL, Blanch DC, Frankel RM (2009): Nonverbal sensitivity in medical students: implications for clinical interactions. *Journal of General Internal Medicine* 24 (11): 1217-22. [↗](#)
- Hall JA, Roter DL, Rand CS (1981): Communication of affect between patient and physician. *Journal of Health and Social Behavior* 22 (1), 18-30. [↗](#)
- Hallal H (2015): Diversität in der humanmedizinischen Ausbildung: Eine empirische Rekonstruktion kollektiver Orientierungen in den institutionellen Erfahrungsräumen des Medizinstudiums. *Sozialwissenschaften*. Bd. 67. Marburg: Tectum Verlag.
- Hamberg K, Risberg G, Johansson EE, Westman G (2002): Gender bias in physicians' management of neck pain: A study of the answers in a Swedish national examination. *Journal of Womens Health & Gender Based Medicine* 11 (7), 653-66. [↗](#)
- Hammersen F, Boehmer K, Bey J v d, Berger S, Steinhäuser J (2016): MAAS-Global-D: Instrument zur Messung und Schulung kommunikativer sowie medizinischer Kompetenzen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 92 (1), 13-8. [↗](#)
- Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C (1975): Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory

Bibliographie

- investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *British Medical Journal*, 486-9. [↗](#)
- Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymor C (1975): Relative contributions of history-taking: physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *British Medical Journal* 2 (5969), 486-9. [↗](#)
- Han PKJ, Joeques K, Elwyn G, Mazor KM, Thomson R, Sedgwick P, Ibison J, Wong JB (2014): Development and evaluation of a risk communication curriculum for medical students. *Patient Education and Counseling* 94 (1), 43-9. [↗](#)
- Hanke M (1991): *Maieutike Techne. Zum Modell der sokratischen Gesprächstechnik*. In: Flader D (Hg.): *Verbale Interaktion*. Stuttgart: Metzler, 50-91.
- Hanretty KP, Turner T, McGregor JR, Hood S, Hunter R (2004): *Clinical finals and how to pass them: OSCE's, short cases and long cases*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Harden RM (1988): What is an OSCE? *Medical Teacher* 10 (1), 19-22. [↗](#)
- Harden RM (2011): If it matters, it produces controversy. *Medical Teacher* 33 (1), 4-5. [↗](#)
- Harden RM (2011): Looking back to the future: a message for a new generation of medical educators. *Medical Education* 45 (8), 777-84. [↗](#)
- Harden RM, Crosby JR, Davis MH (1999): AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1 – An introduction to outcome-based education. *Medical Teacher* 21 (1), 7-14. [↗](#)
- Harden RM, Crosby JR, Davis MH, Friedman M (1999): AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 5 – From competency to meta-competency: A model for the specification of learning outcomes. *Medical Teacher* 21 (6), 546-52. [↗](#)
- Harden RM, Davis MH (1998): The continuum of problem-based learning. *Medical Teacher* 20 (4), 317-22. [↗](#)
- Harden RM, Gessner IH, Gunn M, Issenberg SB, Pringle SD, Stewart A (2011) Creating an e-learning module from learning objects using a commentary or 'personal learning assistant'. *Medical Teacher* 33 (4), 286-90. [↗](#)
- Harden RM, Stamper N (1999): What is a spiral curriculum? *Medical Teacher* 21 (2), 141-43. [↗](#)
- Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM (1975): Assessment of clinical competence using objective structured examination. *British Medical Journal* 1 (5955), 447-51. [↗](#)
- Harden RM, Wilkinson D (2011): Excellence in teaching and learning in medical schools. *Medical Teacher* 33 (2), 95-6. [↗](#)

Bibliographie

- Hardoff D, Schonmann S (2001): Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. *Medical Education* 35 (3), 188-90. [↗](#)
- Hargie O, Boohan M, McCoy M, Murphy P (2010): Current trends in communication skills training in UK schools of medicine. *Medical Teacher* 32 (5): 385-91. [↗](#)
- Hargie OD, Morrow NC, Woodman C (2000): Pharmacists' evaluation of key communication skills in practice. *Patient Education and Counseling* 39 (1), 61-70. [↗](#)
- Hargie ODW (1997): *The handbook of communication skills*. 2nd edition. New York: Routledge.
- Harrigan JA, Oxman TE, Rosenthal R (1985): Rapport Expressed through Nonverbal Behaviour. *Journal of Nonverbal Behaviour* 9 (2), 95-110. [↗](#)
- Harrigan JA, Rosenthal R (1983): Physicians' Head and Body Positions as Determinants of Perceived Rapport. *Journal of Applied Social Psychology* 13 (6), 496-509. [↗](#)
- Harris P, Snell L, Talbot M, Harden RM (2010): Competency-based medical education: implications for undergraduate programs. *Medical Teacher* 32 (8), 646-50. [↗](#)
- Harrison G, Hayden S, Cook V, Cushing A (2012): Improving health care professionals' feedback on communication skills: Development of an on-line resource. *Patient Education and Counseling* 88 (3), 414-9. [↗](#)
- Härter M, Klesse C, Bermejo I, Schneider F, Berger M (2010): Unipolare Depression: Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie aus der aktuellen S3- und Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“. *Deutsches Ärzteblatt International* 107 (40), 700-8. [↗](#)
- Härter M, Loh A, Spies C (Hg.) (2005): *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Härter M, Simon D (2013): Wollen Patienten partizipative Entscheidungsfindung und wie wird das gemessen? In: Gigerenzer G, Muir Gray JA (Hg.): *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 55-60.
- Härtl A, Bachmann C, Blum K, Höfer S, Peters T, Preusche I, Raski B, Rüttermann S, Wagner-Menghin M, Wünsch A, Kiessling C; GMA-Ausschuss Kommunikative und Soziale Kompetenzen (2015): Desire and reality – teaching and assessing communicative competencies in undergraduate medical education in German-speaking Europe – a survey. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 32 (5), Doc56. [↗](#)
- Hartog J (1996): *Das genetische Beratungsgespräch*. Tübingen: Narr.

Bibliographie

- Hartung M (2002): Ironie in der Alltagssprache. Eine gesprächsanalytische Untersuchung. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. [↗](#)
- Hartung M (2004) Wie lässt sich Gesprächskompetenz wirksam und nachhaltig vermitteln? In: Becker-Mrotzek M, Brüner G. (Hg.) Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 47-66. [↗](#)
- Harvey JN (2014): Health Beliefs and Health Outcomes. In: Martin LR, DiMatteo MR (eds.): The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence. Oxford: University Press, 177-92.
- Harvey K, Koteyko N (2013): Exploring health communication. Language in action. London, New York: Routledge.
- Haskard KB, DiMatteo MR, Heritage J (2009): Affective and instrumental communication in primary care interactions: predicting the satisfaction of nursing staff and patients. Health Communication 24 (1), 21-32. [↗](#)
- Haskard KB, Williams SL, DiMatteo MR, Rosenthal R, White MK, Goldstein MG (2008): Physician and patient communication training in primary care: effects on participation and satisfaction. Health Psychology 27 (5), 513-22. [↗](#)
- Haskard-Zolnieriek KB, Dimatteo MR (2009): Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Medical Care 47 (8), 826-34. [↗](#)
- Haskard-Zolnieriek KB, Williams SL (2014): Adherence and health behaviour change in the context of mental health challenges. In: Martin LR, DiMatteo MR (eds.): The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence. Oxford: University Press, 454-68.
- Hauser K, Koerfer A, Kuhr K, Albus C, Herzig S, Matthes J (2015): Endpunkt-relevante Effekte durch Partizipative Entscheidungsfindung? Ein systematisches Review. Deutsches Ärzteblatt International 112 (40): 665-71. [↗](#)
- Hauser K, Koerfer A, Niehaus M, Albus C, Herzig S, Matthes J (2017): Das Verordnungsgespräch. Ein Lehrprojekt für Studierende der Humanmedizin zur Arzt-Patient-Kommunikation im Kontext der Arzneimittelverordnung. GMS Journal for Medical Education 34 (2), Doc18. [↗](#)
- Hauser K, Matthes J (2017): Medical students' medication communication skills regarding drug prescription-a qualitative analysis of simulated physician-patient consultations. European Journal of Clinical Pharmacology 73 (4), 429-35. [↗](#)
- Häuser W, Schwebius P (1999): Vier Minuten pro Patient, eine Minute pro Angehörigen. Arzt-Patient-Angehörigen-Kommunikation in allgemeininternis-

Bibliographie

- tischen Abteilungen. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 49, 168-70.
- Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P (2015): Kein Befund und trotzdem krank? Mehr Behandlungszufriedenheit im Umgang mit unklaren Körperbeschwerden – bei Patient *und* Arzt. Stuttgart, etc.: Schattauer.
- Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, Häuser W, Herrmann M, Ronel J, Sattel H, Schaefer R (2013): Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Stuttgart, etc.: Schattauer. [↗](#)
- Hausteiner-Wiehle C, Schaefer R (2013): Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung – Über den Umgang mit Patienten mit funktionellen Schmerzsyndromen. *Schmerz* 27 (4), 419-27. [↗](#)
- Hausteiner-Wiehle C, Schaefer R, Sattel H, Ronel J, Herrmann M, Häuser W, Martin A, Henningsen P (2013): Neue Leitlinien zu funktionellen und somatoformen Störungen (AWMF-051-001, Stand 15.04.12). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 63 (1), 26-31. [↗](#)
- Have P ten (1991/2013): Talk and institution: A reconsideration of the asymmetry of doctor-patient interaction. In: Beach WA (ed.) (2013). *Handbook of patient-provider interactions: Raising and responding to concerns about life, illness, and disease*. New York: Hampton Press, 149-165.
- Have P ten (1993): Fragen von Ärzten. Erste Bemerkungen. In: Löning P, Rehbein J (Hg.): *Arzt-Patienten-Kommunikation*. Berlin etc.: de Gruyter, 373-83.
- Hax PM, Hax-Schoppenhorst T (Hg.) (2012): *Kommunikation mit Patienten in der Chirurgie. Praxisempfehlungen für Ärzte aller operativen Fächer*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haywood K, Marshall S, Fitzpatrick R (2006): Patient participation in the consultation process: a structured review of intervention strategies. *Patient Education and Counseling* 63 (1-2), 12-23. [↗](#)
- Heath C (1984): Participation in the medical consultation: the co-ordination of verbal and nonverbal behaviour between the doctor and patient. *Sociology of Health & Illness* 6 (3), 311-38. [↗](#)
- Heath C (1986): *Body movement and speech in medical interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heath C (1989): Pain Talk. The Expression of Suffering in the Medical Consultation. *Social Psychology Quarterly* 52 (2), 113-25. [↗](#)
- Heath C (2006): Body work: The collaborative production of the clinical object. In: Heritage J, Maynard D (eds.): *Communication in Medical Care*. Cambridge: Cambridge University Press, 185-213.

Bibliographie

- Heath I (2005): Auf der Spur von Krankengeschichten. In: Greenhalgh T, Hurwitz B (Hg.): Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Bern, etc.: Huber, 115-25.
- Heather N, Hönekopp (2014): Readiness to change and the transtheoretical model as applied to addictive disorders: A balanced appraisal. In: Martin LR, DiMatteo MR (eds.): The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence. Oxford: University Press, 214-50.
- Heenen-Wolff S (2014): Assoziation-Narration-Zuhören. Der analytische Prozess diesseits der Deutung. In: Bozetti I, Focke I, Hahn I (Hg.) (2014): Un-erhört – Vom Hören und Verstehen. Stuttgart: Klett-Cotta, 79-98.
- Heerey EA, Kring AM (2007): Interpersonal Consequences of Social Anxiety. *Journal of Abnormal Psychology* 116 (1), 125-34. [↗](#)
- Heidenreich T, Köckeritz I (2010): Arzt-Patient-Kommunikation im Klinikalltag – Grundlegende Fertigkeiten und Hindernisse. *Der Klinikarzt* 39 (7/8), 338-42. [↗](#)
- Hekmat-Panah J (2013): Communication with and on behalf of patients. North Charleston: CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Helfrich H, Wallbott HG (1980): Theorie der nonverbalen Kommunikation. In: Althaus HP, Henne H, Wiegand HE (Hg.): Lexikon der germanistischen Linguistik II. Tübingen: Niemeyer, 267-75.
- Hellmich B, Palme R, Ade T, Leschke M (2010): Die klinische Visite und das ärztliche Gespräch – Sinnvolle Gestaltung unter aktuellen Krankenhausbedingungen. *Klinikarzt* 39 (7/8), 344-8. [↗](#)
- Helmich P (1994): Plädoyer gegen den ärztlichen Paternalismus. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 70, 937.
- Helmich P, Hesse E, Köhe K, Mattern H, Pauli H, Uexküll T v, Wesiack W (1991): Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung. Berlin: Springer.
- Hempel U (2010): Angst im Krankenhaus. Das unliebsame Gefühl. *Deutsches Ärzteblatt* 107 (37), B1538-40. [↗](#)
- Henningsen P (2006): Psychosomatisch orientierte Gesprächsführung in der Neurologie. In: Henningsen P, Gündel H, Ceballos-Baumann A (Hg.): Neuro-Psychosomatik. Stuttgart, etc.: Schattauer, 53-7.
- Henningsen P (2007): Somatoforme Störungen: Patienten mit anhaltenden, organisch nicht hinreichend erklärbaren Körperbeschwerden. In: Rudolf G, Henningsen P (Hg.): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. 6. Aufl. Stuttgart: Thieme, 234-48.

Bibliographie

- Henningsen P, Rudolf G (2000): Zur Bedeutung der evidence-based medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 50 (9/10), 366-75. [↗](#)
- Henry SG, Dittus RS, Zaner RM (2008): The role of evidence-based medicine. *Academic Medicine* 83 (11), 996. [↗](#)
- Henry SG, Fetters MD (2012): Video elicitation interviews: a qualitative research method for investigating physician-patient interactions. *Annals of Family Medicine* 10 (2), 118-25. [↗](#)
- Henry SG, Fuhrel-Forbis A, Rogers MA, Eggly S (2012): Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling* 86 (3), 297-315. [↗](#)
- Henry SG, Zaner RM, Dittus RS (2007): Viewpoint: Moving beyond evidence-based medicine. *Academic Medicine* 82 (3), 292-7. [↗](#)
- Hensen P, Stamer M (Hg.) (2018): *Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Springer.
- Heritage J (2013): Epistemics in conversation. In: Sidnell J, Stivers T (eds.): *The Handbook of Conversation Analysis*. Malden: John Wiley & Sons, 370-94.
- Heritage J, Raymond G (2005): The terms of agreement: indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction. In: *Social Psychology Quarterly* 68 (1), 15-38. [↗](#)
- Heritage JC (2011): The interaction order and clinical practice: Some observations on dysfunctions and action steps. *Patient Education and Counseling* 84 (3), 338-43. [↗](#)
- Heritage JC (2011): Territories of knowledge, territories of experience: empathic moments in interaction. In: Stivers T, Mondada L, Steensig J (eds.): *The Morality of Knowledge in Conversation*. Cambridge: University Press, 159-83.
- Heritage JC (2013): Asymmetries of knowledge in patient-provider encounters: three studies adopting conversation analysis. *Patient Education and Counseling* 92 (1), 1-2. [↗](#)
- Heritage JC, Lindström A (2012): Knowledge, empathy, and emotion in a medical encounter. In: Peräkylä A, Sorjonen M-L (eds.): *Emotion in Interaction*. Oxford: University Press, 256-73.
- Heritage JC, Maynard DW (2006): Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In: Heritage J, Maynard DW (eds.) (2006): *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: University Press, 1-21.

Bibliographie

- Heritage JC, Maynard DW (eds.) (2006): *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: University Press.
- Heritage JC, Robinson JD (2006): The structure of patients' presenting concerns: physicians' opening questions. *Health Communication* 19 (2), 89-102. [↗](#)
- Heritage JC, Robinson JD, Elliott MN, Beckett M, Wilkes M (2007). Reducing patients' unmet concerns in primary care: the difference one word can make. *Journal of General Internal Medicine* 22 (10), 1429-33. [↗](#)
- Heritage JC, Watson DR (1979): Formulations as conversational objects. In: Psathas G (ed.): *Everyday Language. Studies in Ethnomethodology*. New York, etc.: Irvington, 123-62.
- Heritage JC, Watson DR (1980): Aspects of the properties of formulations in natural conversations: Some instances analysed. In: *Semiotica* 30 (3/4), 245-62.
- Herman L, Vervaeck B (2005): *Handbook of narrative analysis*. Lincoln, London: University of Nebraska Press.
- Herrmann-Lingen C (2012): Was die psychosomatische Medizin im Innersten zusammenhält. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 58 (2), 126-41. [↗](#)
- Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G (Hg.) (2014): *Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen*. 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Herzberg PY, Brähler E (2017): Psychologische Diagnostik. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): *Uexküll Psychosomatische Medizin*. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 341-51.
- Herzig S, Biehl L, Stelberg H, Hick C, Schmeisser N, Koerfer A (2006): Wann ist ein Arzt ein guter Arzt? Eine inhaltsanalytische Untersuchung von Aussagen medizinischer Professionsvertreter. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 131 (51-52), 2883-8. [↗](#)
- Herzig S, Koerfer A (2005): Der gute Arzt. Leitbilder medizinischer Professionsvertreter. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 22 (4), Doc 173. [↗](#)
- Herzig S, Linke RM, Marxen B, Börner U, Antepohl W (2003): Long-term follow up of factual knowledge after a single, randomised problem-based learning course. *BMC Medical Education* 2 (3), 3. [↗](#)
- Herzka HS (1990): The dialogics of a doctor-patient relationship. In: Raffler-Engel W v (ed.): *Doctor-Patient Interaction*. Philadelphia: Benjamins, 159-80.
- Herzog P (2013): Die Suche nach der verlorenen Einheit von Körper und Seele in der Heilkunde. In: Hontschik B, Bertram W, Geigges W (Hg.): *Auf der*

Bibliographie

- Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens. Stuttgart: Schattauer, 243-78.
- Herzog W, Beutel ME, Kruse J (Hg.) (2013): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland. Stuttgart, etc.: Schattauer.
- Herzog W, Kruse J, Wöller W (2016): Psychosomatik. Erkennen-Erklären-Behandeln. Stuttgart: Thieme.
- Herzog W, Wild B, Friederich HC (2011) Anorexia nervosa. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 641-51.
- Hesson AM, Sarinopoulos I, Frankel RM, Smith RC (2012): A linguistic study of patient-centered interviewing: Emergent interactional effects. *Patient Education and Counseling* 88 (3), 373-80. [↗](#)
- Heuft G (2011): Entwicklungspsychologie: Alter. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 170-7.
- Heuft G (2011): Gerontopsychosomatik. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 1185-93.
- Heuft G, Freyberger HJ, Schepker R (2014): 4-Ebenen-Modell einer personalisierten Medizin: Epidemiologische Bedeutung, historische Perspektive und zukunftsfähige Modelle aus Sicht von Patienten und Ärzten. Stuttgart, etc.: Schattauer.
- Hewitt ANM (2001): Kommunikation in der Hausarztpraxis. In: Meyerscough PP, Ford M (2001): Kommunikation mit Patienten. Die Chancen des ärztlichen Gesprächs nutzen. Bern, etc.: Huber, 143-54.
- Hillen MA, de Haes HC, Smets EM (2011): Cancer patients' trust in their physician – a review. *Psychooncology* 20 (3), 227-41. [↗](#)
- Hinze E (1992): Die Symmetrie in der Beziehung zwischen Analytiker und Analysand. In: Jahrbuch der Psychoanalyse. Bd. 29. Stuttgart: Frommann-Holzboog, 9-27.
- Hippokrates (1897): Sämtliche Werke. München: Lüneburg.
- Hirsch M (2002): Wie der Körper spricht. Zur Kommunikationsfunktion des Körpers in der analytischen Psychotherapie. In: Hirsch M (Hg.): Der eigene Körper als Symbol? Gießen: Psychosozial Verlag.
- Hitzler S (2013): Recipient design in institutioneller Mehrparteieninteraktion. *Gesprächsforschung* 14, 110-32. [↗](#)
- Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS (2009): Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation* 119 (23), 3028-35. [↗](#)

Bibliographie

- Ho PM, Magid DJ, Masoudi FA, McClure DL, Rumsfeld JS (2006): Adherence to cardioprotective medications and mortality among patients with diabetes and ischemic heart disease. *BMC Cardiovascular Disorders* 15 (6), 48. [↗](#)
- Ho PM, Rumsfeld JS (2006). Beyond inpatient and outpatient care: alternative model for hypertension management. *BMC Public Health* 19 (6), 257. [↗](#)
- Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, McClure DL, Plomondon ME, Steiner JF, Magid DJ (2006): Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine* 166 (17), 1836-41. [↗](#)
- Ho PM, Spertus JA, Masoudi FA, Reid KJ, Peterson ED, Magid DJ, Krumholz HM, Rumsfeld JS (2006): Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine* 166 (17), 1842-47. [↗](#)
- Hoefert HW (2008): Kommunikation mit alten und dementen Patienten. In: Hoefert HW, Hellmann W (Hg.): *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus*. Heidelberg: Economica, 79-104.
- Hoefert HW (2008): Kommunikation mit Mitarbeitern. In: Hoefert HW, Hellmann (Hg.) (2008) *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus*. Heidelberg: Economica, 233-70.
- Hoefert HW, Hellmann W (2008): *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus*. Heidelberg, etc.: Economica.
- Hofer MA (1984): Relationships as regulators: a psychobiological perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine* 15, 475-80. [↗](#)
- Hoffer W (1947/1964): Mund, Hand und Ich-Integration. *Psyche* 18, 81-8. [↗](#)
- Hoffmann K, Schultz JH, Conrad C, Hancke R, Lauber H, Schönemann J, Kraus B, Bosse HM, Huwendiek S, Hoffmann GF, Herzog W, Jünger J, Nikendei C (2007): Kommunikationsschulung mittels "Standardisierter Eltern" im Fachbereich der Pädiatrie: Effekte auf die Selbst- und Fremdeinschätzung kommunikativer Kompetenzen - eine Studie im Kontrollgruppen-Design. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 24 (2), 113. [↗](#)
- Hoffmann L (1983): *Kommunikation vor Gericht*. Tübingen: Narr.
- Hoffmann L (2018): Erzählen aus funktional-pragmatischer Perspektive. *Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik*, 1-22. [↗](#)
- Hoffmann SO, Hochapfel G (1999): *Neurosenlehre, Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin*. 6. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Hofstede SN, Mheen PJ d, Wentink MM, Stiggelbout AM, Vleggeert-Lankamp CL, Vlieland TP, Bodegom-Vos L v (2013): Barriers and facilitators to implement shared decision making in multidisciplinary sciatica care: a qualitative study. *Implementation Science* 8 (1), 95. [↗](#)

Bibliographie

- Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M (2002): The Jefferson scale of physician empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine* 77 (10 Suppl) 58-60. [↗](#)
- Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M (2002): Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry* 159 (9), 1563-9. [↗](#)
- Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS (2011): Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine* 86 (3), 359-64. [↗](#)
- Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, Magee M (2004): An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education* 38 (9), 934-41. [↗](#)
- Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS (2009): The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine* 84 (9), 1182-91. [↗](#)
- Holt E, Clift R (Hg.) (2007): *Reporting Talk. Reported Speech in Interaction*. Cambridge: University Press.
- Holthoff VA, Ferris S, Ihl R, Robert P, Winblad B, Gauthier S, Sternberg K, Tennigkeit F (2011): Validation of the relevant outcome scale for Alzheimer's disease: a novel multidomain assessment for daily medical practice. *Alzheimer's Research & Therapy* 3 (5), 27. [↗](#)
- Honneth A, Joas H (Hg.) (1986): *Kommunikatives Handeln*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Hontschik B (2011): *Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie*. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 1033-48.
- Hontschik B, Bertram W, Geigges W (Hg.) (2013): *Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens*. Stuttgart: Schattauer.
- Hoppe DJ, Denkers M, Hoppe FM, Wong IH (2014): The use of video before arthroscopic shoulder surgery to enhance patient recall and satisfaction: A randomized-controlled study. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery* 23 (6), e134-9. [↗](#)
- Hoppe RB (1995): Standardized (simulated) patients and the medical interview. In: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A (eds.): *The Medical Interview*. New York: Springer, 397-404.
- Hörmann, H (1978). *Meinen und Verstehen. Grundzüge einer psychologischen Semantik*. Frankfurt/M: Suhrkamp.

Bibliographie

- Hotchkiss MA, Biddle C, Fallacaro M (2002): Assessing the authenticity of the human simulation experience in anesthesiology. *American Association of Nurse Anesthetists Journal* 70 (6), 470-3. [↗](#)
- Howard R, Avery A, Slavenburg S, Royal S, Pipe G, Lucassen P, Pirmohamed M (2007): Which drugs cause preventable admissions to hospital? A systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology* 63 (2), 136-47. [↗](#)
- Howard T, Jacobson KL, Kripalani S (2013): Doctor talk: physicians' use of clear verbal communication. *Journal of Health Communication* 18 (8), 991-1001. [↗](#)
- Howley LD, Martindale J (2004): The efficacy of standardized patient feedback in clinical teaching: A mixed methods analysis. *Medical Education Online* 9 (1), 4356. [↗](#)
- Hsu I, Saha S, Korthuis P, Sharp V, Cohn J, Moore RD, Beach C (2012): Providing support to patients in emotional encounters: A new perspective on missed empathic opportunities. *Patient Education and Counseling* 88 (3), 436-42. [↗](#)
- Huber J, Ihrig A, Yass M, Bruckner T, Peters T, Huber CG, Konyango B, Lozankovski N, Stredele RJ, Moll P, Schneider M, Pahernik S, Hohenfellner M (2013): Multimedia support for improving preoperative patient education: A randomized controlled trial using the example of radical prostatectomy. *Annals of Surgical Oncology* 20 (1), 15-23. [↗](#)
- Hudson PL, Kristjanson LJ, Ashby M, Kelly B, Schofield P, Hudson R, Aranda S, O'Connor M, Street A (2006): Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: A systematic review. *Palliative Medicine* 20 (7), 693-701. [↗](#)
- Hughes RG (ed.) (2008): Patient safety and quality. An evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). [↗](#)
- Hugman B (2009): Healthcare communication. London: Pharmaceutical Press.
- Hulsman RL (2009): Shifting goals in medical communication. Determinants of goal detection and response formation. *Patient Education and Counseling* 74 (3), 302-8. [↗](#)
- Hulsman RL (2011): The art of assessment of medical communication skills. *Patient Education and Counseling* 83 (2), 143-4. [↗](#)
- Hulsman RL, Mollema ED, Oort FJ, Hoos AM, de Haes JC (2006): Using standardized video cases for assessment of medical communication skills: Reliability of an objective structured video examination by computer. *Patient Education and Counseling* 60 (1), 24-31. [↗](#)

Bibliographie

- Hulsman RL, Smets EM, Karemaker JM, de Haes HJ (2011): The psychophysiology of medical communication. Linking two worlds of research. *Patient Education and Counseling* 84 (3), 420-27. [↗](#)
- Hulsman RL, Visser A (2013): Seven challenges in communication training: Learning from research. *Patient Education and Counseling* 90 (2), 145-6. [↗](#)
- Humphris G, Entwistle V, Eide H, Visser A (2013): The science of health communication: impressions from the International Conference on Communication in Healthcare in St Andrews, Scotland, UK. *Patient Education and Counseling* 92 (3), 283-5. [↗](#)
- Humphris GM, Kaney S (2000): The Objective Structured Video Exam for assessment of communication skills. *Medical Education* 34 (11), 939-45. [↗](#)
- Humphris GM, Kaney S (2001): Assessing the development of communication skills in undergraduate medical students. *Medical Education* 35 (3), 225-31. [↗](#)
- Humphris GM, Kaney S (2001): Examiner fatigue in communication skills objective structured clinical examinations. *Medical Education* 35 (5), 444-9. [↗](#)
- Humphris GM, Kaney S (2001): The Liverpool brief assessment system for communication skills in the making of doctors. *Advances in Health Sciences Education – Theory and Practice* 6 (1), 69-80. [↗](#)
- Huntley CD, Salmon P, Fisher PL, Fletcher I, Young B (2012): LUCAS: a theoretically informed instrument to assess clinical communication in objective structured clinical examinations. *Medical Education* 46 (3), 267-76. [↗](#)
- Hurwitz B (2000): Narrative and the practice of medicine. *Lancet* 356 (9247), 2086-9. [↗](#)
- Hurwitz B, Charon R (2013): A narrative future for health care. *Lancet* 381 (9881), 1886-7. [↗](#)
- Hurwitz B, Greehalgh T, Skultans V (eds.) (2004): *Narrative Research in Health and Illness*. Oxford: Blackwell.
- Husson O, Mols F, Van-de-Poll-Franse LV (2010): The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: A systematic review. *Annals of Oncology* 22 (4), 761-72. [↗](#)
- Hutchby I (2006): *Media Talk: Conversation Analysis and the Study of Broadcasting*. Glasgow: Open University Press.
- Hutchins V, Zhang B, Fleurence RL, Krishnarajah G, Graham J (2011): A systematic review of adherence, treatment satisfaction and costs, in fixed-dose combination regimens in type 2 diabetes. *Current Medical Research and Opinion* 27 (6), 1157-68. [↗](#)

Bibliographie

- Hydén LC, Peolsson M (2002): Pain Gestures: The Orchestration of Speech and Body Gestures. *Health* 6 (3), 325-45. [↗](#)
- Hymes D (1967/1973): Modelle für die Wechselwirkung von Sprache und sozialer Situierung. In: Kochan DC (Hg.): *Sprache und kommunikative Kompetenz*. Stuttgart: Klett, 80-108 (engl. Orig. 1967).
- Hymes D (1971/1973) Über linguistische Theorie, kommunikative Kompetenz und die Erziehung unterprivilegierter Kinder. In: Kochan DC (Hg.): *Sprache und kommunikative Kompetenz*. Stuttgart: Klett, 109-30 (engl. Orig. 1971).
- Inui TS, Carter WB (1985/2013): Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. In: Beach WA (ed.): *Handbook of patient-provider interactions: Raising and responding to concerns about life, illness, and disease*. New York: Hampton Press, 105-18 (Orig. 1985).
- Inui TS, Carter WB (1989): Design issues in research on doctor-patient communication. In: Stewart ME, Roter DE (eds.): *Communicating with Medical Patients*. London: Sage Publications, 197-210.
- Inui TS, Carter WB (1995): A guide to the research literature on doctor/patient communication. In: Lipkin M, Putnam SM, Lasare A (eds.): *The Medical Interview*. New York: Springer, 482-8.
- IOM Internationale Organisation für Migration (2003): *Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich*. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung.
- Isaac M, Chand PK (2006): Dissociative and conversion disorders: defining boundaries. *Current Opinion in Psychiatry* 19 (1), 61-6. [↗](#)
- Ishikawa H, Hashimoto H, Kinoshita M, Fujimori S, Shimizu T, Yano E (2006): Evaluating medical students' non-verbal communication during the objective structured clinical examination. *Medical Education* 40 (12), 1180-7. [↗](#)
- Ishikawa H, Hashimoto H, Kinoshita M, Yano E (2010): Can nonverbal communication skills be taught? *Medical Teacher* 32 (10), 860-3. [↗](#)
- Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T (2013): The evolving concept of "patient-centeredness" in patient-physician communication research. *Social Science & Medicine* 96, 147-53. [↗](#)
- Jackson SE, Steptoe A, Wardle J (2015): The influence of partner's behavior on health behavior change. *The English longitudinal study on ageing. JAMA Internal Medicine* 175 (3), 385-92. [↗](#)
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 85 (1), 77-87. [↗](#)

Bibliographie

- Jacobs AM (2014): Metaphern beim Lesen in Gehirn und Geist. *Psychosozial* 37, 27-38. [↗](#)
- Jaeggi E, Riegels V (2008): *Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jaegher de H, Peräkylä A, Stevanovic M (2016): The co-creation of meaningful action: bridging enaction and interactional sociology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B, Biological Sciences* 371, 20150378. [↗](#)
- Jaén CR, Ferrer RL, Miller WL, Palmer RF, Wood R, Davila M, Stewart EE, Crabtree BF, Nutting PA, Stange KC (2010): Patient outcomes at 26 months in the patient-centered medical home National Demonstration Project. *Annals of Family Medicine* 8 (S1), S57-67; S92. [↗](#)
- Jamison L (2015). *Der Empathie-Test. Über Einfühlung und das Leiden anderer*. Berlin: Hanser Berlin Verlag.
- Jansen P (2009): Kommunikation in der Hausarztpraxis im Wandel des Gesundheitswesens. In: Langer T, Schnell M (Hg.): *Das Arzt-Patient-/Patient-Arzt-Gespräch*. München: Marseille, 63-73.
- Jansen, PL (1993): Psychosomatische Grundversorgung in Deutschland. Zur Geschichte in den westlichen Ländern. *Psychotherapeut* 19, 543-50.
- Jaspers K (1913/1965): *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Jaspers K (1958/1986): Der Arzt im technischen Zeitalter: In: Jaspers K: *Der Arzt im technischen Zeitalter: Technik und Medizin, Arzt und Patient, Kritik der Psychotherapie*. München: Piper, 39-58.
- Jefferson G (1991): List construction as a task and as a resource. In: Psathas G (ed.), *Interaction Competence*. Lanham, MD: University Press of America, 63-92.
- Jefferson G (2012): Das grausige Ne? Eine Untersuchung des Strebens nach Antwort nach der Antwort. In: Ayaß R, Meyer C (Hg.): *Sozialität in Slow Motion. Theoretische und empirische Perspektiven; Festschrift für Jörg Bergmann*. Wiesbaden: Springer VS, 299-333.
- Jerant A, Kravitz RL, Tancredi D, Paterniti DA, White L, Baker-Nauman L, Evans-Dean D, Villarreal C, Ried L, Hudnut A, Franks P (2016): Training Primary Care Physicians to Employ Self-Efficacy-Enhancing Interviewing Techniques: Randomized Controlled Trial of a Standardized Patient Intervention. *Journal of General Internal Medicine* 31 (7), 716-22. [↗](#)
- Johannsen W, Matthes J, Koerfer A, Herzig S (2011): "If I'd say 'everywhere', is that too much?" - Where medical students localize deficits in pharmacology and what improvements in teaching pharmacology they suggest. *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology* 383 (S1), 80. [↗](#)

Bibliographie

- Johnson M (1987): The body in the mind: The bodily basis of meaning, imagination and reason. Chicago: University of Chicago Press.
- Juckel G (2005): Mimik und Emotionalität – am Beispiel depressiver Patienten. *Psychoneuro* 31, 379-384. [↗](#)
- Jung S (2005): Das präoperative Gespräch – Patientenorientierung und gemeinsame Entscheidungsfindung. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 242-55.
- Jünger J (2018): Kompetenzorientiert prüfen im Staatsexamen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 61 (2), 171-7. [↗](#)
- Jünger J, Köllner V (2003): Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre. Beispiele aus den Reformstudiengängen der Universitäten Heidelberg und Dresden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 53 (2), 56-64. [↗](#)
- Jünger J, Köllner V, Lengerke T v, Neuderth S, Schultz J-H, Fischbeck S, Karger A, Kruse J, Weidner K, Henningsen P, Schiessl C, Ringel N, Fellmer-Drüg E (2016): Kompetenzbasierter Lernzielkatalog „Ärztliche Gesprächsführung“. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 62 (1), 5-19. [↗](#)
- Jünger J, Nikendei C (Hg.) (2005): *OSCE Innere Medizin*. Stuttgart: Thieme.
- Jünger J, Nikendei C (Hg.) (2012): *OSCE Notfallmedizin*. Stuttgart: Thieme.
- Kächele H (2010): Distinguishing psychoanalysis from psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis* 91 (1), 35-43. [↗](#)
- Kächele H (2016): Some afterthoughts – or looking back. *Language and Psychoanalysis* 5 (2), 81-7. [↗](#)
- Kächele H, Albani C, Buchheim A, Grünzig H-J, Hölzer M, Hohage R, Jimenez JP, Leuzinger-Bohleber M, Mergenthaler E, Neudert-Dreyer L, Pokorny D, Thomä H (2006): Psychoanalytische Einzelfallforschung: Ein deutscher Musterfall Amalie X. *Psyche* 60 (5), 387-425. [↗](#)
- Kächele H, Albani C, Buchheim A, Hölzer M, Hohage R, Mergenthaler E, Jiménez JP, Leuzinger-Bohleber M, Neudert-Dreyer L, Pokorny D, Thomä H (2006): The German specimen case, Amalia X: empirical studies. *International Journal of Psychoanalysis* 87 (Pt 3): 809-26. [↗](#)
- Kächele H, Schaumburg C, Thomä H (1973): Verbatimprotokolle als Mittel in der psychotherapeutischen Verlaufsforschung. *Psyche* 27 (10), 902-27. [↗](#)
- Kadmon M, Jünger J (Hg.), Nikendei C (Hg.) (2011): *OSCE Prüfungsvorbereitung Chirurgie*. Stuttgart: Thieme.
- Kaerger H (1999): Ein multiaxiales Kategoriensystem (MAK) zur Evaluation einer Balintgruppe. Frankfurt/M: VAS-Verlag für akademische Schriften.

Bibliographie

- Kaerger H, Obliers R, Koerfer A, Köhle K (1997): Psychosomatische Grundversorgung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 73 (4), 211-7.
- Kagan J (2012): *Psychology's ghosts: The crisis in the profession and the way back*. New Haven: Yale University Press.
- Kale E, Skjeldestad K, Finset A (2013): Emotional communication in medical consultations with native and non-native patients applying two different methodological approaches. *Patient Education and Counseling* 92 (3), 366-74. [↗](#)
- Kallmeyer W (1978): Fokuswechsel und Fokussierungen als Aktivitäten der Gesprächskonstitution. In: Meyer-Hermann R (Hg.): *Sprechen, Handeln, Interaktion*. Tübingen: Niemeyer, 191-241.
- Kampits P (1996): *Das dialogische Prinzip in der Arzt-Patienten-Beziehung*. Passau: Wissenschaftsverlag Rothe.
- Kandel ER (2014): *Das Zeitalter der Erkenntnis. Die Erforschung des Unbewussten in Kunst, Geist und Gehirn von der Wiener Moderne bis heute*. München: Pantheon.
- Kant I (1803/1964): Über Pädagogik. In: Weischedel W v (Hg.): *Kant I: Werke in sechs Bänden. Bd. VI*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 697-761.
- Kappauf HW (2001): Aufklärung und Hoffnung – Ein Widerspruch? *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2 (2), 47-51. [↗](#)
- Karakitsiou DE, Markou A, Kyriakou P, Pieri M, Abuaita M, Bourousis E, Hido T, Tsatsaragkou A, Boukali A, de Burbure C, Dimoliatis ID (2012): The good student is more than a listener - The 12+1 roles of the medical student. *Medical Teacher* 34 (1), e1-8. [↗](#)
- Karenberg A (2015): *Fachsprache Medizin im Schnellkurs. Für Studium und Berufspraxis*. 4. Aufl. Stuttgart, etc.: Schattauer.
- Karnieli-Miller O, Eisikovits Z (2009): Physician as partner or salesman? Shared decision-making in real-time encounters. *Social Science & Medicine* 69 (1), 1-8. [↗](#)
- Karnieli-Miller O, Werner P, Neufeld-Kroszynski G, Eidelman S (2012): Are you talking to me?! An exploration of the triadic physician-patient-companion communication within memory clinics encounters. *Patient Education and Counseling* 88 (3), 381-90. [↗](#)
- Kasper J, Légaré F, Scheibler F, Geiger F (2010): Shared decision-making and communication theory: “Grounding the tango”. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 104 (8-9), 636-641. [↗](#)
- Kasper J, Légaré F, Scheibler F, Geiger F (2011): Turning signals into meaning – 'shared decision making' meets communication theory. *Health Expectations* 15 (1), 3-11. [↗](#)

Bibliographie

- Katzenmeier C (2004): Arbeitsteilung, Teamarbeit und Haftung - Zugleich ein Beitrag zur rechtlichen Rezeption medizinischer Kooperationsvereinbarungen, *Medizinrecht* 22 (1), 34. [↗](#)
- Katzenmeier C, Vogt T (2014): Anmerkung. *JuristenZeitung* 69 (18), 900-2. [↗](#)
- Kayser MC, Harder Y v, Friemert B, Scherer MA (2006): Patientenaufklärung – Fakt und Fiktion. *Chirurg* 77 (2), 139-49. [↗](#)
- Keller DB, Sarkar U, Schillinger D (2013): Health literacy and information exchange in medical settings. In: Martin LR, DiMatteo MR (eds.): *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence*. Oxford: University Press, 23-37.
- Keller H, Hirsch O, Müller-Engelmann M, Heinzl-Gutenbrunner M, Krones T, Donner-Banzhoff N (2013): Trying to optimise the German version of the OPTION scale regarding the dyadic aspect of shared decision making. *Methods of Information in Medicine* 52 (5), 1-8. [↗](#)
- Keller M (2013): Patientenzentrierte Kommunikation in der Onkologie. *Imago Hominis* 20 (4), 267-76. [↗](#)
- Keller M (2015): Patientenzentrierte Kommunikation in der Onkologie. *Best Practice Onkologie* 10 (6), 6-11. [↗](#)
- Keller M, Langendörfer F, Zwingmann J, Uhlmann L, Gärtner M, Brennfleck B, Barthel Y, Sonntag B, Vitinius F, Stein B, Gutberlet S, Söllner W, Petermann-Meyer A, Kruse J, Kuhnt S, Kiese M, Baile WF, Langewitz W (in Vorbereitung): Communication training enhances self-efficacy and work satisfaction of cancer physicians: a controlled multi-center study.
- Keller M, Zwingmann J (2012): Kommunikation mit Krebskranken. In: Hax PM, Hax-Schoppenhorst T (Hg.): *Kommunikation mit Patienten in der Chirurgie. Praxisempfehlungen für Ärzte aller operativen Fächer*. Stuttgart: Kohlhammer, 166-77.
- Keller R (1995): *Zeichentheorie*. Stuttgart: Francke (UTB).
- Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H (2014): The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 9 (4): e94207. [↗](#)
- Kelly SD, Kravitz C, Hopkins M (2004): Neural correlates of bimodal speech and gesture comprehension. *Brain and Language* 89, 253-260. [↗](#)
- Kemp EC, Floyd MR, McCord-Duncan E, Lang F (2008): Patients prefer the method of “tell back-collaborative inquiry” to assess understanding of medical information. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 21(1), 24-30. [↗](#)

Bibliographie

- Kemper S, Thompson M, Marquis J (2001): Longitudinal change in language production: Effects of aging and dementia on grammatical complexity and propositional content. *Psychology and Aging* 16 (4), 600-14. [↗](#)
- Kendon A (1967): Some functions of gaze direction in social interaction. *Acta Psychologica* 26, 22-63. [↗](#)
- Kendon A (1973/1984): Die Rolle sichtbaren Verhaltens in der Organisation sozialer Interaktion. In: Scherer KR, Wallbott HG (Hg.): *Nonverbale Kommunikation: Forschungsberichte zum Interaktionsverhalten*. 2. Aufl. Weinheim: Beltz, 202-35 (engl. Orig. 1973).
- Kennifer SL, Alexander SC, Pollak KI, Jeffreys AS, Olsen MK, Rodriguez KL, Arnold RM, Tulskey JA (2009): Negative emotions in cancer care: do oncologists' responses depend on severity and type of emotion? *Patient Education and Counseling* 76 (1), 51-6. [↗](#)
- Kenny DA, Veldhuijzen W, Weijden Tv, Leblanc A, Lockyer J, Légaré F, Campbell C (2010): Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: a dyadic analysis of doctor-patient communication. *Social Science & Medicine* 70 (5), 763-8. [↗](#)
- Kern DE, Branch WT Jr, Jackson JL, Brady DW, Feldman MD, Levinson W, Lipkin M Jr; General Internal Medicine Generalist Educational Leadership Group (2005): Teaching the psychosocial aspects of care in the clinical setting: practical recommendations. *Academic Medicine* 80 (1), 8-20. [↗](#)
- Kernberg OF (1978): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Kernberg OF (1988): *Schwere Persönlichkeitsstörungen, Theorie, Diagnostik, Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett.
- Kernberg OF, Hartmann HP (Hg.) (2006): *Narzissmus, Grundlagen – Störungsbilder – Therapie*. Stuttgart, etc.: Schattauer.
- Kestenberg J, Sossin M (1979): *The Role of Movement Patterns in Development II*. New York: Dance Notation Bureau.
- Kettner M (1991): Diskursethik in der Medizin. *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 10, Sonderbeilage 41, 3.
- Kettner M (1998): Beratung als Zwang. Die Beiträge im Kontext. In: Kettner M (Hg.): *Beratung als Zwang*. Frankfurt/M, etc.: Campus, 9-44.
- Kettner M, Kraska M (2009): Kompensation von Arzt-Patient-Asymmetrien im Rahmen einer Theorie des kommunikativen Handelns. In: Vollmann J, Schildmann J (Hg.): *Klinische Ethik*. Frankfurt/M, etc.: Campus, 243-59.
- KG, 8. 5. 2008 - 20 U 202/06 (2009): Aufklärung ausländischer Patienten. *Medizinrecht* 1, 47-9. [↗](#)

Bibliographie

- Khogali SE, Davies DA, Donnan PT, Gray A, Harden RM, McDonald J, Pippard MJ, Pringle SD, Yu N (2011): Integration of e-learning resources into a medical school curriculum. *Medical Teacher* 33 (4), 311-8. [↗](#)
- Kidd J (2016): Introduction to Assessment in Communication. In: Brown J, Noble LM, Papageorgiou A, Kidd J (eds.): *Clinical Communication in Medicine*. Oxford: Wiley Blackwell, 221-32.
- Kidd J, Lefroy J (2016): Workplace-Based Assessment. In: Brown J, Noble LM, Papageorgiou A, Kidd J (2016): *Clinical Communication in Medicine*. Oxford: Wiley Blackwell, 241-48.
- Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S (2010): Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Education and Counseling* 81 (2), 259-66. [↗](#)
- Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S (2008): Basler Consensus Statement "Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium": Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 25 (2), Doc83. [↗](#)
- Kiessling C, Fabry G, Rudolf Fischer M, Steiner C, Langewitz WA (2014): Deutsche Übersetzung und Konstruktvalidierung des „Patient-Provider-Orientation Scale“ (PPOS-D12). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64 (3-4), 122-7. [↗](#)
- Kiessling C, Langewitz W (2013): The longitudinal curriculum "social and communicative competencies" within Bologna-reformed undergraduate medical education in Basel. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 30 (3), Doc31. [↗](#)
- Kindler C, Harms (2011): Anästhesie. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 1067-75.
- Kirkpatrick DK (1994): *Evaluating Training Programs*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Kiss A (2011): Nierenersatz und Nierentransplantation. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 1210-9.
- Kissane DW, Bultz BD, Butow P, Finlay IG (eds.) (2011): *Handbook of communication in oncology and palliative care*. Oxford: University Press.
- Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, Bialer PA, Levin TT, Maloney EK, D'Agostino TA (2012): Communication skills training for oncology professionals. *Journal of Clinical Oncology* 30 (11), 1242-7. [↗](#)

Bibliographie

- Kjeldmand D, Holmström I (2008): Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Annals of Family Medicine* 6 (2), 138-45. [↗](#)
- Kjeldmand D, Holmström I, Rosenqvist U (2004): Balint training makes GPs thrive better in their job. *Patient Education and Counseling* 55 (2), 230-5. [↗](#)
- Kjeldmand D, Holmström I, Rosenqvist U (2006): How patient-centred am I? A new method to measure physicians' patient-centredness. *Patient Education and Counseling* 62 (1), 31-7. [↗](#)
- Klaus G (1968): *Die Macht des Wortes*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Klaus K, Rief W, Brähler E, Martin A, Glaesmer H, Mewes R (2012): The Distinction Between "Medically Unexplained" and "Medically Explained" in the Context of Somatoform Disorders. *International Journal of Behavioral Medicine* 20 (2), 161-71. [↗](#)
- Kleinert R, Plum P, Heiermann N, Wahba R, Chang DH, Hölscher AH, Stippel DL (2016): Embedding a virtual patient simulator in an interactive surgical lecture. *Journal of Surgical Education*, 73 (3), 433-41. [↗](#)
- Kleinman A (1988): *The Illness Narratives*. New York: Basic Books.
- Kleinsmith A, Bianchi-Berthouze N (2007): Recognizing affective dimensions from body posture. Paper presented at the 2nd International Conference on Affective Computing and Intelligent Interaction, Lisbon, Portugal.
- Kleinstäuber M, Thomas P, Witthöft M, Hiller W (2012): *Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen*. Heidelberg: Springer.
- Kleist H von (1878/1966): Über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden. In: Sembdner H (Hg.): *Werke in einem Band*. München: Hanser, 810-4.
- Kleist K (1953): Die Gliederung der neuropsychischen Erkrankungen. *Mschr Psychiat Neurol* 125, 526-54. [↗](#)
- Klemperer D (2003): Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (Hg): *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen: Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*. Berlin, 2003 (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Forschungsgruppe Public Health 2003-302). [↗](#)
- Klemperer D (2005): Partizipative Entscheidungsfindung in Deutschland – Handlungsfelder zur Verbesserung der Entscheidungsqualität. In: Härter M, Loh A, Spies C (Hg.) *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 25-44.

Bibliographie

- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES (1984): Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books.
- Kletecka-Pulker M (2013): Patientenrecht auf muttersprachliche Aufklärung? Videodolmetschen - neue Wege der Kommunikation mit MigrantInnen im Gesundheitsbereich. In: Kaelin L, Kletecka-Pulker M, Körtner U (Hg.): Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit. Wien: Verlag Österreich, 45-70.
- Kliche O (2012): „Sie müssen sich das ja vorstellen ...“ (und ich mir auch!) – Erklären und Beschreiben im ärztlichen kommunikativen Handeln. Qualitative Analyse zweier Simulationsgespräche aus dem Kölner Lehrmodul PJ-STArT-Block. Fachsprache - International Journal of Specialized Communication 35 (3-4), 125-45.
- Kliche O (2015): Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung. Gesprächsanalytische Untersuchung der Schauspielerleistung am Beispiel von Verstehensäußerungen. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. [🔗](#)
- Klima S, Hein W, Hube A, Hube R (2005): Multimediale präoperative Patientenaufklärung. Der Chirurg 4, 398ff. [🔗](#)
- Klüber M (2015): Verstehenssicherung zwischen Anästhesist und Patient im Aufklärungsgespräch. In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.): Handbuch „Sprache und Medizin“. Berlin, etc.: de Gruyter, 208-24.
- Klüber M, Motsch J, Spranz-Fogasy T (2012): „wenn sie sonst jetzt zum eingriff keine fragen mehr haben dann unterschreiben (.) sie noch mal hier“. Verständnissicherung in anästhesiologischen Aufklärungsgesprächen – Arzangebote und Patientenfragen. Deutsche Sprache - Zeitschrift für Theorie, Praxis, Dokumentation 40 (1), 240-68.
- Knapp ML, Hall JA (1992): Nonverbal Communication in Human Interaction. Orlando: Harcourt Brace College Publishers.
- Knapp ML, Hall JA, Horgan T (2013): Nonverbal communication in human interaction. 8th Edition. Boston: Wadsworth, Cengage Learning.
- Knapp P, Raynor D, Berry D (2004): Comparison of two methods of presenting risk information to patients about the side effects of medicines. Quality and Safety in Health Care 13 (3), 176-80. [🔗](#)
- Knäuper B, Schwarz N, Park D (2002): Selbstberichte im Alter. In Motel-Klingebiel A, Kelle U (Hg.): Perspektiven der empirischen Alter(n)ssoziologie. Opladen: Leske & Budrich.
- Knebel M (2015): Kommunikation bei Demenz. Validierung eines Instruments zur Erfassung kommunikativer Verhaltensweisen bei Demenzen. Berlin: Logos.

Bibliographie

- Knight LV, Sweeney K (2007): Revealing implicit understanding through enthymemes: A rhetorical method for the analysis of talk. *Medical Education* 41 (3), 226-333. [↗](#)
- Knopf H, Grams D (2013): Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56 (5-6), 868-77. [↗](#)
- Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT (2011): The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. *Deutsches Ärzteblatt International* 108 (15), 255-61. [↗](#)
- Kochan DC (Hg.) (1975): *Sprache und kommunikative Kompetenz*. Stuttgart: Klett.
- Koenig CJ, Robinson JD (2014): Conversation analysis: Understanding the structure of health talk. In: Whaley BB (ed.) *Research Methods in Health Communication*. New York, etc.: Routledge, 119-40.
- Koerfer A (1979): Zur konversationellen Funktion von 'ja aber'. In: Weydt H (Hg.): *Die Partikeln der deutschen Sprache*. Berlin, etc.: De Gruyter, 14-29.
- Koerfer A (1981): Probleme und Verfahren der Notation von Face-to-Face Interaktion. In: Lange-Seidel A (Hg.): *Zeichenkonstitution*. Berlin, etc.: de Gruyter, 187-97.
- Koerfer A (1985): Zum Beobachter-Paradoxon in der Sprachwissenschaft. In: Kürschner W, Vogt R (Hg.): *Sprachtheorie, Pragmatik, Interdisziplinäres*. Bd. 2. Tübingen: Niemeyer, 187-200.
- Koerfer A (1994/2013): *Institutionelle Kommunikation. Zur Methodologie und Empirie der Handlungsanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag. Online 2013: Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. [↗](#)
- Koerfer A, Albus C (2015): Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient. In: Spranz-Fogasy T, Busch A (Hg.): *Handbuch „Sprache und Medizin“*. Berlin, etc.: de Gruyter, 116-34.
- Koerfer A, Albus C, Obliers R, Thomas W, Köhle K (2008): Kommunikationsmuster der medizinischen Entscheidungsfindung. In: Niemeier S, Diekmannshenke H (Hg.): *Profession und Kommunikation*. Bern: Lang, 121-56.
- Koerfer A, Köhle K (2007): Kooperatives Erzählen. Zur Konstruktion von Patientengeschichten in der ärztlichen Sprechstunde. In: Redder A (Hg.): *Diskurse und Texte*. Tübingen: Stauffenburg, 629-39.
- Koerfer A, Köhle K (2009): Was ist erzählenswert? Das Relevanzproblem in einer narrativen Medizin. *Psychoanalyse* 13 (2), 125-38.
- Koerfer A, Köhle K, Faber A, Kaerger H, Obliers R (1996): Zwischen Verhören und Zuhören. Gesprächsreflexionen und Rollenspiele zur Arzt-Patient-Kommunikation im medizinpsychologischen Studium. In: O. Bahrs, W. Fischer-Rosenthal, J. Szecsenyi (Hg.): *Vom Ablichten zum Im-Bilde-Sein*.

Bibliographie

- Ärztliche Qualitätszirkel und Video-Analysen. Würzburg: Königshausen & Neumann, 109-31.
- Koerfer A, Köhle K, Obliers R (1994): Zur Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation. Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: Redder A, Wiese I. (Hg.): Medizinische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 53-94.
- Koerfer A, Köhle K, Obliers R (2000): Narrative in der Arzt-Patient-Kommunikation. Psychotherapie und Sozialwissenschaft 2 (2), 87-116. [↗](#)
- Koerfer A, Köhle K, Obliers R, Sonntag B, Thomas W, Albus C (2008): Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung. Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 9, 34-78. [↗](#)
- Koerfer A, Köhle K, Obliers R, Thomas W, Albus C (2010): Narrative Wissensgenerierung in einer biopsychosozialen Medizin. In: Dausendschön-Gay U, Domke C, Ohlhus S (Hg.): Wissen in (Inter-)Aktion. Berlin, etc.: de Gruyter, 91-131.
- Koerfer A, Martens-Schmid K (2000): Erzählen in der Psychotherapie. Psychotherapie und Sozialwissenschaft 2 (2), 83-6.
- Koerfer A, Neumann C (1982): Alltagsdiskurs und psychoanalytischer Diskurs. Aspekte der Sozialisierung der Patienten in einen 'ungewöhnlichen' Diskurstyp. In: Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (Hg.): Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Frankfurt/M: Suhrkamp, 96-137.
- Koerfer A, Obliers R, Köhle K (2004): Emotionen in der ärztlichen Sprechstunde. Förderung empathischer Kommunikation durch Fortbildung in psychosomatischer Grundversorgung. Psychotherapie und Sozialwissenschaft 6 (4), 243-62. [↗](#)
- Koerfer A, Obliers R, Köhle K (2005): Das Visitengespräch. Chancen einer dialogischen Medizin. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 256-84.
- Koerfer A, Obliers R, Köhle K (2005): Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient. Modelle der Beziehungsgestaltung in der Medizin. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 137-57.
- Koerfer A, Obliers R, Kretschmer B, Köhle K (2010): Vom Symptom zum Narrativ – Diskursanalyse der interaktiven Konstruktion einer Patientengeschichte. Balint-Journal 11 (4), 107-11. [↗](#)

Bibliographie

- Koerfer A, Obliers R, Thomas W, Köhle K (2000): Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung – OSCE mit standardisierten PatientInnen. *Medizinische Ausbildung* 17, 137.
- Koerfer A, Thomas W, Obliers R, Köhle K (1999): Multimediales Lernprogramm zur ärztlichen Gesprächsführung. *Gesundheitswesen* 61, 413-7.
- Koerfer A, Zeck J (1983): Themen- und personenorientierte Interaktion in der Hochschule. In: Ehlich K, Rehbein J (Hg.): *Kommunikation in Schule und Hochschule. Linguistische und ethnomethodologische Untersuchungen*. Tübingen: Narr, 441-71.
- Kogoi D (2011): Transkulturell oder individuell? Überlegungen zum Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund. In: Peintinger M (Hg.): *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*. Wien: Facultas, 253-61.
- Köhle K (2011) Sprechen mit unheilbar Krebskranken. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 989-1008.
- Köhle K (2011): Erkenntniswege im Erstgespräch. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 326-37.
- Köhle K (2017): „Integrierte Medizin“. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 1-22.
- Köhle K (2017): Sprechen mit unheilbar Kranken. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 305-23.
- Köhle K, Böck D, Grauhan A (Hg.) (1977): *Die internistisch-psychosomatische Krankenstation. Ein Werkstattbericht*. Basel: Editiones Roche.
- Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.) (2017): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier.
- Köhle K, Janssen PL (2011): Die ärztliche Fort- und Weiterbildung: Deutschland, Schweiz und Österreich. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 1236-47.
- Köhle K, Janssen PL, Richter R (2003): Fort- und Weiterbildung unter Berücksichtigung der Entwicklung in der Schweiz und Österreich. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Uexküll T v, Weslack W (Hg.): *Psychosomatische Medizin*. 6. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 1325-35.
- Köhle K, Kaerger-Sommerfeld H, Koerfer A, Obliers R, Thomas W (2001): Können Ärzte ihr Kommunikationsverhalten verbessern? In: Deter H-D (Hg.):

Bibliographie

- Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin. Bern, etc.: Huber, 301-10.
- Köhle K, Koerfer A (2011): Das Narrativ. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 359-75.
- Köhle K, Koerfer A (2017): Das Narrativ. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 325-40.
- Köhle K, Koerfer A, Kretschmer B, Obliers R, Reimer T, Thomas W (1998/2010): Manual zur ärztlichen Gesprächsführung und Mitteilung schwerwiegender Diagnosen. 5. Aufl. Köln: Institut und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln (Orig. 1998).
- Köhle K, Koerfer A, Obliers R (1996): Ärztliche Gesprächsführung lässt sich lernen. Krankenhausarzt 69 (5), 214-9.
- Köhle K, Koerfer A, Obliers R (1997): Künftige Inhalte der Ausbildung zum Arzt. In: Helmich P, Nöring R, in der Schmitt J, Schwantes U, Seelbach H, Sohn W: Primärärztliche Patientenbetreuung: Lehre, Forschung, Praxis. Stuttgart, etc.: Schattauer, 169-77.
- Köhle K, Koerfer A, Thomas W, Schaefer A, Sonntag B, Obliers R (2003): Integrierte Psychosomatik: Beiträge zu einer Reform des Medizinstudiums. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 53 (2), 65-70. [🔗](#)
- Köhle K, Obliers R, Faber J (1994): Das Salutogenese-Konzept in Theorie und Praxis. 40. Arbeitstagung des DKPM (Deutsches Kollegium der Psychosomatischen Medizin) in Schömburg, 3.-5.3.1994. In: Lamprecht F, Johnen R (Hg.): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Frankfurt/M: VAS - Verlag für akademische Schriften, 63-84.
- Köhle K, Obliers R, Koerfer A (2010): Diagnosemitteilung – Ein Leitfaden. In: Kreienberg R, Möbus V, Jonat W, Kühn T (Hg.): Mammakarzinom. Interdisziplinär. 4. Aufl. Berlin, etc.: Springer, 328-36.
- Köhle K, Obliers R, Koerfer A, Antepohl W, Thomas W (1999): Problemorientiertes Lehren und Lernen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 49, 171-5.
- Köhle K, Obliers R, Koerfer A, Kaerger H, Faber J, Mendler T (1995): Evaluation des Fortbildungseffektes einer Balint-Gruppe. Ein multimethodaler Ansatz. Psychosomatische und psychosoziale Medizin 1, 6-15.
- Köhle K, Raspe HH (Hg.) (1982): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München, etc.: Urban & Schwarzenberg.
- Köhle K, Reimer T, Koerfer A (2010): Erstgespräch mit Julia. Balint-Journal 11 (4), 103-6. [🔗](#)

Bibliographie

- Köhle K, Siol T (2003): Zur Versorgungssituation von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Uexküll T v, Wesiack W (Hg.): Uexküll Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 567-75.
- Kojer M (2011): Kommunikation – Kernkompetenz der palliativen Geriatrie. In: Kojer M, Schmidl M (Hg.): Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis: Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien: Springer.
- Kojer M, Schmidl M, Gutenthaler U (2005): Demenz und Lebensqualität. In Likar R, Bernatzky G, Pipam W, Janig J, Sadjak A (Hg.): Lebensqualität im Alter. Wien: Springer.
- Kondratyuk N, Perakyla A (2011): Therapeutic work with the present moment: a comparative conversation analysis of existential and cognitive therapies. *Psychotherapy Research* 21 (3), 316-30. [↗](#)
- Könerding KP (2015): Heilung durch Sprache und Sprechen – Linguistik und Psychotherapie. In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.) (2015): Handbuch „Sprache und Medizin“. Berlin, etc.: de Gruyter, 225-42.
- Könerding U, Schell H (2001): Lebensqualität. In: Lauterbach KW, Schrappe M (Hg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement, Evidence-based Medicine. Stuttgart: Schattauer, 138-60.
- Konersmann R (Hg.) (2007): Wörterbuch der philosophischen Metaphern. Darmstadt: WBG.
- Kopp IB (2011): Von Leitlinien zur Qualitätssicherung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 54 (2), 160-5. [↗](#)
- Korsch B, Putnam SM, Frankel R, Roter D (1995): An overview of research on medical interviewing. In: Lipkin M, Putnam SM, Lasare A (eds.): *The Medical Interview*. New York: Springer, 475-81.
- Korsch BM (1989): The past and the future of research on doctorpatient relations. In: Stewart ME, Roter DE (eds.): *Communicating with Medical Patients*. London: Sage Publications, 247-51.
- Korsch BM, Gozzi EK, Francis V (1968): Gaps in doctor-patient communication: I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics* 42 (5), 855-71.
- Korsch BM, Negrete VF (1972): Doctor-patient communication. *Scientific American* 227, 66-74. [↗](#)
- Koschorke A (2013): Wahrheit und Erfindung. Grundzüge einer Allgemeinen Erzähltheorie. 3. Aufl. Frankfurt/M: Fischer.
- Kovaleva A, Beierlein C, Kemper CJ, Rammstedt B, GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (Hg.) (2012): Eine Kurzsкала zur Messung von

Bibliographie

- Kontrollüberzeugung: die Skala Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4). Mannheim (GESIS-Working Papers 2012/19). [↗](#)
- Kraepelin E (1899): Psychiatrie. 6. Aufl. Leipzig: Barth.
- Krampen M, Oehler K, Posner R Uexküll Th v (Hg.) (1981): Die Welt als Zeichen: Klassiker der modernen Semiotik. Berlin: Severin und Siedler.
- Krause R, Merten J (1999): Affects, Regulation of Relationship, Transference and Countertransference. International Forum of Psychoanalysis 8, 103-114. [↗](#)
- Krautter M, Weyrich P, Schultz JH, Buss SJ, Maatouk I, Jünger J, Nikendei C (2011): Effects of Peyton's four-step approach on objective performance measures in technical skills training: a controlled trial. Teaching and Learning in Medicine 23 (3), 244-50. [↗](#)
- Kreissl ME, Overlach F, Birkner K, Türp JC (2004): Ärztliches Erstgespräch bei Patientinnen mit chronischen Gesichtsschmerzen. Der Schmerz 18 (4), 286-99. [↗](#)
- Kreps GL (2011): Methodological diversity and integration in health communication inquiry. Patient Education and Counseling 82 (3), 285-91. [↗](#)
- Kreß H (2012): Das Arzt-Patient-Verhältnis im Sinn patientenzentrierter Medizin. Ethische Grundlagen – heutige Schlussfolgerungen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 55 (9), 1085-92. [↗](#)
- Kripalani S, Weiss BD (2006). Teaching About Health Literacy and Clear Communication. Journal of General Internal Medicine 21: 888-90. [↗](#)
- Kripalani S, Yao X, Haynes RB (2007): Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. Archives of Internal Medicine 167 (6), 540-50. [↗](#)
- Kris J (1997): Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien: Fakultas.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B (2007): Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. Annals of Internal Medicine 146 (5): 317-25. [↗](#)
- Kronberger N (1999): Schwarzes Loch, geistige Lähmung und Dornröschenschlaf: Ein metaphernanalytischer Beitrag zur Erfassung von Alltagsvorstellungen von Depression. Psychotherapie und Sozialwissenschaft 1 (2), 85-104.
- Krones T, Richter G (2008): Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 51 (8), 818-26. [↗](#)
- Kropiunigg U (2011): Medizin, Integration und Kohärenz im interkulturellen Kontext. In: Peintinger M (Hg.): Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Wien: Facultas, 39-62.

Bibliographie

- Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS (2000): The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling* 39 (1), 49-59. [🔗](#)
- Kruse A (2017): *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Berlin, etc.: Springer.
- Kruse A, Klemme B (2015): Das Skills-Lab-Konzept: ein sinnvolles Brückenelement in der Ausbildung von Physiotherapeuten. In: Klemme B, Siegmann G (Hg): *Clinical Reasoning*. 2. Aufl. Stuttgart/New York: Thieme, 187-94.
- Kruse J, Kulzer B, Lange K (2011) Diabetes mellitus. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 851-63.
- Kruse J, Petrak F, Herpertz S, Albus C, Lange K, Kulzer B (2006): Depression und Diabetes mellitus – eine lebensbedrohliche Interaktion. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 52 (3): 289-309. [🔗](#)
- Kruse J, Tress W (2010): Das Arzt-Patient-Gespräch im Spiegel der strukturalen Analyse sozialen Verhaltens – die Regulierung von Kontrolle und Autonomie. *Balint-Journal* 11 (4), 112-5. [🔗](#)
- Kruse J, Wöller W (2010): Hypothesen und ihre Überprüfung. In: Wöller W, Kruse J (Hg.): *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Basisbuch und Praxisleitfaden*. 3. Aufl. Stuttgart, etc.: Schattauer, 55-71.
- Kruse J, Wöller W (2015): Es hat alles keinen Sinn mehr. Depressive und suizidale Patienten. In: Wöller W, Kruse J (Hg.) *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*. 4. Aufl. Stuttgart, etc.: Schattauer.
- Kübler-Ross E (2001): *Interviews mit Sterbenden*. München: Droemer Knauer.
- Kuhn TS (1973): *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Kulzer B, Albus C, Herpertz S, Kruse J, Lange K, Lederbogen F, Petrak F (2013): Psychosoziales und Diabetes (Teil 1). S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung (abgerufen am 07.07.2017). [🔗](#)
- Kulzer B, Albus C, Herpertz S, Kruse J, Lange K, Lederbogen F, Petrak F (2013): Psychosoziales und Diabetes (Teil 2). S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung (abgerufen am 07.07.2017). [🔗](#)
- Kulzer B, Albus C, Herpertz S, Kruse J, Lange K, Lederbogen F, Petrak F (2016): DDG-Praxisleitlinie Psychosoziales und Diabetes. *Diabetologie und Stoffwechsel* 11 (Suppl. 2): 136-49. [🔗](#)

Bibliographie

- Kurtz SM, Cooke LJ (2011): Learner-centered communication training. In: Kissane DW, Bultz BD, Butow P, Finlay IG (eds.): Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care. Oxford: University Press, 583-95.
- Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (1998/2005): Teaching and learning communication skills in medicine. 2. Aufl. Oxford/San Francisco: Radcliffe Publishing.
- Kurz A, Gertz HJ, Monsch A, Adler G (2004): Demenzerkrankungen: Kommunikation zwischen Arzt, Patient und Angehörigen. Deutsche Medizinische Wochenschrift 129, 199-203. [↗](#)
- Kutalek R (2011): Kulturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit: Medizinanthropologische Ansätze. In: Peintinger M (Hg.): Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Wien: Facultas, 23-38.
- La France M (1982): Posture Mirroring and Rapport. In: Davis M (ed.), Interactions Rhythms: Periodicity in Communicative Behaviour. New York: Human Sciences Press, 279-99.
- Labov W (1970/1971): Das Studium der Sprache im sozialen Kontext. In: Klein W, Wunderlich D (Hg.): Aspekte der Soziolinguistik. Frankfurt/M: Athenäum, 111-94. (engl. Orig. 1970).
- Labov W (1972): The transformation of experience in narrative syntax. In: Labov W: Language in the Inner City. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 354-96.
- Labov W (1997): Some further steps in narrative analysis. Journal of Narrative and Life History 7 (1-4), 395-415. [↗](#)
- Labov W (2001): Uncovering the event structure of narrative. In: Tannen D, Alatis JE (eds.): Linguistics, Language and the Real World: Discourse and beyond. Washington, DC: Georgetown University Press, 63-83.
- Labov W (2007): Narrative pre-construction. In: Bamberg M (Hg): Narrative – State of the Art. Amsterdam, Philadelphia: Benjamins, 47-56.
- Labov W, Fanshel D (1977): Therapeutic discourse. Psychotherapy as conversation. New York, etc.: Academic Press.
- Labov W, Waletzky J (1967/1973): Erzählanalyse: Mündliche Versionen persönlicher Erfahrung. In: Ihwe J (Hg.): Literaturwissenschaft und Linguistik. Bd. 2. Frankfurt/M: Fischer Athenäum, 78-126.
- Labrie N, Schulz PJ (2014): Does argumentation matter? A systematic literature review on the role of argumentation in doctor-patient communication. Health Communication 29 (10), 996-1008. [↗](#)
- Ladwig KH, Lederbogen F, Albus C, Angermann C, Borggreffe M, Fischer D, Fritzsche K, Haass M, Jordan J, Jünger J, Kindermann I, Köllner V, Kuhn B, Scherer M, Seyfarth M, Völler H, Waller C, Herrmann-Lingen C (2013):

Bibliographie

- Positionspapier zur Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie. Update 2013. *Kardiologie* 7, 7-27. [↗](#)
- Laerum E, Indahl A, Skouen JS (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), 255-62. [↗](#)
- Lahmann C, Henningsen P, Dinkel A (2010): Somatoforme und funktionelle Störungen. *Nervenarzt* 81: 1383-96. [↗](#)
- Lahmann C, Henningsen P, Noll-Hussong M (2010): Somatoforme Schmerzen – Ein Überblick. *Psychiatria Danubina* 22 (3), 453-8. [↗](#)
- Lahmann C, Henningsen P, Noll-Hussong M, Dinkel A (2010): Somatoforme Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 60 (6), 227-36. [↗](#)
- Lahmann C, Sack M, Ronel J (2007): PISO – Ein evidenzbasierter Ansatz zur manualisierten Therapie somatoformer Störungen. *Die Psychodynamische Psychotherapie* 6 (3), 131-9. [↗](#)
- Laidlaw A, Hart J (2011): Communication skills: An essential component of medical curricula. Part I: Assessment of clinical communication: AMEE Guide No. 51. *Medical Teacher* 33 (1), 6-8. [↗](#)
- Laidsaar-Powell RC, Bu S, McCaffery KJ (2014): Partnering with and involving patients. In: Martin LR, DiMatteo MR (eds.): *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence*. Oxford: University Press, 84-108.
- Lakoff G (1987): *Women, Fire, and Dangerous Things. What Categories Reveal about the Mind*. Chicago/London: The University of Chicago Press.
- Lakoff G (2008): The neural theory of metaphor. In: Gibbs RW Jr (ed.): *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought*. Cambridge: University Press, 17-38.
- Lakoff G (2008): *The Political Mind. Why You Can't Understand 21st Century American Politics with an 18th-Century Brain*. New York: Viking.
- Lakoff G, Johnson M (1980/1998): *Leben in Metaphern - Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. Mit einem Vorwort von Michael B. Buchholz. Heidelberg: Carl Auer (engl. Orig. 1980).
- Lakoff G, Johnson M (1999): *Philosophy in the Flesh. The Embodied Mind and Its Challenge to Western Thought*. New York: Basic Books.
- Lakoff RT (1980): *Psychoanalytic discourse and ordinary conversation*. Berkeley: Mimeo.
- Lalouschek J (1995): *Ärztliche Gesprächsausbildung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Bibliographie

- Lalouschek J (2004): Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung. In: Becker-Mrotzek, M, Brünner G (Hg.): Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 137-58. [↗](#)
- Lalouschek J (2005): Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung – am Beispiel der psychosomatischen Anamnese. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 48-72.
- Lalouschek J (2008): Ärztliche Gesprächspläne und Anliegen von PatientInnen in der chronischen Schmerzbehandlung. Arbeitspapier zum Forschungsprojekt "Schmerzdarstellung und Krankheitserzählung I". [↗](#)
- Lalouschek J (2010): Medizinische und kulturelle Perspektiven von Schmerz. In: Menz F, Lalouschek J, Sator M, Wetschanow K (Hg.): Sprechen über Schmerzen. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen. Duisburg: UVRR, 15-69.
- Lämmler G, Stechl E, Steinhagen-Thiessen E (2007): Die Patientenaufklärung bei Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 40, 81-7. [↗](#)
- Lamnek S (1995/2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. überarb. Aufl. Weinheim, etc.: Beltz.
- Landmark AM, Svennevig J, Gulbrandsen P (2016): Negotiating treatment preferences: Physicians' formulations of patients' stance. Social Science & Medicine 149: 26-36. [↗](#)
- Lane C, Rollnick S (2007): The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of the literature to August 2005. Patient Education and Counseling 67 (1-2), 13-20. [↗](#)
- Lang H (2000): Das Gespräch als Therapie. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Langenbach M (2011) Transplantation solider Organe: Herz, Lunge, Leber. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 1223-30.
- Langenbach M, Koerfer A (2006): Körper, Leib und Leben: wissenschaftliche und praktische Traditionen im ärztlichen Blick auf den Patienten. Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung, 7 (2), 191-216. [↗](#)
- Langer I, Schulz v Thun FS, Tausch R (1990/2000): Sich verständlich ausdrücken. München: Reinhard.
- Langewitz W, Heydrich L, Nübling M, Szirt L, Weber H, Grossman P (2010): Swiss Cancer League communication skills training programme for oncol-

Bibliographie

- ogy nurses: an evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 66 (10), 2266-77. [↗](#)
- Langewitz WA (2002): Arzt-Patient-Kommunikation, Mitteilen schlechter Nachrichten. In: Brähler E, Strauß, B (Hg.): *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin*. Göttingen: Hogrefe, 54-76.
- Langewitz WA (2007): Beyond content analysis and non-verbal behaviour – What about atmosphere? A phenomenological approach. *Patient Education and Counseling* 67 (6), 319-23. [↗](#)
- Langewitz WA (2011): Funktionelle Störungen – somatoforme Störungen. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 739-75.
- Langewitz WA (2011): Patientenzentrierte Kommunikation. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz WA (Hg.) (2011): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 338-74.
- Langewitz WA (2012): Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 55 (9), 1176-82. [↗](#)
- Langewitz WA (2013): Kommunikation in der Chirurgie. *Allgemein- und Viszeralchirurgie* 7 (6), 451-63. [↗](#)
- Langewitz WA (2013): Zur Bedeutung des semiotischen Denkens in der Psychosomatischen Medizin. In: Hontschik B, Bertram W, Geigges W (Hg.): *Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens. Bausteine der Integrierten Medizin*. Stuttgart: Schattauer, 203-10.
- Langewitz WA (2017): Techniken der patientenzentrierten Kommunikation. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.) (2017): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 293-305.
- Langewitz WA, Ackermann S, Heierle A, Hertwig R, Ghanim L, Bingisser R (2015): Improving patient recall of information: Harnessing the power of structure. *Patient Education and Counseling* 98 (6), 716-21. [↗](#)
- Langewitz WA, Conen D, Nübling M, Weber H (2002): Kommunikation ist wesentlich – Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 52, 348-54. [↗](#)
- Langewitz WA, Degen L (2017): Funktionelle Störungen – somatoforme Störungen. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.) (2017): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 723-57.

Bibliographie

- Langewitz WA, Denz M, Keller A, Kiss A, Rütimann S, Wössmer B (2002): Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *British Medical Journal* 325, 682-3. [↗](#)
- Langewitz WA, Edlhaime HP, Höfner C, Koschier A, Nübling M, Leitner A (2010): Evaluation eines zweijährigen Curriculums in Psychosozialer und Psychosomatischer Medizin – Umgang mit Emotionen und patientenzentrierter Gesprächsführung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 60 (11), 451-6. [↗](#)
- Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wössmer B (1998): Improving communication skills – a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosomatic Medicine* 60 (3), 268-76. [↗](#)
- Langewitz WA, Nübling M, Weber H (2003): A theory-based approach to analysing conversation sequences. *Epidemiologia e psichiatria sociale* 12 (2), 103-8. [↗](#)
- Langkafel P, Lüdke C (2008): *Breaking bad news: das Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin*. Heidelberg: Economica.
- Larisch A, Schweickhardt A, Wirsching M, Fritzsche K (2004): Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner. A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research* 57, 507-14. [↗](#)
- LaRosa J, He J, Vupputuri S (1999): Effect of statins on risk of coronary disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association* 282 (24), 2340-6. [↗](#)
- Lätsch D (2017): Psychotherapie. In: Martinez M (Hg.): *Erzählen. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart: Metzler, 166-72.
- Lauber H, Koch E, Schultz JH, Ardicoglu A, Jünger J (2010): Psychische Belastung von Simulationspatienten durch Spielen psychiatrischer Rollen im Rahmen einer OSCE Prüfung. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Bochum, 23.-25.09.2010. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House. [↗](#)
- Laughlin T, Wetmore S, Allen T, Brailovsky C, Crichton T, Bethune C, Donoff M, Lawrence K (2012): Defining competency-based evaluation objectives in family medicine: communication skills. *Canadian Family Physician* 58 (4), e217-24. [↗](#)
- Launer J (2002): *Narrative-based primary care. A practical guide*. Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Lausberg H (2011): Das Gespräch zwischen Arzt und Patientin: Die bewegungsanalytische Perspektive. *Balint Journal* 1, 15-24. [↗](#)

Bibliographie

- Lausberg H (ed.) (2013): *Understanding Body Movement. A Guide to Empirical Research on Nonverbal Behaviour. With an Introduction to the NEUROGES Coding System.* Frankfurt/M: Peter Lang.
- Lausberg H, Davis M, Rothenhäusler A (2000): Hemispheric specialization in spontaneous gesticulation in a patient with callosal disconnection. *Neuropsychologia* 38, 1654-63. [↗](#)
- Lausberg H, Götttert R, Münßinger U, Boegner F, Marx P (1999): Callosal disconnection syndrome in a left-handed patient due to infarction of the total length of the corpus callosum. *Neuropsychologia* 37(3), 253-65. [↗](#)
- Lausberg H, Helmich I, Sassenberg U, Petermann K (2015): *Implicit Emotional Processing in Alexithymia.* Abstract Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 25. – 28. März 2015, Berlin.
- Lausberg H, Kryger M (2011): Gestisches Verhalten als Indikator therapeutischer Prozesse in der verbalen Psychotherapie: Zur Funktion der Selbstberührungen und zur Repräsentation von Objektbeziehungen in gestischen Darstellungen. *Psychotherapie-Wissenschaft* 1, 41-55. [↗](#)
- Lausberg H, Sloetjes H (2009): Coding gestural behavior with the NEUROGES-ELAN system. *Behavior Research Methods* 41 (3), 841-9. [↗](#)
- Lausberg H, Sloetjes H (2015): The revised NEUROGES-ELAN system: An objective and reliable interdisciplinary analysis tool for nonverbal behavior and gesture. *Behavior Research Methods* 48 (3), 1-21. [↗](#)
- Lausberg H, Zaidel E, Cruz RF, Ptito A (2007): Speech-independent production of communicative gestures: Evidence from patients with complete callosal disconnection. *Neuropsychologia* 45 (13), 3092-104. [↗](#)
- Lauterbach KW, Schrappe M (Hg.) (2001): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement, Evidence-based Medicine.* Stuttgart: Schattauer.
- Lawrence V, Samsi K, Murray J, Harari D, Banerjee S (2011): Dying well with dementia: qualitative examination of end-of-life care. *British Journal of Psychiatry*. 199 (5), 417-22. [↗](#)
- Laws MB, Taubin T, Bezreh T, Lee Y, Beach MC, Wilson IB (2013): Problems and processes in medical encounters: the cases method of dialogue analysis. *Patient Education and Counseling* 91 (2), 192-9. [↗](#)
- Lazare A (1995): The interview as a clinical negotiation. In: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A (eds.): *The Medical Interview – Clinical Care, Education and Research.* New York: Springer, 50-64.
- Lazare A, Putnam AM, Lipkin M (1995): Three functions of the medical interview. In: Lipkin J M, Putnam SM, Lazare A (eds.): *The Medical Interview – Clinical Care, Education and Research.* New York: Springer, 3-19.
- LeBlanc TW (2015): Communication skills training in the twenty-first century. *AMA Journal of Ethics* 17 (2), 140-3. [↗](#)

Bibliographie

- Ledford CJ, Villagran MM, Kreps GL, Zhao X, McHorney C, Weathers M, Keefe B (2010): "Practicing medicine": Patient perceptions of physician communication and the process of prescription. *Patient Education and Counseling* 80 (3), 384-92. [↗](#)
- Lee RG, Garwin T (2003): Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Social Science & Medicine* 56 (3), 449-64. [↗](#)
- Lee SWS, Schwarz N (2010): Dirty hands and dirty mouths: Embodiment of the moral-purity metaphor is specific to the motor modality involved in moral transgression. *Psychological Science* 21, 1423-5. [↗](#)
- Lee YY, Lin JL (2010): Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. *Social Science & Medicine* 71 (10), 1811-8. [↗](#)
- Lefroy J, McKinley RK (2011): Skilled communication: comments further to 'Creativity in clinical communication: from communication skills to skilled communication'. *Medical Education* 45, 958-62. [↗](#)
- Légaré F (2013): Shared decision making: moving from theorization to applied research and hopefully to clinical practice. *Patient Education and Counseling* 91 (2), 129-30. [↗](#)
- Légaré F, Stacey D, Turcotte S, Cossi MJ, Kryworuchko J, Graham ID, Lyddiatt A, Politi MC, Thomson R, Elwyn G, Donner-Banzhoff N (2014): Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 15, 9: CD006732. [↗](#)
- Légaré F, Thompson-Leduc P (2014): Twelve myths about shared decision making. *Patient Education and Counseling* 96 (3), 281-6. [↗](#)
- Légaré F, Witteman H (2013): Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Affairs* 32 (2), 276-84. [↗](#)
- Lehmann C, Koch U, Mehnert A (2009): Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. Ein Literaturüberblick über den gegenwärtigen Forschungsstand unter besonderer Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 59 (7), e3-27. [↗](#)
- Lehr U (1987): Kompetenz im Alter: Ist die Bundesrepublik ein Land der Hilfsbedürftigen? *Universitas* 9, 879-90.
- Lehtinen E (2013): Hedging, knowledge and interaction: Doctors' and clients' talk about medical information and client experiences in genetic counseling. *Patient Education and Counseling* 92 (1), 31-7. [↗](#)

Bibliographie

- Lelie A (2000): Decision-making in nephrology: shared decision making? Patient Education and Counseling 39 (1), 81-9. [↗](#)
- Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S (2012): A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. Psychooncology 21 (12), 1255-64. [↗](#)
- Lengerke T v, Kursch A, Lange K; APG-Lehrteam MHH (2011): The communication skills course for second year medical students at Hannover Medical School: An evaluation study based on students' self-assessments. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 28 (4), Doc54. [↗](#)
- Lenz M, Kasper J (2007): MATRIX - development and feasibility of a guide for quality assessment of patient decision aids. Psycho-social Medicine 29 (4), Doc09. [↗](#)
- Lenzen D (1973): Didaktik und Kommunikation. Frankfurt/M: Athenäum, Fischer.
- Lenzi R, Baile WF, Costantini A, Grassi L, Parker PA (2011). Communication training in oncology: results of intensive communication workshops for Italian oncologists. European Journal of Cancer Care 20 (2), 196-203. [↗](#)
- Lepper G (2009): The pragmatics of therapeutic interaction: An empirical study The International Journal of Psychoanalysis 90 (5), 1075-94. [↗](#)
- Leschke M (2010): Quo vadis Ärztliche Visite? Der Klinikarzt, 39 (07/08), 331. [↗](#)
- Leudar I, Sharrock W, Truckle S, Colombino T, Hayes J, Booth K (2008): Conversation of emotions: On turning play into psychoanalytic psychotherapy. In: Peräkylä A, Antaki C, Vehviläinen S, Leudar I (eds.): Conversation Analysis and Psychotherapy. Cambridge: University Press, 258-92.
- Levenstein J (1986): The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Family Practice 3 (1), 24-30. [↗](#)
- Levenstein JH, Brown JB, Weston WW, Stewart M, McCracken EC, McWhinney I (1989): Patient-centered clinical interviewing. In: Stewart ME, Roter DE (eds.): Communicating with medical patients. London: Sage Publications, 107-20.
- Leventhal H (1982): A perceptual motor theory of emotion. Social Science Information 21 (6), 819-45. [↗](#)
- Levin T, Horner J, Bylund C, Kissane D (2010): Averting adverse events in communication skills training: A case series. Patient Education and Counseling 81 (1), 126-30. [↗](#)
- Levinson SC (2000): Pragmatik. 3. Aufl. Tübingen: Niemeyer.

Bibliographie

- Levinson W, Cohen MS, Brady D, Duffy FD (2000): To change or not to change: "Sounds like you have a dilemma". *Annals of Internal Medicine* 135 (5), 386-91. [↗](#)
- Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J (2000): A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 284 (8), 1021-27. [↗](#)
- Levinson W, Hudak P, Tricco AC (2013): A systematic review of surgeon-patient communication: Strengths and opportunities for improvement. *Patient Education and Counseling* 93 (1), 3-17. [↗](#)
- Levinson W, Lesser CS, Epstein RM (2010). Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Affairs* 29 (7), 1310-8. [↗](#)
- Levinson W, Pizzo PA (2011): Patient-physician communication: It's about time. *JAMA* 305 (17): 1802-3. [↗](#)
- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM (1997): Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 277 (7), 553-9. [↗](#)
- Levitt HM, Korman Y, Angus LE (2000): A metaphor analysis in treatments of depression: Metaphor as a marker of change. *Counselling Psychology Quarterly* 13, 23-35. [↗](#)
- Lewinsohn BM (1974): A behavioral approach to depression. In: Friedman RJ, Katz MM: *The Psychology of Depression*. New York: Plenum Press.
- Ley P (1980): Verstehen und Behalten von Anweisungen – Kommunikationsfehler in Klinik und Praxis. *Arzt und Praxis* 2, 71-9.
- Ley P (1982): Satisfaction, compliance and communication. *British Journal of Clinical Psychology* 21 (Pt 4), 241-54. [↗](#)
- Ley P (1983): Patient's understanding and recall in clinical communication failure. In: Pendleton D, Hasler J (eds.): *Doctor-Patient Communication*. London: Academic Press, 89-107.
- Ley P (1988): *Communicating with patients. Improving Communication, Satisfaction and Compliance* London: Croom Helm.
- Ley P, Whitworth MA, Skilbeck CE, Woodward R, Pinsent RJ, Pike LA, Clarkson ME, Clark PB (1976): Improving doctor-patient communication in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 26 (171), 720-4. [↗](#)
- Libert Y, Conrard S, Reynaert C, Janne P, Tordeurs D, Delvaux N, Fontaine O, Razavi D (2001): Améliorer les stratégies de communication des médecins en oncologie: état des lieux et perspectives futures. *Bulletin du Cancer* 88 (12), 1167-76. [↗](#)
- Libert Y, Merckaert I, Reynaert C, Delvaux N, Marchal S, Etienne AM, Boniver J, Klastersky J, Scalliet P, Slachmuylder JL, Razavi D (2007): Physicians

Bibliographie

- are different when they learn communication skills: Influence of the locus of control. *Psychooncology* 16 (6), 553-62. [↗](#)
- Lichtenstein A, Lustig M (2006): Integrating intuition and reasoning – how Balint groups can help medical decision making. *Australian Family Physician* 35 (12), 987-9. [↗](#)
- Lieb H, Pein A v (2009): *Der kranke Gesunde*. Stuttgart: Trias.
- Liepmann H, Maas O (1907): Fall von linksseitiger Agraphie und Apraxie bei rechtsseitiger Lähmung. *Journal für Psychologie und Neurologie* 10 (4/5), 214-27.
- Light KD, Grewen KM, Amico JA (2005): More frequent partner hugs and higher oxytocin levels are linked to lower blood pressure and heart rate in premenopausal women. *Biological Psychology* 69 (1), 5-21. [↗](#)
- Lindemann K (2012): *Angst im Gespräch. Eine gesprächsanalytische Studie zur kommunikativen Darstellung von Angst*. Göttingen: V&R unipress.
- Lindemann K (2015) Emotionen in medizinischer Kommunikation. In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Handbuch „Sprache und Medizin“*. Berlin, etc.: de Gruyter, 154-69.
- Lindtner-Rudolph H, Bardenheuer HJ (2015): Sprache am Lebensende: Chancen und Risiken ärztlicher Gesprächsführung in der Palliativmedizin. In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Handbuch „Sprache und Medizin“*. Berlin, etc.: de Gruyter, 243-63.
- Linell P (2012): Zum Begriff des kommunikativen Projekts. In: Ayaß R, Meyer C: *Sozialität in Slow Motion. Theoretische und empirische Perspektiven. Festschrift für Jörg Bergmann*. Wiesbaden: Springer, 71-9.
- Linssen T, Dalen J v, Rethans JJ (2007): Simulating the longitudinal doctor-patient relationship: experiences of simulated patients in successive consultations. *Medical Education* 41 (9), 873-8.
- Lipkin M (2011): The history of communication skills knowledge and training. In: Kissane DW, Bultz BD, Butow P, Finlay IG (eds.): *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*. Oxford: University Press, 3-12.
- Lipkin M, Frankel RM, Beckman HB, Charon R, Fein O (1995): Performing the interview. In: Lipkin MJ, Putnam SM, Lazare A, Carroll JG, Frankel RM, Keller A, Klein T, Williams PK (eds.): *The Medical Interview - Clinical Care, Education and Research*. New York: Springer, 65-82.
- Lipkin MJ, Putnam SM, Lazare A, Carroll JG, Frankel RM, Keller A, Klein T, Williams PK (eds.) (1995): *The Medical Interview - Clinical Care, Education and Research*. New York: Springer.
- Liszkowski U (2006): Infant pointing at 12 months: Communicative goals, motives, and social-cognitive abilities. In: Levinson SC, Enfield NJ (eds.):

Bibliographie

- Roots of Human Sociality. Culture, Cognition and Interaction. Oxford: Berg Publishers, 153-78.
- Litschgi L, Fehr F, Zeller A (2011): Die Konsultationen beim Hausarzt: Aufbau, Themen und Redevertelung. Praxis 100 (18), 1085-95. [↗](#)
- Litschgi L, Schlumpf A (2012): Narratives beim Hausarzt – vom freien Erzählraum. In: Frei-Erb M (Hg.): Narrative Medizin – Erzählende Medizin. Lang: Bern, 79-100.
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S (2001): Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. British Medical Journal 322 (7284), 468. [↗](#)
- Little P, White P, Kelly J, Everitt H, Gashi S, Bikker A, Mercer S (2015): Verbal and non-verbal behaviour and patient perception of communication in primary care: an observational study. British Journal of General Practice 65 (635), e357-65. [↗](#)
- Loge JH, Kaasa S, Hytten K (1997): Disclosing the cancer diagnosis: the patients' experiences. European Journal of Cancer Prevention 33 (6), 878-82. [↗](#)
- Loh A, Härter M (2005): Modellentwicklungen zur Partizipativen Entscheidungsfindung. In: Härter M, Loh A, Spies C (Hg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 13-24.
- Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. Deutsches Ärzteblatt 104 (21), A1483-8. [↗](#)
- Löning P (1985): Das Arzt-Patienten-Gespräch. Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps. Bern, etc.: Lang.
- Löning P (1985): Probleme der Dialogsteuerung in Arzt-Patienten-Gesprächen. In: Löning P, Sager SF (Hg.): Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Hamburg: Buske, 105-26.
- Löning P (1994): Versprachlichung von Wissensstrukturen bei Patienten. In: Redder A, Wiese I (Hg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 97-114.
- Löning P, Rehbein J (Hg.) (1993): Arzt-Patienten-Kommunikation: Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin, etc.: de Gruyter.
- Lorenzer A (1970): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Lorenzer A (1977): Sprachspiel und Interaktionsformen. Vorträge und Aufsätze zu Psychoanalyse, Sprache und Praxis. Frankfurt/M: Suhrkamp.

Bibliographie

- Lorenzer A (2002): Die Sprache, der Sinn, das Unbewußte. Stuttgart: Cotta.
- Lorenzer A (2005): Szenisches Verstehen. Zur Kenntnis des Unbewussten. Kulturanalyse. Band 1. Marburg: Tectum Verlag.
- Lorkowski T (2011): Wie beurteilen Simulationspatienten die Relevanz von Kommunikationsunterricht unter Berücksichtigung ihrer eigenen Arztbeziehung? Ergebnisse von Leitfadeninterviews. Dissertation: Göttingen. [↗](#)
- Lowen A (1988): Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. München: Kösel-Verlag.
- Lown B (2002): Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken. Stuttgart, etc.: Schattauer.
- Luborsky L (1988): Einführung in die analytische Psychotherapie. Berlin: Springer.
- Lucius-Hoene G (2002): Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung. Psychotherapie & Sozialwissenschaft 4 (3), 166-203. [↗](#)
- Lucius-Hoene G (2008): Krankheitserzählungen und die narrative Medizin. Rehabilitation 47 (2), 90-7. [↗](#)
- Lucius-Hoene G (2009): Erzählen als Bewältigung. Psychoanalyse 13 (2), 139-47.
- Lucius-Hoene G, Deppermann A (2002): Rekonstruktion narrativer Identität. Opladen: Leske & Budrich.
- Lucius-Hoene G, Deppermann A (2004): Narrative Identität und Positionierung. Gesprächsforschung 5, 166-83. [↗](#)
- Lucius-Hoene G, Scheidt CE (2017): Bewältigung von Erlebnissen. In: Martinez M (Hg.): Erzählen. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart: Metzler, 235-42.
- Luhmann N (1964/72) Funktionen und Folgen formaler Organisation. 2. Aufl. Berlin: Duncker & Humblot.
- Luhmann N (1969/1983): Legitimation durch Verfahren. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Luhmann N (1981): Die Unwahrscheinlichkeit der Kommunikation. Soziologische Aufklärung 3, 25-34. [↗](#)
- Luhmann N (1984/87): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Luppa M, Luck T, Weyerer S, König HH, Brähler E, Riedel-Heller SG (2010): Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. Age and Ageing 39 (1), 31-8. [↗](#)
- Lurie SJ (2012): History and practice of competency-based assessment. Medical Education 46 (1): 49-57. [↗](#)
- Lussier MT, Richard C (2006): Doctor-Patient Communication. Time to talk. Canadian Family Physician 52 (11), 1401-2. [↗](#)

Bibliographie

- Lussier MT, Richard C (2007): Communication tips. Feeling understood: Expression of empathy during medical consultations. *Canadian Family Physician* 53 (4), 640-1. [↗](#)
- Lussier MT, Richard C (2008): Because one shoe doesn't fit all: A repertoire of doctor-patient relationships. *Canadian Family Physician* 54 (8), 1089-92. [↗](#)
- Lüth P (1986): *Von der stummen zur sprechenden Medizin*. Frankfurt/M, New York: Campus.
- Luyten P, Blatt S (2012): Psychodynamic treatment of depression. *Psychiatric Clinics of North America* 35 (1), 111-29. [↗](#)
- Maatouk-Bürmann B, Ringel N, Spang J, Weiss C, Möltner A, Riemann U, Langewitz W, Schultz JH, Jünger J (2016): Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 99 (1), 117-24. [↗](#)
- Machleidt W, Callies IT (2009): Behandlung von Migranten und transkulturelle Psychiatrie. In: Berger M (Hg.): *Psychische Erkrankungen*. München etc.: Urban & Fischer, Elsevier, 1119-43.
- MacMartin C (2008): Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies. In: Peräkylä A, Antaki C, Vehviläinen S, Leudar I (eds.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: University Press, 80-99.
- Maercker A, Gurrus NF (2017): Belastungsreaktion, Anpassungsstörung und posttraumatische Belastungsstörungen. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 599-607.
- Magnavita JJ (1997): *Restructuring Personality Disorder. Short-Term Dynamic Approach*. New York, London: Guilford Press.
- Maguire P, Booth K, Elliott C, Jones A (1996): Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills – the impact of workshops. *European Journal of Cancer* 32A (9), 1486-9. [↗](#)
- Mahler C, Jank S, Hermann K, Haefeli W, Szecsenyi J (2009): Informationen zur Medikation - wie bewerten chronisch kranke Patienten das Medikamentengespräch in der Arztpraxis? *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134 (33), 1620-4. [↗](#)
- Makoul G (2003): The interplay between education and research about patient-provider communication. *Patient Education and Counseling* 50 (1): 79-84. [↗](#)
- Makoul G, Arntson P, Schofield T (1995): Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social Science & Medicine* 41 (9), 1241-54. [↗](#)

Bibliographie

- Makoul G, Clayman ML (2006): An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education and Counseling* 60 (3), 301-12. [↗](#)
- Makoul G, Dulmen S v (2016): What is effective doctor-patient communication? Review of the evidence. In: Brown J, Noble LM, Papageorgiou A, Kidd J (eds.): *Clinical Communication in Medicine*. Oxford: Wiley Blackwell, 30-9.
- Makoul G, Zick A, Green M (2007): An evidence-based perspective on greetings in medical encounters. *Archives of Internal Medicine* 167 (11), 1172-6. [↗](#)
- Maldonado J (2015): Predictive value of the SIPAT for post-transplantation outcomes. *Journal of Psychosomatic Research* 78, 613. [↗](#)
- Malli G (2013): Früherkennung von Prostatakrebs mittels PSA-Test: Ergebnisse aus einer qualitativen Studie zu arztseitigen Barrieren bei der Umsetzung der informierten Entscheidungsfindung in Österreich. *Gesundheitswesen* 75 (1), 22-8. [↗](#)
- Mann F (1984): *Aufklärung in der Medizin. Theorie – empirische Ergebnisse – Praktische Anleitung*. Stuttgart: Schattauer.
- Marciniak A, Nikendei C, Ehrenthal JC, Spranz-Fogasy T (2016): „... durch Worte heilen“– Linguistik und Psychotherapie. *IDS Sprachreport* 32 (3), 1-11. [↗](#)
- Margalit AP, Glick SM, Benbassat J, Cohen A (2004): Effect of a biopsychosocial approach on patient satisfaction and patterns of care. *Journal of General Internal Medicine* 19 (5 Pt 2), 485-91. [↗](#)
- Maringelli F, Brienza N, Scorrano F, Grasso F, Gregoretti C (2012): Gaze-controlled, computer-assisted communication in intensive care unit: "Speaking through the eyes". *Minerva Anestesiologica* 79 (2), 165-75. [↗](#)
- Martin LR (2014): Barriers and keys to treatment adherence and health behavior change. In: Martin LR, DiMatteo MR (eds.): *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence*. Oxford: University Press, 9-20.
- Martin LR, DiMatteo MR (eds.) (2014): *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence*. Oxford: University Press.
- Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR (2005): The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 1 (3), 189-99. [↗](#)
- Martin O, Rockenbauch K, Kleinert E, Stöbel-Richter Y (2017): Aktives Zuhören effektiv vermitteln. Zwei Konzepte im Vergleich. *Nervenarzt* 88 (9), 1026-35. [↗](#)

Bibliographie

- Martinez M (2017): Was ist Erzählen? In: Martinez M (Hg.): Erzählen. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart: Metzler, 2-6.
- Martinez M (Hg.) (2017): Erzählen. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart: Metzler.
- Marvel K, Epstein RM, Flowers J, Beckman HB (1999): Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 281 (3), 283-7. [↗](#)
- Matolycz E (2009): Kommunikation in der Pflege. Wien: Springer.
- Matos M, Santos A, Gonçalves M, Martins C (2009): Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research* 19 (1), 68-80. [↗](#)
- Matsumoto D, Frank MG, Hwang HS (eds.) (2013): *Nonverbal Communication: Science and Applications*. Los Angeles: Sage.
- Matthes J, Albus C (2014): Improving adherence with medication: a selective literature review based on the example of hypertension treatment. *Deutsches Ärzteblatt International* 111 (4), 41-7. [↗](#)
- Matthes J, Look A, Hahne AK, Tekian A, Herzig S (2008): The semi-structured triple jump--a new assessment tool reflects qualifications of tutors in a PBL course on basic pharmacology. *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology* 377 (1), 55-63. [↗](#)
- Matthes J, Marxen B, Linke RM, Antepohl W, Coburger S, Christ H, Lehmacher W, Herzig S (2002): *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology* 366 (1), 58-63. [↗](#)
- Matthias MS, Salyers MP, Frankel RM (2013): Re-thinking shared decision-making: context matters. *Patient Education and Counseling* 91 (2), 176-9. [↗](#)
- Matusitz J, Spear J (2014): Effective doctor-patient communication: an updated examination. *Social Work in Public Health* 29 (3), 252-66. [↗](#)
- Maunder RG, Hunter JJ (2009): Assessing patterns of adult attachment in medical patients. *General Hospital Psychiatry* 31 (2), 123-30. [↗](#)
- Mayer A (2013): Grenzen der Empathie im Angesicht von Opazität. In: Breyer T (Hg.): *Grenzen der Empathie. Grenzen der Empathie. Philosophische, Psychologische und Anthropologische Perspektiven*. München: Fink, 109-34.
- Mayer S (2015): Versteh mich bitte! *Zeit Literatur* 48, 36-9.
- Maynard DW (1991): Interaction and asymmetry in clinical discourse. *American Journal of Sociology* 97 (2), 448-95. [↗](#)
- Maynard DW, Heritage J (2005): Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education* 39 (4), 428-35. [↗](#)
- Mayring P (1997): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 6. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Mazeland H (1990): Die Kontextualität minimaler Redeannahmen im Arzt-Patient-Diskurs. In: Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R (Hg.):

Bibliographie

- Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 82-102.
- Mazzi MA, Bensing J, Rimondini M, Fletcher I, Vliet L v, Zimmermann C, Deveugele M (2011): How do lay people assess the quality of physicians' communicative responses to patients' emotional cues and concerns? An international multicentre study based on videotaped medical consultations. *Patient Education and Counseling* 90 (3), 347-53. [↗](#)
- McAdams DP (2006): The problem of narrative coherence. *Journal of Constructivist Psychology* 19 (2), 109-25. [↗](#)
- McCormack LA, Treiman K, Rupert D, Williams-Piehotka P, Nadler E, Arora NK, Lawrence W, Street RL Jr (2011): Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine* 72 (7), 1085-95. [↗](#)
- McCorry LK, Mason J (2011): *Communication skills for the healthcare professionals*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- McDonald DD, Gifford T, Walsh S (2011): Effect of a virtual pain coach on older adults' pain communication: a pilot study. *Pain Management Nursing* 12 (1), 50-6. [↗](#)
- McDonald DD, Shea M, Rose L, Fedo J (2009): The effect of pain question phrasing on older adult pain information. *Journal of Pain Symptom Management* 37 (6), 1050-60. [↗](#)
- McHenry M, Parker PA, Baile WF, Lenzi R (2011): Voice analysis during bad news discussion in oncology: reduced pitch, decreased speaking rate, and nonverbal communication of empathy. *Supportive Care in Cancer* 20 (5), 1073-8. [↗](#)
- McKinstry B, Ashcroft RE, Car J, Freeman GK, Sheikh A (2006): Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, CD004134. [↗](#)
- McMahon AJ, Fischbacher CM, Frame SH, MacLeod MC (2000): Impact of laparoscopic cholecystectomy: a population-based study. *Lancet* 356 (9424), 1632-7. [↗](#)
- McNeill D (1992): *Hand and mind. What gestures reveal about thought*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- McNeill D (2007): *Gesture and Thought*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- McNeill D (ed.) (2000): *Language and Gesture*. Cambridge: University Press.
- Mead N, Bower P (2000): Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Education and Counseling* 39 (1), 71-80. [↗](#)

Bibliographie

- Mead N, Bower P (2000): Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51 (7), 1087-110. [↗](#)
- Mead N, Bower P (2002): Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling* 48 (1), 51-61. [↗](#)
- Meares R (1998): The Self in Conversation. On Narratives, Chronicles, and Scripts. *Psychoanalytic Dialogues* 8 (6), 875-91. [↗](#)
- Medizinische Fakultät, Universität zu Köln (2012): PJ-STArT-Block (Schlüsselkompetenz-Training und Anwendung in realitätsnahen Tagesabläufen) (abgerufen am 11.08.2015). [↗](#)
- Meer D (2011): Kommunikation im Alltag – Kommunikation in Institutionen: Überlegungen zur Ausdifferenzierung einer Opposition. Birkner K, Meer D (Hg.): *Institutionalisierter Alltag: Mündlichkeit und Schriftlichkeit in unterschiedlichen Praxisfeldern*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 28-50.
- Meer D, Spiegel C (2009): *Kommunikationstrainings im Beruf. Erfahrungen mit gesprächsanalytisch fundierten Konzepten*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. [↗](#)
- Meeuwesen L, Twilt S, ten Thije JD, Harmsen H (2010): "Ne diyor?" (What does she say?): Informal interpreting in general practice. *Patient Education and Counseling*, 198-203. [↗](#)
- Mehl-Madrona LE (2007): *Narrative Medicine*. Rochester, Vermont: Bear & Company.
- Mehnert A, Lehmann C, Koch U (2012): Schwierige Gesprächssituationen in der Arzt-Patient-Interaktion. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 55 (9), 1134-43. [↗](#)
- Meibauer J (1999): *Pragmatik. Eine Einführung*. Tübingen: Stauffenburg.
- Melzack R (1975): The McGill Pain Questionnaire. Major properties and scoring methods. *Pain* 1, 277-99. [↗](#)
- Mendick N, Young B, Holcombe C, Salmon P (2010): The ethics of responsibility and ownership in decision-making about treatment for breast cancer: Triangulation of consultation with patient and surgeon perspectives. *Social Science & Medicine* 70 (12), 1904-11. [↗](#)
- Mendick N, Young B, Holcombe C, Salmon P (2011): Telling "everything" but not "too much": the surgeon's dilemma in consultations about breast cancer. *World Journal of Surgery* 35 (10), 2187-95. [↗](#)
- Menninger KM, Holzman P (1958/1977): *Theorie der psychoanalytischen Technik*. Stuttgart: Frommann-Holzboog (engl. Orig. 1958).

Bibliographie

- Menz F (1991): Der geheime Dialog. Medizinische Ausbildung und institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation. Eine diskursanalytische Studie. Frankfurt/M, etc.: Lang.
- Menz F (2011): Ärztliche Gespräche mit PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen. In: Peintinger M (Hg.): Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Wien: Facultas, 225-36.
- Menz F (2013): Zum Vergleich von ärztlichen Konsultationen zu Kopfschmerzen bei gedolmetschten und nicht gedolmetschten Gesprächen. In: Menz F (Hg.): Migration und medizinische Kommunikation. Wien: v&r Vienna University Press, 311-52.
- Menz F (2015): Handlungsstrukturen ärztlicher Gespräche und ihre Beeinflussung durch institutionelle und soziale Rahmenbedingungen. In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.): Handbuch „Sprache und Medizin“. Berlin, etc.: de Gruyter, 75-92.
- Menz F (2016): 59. Gesundheit. In: Jäger L, Holly W, Krapp P, Weber S, Heekeren S (Hg.): Handbuch "Sprache - Kultur - Kommunikation/Language - Culture - Communication" (HSK). Berlin: de Gruyter, 556-64.
- Menz F (Hg.) (2013): Migration und medizinische Kommunikation. Wien: v&r Vienna University Press.
- Menz F, Al-Roubaie A (2008): Interruptions, status and gender in medical interviews: The harder you brake, the longer it takes. *Discourse & Society* 19 (5), 645-66. [↗](#)
- Menz F, Lalouschek J (2005): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Thoraxschmerz. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 174-85.
- Menz F, Lalouschek J, Gstettner A (2008): Effiziente ärztliche Gesprächsführung: Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept (Vol. 10). Münster: LIT Verlag.
- Menz F, Lalouschek J, Sator M, Wetschanow K (Hg.) (2010): Sprechen über Schmerzen - Linguistische, semiotische und kulturelle Analysen. Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr. [↗](#)
- Menz F, Lalouschek J, Stöllberger C, Vodopiutz J (2002): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen: Ergebnisse einer medizinisch-linguistischen transdisziplinären Studie. *Linguistische Berichte* 191, 343-66. [↗](#)

Bibliographie

- Menz F, Nowak P, Rappl A, Nezhiba S (2008): Arzt-Patient-Interaktion im deutschsprachigen Raum: Eine Online-Forschungsdatenbank (API-on©) als Basis für Metaanalysen. *Gesprächsforschung* 9, 129-63. [↗](#)
- Menz F, Reisigl M, Sator M (2013): Migration, Interkulturalität und gemittelte Kommunikation im medizinischen Gespräch – einige Überlegungen. In: Menz F (Hg.): *Migration und medizinische Kommunikation*. Wien: Vienna v&r University Press, 17-32.
- Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt G (2004): The consultation and relational empathy (CARE) measure: Development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice* 21 (6), 699-705. [↗](#)
- Mercer SW, Reynolds WJ (2002): Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice* 52 (Suppl): S9–12. [↗](#)
- Merlini R, Favaron R (2005): Examining the 'Voice of Interpreting' in Speech Pathology. *Interpreting: International Journal of Research and Practice in Interpreting* 7 (2), 263-302. [↗](#)
- Merten J, Krause R (1998): Facial affective relationship regulation and therapeutic outcome. Paper presented at the IPA, First Latin-American Research Conference on Psychoanalysis.
- Messing SR (2007): Von der arztzentrierten zur patientenzentrierten Gesprächsführung – Auswirkungen eines Trainingsprogramms auf das Gesprächsverhalten von Ärzten in der Facharztweiterbildung am Universitätsklinikum Freiburg. Unveröffentlichte Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg.
- Metzloff AN, Moore MK (1977): Imitation of Facial and Manual Gestures by Human Neonates. *Science* 198, 75-8. [↗](#)
- Meyer B (2003): Dolmetschertraining aus diskursanalytischer Sicht: Überlegungen zu einer Fortbildung für zweisprachige Pflegekräfte. *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 4, 160-85. [↗](#)
- Meyer B (2004): Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung zur Wissensvermittlung im mehrsprachigen Krankenhaus. Münster: Waxmann.
- Meyer B (2004): Dolmetschertraining aus diskursanalytischer Sicht: Überlegungen zu einer Fortbildung für zweisprachige Pflegekräfte (Vol. 51). Hamburg: Universität Hamburg: Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit.
- Meyer-Abich KM (2010): Was es bedeutet, gesund zu sein. *Philosophie der Medizin*. München: Hanser.
- Meyer-Kühling I (2016): Bedürfnisbegegnung in der stationären Altenpflege. Eine qualitative Studie zum „Ich sein Dürfen“ von Pflegeheimbewohnern. Marburg: Tectum.

Bibliographie

- Meyer-Kühling I, Wendelstein B, Pantel J, Specht-Leible N, Zenthöfer A, Schröder J (2015): Kommunikationstraining MultiTANDEM^{plus}. Ein Beitrag zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärzten. *Pflege* 28, 277-85. [↗](#)
- Meystre C, Bourquin C, Despland JN, Stiefel F, de Roten Y (2012): Working alliance in communication skills training for oncology clinicians: A controlled trial. *Patient Education and Counseling* 90 (2), 233-8. [↗](#)
- MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. (Hg.) (2015): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (abgerufen am 14.04.2016). [↗](#)
- Miebach B (2014): Soziologische Handlungstheorie. Eine Einführung. 4. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- Mikesell L (2013): Medicinal relationships: caring conversation. *Medical Education* 47 (5), 443-52. [↗](#)
- Miller A, Archer J (2010): Impact of workplace based assessment on doctors' education and performance: A systematic review. *British Medical Journal* 341, c5064. [↗](#)
- Miller CL, Leadingham C, Vance R (2010): Utilizing human patient simulators (HPS) to meet learning objectives across concurrent core nursing courses: A Pilot Study. *Journal of College Teaching & Learning* 7 (1), 37-43. [↗](#)
- Miller GE (1990): The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine* 65 (Suppl 9), S63-7. [↗](#)
- Miller IJ (1989): The therapeutic empathic communication (TEC) process. *American Journal of Psychotherapy* 43 (4), 531-45. [↗](#)
- Miller WL, Crabtree BF, Nutting PA, Stange KC, Jaén CR (2010): Primary care practice development: a relationship-centered approach. *Annals of Family Medicine* 8 (Suppl 1), S68-79; S92. [↗](#)
- Mishler EG (1984): *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, New Jersey: Ablex.
- Mishler EG (1995): Models of narrative analysis: A typology. *Journal of Narrative and Life History* 5 (2), 87-123. [↗](#)
- Mishler EG (2005): Patient stories, narratives of resistance and the ethics of humane care: A la recherche du temps perdu. *Health* 9 (4), 431-51. [↗](#)
- Mishler EG, Clark JA, Ingelfinger J, Simon MP (1989): The language of attentive patient care: a comparison of two medical interviews. *Journal of General Internal Medicine* 4 (4), 325-35. [↗](#)
- Moertl K, Buchholz MB, Lamott F (2010): Gender constructions of male sex offenders in Germany: narrative analysis from group psychotherapy. *Archives of Sexual Behaviour* 39 (1), 203-12. [↗](#)

Bibliographie

- Moneta ME, Penna M, Loyola H, Buchheim A, Kächele H (2008): Measuring emotion in the voice during psychotherapy interventions: a pilot study. *Biological Research* 41 (4), 389-95. [↗](#)
- Montori VM, Breslin M, Maleska M, Weymiller AJ (2007): Creating a conversation: insights from the development of a decision aid. *PLoS Medicine* 4 (8), e233. [↗](#)
- Montori VM, Gafni A, Charles C (2006): A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: The case of diabetes. *Health Expectations* 9 (1), 25-36. [↗](#)
- Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA (2013): Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, CD003751. [↗](#)
- Moretti F, Fletcher I, Mazzi MA, Deveugele M, Rimondini M, Geurts C, Zimmermann C, Bensing J (2011): GULiVER – travelling into the heart of good doctor-patient communication from a patient perspective: Study protocol of an international multicentre study. *European Journal of Public Health* 22 (4), 464-9. [↗](#)
- Morgan WL, Engel GL (1969/1977): *Der klinische Zugang zum Patienten. Anamnese und Körperuntersuchung*. Bern, etc.: Huber (engl. Orig. 1969).
- Morris C, Heyman A, Mohs RC, Hughes JP, Van Belle G, Fillenbaum G, Mellits ED, Clark C (1989): The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD): Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology* 39 (9), 1159-65. [↗](#)
- Morris D (1977): *Der Mensch mit dem wir leben. Ein Handbuch unseres Verhaltens*. München/Zürich: Droemer Knauer.
- Morris DB (1991): *The culture of pain*. Berkeley: University of California Press.
- Morris M, Donohoe G, Hennessy M, O Ciardha C (2013): Pro forma: impact on communication skills? *Clinical Teacher* 10 (5), 318-22. [↗](#)
- Morriss R, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Dunn G, Rogers A, Lewis B, Charles-Jones H, Hogg J, Clifford R, Rigby C, Gask L (2007): Cluster randomized controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. *The British Journal of Psychiatry* 191, 536-42. [↗](#)
- Morriss R, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Rogers A, Dunn G, Lewis B, Charles-Jones H, Hogg J, Clifford R, Iredale W, Towey M, Gask L (2006): Turning theory into practice: rationale, feasibility and external validity of an exploratory randomized controlled trial of training family practitioners in reattribution to manage patients with medically unexplained symptoms (the MUST). *General Hospital Psychiatry* 28 (4), 343-51. [↗](#)

Bibliographie

- Morriss R, Gask L, Dowrick C, Dunn G, Peters S, Ring A, Davies J, Salmon P (2010): Randomized trial of reattribution on psychosocial talk between doctors and patients with medically unexplained symptoms. *Psychological Medicine* 40 (2), 325-33. [↗](#)
- Mortsiefer A, Immecke J, Rotthoff T, Karger A, Schmelzer R, Raski B, Schmitten JI, Altiner A, Pentzek M (2014): Summative assessment of undergraduates' communication competence in challenging doctor-patient encounters. Evaluation of the Düsseldorf CoMeD-OSCE. *Patient Education and Counseling* 95 (3), 348-55. [↗](#)
- Moser T (1974): *Lehrjahre auf der Couch. Bruchstücke meiner Psychoanalyse.* Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Moust JHC, Bouhuijs PAJ, Schmidt HG (1999): *Problemorientiertes Lernen.* Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Mpinga EK, Chastonay P (2011): Satisfaction of patients: a right to health indicator? *Health Policy* 100 (2-3), 144-50. [↗](#)
- Mühlhauser I, Meyer G (2006): Evidence based Medicine: Widersprüche zwischen Surrogatergebnissen und klinischen Endpunkten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 56 (5), 193-201. [↗](#)
- Mulley AG, Trimble C, Elwyn G (2012): Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *British Medical Journal* 8 (345), e6572. [↗](#)
- Munger MA, Tassell BW v, LaFleur J (2007): Medication nonadherence: An unrecognized cardiovascular risk factor. *MedGenMed* 9 (3), 58. [↗](#)
- Munthe C, Sandman L, Cutas D (2012): Person centred care and shared decision making: Implications for ethics, public health and research. *Health Care Analysis* 20 (3), 231-49. [↗](#)
- Murray E, Charles C, Gafni A (2006): Shared decision-making in primary care: Tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Education and Counseling* 62 (2), 205-11. [↗](#)
- Murray S, Boyd K (2011): Using the 'surprise question' can identify people with advanced heart failure and COPD who would benefit from a palliative care approach. *Palliative Medicine* 25 (4), 382. [↗](#)
- Murrhardter Kreis (1995): *Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform.* 3. Aufl. Bleicher: Gerlingen.
- Muster-Berufsordnung für in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 in der Fassung vom 114. Deutschen Ärztetag in Kiel. (2011): *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (38), 1980. [↗](#)
- Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ (2017): Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-

Bibliographie

- efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One* 12 (10), e0186458. [↗](#)
- Nagel A, Voigt K, Meyer B, Glaesmer H, Löwe B, Brähler E (2012): Public familiarity with the terms somatoform disorder and functional disorder in Germany: results from a representative population survey. *The Primary Care Companion for CNS Disorders* 14 (1), PCC.11m01209. [↗](#)
- Nagl M, Farin E (2012): Response shift in quality of life assessment in patients with chronic back pain and chronic ischaemic heart disease. *Disability & Rehabilitation* 34 (8), 671-80. [↗](#)
- Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H, Guesnet F, Horne R, Jacyna S, Jadhav S, Macdonald A, Neuendorf U, Parkhurst A, Reynolds R, Scambler G, Shamdasani S, Smith SZ, Stougaard-Nielsen J, Thomson L, Tyler N, Volkmann AM, Walker T, Watson J, Williams AC, Willott C, Wilson J, Woolf K (2014): Culture and health. *Lancet* 384 (9954), 1607-39. [↗](#)
- Nauck F, Ostgathe C, Radbruch L (2014): Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. *Deutsches Ärzteblatt* 111 (3), A67-71. [↗](#)
- Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg) (2005): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Ness DE, Kiesling SF (2007): Language and connectedness in the medical and psychiatric interview. *Patient Education and Counseling* 68 (2), 139-44. [↗](#)
- Nesterko Y, Glaesmer H (2015): Verständigung mit Patienten mit Migrationshintergrund aus der Sicht der Hausärzte. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 91 (12), 505-11. [↗](#)
- Neudert C, Wasner M, Borasio GD (2001): Patients' assessment of quality of life instruments: a randomised study of SIP, SF-36 and SEIQoL-DW in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences* 191 (1-2), 103-9. [↗](#)
- Neumann E, Obliers R, Albus C (2012): Einstellungen von Medizinstudierenden zu psychischen Erkrankungen – Eine Frage des Studiums oder der Persönlichkeit? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 62 (2), 66-72. [↗](#)
- Neumann E, Obliers R, Schiessl C, Stosch C, Albus C (2011): Studentische Evaluations-Skala für Lehrveranstaltungen mit Simulationen der Arzt-Patient-Interaktion (SES-Sim). *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 28 (4), Doc56. [↗](#)
- Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H (2009): Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: A

Bibliographie

- theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling* 74 (3), 339-46. [↗](#)
- Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C (2011): Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine* 86 (8), 996-1009. [↗](#)
- Neumann M, Kreps G, Visser A (2011): Methodological pluralism in health communication research. *Patient Education and Counseling* 82 (3), 281-4. [↗](#)
- Neumann M, Scheffer C, Längler A, Tauschel D, Joos S, Lutz G, Edelhäuser F (2010): Bedeutung und Barrieren ärztlicher Empathie im Praxisalltag - Stand der Forschung und qualitative Kurzumfrage mit Ärzten. *Rehabilitation* 49: 326-37. [↗](#)
- Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhäuser F (2012): Ärztliche Empathie: Definition, Outcome-Relevanz und Messung in der Patientenversorgung und medizinischen Ausbildung. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 29 (1), Doc11. [↗](#)
- Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Mercer SW, Warm M, Wolf J, Pfaff H (2007): Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. *Patient Education and Counseling* 69 (1-3), 63-75. [↗](#)
- Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Warm M, Wolf J, Pfaff H (2008): Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Messinstruments „Consultation and Relational Empathy“ (CARE) am Beispiel von Krebspatienten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 58 (1), 5-15. [↗](#)
- Newen A, Savigny E v (1996): Einführung in die analytische Philosophie. Stuttgart: UTB.
- Niecke A, Albus C (2011): Psychotherapie in der Depressionsbehandlung. Evidenz und Stellenwert. *Ärztliche Psychotherapie* 6 (3), 174-8. [↗](#)
- Niederlag W, Lemke HU, Lehrach H, Peitgen HO (2014): Der virtuelle Patient. Berlin, etc.: de Gruyter.
- Nikendei C, Zipfel S, Roth C, Löwe B, Herzog B, Jünger J (2003): Kommunikations- und Interaktionstraining im psychosomatischen Praktikum: Einsatz von standardisierten Patienten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 53 (11), 440-5. [↗](#)
- Nink K, Schröder H (2006): Zu Risiken und Nebenwirkungen: Lesen Sie die Packungsbeilage? Studie zur Lesbarkeit und Verständlichkeit von Arzneimittel-Gebrauchsinformationen. Lecture at BfArM im Dialog, 15.

Bibliographie

- Nissim R, Freeman E, Lo C, Zimmermann C, Gagliese L, Rydall A, Hales S, Rodin G (2012): Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): a qualitative study of a brief individual psychotherapy for individuals with advanced cancer. *Palliative Medicine and Care* 26 (5), 713-21. [↗](#)
- NKLM (2015): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin. [↗](#)
- Nobis HG, Pielsticker A (2013): Ärztliche Edukation und Kommunikation in der primären Schmerzbehandlung: Klinische Relevanz und pädagogische Herausforderung. *Schmerz* 27 (3), 317-24. [↗](#)
- Noelle G, Jaskulla E, Sawicki PT (2006): Aspekte zur gesundheitsökonomischen Bewertung im Gesundheitssystem. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 49 (1), 28-33. [↗](#)
- Norman GR, Schmidt HG (1992): The psychological basis of problem-based learning: a review of the evidence. *Academic Medicine* 67 (9), 552-65. [↗](#)
- Norman GR, Tugwell P, Feightner JW (1982): A comparison of resident performance on real and simulated patients. *Journal of Medical Education* 57 (9), 708-15. [↗](#)
- Nöth W (2000): *Handbuch der Semiotik*. 2. Aufl. Stuttgart: Verlag JB Metzler.
- Nothdurft W (1982): Zur Undurchlässigkeit von Krankenhaus-Visiten. In: Köhler K, Raspe H-H (Hg.): *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. München, etc.: Urban und Schwarzenberg, 23-35.
- Nowak P (2007): Metastudien-Methodik – ein neues Methodenparadigma für die Diskursforschung. *Gesprächsforschung* 8, 89-116. [↗](#)
- Nowak P (2010): *Eine Systematik der Arzt-Patienten-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten (Arbeiten zur Sprachanalyse 51)*. Frankfurt/M, etc.: Peter Lang.
- Nowak P (2011): 20 Thesen zu Gesundheit, Partizipation und Empowerment im Gespräch zwischen Arzt und Patient. *Balint Journal* 12 (1), 8-14. [↗](#)
- Nowak P (2011): Synthesis of qualitative linguistic research – A pilot review integrating and generalizing findings on doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling* 82 (3), 429-41. [↗](#)
- Nowak P (2015): Leitlinien für das Arzt-Patient-Gespräch – sinnvolle Hilfestellung für den ärztlichen Alltag? In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Handbuch „Sprache und Medizin“*. Berlin, etc.: de Gruyter, 348-65.
- Nowak P, Spranz-Fogasy T (2008): Gespräche mit Patienten – Ein alltägliches und komplexes Arbeits- und Steuerungsinstrument für Ärzte. *Kliniker* 37 (1), 15-9. [↗](#)
- Núñez R (2008): Conceptual metaphor, human cognition, and the nature of mathematics. In: Gibbs RW Jr (ed.): *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought*. Cambridge: University Press, 339-62.

Bibliographie

- Núñez R (2010): A fresh look at the foundations of mathematics: Gesture and the psychological reality of conceptual metaphor. In: Cienki A, Müller C (eds.): Metaphor and Gesture. Amsterdam: Benjamins.
- Nutting PA, Crabtree BF, Miller WL, Stewart EE, Stange KC, Jaén CR (2010): Journey to the patient-centered medical home: A qualitative analysis of the experiences of practices in the National Demonstration Project. *Annals of Family Medicine* 8 (Suppl 1), S45-56; S92. [↗](#)
- O'Boyle CA, Brown J, Hickey A, McGee H, Joyce CRB (1995): Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): a Direct Weighting procedure for Quality of Life Domains (SEIQoL-DW). Royal College of Surgeons in Ireland: Department of Psychology.
- Obliers R, Bitter C, Kaerger H, Bischofs P, Köhle K (1998): Aggregierung subjektiver Theorien jenseits des Subjekt. In: Witte EH (Hg.): Sozialpsychologie der Kognition. Lengerich: Pabst Science Publishers, 149-82.
- Obliers R, Koerfer A, Köhle K (2002): Integrationspotentiale problemorientierten Lernens am Beispiel eines medizinpsychologisch-psychosomatischen Erstsemestertutoriums. In: Stößel U, Troschke v J (Hg.): Innovative Ansätze zur Lehre in den psychosozialen Fächern der ärztlichen Ausbildung. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 78-94.
- Obliers R, Koerfer A, Kretschmer B, Köhle K (2010): Das Arzt-Patient-Gespräch aus der Sicht der Patientin – „Alle sind weg“. *Balint-Journal* 11 (4), 120-4. [↗](#)
- Obliers R, Köhle K (2017): Palliativmedizin. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 975-90.
- Obliers R, Schwan R, Koerfer A, Köhle K (2000): Fördert problemorientiertes Lernen die Verbindung von biologischen und psychosozialen Krankheitskonzepten? *Medizinische Ausbildung* 17 (Suppl 2), 131.
- Obliers R, Vogel G (1992): Subjektive Autobiographie-Theorien als Indikatoren mentaler Selbstkonfiguration. In: Scheele B (Hg.): Struktur-Lege-Verfahren als Dialog-Konsens-Methodik. Münster: Aschendorff, 296-332.
- Obliers R, Waldschmidt D, Poll H, Albus, C, Köhle K (1993): „Schau mich gefälligst an dabei!“ - Arzt-Patient-Kommunikation: Doppelperspektivische Betrachtung und subjektive Meta-Invarianten. In: Löning P, Rehbein J (Hg.): Arzt-Patient-Gespräche: Kommunikationsanalysen zu einem interdisziplinären Problem. Berlin, etc.: de Gruyter, 265-310.

Bibliographie

- Obliers R. (2002): *Subjektive Welten. Identitätsentwürfe und Prognosen.* Frankfurt/M: VAS – Verlag für Akademische Schriften.
- Ochs E, Capps L (2001): *Living Narrative.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- O'Connor PJ (2006): Improving medication adherence: Challenges for physicians, payers, and policy makers. *Archives of Internal Medicine* 166 (17), 1802-4. [↗](#)
- OECD (2002): Definition and selection of key competencies (DESECO): Theoretical and conceptual Foundations. Strategy paper. [↗](#)
- OECD (2005): The definition and selection of key competencies. Executive Summary. [↗](#)
- Oerter R (1997): Beiläufiges Lernen – nur eine beiläufige Angelegenheit. In: Gruber H, Renkl A (Hg.): *Wege zum Können.* Bern, etc.: Huber, 138-53.
- Ofstad EH, Frich JC, Schei E, Frankel RM, Gulbrandsen P (2014): Temporal characteristics of decisions in hospital encounters: A threshold for shared decision making? A qualitative study. *Patient Education and Counseling* 97 (2), 216-22. [↗](#)
- Ofstad EH, Frich JC, Schei E, Frankel RM, Gulbrandsen P (2016): What is a medical decision? A taxonomy based on physician statements in hospital encounters: A qualitative study. *BMJ Open* 6 (2), e010098. [↗](#)
- Okon TR (2005): Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. *Journal of Palliative Medicine* 8 (2), 392-414. [↗](#)
- Okuda Y, Bryson EO, deMaria Jr S, Jacobson L, Quinones J, Shen B, Levine AI (2009): The utility of simulation in medical education: what is the evidence? *Mount Sinai Journal of Medicine* 76 (4), 330-43. [↗](#)
- olde Hartman TC, Borghuis MS, Laar FA v d, Speckens AE, Weel C v. (2009): Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* 66 (5), 363-77. [↗](#)
- Olesen F (2004): Striking the balance: From patient-centred to dialogue-centred medicine. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 22 (4), 193-4. [↗](#)
- O'Reilly M (2008): What value is there in children's talk? Investigating family therapists' interruptions of parents and children during the therapeutic process. *Journal of Pragmatics* 40 (4), 507-24. [↗](#)
- Orgel E, McCarter R, Jacobs S (2010): A failing medical educational model: A self-assessment by physicians at all levels of training of ability and comfort to deliver bad news. *Journal of Palliative Medicine* 13 (6), 677-83. [↗](#)

Bibliographie

- Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK (1994): Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 4. Aufl. New York: Wiley.
- Ortwein H, Fröhmel A, Burger W (2006): Einsatz von Simulationspatienten als Lehr-, Lern- und Prüfungsform. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 56 (1), 23-9. [↗](#)
- Osatuke K, Stiles WB, Barkham M, Hardy GE, Shapiro DA (2011): Relationship between mental states in depression: The assimilation model perspective. *Psychiatry Research* 190 (1), 52-9. [↗](#)
- Osterberg L, Blaschke T (2005): Adherence to medication. *New England Journal of Medicine* 353 (5), 487-97. [↗](#)
- Ott R (1996): Die Stationsvisite – quantitative und qualitative Analyse internistisch-geriatrischer Visitengespräche und Konsequenzen für den Klinikalltag. Münster: Lit Verlag.
- Overlach F (2008): Sprache des Schmerzes - Sprechen über Schmerzen. Eine grammatisch-semantische und gesprächsanalytische Untersuchung von Schmerzausdrücken im Deutschen. Berlin: de Gruyter.
- Ozawa S, Sripad P (2013): How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine* 91, 10-4. [↗](#)
- Paasche-Orlow M, Roter D (2003): The communication patterns of internal medicine and family practice physicians. *Journal of the American Board of Family Practice* 16 (6), 485-93. [↗](#)
- Pang WF, Kwan BC, Chow KM, Leung CB, Li PK, Szeto CC (2013): Predicting 12-month mortality for peritoneal dialysis patients using the "surprise" question. *Peritoneal Dialysis International* 33 (1), 60-6. [↗](#)
- Papageorgiou A (2016): Models of the doctor-patient consultation. In: Brown J, Noble LM, Papageorgiou A, Kidd J (eds.): *Clinical Communication in Medicine*. Oxford: Wiley Blackwell, 21-9.
- Papagno C (2001): Comprehension of metaphors and idioms in patients with Alzheimer's disease: A longitudinal study. *Brain* 124 (7), 1450-60. [↗](#)
- Papsdorf I, Hannich H, Tost F (2009): Information oder Verwirrung. Eine formal-quantitative Analyse augenärztlicher Visitengespräche. *Der Ophthalmologe* 106 (10), 905-12. [↗](#)
- Park J (2015): Proposal for a Modified Dreyfus and Miller Model with simplified competency level descriptions for performing self-rated surveys. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions* 12: 54. [↗](#)
- Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L (2001): Breaking bad news about cancer: Patients' preferences for communication. *Journal of Clinical Oncology* 19 (7), 2049-56. [↗](#)

Bibliographie

- Parkinson B, Totterdell P, Briner RB, Reynolds S (2000): Stimmungen, Struktur, Dynamik und Beeinflussungsmöglichkeiten eines psychologischen Phänomens. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Parmakerli B (2010): Eine "Migrantenpraxis" in Mannheim: Vom Einzelfall zur Regelversorgung. In: Dörte A, Pöllabauer S (Hg.): Spürst du, wie der Bauch rauf - runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich. München: Meidenbauer, 159-69.
- Parrott R, Kreuter MW (2011): Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary approaches to health communication. In: Thompson TL, Parrott R, Nussbaum JF (eds.): The Routledge Handbook of Health Communication. New York: Routledge, 3-17.
- Parrott T, Crook G (2011): Effective communication skills for doctors: a practical guide to clear communication within a hospital environment. London: BPP Learning Media.
- Parsons T (1951/1970): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: König R, Tönnemann M (Hg.): Probleme der Medizin-Soziologie. Köln/Opladen: Westdeutscher Verlag, 10-57.
- Parsons T (1951/1970): The Social System. London: Routledge & Kegan Paul.
- Parsons T (1964/1970): Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Mitscherlich A, Brocher T, Mering O v, Horn K (Hg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. 3. Aufl. Köln, etc.: Kiepenheuer & Witsch, 57-87.
- Parsons T (1970): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: König R, Tönnemann M (Hg.): Probleme der Medizin-Soziologie. Köln/Opladen: Westdeutscher Verlag, 10-57. [= Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 3. 4. Aufl.] (Orig. 1951).
- Paterniti DA, Fancher TL, Cipri CS, Timmermans S, Heritage J, Kravitz RL (2010): Getting to "no": Strategies primary care physicians use to deny patient requests. Archives of Internal Medicine 170 (4), 381-8. [↗](#)
- Pattison M, Romer AL (2001): Improving Care Through the End of Life: launching a primary care clinic-based program. Journal of Palliative Medicine 4 (2), 249-54. [↗](#)
- Paul I (1990): Rituelle Kommunikation. Tübingen: Narr.
- Pawelczyk J (2011): Talk as Therapy. Psychotherapy in a Linguistic Perspective. Berlin, etc.: de Gruyter.
- Pawlikowska T, Zhang W, Griffiths F, Dalen J v, Vleuten C v d (2012): Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations – how this relates to patient enablement. Patient Education and Counseling 86 (1), 70-6. [↗](#)

Bibliographie

- Pedersen R (2008): Empathy: A wolf in sheep's clothing? *Medical Health Care & Philosophy* 11 (3), 325-35. [↗](#)
- Pedersen R (2009): Empirical research on empathy in medicine – a critical review. *Patient Education and Counseling* 76 (3), 307-22. [↗](#)
- Pedersen R (2010): Empathy development in medical education – a critical review. *Medical Teacher* 32 (7), 593-600. [↗](#)
- Peintinger M (2011): Von der Wertanamnese zur Selbstbestimmung - Grundbedingungen für eine individuelle therapeutische Beziehung. In: Peintinger M (Hg.): *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*. Wien: Facultas, 75-87.
- Peintinger M (Hg.) (2011): *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*. Wien: Facultas.
- Pellegrino ED (1989): Der tugendhafte Arzt und die Ethik in der Medizin. In: Sass, HM (Hg.): *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Reclam, 40-68.
- Pellegrino ED, Thomasma DC (1981): *A Philosophical Basis of Medical Practice*. Oxford, etc.: Oxford University Press.
- Pellegrino ED, Thomasma DC (1988): *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*. Oxford, etc.: Oxford University Press.
- Pendleton D (1983): Doctor-patient communication. In: Pendleton D, Hasler J (eds.): *Doctor-Patient communication*. London: Academic Press, 5-53.
- Pendleton D, Hasler J (eds.) (1983): *Doctor-Patient communication*. London: Academic Press.
- Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U (2012): Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 55 (9), 1168-75. [↗](#)
- Penn C, Watermeyer J (2012): When asides become central: Small talk and big talk in interpreted health interactions. *Patient Education and Counseling* 88 (3), 391-8. [↗](#)
- Penque S, Halm M, Smith M, Deutsch J, Van Roekel M, McLaughlin L, Dzubay S, Doll N, Beahrs M (1998): Women and coronary disease: Relationship between descriptors of signs and symptoms and diagnostic and treatment course. *American Journal of Critical Care* 7 (3), 175-82. [↗](#)
- Peräkylä A (2008): Conversation analysis and psychoanalysis: Interpretation, affect, and intersubjectivity. In: Peräkylä A, Antaki C, Vehviläinen S, Leudar I (eds.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: University Press, 100-19.
- Peräkylä A (2012): Die Interaktionsgeschichte einer Deutung. In: Ayaß R, Meyer C (Hg.): *Sozialität in Slow Motion. Theoretische und empirische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer VS, 375-403.

Bibliographie

- Peräkylä A, Antaki C, Vehviläinen S, Leudar I (2008): Analysing psychotherapy in practice. In: Peräkylä A, Antaki C, Vehviläinen S, Leudar I (eds.): Conversation Analysis and Psychotherapy. Cambridge: University Press, 5-25.
- Peräkylä A, Antaki C, Vehviläinen S, Leudar I (eds.) (2008): Conversation analysis and psychotherapy. Cambridge: University Press.
- Peräkylä A, Sorjonen ML (eds.) (2012): Emotion in interaction. Oxford: University Press.
- Perron NJ, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M (2015): Teaching communication skills: Beyond wishful thinking. Swiss Medical Weekly 145: w14064. [🔗](#)
- Pestinger M, Stiel S, Elsner F, Widdershoven G, Voltz R, Nauck F, Radbruch L (2015): The desire to hasten death: Using Grounded Theory for a better understanding "When perception of time tends to be a slippery slope". Palliative Medicine 29 (8), 711-9. [🔗](#)
- Petermann-Meyer A (2012): Kann kommunikative Kompetenz trainiert werden? Ergebnisse aus dem KOMPASS Projekt. Psychologische Medizin Abstractband, 24-5. Deutscher Kongress für psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
- Peters S, Rogers A, Salmon P, Gask L, Dowrick C, Towey M, Clifford R, Morriss R (2009): What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. Journal of General Internal Medicine 24 (4), 443-9. [🔗](#)
- Peters T (2008): Macht im Kommunikationsgefälle: Der Arzt und sein Patient. Berlin: Frank & Timme.
- Peters T (2010): Der ärztliche Umgang mit kommunikativer Symmetrie. In: Witt C (Hg.): Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht. Essen: KVC-Verlag, 119-33.
- Peters T (2015): "Sie können sich quasi aussuchen, welches Sie nehmen": Die interaktionale Aushandlung der therapeutischen Entscheidungsfindung in der medizinischen Ausbildung. Empirische Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen (EKiG) Band 2. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. [🔗](#)
- Petersen C, Busche W, Bergelt C, Huse-Kleinstoll G (2005): Kommunikationstraining als Teil des Medizinstudiums: Ein Modellversuch. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 22 (1), Doc08. [🔗](#)
- Peterson EB, Calhoun AW, Rider EA (2014): The reliability of a modified Kalamazoo Consensus Statement Checklist for assessing the communication skills of multidisciplinary clinicians in the simulated environment. Patient Education and Counseling 96 (3), 411-8. [🔗](#)

Bibliographie

- Pfänder S, Gülich E (2013): Zur interaktiven Konstitution von Empathie im Gesprächsverlauf. Ein Beitrag aus der Sicht der linguistischen Gesprächsforschung. In: Breyer T (Hg.): Grenzen der Empathie. Philosophische, psychologische und anthropologische Perspektiven. München: Fink, 433-56.
- Pham AK, Bauer MT, Balan S (2014): Closing the patient-oncologist communication gap: A review of historic and current efforts. *Journal of Cancer Education* 29 (1), 106-13. [↗](#)
- Philip J, Kissane DW (2011): Responding to difficult emotions. In: Kissane DW, Bultz BD, Butow P, Finlay IG (eds.): *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*. Oxford: University Press, 135-45.
- Phillips NM, Street M, Haesler E (2016): A systematic review of reliable and valid tools for the measurement of patient participation in healthcare. *BMJ Quality & Safety* 25 (2), 110-7. [↗](#)
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, Cooney MT, Corrà U, Cosyns B, Deaton C, Graham I, Hall MS, Hobbs FD, Løchen ML, Löllgen H, Marques-Vidal P, Perk J, Prescott E, Redon J, Richter DJ, Sattar N, Smulders Y, Tiberi M, Worp HB v d, Dis I v, Verschuren WM (2016): 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal* 37, 2315-81. [↗](#)
- Pilnick A, Dingwall R (2011): On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review. *Social Science & Medicine* 72 (8), 1374-82. [↗](#)
- Plassmann R (2002): Die Praxis der Prozeßdeutung. Über die Arbeit mit Deutungen erster und zweiter Ordnung. In: Hirsch M (Hg.): *Der eigne Körper als Symbol?* Gießen: Psychosozial Verlag.
- Plassmann R, Uexküll v T (2013): Die Konstruktion von Wirklichkeit in der Arzt-Patienten-Beziehung – Modell und klinische Anwendung. In: Hontschik B, Bertram W, Geigges W (Hg.): *Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens*. Stuttgart: Schattauer, 189-202.
- Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, Fox L, Adler AJ, Weston WW, Smith RC, Stewart M (2001): "Tell me about yourself": The patient-centered interview. *Annals of Internal Medicine* 134 (11), 1079-85. [↗](#)
- Platt FW, Gordon GH (2004): *Field guide to the difficult patient interview*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Bibliographie

- Plügge H (1962): Wohlbefinden und Mißbefinden. Beiträge zu einer medizinischen Anthropologie. Tübingen.
- Pöchhacker F (2014): Remote Possibilities: Trialing Simultaneous Video Interpreting for Austrian Hospitals. In: Nicodemus B, Metzger M (eds.): Investigations in Healthcare Interpreting. Washington D.C.: Gallaudet University Press, 302-25.
- Pöchhacker F, Kadric M (1999): The hospital cleaner as healthcare interpreter. A case study. *The Interpreter* 5 (2), 161-78. [↗](#)
- Pöchhacker F, Shlesinger M (2005): Introduction. Discourse-based research on healthcare interpreting. *Interpreting: International Journal of Research and Practice in Interpreting*, 7 (2), 157-67. [↗](#)
- Pöchhacker F, Shlesinger M (ed.) (2007): Healthcare Interpreting: Discourse and Interaction. Amsterdam: Benjamins.
- Poock K, Hacke W (1998): Neurologie. 10. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Poel V de, Vanagt K, Schrimpf E, Gasiorek J (2013): Communication Skills for Foreign and Mobile Medical Professionals. Berlin: Springer.
- Politi M, Street RL (2011): Patient-centered communication during collaborative decision making. In: Thompson TL, Parrott R, Nussbaum JF (eds.): *The Routledge Handbook of Health Communication*. New York, etc.: Routledge, 399-413.
- Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, Gulbrandsen P, Ostbye T (2011): Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy. *Journal of the American Board of Family Medicine* 24 (6), 665-72. [↗](#)
- Pollak KI, Arnold RM, Jeffreys AS, Alexander SC, Olsen MK, Abernethy AP, Sugg Skinner C, Rodriguez KL, Tulsy JA (2007): Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology* 25 (36), 5748-52. [↗](#)
- Pollock K (2005): Concordance in medical consultations. A critical review. Oxford: Radcliffe.
- Polonsky WH, Fisher L, Hessler D, Bruhn D, Best JH (2011): Patient perspectives on once-weekly medications for diabetes. *Diabetes, Obesity & Metabolism* 13 (2), 144-9. [↗](#)
- Pomerantz A (1980): Telling my side: "Limited access" as a "fishing" device. *Sociological Inquiry* 50 (3-4), 186-98. [↗](#)
- Pomerantz A (2012): Fragen mit Antwortangebot, soziales Handeln und moralische Ordnung. In: Ayaß R, Meyer C (Hg.): *Sozialität in Slow Motion*. Theoretische und empirische Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS, 333-52.

Bibliographie

- Popper K (1972): Wissenschaftslehre in entwicklungstheoretischer und in logischer Sicht. In: Popper K (1994): Alles Leben ist Problemlösen. München: Piper, 15-45.
- Popper K (1994): Objektive Erkenntnis. Ein evolutionärer Entwurf. 2. Aufl. Hamburg: Hoffmann und Campe (Orig. 1972).
- Popper K, Eccles JC (1989): Das Ich und sein Gehirn. München: Piper (Orig. 1977).
- Potreck-Rose F, Koch U (1994): Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten. Stuttgart: Schattauer.
- Potter SJ, McKinlay JB (2005): From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor-patient relationship. *Social Science & Medicine* 61 (2), 465-79. [↗](#)
- Poulton T, Balasubramaniam C (2011): Virtual patients: A year of change. *Medical Teacher* 33 (11), 933-7. [↗](#)
- Prince G (1982): *Narratology. The Form and Functioning of Narrative*. Berlin: Mouton Publishers.
- Prince G (1988): *A Dictionary of Narratology*. Aldershot: Scholar Press.
- Prince G (1999): Revisiting Narrativity. In: Grünzweig W, Solbach A (Hg.): *Grenzüberschreitungen: Narratologie im Kontext*. Tübingen: Narr, 43-51.
- Pruskil S, Deis N, Druener S, Kiessling C, Philipp S, Rockenbach K (2015): Implementierung von "kommunikativen und sozialen Kompetenzen" im Medizinstudium. Zur Bedeutung von Curriculums-, Organisations- und Personalentwicklung. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 32 (5), Doc50. [↗](#)
- Pukrop R (2003): Subjektive Lebensqualität. *Der Nervenarzt* 74 (1), 48-54. [↗](#)
- Putnam S, Stiles W, Jacob M, James S (1988): Teaching the medical interview: An intervention study. *Internal Medicine* 3: 38-47. [↗](#)
- Quaschnig K, Körner M, Wirtz M (2013): Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Education and Counseling* 91 (2), 167-75. [↗](#)
- Quasthoff U (1980): *Erzählen in Gesprächen*. Tübingen: Narr.
- Quasthoff U (1990): Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip. Zum Verhältnis von "Alltag" und "Institution" am Beispiel des Rederechts in Arzt-Patient-Interaktionen. In: Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R (Hg.): *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 66-81.
- Quasthoff U (1999): Mündliches Erzählen und sozialer Kontext: Narrative Interaktionsmuster in Institutionen. In: Grünzweig W, Solbach A (Hg.): *Grenzüberschreitungen: Narratologie im Kontext*. Tübingen: Narr, 127-46.

Bibliographie

- Quasthoff U (2001): Erzählen als interaktive Gesprächsstruktur. In: Brinker K, Antos G, Heinemann W, Sager, SF (Hg.): Text- und Gesprächslinguistik – Linguistics of Text and Conversation. Berlin, etc.: de Gruyter, 1293-309.
- Quasthoff U, Ohlhus S (2017): Mündliches Erzählen. In: Martinez M (Hg.): Erzählen. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart: Metzler, 76-87.
- Quasthoff-Hartmann UM (1982): Frageaktivitäten von Patienten in Visitenge-sprächen: Konversationstechnische und diskursstrukturelle Bedingungen. In: Köhle K, Raspe H-H (Hg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München, etc.: Urban und Schwarzenberg, 70-101.
- Quill TE, Brody H (1996): Physician recommendations and patient autonomy: Finding a balance between physician and patient choice. *Annual Internal Medicine* 125 (9), 763-9. [↗](#)
- Quill TE, Holloway RG (2012): Evidence, preferences, recommendations – find-ing the right balance in patient care. *New England Journal of Medicine* 366 (18), 1653-5. [↗](#)
- Quilligan S (2015): Learning clinical communication on ward-rounds: An eth-nographic case study. *Medical Teacher* 37 (2), 168-73. [↗](#)
- Rad M v (1983): Alexithymie (Themenheft). Monographien aus dem Gesamtge-biet der Psychiatrie, 30.
- Radman Z (Hg.) (1995): From a Metaphorical Point of View. A Multidisciplinary Approach to the Cognitive Content of Metaphor. Berlin, etc.: de Gruyter.
- Radziej K, Loechner J, Engerer C, Niglio de Figueiredo M, Freund J, Sattel H, Bachmann C, Berberat PO, Dinkel A, Wuensch A (2017): How to assess communication skills? Development of the rating scale ComOn Check. *Medical Education Online* 22 (1), 1392823. [↗](#)
- Raffler-Engel W v (ed.) (1990): Doctor-Patient Interaction (Vol. 4). Amsterdam: John Benjamins Publishing.
- Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A (2015): How can doctors improve their communication skills? *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 9 (3), JE01-4. [↗](#)
- Raspe HH (1983): Aufklärung und Information im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie.
- Rasting M, Brosig B, Beutel ME (2005): Alexithymic characteristics and pa-tient-therapist interaction: a video analysis of facial affect display. *Psycho-pathology* 38 (3), 105-11. [↗](#)
- Ratanawongsa N, Roter D, Beach MC, Laird SL, Larson SM, Carson KA, Cooper LA (2008): Physician burnout and patient-physician communica-tion during primary care encounters. *Journal of General Internal Medicine* 23 (10), 1581-8. [↗](#)

Bibliographie

- Rauh E, Rief W (2006): Ratgeber Somatoforme Beschwerden und Krankheitsängste. Göttingen: Hogrefe.
- Razavi D, Delvaux N, Marchal S, De Cock M, Farvacques C, Slachmuylder JL (2000): Testing health care professionals' communication skills: The usefulness of highly emotional standardized role-playing sessions with simulators. *Psychooncology* 9 (4), 293-302. [↗](#)
- Razavi D, Merckaert I, Marchal S, Libert Y, Conrardt S, Boniver J, Etienne AM, Fontaine O, Janne P, Klastersky J, Reynaert C, Scalliet P, Slachmuylder JL, Delvaux N (2003): How to optimize physicians' communication skills in cancer care: Results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *Journal of Clinical Oncology* 21 (16), 3141-9. [↗](#)
- Redaelli M, Fuchs C, Lauterbach KW (2001): Evidenz-basierte Leitlinien. In: Lauterbach KW, Schrappe M (Hg.): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement, Evidence-based Medicine*. Stuttgart: Schattauer, 463-772.
- Redder A (1994): Eine alltägliche klinische Anamnese. In: Redder A, Wiese I. (Hg.): *Medizinische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 171-98.
- Redder A, Wiese I (Hg.) (1994): *Medizinische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Reeder J (2005): Die Narration als hermeneutische Beziehung zum Unbewußten. *Psyche* 59, 22-35.
- Rehbein J (1979): Sprechhandlungsaugmente. Zur Organisation der Hörersteuerung. In: Weydt H (Hg.): *Die Partikeln der deutschen Sprache*. Berlin, etc.: de Gruyter, 58-79.
- Rehbein J (1980): Sequentielles Erzählen. In: Ehlich K (Hg.): *Erzählen im Alltag*. Frankfurt/M: Suhrkamp, 64-108.
- Rehbein J (1984): Beschreiben, Berichten und Erzählen. In: Ehlich, K. (Hg.): *Erzählen in der Schule*. Tübingen: Narr, 67-124.
- Rehbein J (1986): Institutioneller Ablauf und interkulturelle Mißverständnisse in der Allgemeinpraxis. *Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation*. *Curare* 9, 297-328.
- Rehbein J (1993): Ärztliches Fragen. In: Löning P, Rehbein J (Hg.): *Arzt-Patienten-Kommunikation*. Berlin, etc.: de Gruyter, 311-64.
- Rehbein J (1994): Zum Klassifizieren ärztlichen Fragens. In: Redder A, Wiese I. (Hg.): *Medizinische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 147-70.
- Rehbein J, Mazeland H (1990): Kodierentscheidungen. Zur Kontrolle interpretativer Prozesse bei der Kommunikationsanalyse. In: Flader D (Hg.): *Verbale Interaktion*. Stuttgart: Metzler, 166-221.

Bibliographie

- Reimer J (2008): Diagnosediskurs und Transkriptionstheorie. Sprachzeichentheoretische Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation. Institut für Sprach- und Kommunikationswissenschaft an der RWTH Aachen. Masterarbeit.
- Reimer T (2011): Integrierte Psychosomatik in der Allgemeinmedizin – ein Beispiel. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 530-5.
- Reimer T (2015): Bindung und Sprachfähigkeit in der ärztlichen Praxis. *Balint-Journal* 16 (1), 1-7. [↗](#)
- Reimer T (2017): Integrierte Psychosomatik in der Allgemeinmedizin – ein Beispiel. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 510-6.
- Reisigl M (2010): Prolegomena zu einer Semiotik des Schmerzes. In: Menz F, Lalouschek J, Sator M, Wetschanow K (Hg.): Sprechen über Schmerzen. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen. Duisburg: UVR, 71-139.
- Reisigl M (2011): Schwierige Verständigung. Interkulturelle Gespräche auf der Kopfschmerzambulanz. In: Holzer P, Kienpointner M, Pröll J, Ratheiser U (Hg.): An den Grenzen der Sprache. Kommunikation von Un-Sagbarem im Kulturkontakt. Innsbruck: University Press, 101-27.
- Renz-Polster H, Menche N, Schäffler A (2012): Gesundheit für Kinder: Kinderkrankheiten verhüten, erkennen, behandeln: Moderne Medizin – Naturheilverfahren – Selbsthilfe. 5. Aufl. München: Kösel.
- Resch F (2017): Kinder- und Jugendmedizin. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 1099-111.
- Rethans JJE, Boven CPA (1987): Simulated patients in general practice: a different look at the consultation. *British Medical Journal* 294 (6575), 809-12. [↗](#)
- Rethans JJE, Sturmans F, Drop R, Vleuten C v d (1991): Assessment of the performance of general practitioners by the use of standardized (simulated) patients. *British Journal of General Practice* 41 (344), 97-9. [↗](#)
- Reuber M, Toerien M, Shaw R, Duncan R (2015): Delivering patient choice in clinical practice: a conversation analytic study of communication practices used in neurology clinics to involve patients in decision-making. Southampton (UK): NIHR Journals Library. [↗](#)
- Ribeiro AP, Bento T, Salgado J, Stiles WB, Gonçalves MM (2011): A dynamic look at narrative change in psychotherapy: a case study tracking innova-

Bibliographie

- tive moments and protonarratives using state space grids. *Psychotherapy Research* 21 (1), 54-69. [↗](#)
- Ribeiro AP, Mendes I, Stiles WB, Angus L, Sousa I, Gonçalves MM (2014): Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: The maintenance of problematically dominant self-narratives. *Psychotherapy Research* 24 (6), 702-10. [↗](#)
- Ribeiro AP, Ribeiro E, Loura J, Gonçalves MM, Stiles WB, Horvath AO, Sousa I (2014): Therapeutic collaboration and resistance: Describing the nature and quality of the therapeutic relationship within ambivalence events using the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research* 24 (3), 346-59. [↗](#)
- Richard C, Lussier MT (2006): MEDICODE: An instrument to describe and evaluate exchanges on medications that occur during medical encounters. *Patient Education and Counseling* 64 (1-3), 197-206. [↗](#)
- Richard C, Lussier MT (2006): Nature and frequency of exchanges on medications during primary care encounters. *Patient Education and Counseling* 64 (1-3), 207-16. [↗](#)
- Richard C, Lussier MT (2007): Measuring patient and physician participation in exchanges on medications: Dialogue ratio, preponderance of initiative, and dialogical roles. *Patient Education and Counseling* 65 (3), 329-41. [↗](#)
- Richard C, Lussier MT (2014): The art of medical information exchange. In: Martin LR, DiMatteo MR (eds.): *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence*. Oxford: University Press, 54-83.
- Richter H (1991): Regelmißbrauch und Regelexplikation in einem Platonischen Dialog. In: Flader D (Hg.): *Verbale Interaktion*. Stuttgart: Metzler, 92-123.
- Ricoeur P (1981): Narrative Time. In: Mitchell WJT (ed.): *On Narrative*. Chicago, etc.: University of Chicago Press, 165-86.
- Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C (2009): The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *British Journal of General Practice* 59 (561), e116-33. [↗](#)
- Rider EA, Keefer CH (2006): Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Medical Education* 40 (7), 624-9. [↗](#)
- Rider EA, Kurtz S, Slade D, Longmaid HE 3rd, Ho MJ, Pun JK, Eggins S, Branch WT Jr (2014): The International Charter for Human Values in Healthcare: an interprofessional global collaboration to enhance values and communication in healthcare. *Patient Education and Counseling* 96 (3), 273-80. [↗](#)
- Rief W, Broadbent E (2007): Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review* 27 (7), 821-841. [↗](#)

Bibliographie

- Ringsted C, Hansen TL, Davis D, Scherpbier A (2006): Are some of the challenging aspects of the CanMEDS roles valid outside Canada? *Medical Education* 40 (8), 807-15. [↗](#)
- Ripke, Thomas (1994): *Patient und Arzt im Dialog: Praxis der ärztlichen Gesprächsführung*. Stuttgart, etc.: Thieme.
- Ritschl D (1991): Das "Storykonzept" in der medizinischen Ethik. In: Sass H-M (Hg.): *Güterabwägung in der Medizin*. Berlin, etc.: Springer, 156-67.
- Ritschl D (2004): *Zur Theorie und Ethik der Medizin. Philosophische und theologische Anmerkungen*. Neukirchen-Vlun: Neukirchener Verlag.
- Ritsert J (1972): *Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung*. Frankfurt/M: Athenäum.
- Ritter, TB (2011). *Entwicklung eines Instruments zur Messung des Echtheitsempfindens in Simulationen und Untersuchung der Rolle der Umgebung im simulierten Anamnesegespräch*. Dissertation: Universität zu Köln. [↗](#)
- Rixen S, Höfling W, Kuhlmann W, Westhofen M (2003): Zum rechtlichen Schutz der Patientenautonomie in der ressourcenintensiven Hochleistungsmedizin: Vorschläge zur Neustrukturierung des Aufklärungsgesprächs. *Medizinrecht* 21 (4), 191-4. [↗](#)
- Robert Koch-Institut (2013): *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse aus der ersten Erhebungswelle (DEGS1), Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 5/6. Online veröffentlicht am 27. Mai 2013. [↗](#)
- Roberts C (2006): Continuities and discontinuities in doctor-patient consultations in a multilingual society. In: Gotti M, Salager-Meyer F (eds.): *Advances in Medical Discourse Analysis: Oral and Written Contexts*. Bern: Peter Lang, 177-95.
- Roberts C, Moss B, Wass V, Sarangi S, Jones R (2005): Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications. *Medical Education* 39 (5), 465-75. [↗](#)
- Roberts C, Sarangi S (2005): Theme-oriented discourse analysis of medical encounters. *Medical Education* 39 (6), 632-40. [↗](#)
- Roberts C, Wass V, Jones R, Sarangi S, Gillett A (2003): A discourse analysis study of 'good' and 'poor' communication in an OSCE: a proposed new framework for teaching students. *Medical Education* 37 (3), 192-201. [↗](#)
- Roberts FD (2000): The Interactional construction of asymmetry: The medical agenda as a resource for delaying response to patient questions. In: *The Sociological Quarterly* 41 (1), 151-70. (Reprinted in: Beach WA (ed.) (2013): *Handbook of Patient-Provider Interactions: Raising and Responding to Concerns about Life, Illness, and Disease*. New York: Hampton Press, 185-99.

Bibliographie

- Robins L, Witteborn S, Miner L, Mauksch L, Edwards K, Brock D (2011): Identifying transparency in physician communication. *Patient Education and Counseling* 83 (1), 73-9. [↗](#)
- Robinson JD (2003/2013): An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. In: Beach WA (ed.) (2013): *Handbook of Patient-Provider Interactions: Raising and Responding to Concerns about Life, Illness, and Disease*. New York: Hampton Press, 453-72.
- Robinson JD (2006): Soliciting patient's presenting concerns. In: Heritage J, Maynard DW (eds.): *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: University Press, 22-47.
- Robinson JD (2011): Conversation analysis and health communication. In: Thompson TL, Parrott R, Nussbaum JF (eds.): *The Routledge Handbook of Health Communication*. New York: Routledge, 501-18.
- Robinson JD, Heritage J (2005): The structure of patients' presenting concerns: The completion relevance of current symptoms. *Social Science & Medicine* 61 (2), 481-93. [↗](#)
- Robinson JD, Heritage J (2006): Physicians' opening questions and patients' satisfaction. *Patient Education and Counseling* 60 (3), 279-85. [↗](#)
- Robinson JD, Heritage J (2014): Intervening with conversation analysis: The case of medicine. *Research on Language and Social Interaction* 47 (3), 201-18. [↗](#)
- Roch K, Trubrich A, Haidinger G, Mitterauer L, Frischenschlager O (2010): Unterricht in ärztlicher Gesprächsführung – eine vergleichende Erhebung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 27 (3), 1-5. [↗](#)
- Rochaix L (1998): The physician as perfect agent. A comment. *Social Science & Medicine* 47 (3), 355-6. [↗](#)
- Roelcke T (1991). Das Eineindeutigkeitspostulat der lexikalischen Fachsprachensemantik. *Zeitschrift für Germanistische Linguistik* 19 (1), 194-208. [↗](#)
- Rogers CR (1942/1985): *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt/M: Fischer (engl. Orig. 1942).
- Rogers CR (1962/1985): *Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie*. In: Carl Rogers: *Therapeut und Klient*. Frankfurt/M: Fischer, 211-31 (engl. Orig. 1962).
- Rogers CR (1983): *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M: Fischer.
- Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B (2010): Motivational interviewing. *British Medical Journal* 340, c1900. [↗](#)

Bibliographie

- Rollnick S, Kinnersley P, Butler C (2002): Context-bound communication skills training: Development of a new method. *Medical Education* 36 (4), 377-83. [↗](#)
- Römer I (2017): Narrative Identität. In: Martinez M (Hg.): *Erzählen. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart: Metzler, 263-9.
- Ronel J, Kruse J, Gündel H (2007): Somatoforme Störungen. Erfahrungen und neue Behandlungsmöglichkeiten. *Psychosomatik & Konsiliarpsychiatrie* 1 (2), 130-8. [↗](#)
- Rosenbaum ME, Silverman JD (2014): Training for effective communication in healthcare settings. In: Martin LR, DiMatteo MR (eds.): *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence*. Oxford: University Press, 109-35.
- Rosin U (1989): *Balint-Gruppen: Konzept – Forschung – Ergebnisse*. Berlin, etc.: Springer.
- Rosin U (1989): *Die Balint-Gruppe in Theorie und Praxis*. Berlin, etc.: Springer.
- Rossberg-Gempton I, Poole GD (1993): The effect of open and closed postures on pleasant and unpleasant emotions. *The Arts in Psychotherapy* 20 (1), 75-82. [↗](#)
- Rossi Ferrario S, Cremona G (2013): Communication in a medical setting: can standards be improved? *Multidisciplinary Respiratory Medicine* 8 (1), 1. [↗](#)
- Rossi MJ, Guttman D, MacLennan MJ, Lubowitz JH (2005): Video Informed Consent Improves Knee Arthroscopy Patient Comprehension. *Arthroscopy* 21 (6), 739-43. [↗](#)
- Roter DL (1977): Patient participation in patient-provider interaction: The effects of patient question-asking on the quality of interaction, satisfaction, and compliance. *Health Education Monographs* 5, 281-315.
- Roter DL (2000): The medical visit context of treatment decision-making and the therapeutic relationship. *Health Expectations* 3 (1), 17-25. [↗](#)
- Roter DL (2003): Observations on methodological and measurement challenges in the assessment of communication during medical exchanges. *Patient Education and Counseling* 50 (1), 17-21. [↗](#)
- Roter DL (2011): The Roter interaction analysis system (RIAS): Applicability within the context of cancer and palliative care. In: Kissane DW, Bultz BD, Butow P, Finlay IG (eds.): *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*. Oxford: University Press, 717-26.
- Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D (2006): The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *Journal of General Internal Medicine* 21 (Suppl 1), S28-34. [↗](#)

Bibliographie

- Roter DL, Hall JA (2006): Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits. Westport: Greenwood Publishing Group.
- Roter DL, Hall JA (2009): Communication and adherence: moving from prediction to understanding. *Medical Care* 47 (8), 823-5. [↗](#)
- Roter DL, Hall JA, Blanch-Hartigan D, Larson S, Frankel RM (2011): Slicing it thin: new methods for brief sampling analysis using RIAS-coded medical dialogue. *Patient Education and Counseling* 82 (3), 410-9. [↗](#)
- Roter DL, Larson S (2002): The Roter Interaction Analysis System (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling* 46 (4), 243-51. [↗](#)
- Roter DL, Larson SM, Beach MC, Cooper LA (2008): Interactive and evaluative correlates of dialogue sequence: a simulation study applying the RIAS to turn taking structures. *Patient Education and Counseling* 71 (1), 26-33. [↗](#)
- Roth G (2001): Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Rothberg MB, Sivalingam SK, Kleppel R, Schweiger M, Hu B, Sepucha KR (2015): Informed decision making for percutaneous coronary intervention for stable coronary disease. *JAMA Internal Medicine* 175 (7), 1199-206. [↗](#)
- Rothberg MB, Steele JR, Wheeler J, Arora A, Priya A, Lindenauer PK (2012): The relationship between time spent communicating and communication outcomes on a hospital medicine service. *Journal of General Internal Medicine* 27 (2), 185-9. [↗](#)
- Ruben BD (2016): Communication theory and health communication practice: The more things change, the more they stay the same. *Health Communication* 31 (1), 1-11. [↗](#)
- Rubin NJ, Philp EB (1998): Health care perceptions of the standardized patient. *Journal of Medical Education* 32 (5), 538-42. [↗](#)
- Rubinelli S (2013): Rational versus unreasonable persuasion in doctor-patient communication: A normative account. *Patient Education and Counseling* 92 (3), 296-301. [↗](#)
- Rubinelli S, Schulz PJ, Nakamoto K (2009): Health literacy beyond knowledge and behaviour: letting the patient be a patient. *International Journal of Public Health* 54 (5), 307-11. [↗](#)
- Rudolf G (2003): Störungsmodelle und Interventionsstrategien in der psychodynamischen Depressionsbehandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 48 (4), 163-73. [↗](#)
- Rudolf G (2008): Psychosomatik – konzeptuelle und psychotherapeutische Aspekte. *Psychotherapie Forum* 16 (1), 8-14. [↗](#)

Bibliographie

- Rudolf G, Henningsen P (2013) Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. 7. überarbeitete Aufl. Stuttgart, New York: Thieme.
- Rudolf G, Henningsen P (2003): Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie 49, 3-19. [↗](#)
- Russo SG, Nickel EA (2013): Wie im wahren Leben: Simulation und Realitätsnähe. In: St. Pierre M, Breuer G (Hg.): Simulation in der Medizin: Grundlegende Konzepte – Klinische Anwendungen. Berlin, etc.: Springer, 121-34.
- Ryan EB, Hummert ML, Boich LH (1995): Communication predicament of aging. Journal of Language and Social Psychology 14 (1-2), 144-66. [↗](#)
- Ryan EB, Kwong See ST (2003): Sprache, Kommunikation, Altern. In: Fiehler R, Thimm C (Hg.): Sprache und Kommunikation im Alter. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 57-71. [↗](#)
- Rychen DS (2008): OECD Referenzrahmen für Schlüsselkompetenzen – ein Überblick. In: Bormann I, Haan G de (Hg.): Kompetenzen der Bildung für nachhaltige Entwicklung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 15-22. [↗](#)
- Rychen DS, Salganik LH (2000): Definition and selection of key competencies. In: The INES Compendium (Fourth General Assembly of the OECD Education Indicators programme). Paris: OECD, 61-73. [↗](#)
- Rychen DS, Salganik LH (eds.) (2001): Defining and selecting key competencies. Seattle, Toronto, Bern: Hogrefe & Huber publishers.
- Rychen DS, Salganik LH (eds.) (2003): Definition and selection of key competencies. Neuchatel: Swiss Federal Statistical Office.
- Rychen DS, Salganik LH (eds.) (2003): Key competencies for a successful life and well-functioning society. Göttingen: Hogrefe Publishing.
- Ryle G (1949/1969): Der Begriff des Geistes. Stuttgart: Reclam (engl. Orig. 1949).
- Sabbioni MEE (2011): Migration und Krankheit. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 275-88.
- Sachse R (2002): Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Sachverständigenrat (2009): Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag. 16. Wahlperiode. Drucksache 16/13770.
- Sachweh S (2002): „Noch ein Löffelchen?“ Effektive Kommunikation in der Altenpflege. Bern: Huber.

Bibliographie

- Sachweh S (2008): Spurenlesen im Sprachdschungel - Kommunikation und Verständigung mit demenzkranken Menschen. Bern: Huber.
- Sackheim HA, Packer IK, Gur RC (1978): Hemisphericity, cognitive set, and susceptibility to subliminal perception. *Journal of Abnormal Psychology* 86 (6), 624-30. [↗](#)
- Sacks H, Schegloff EA, Jefferson G (1974): A simplest systematics for the Organisation of Turn Taking for Conversation. *Language* 50 (4), 696-735. [↗](#)
- Sager SF, Bührig K (2005): Nonverbale Kommunikation im Gespräch-Editorial. In: Bührig K, Sager SF (Hg.): *Nonverbale Kommunikation im Gespräch*. Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 70, 5-18.
- Saketopoulou A (1999): The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: Theoretical conceptualizations and research findings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 36 (4), 329-42. [↗](#)
- Salmon P (2000): Patients who present physical symptoms in the absence of physical pathology: A challenge to existing models of doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling* 39 (1), 105-13. [↗](#)
- Salmon P (2007): Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: The need for a curriculum of medical explanation. *Patient Education and Counseling* 67 (3), 246-54. [↗](#)
- Salmon P (2013): Assessing the quality of qualitative research. *Patient Education and Counseling* 90 (1), 1-3. [↗](#)
- Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM (2004): Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychological cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *British Journal of General Practice* 54 (500), 171-6. [↗](#)
- Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF (2007): Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. *Journal of Psychosomatic Medicine* 69 (6), 571-7. [↗](#)
- Salmon P, Langewitz W, Deveugele M, Dulmen S v (2011): Ten years of EACH (European Association for Communication in Healthcare) and priorities for the next ten years. *Patient Education and Counseling* 85 (1), 1-3. [↗](#)
- Salmon P, Marchant-Haycox S (2000): Surgery in the absence of pathology – the relationship of patients' presentation to gynecologists' decisions for hysterectomy. *Journal of Psychosomatic Research* 49 (2), 119-24. [↗](#)
- Salmon P, Mendick N, Young B (2011): Integrative qualitative communication analysis of consultation and patient and practitioner perspectives: towards a theory of authentic caring in clinical relationships. *Patient Education and Counseling* 82 (3), 448-54. [↗](#)

Bibliographie

- Salmon P, Peters S, Clifford R, Iredale W, Gask L, Rogers A, Dowrick C, Hughes J, Morriss R (2007): Why do general practitioners decline training to improve management of medically unexplained symptoms? *Journal of General Internal Medicine* 22 (5), 565-71. [↗](#)
- Salmon P, Peters S, Stanley I (1999): Patients' perceptions of medical explanations for somatization disorders: Qualitative analysis. *British Medical Journal* 318 (7180), 372-6. [↗](#)
- Salmon P, Ring, A, Dowrick CF, Humphris GM (2005): What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *Journal of Psychosomatic Research* 59, 255-60. [↗](#)
- Salmon P, Young B (2005): Core assumptions and research opportunities in clinical communication. *Patient Education and Counseling* 58 (3), 225-34. [↗](#)
- Salmon P, Young B (2011): Creativity in clinical communication: from communication skills to skilled communication. *Medical Education* 45 (3), 217-26. [↗](#)
- Salmon P, Young B (2011): Is clinical communication pedagogy really as good as it's going to get? *Medical Education* 45 (9), 961-2. [↗](#)
- Salmon P, Young B (2013): The validity of education and guidance for clinical communication in cancer care: Evidence-based practice will depend on practice-based evidence. *Patient Education and Counseling* 90 (2), 193-9. [↗](#)
- Sanders AR, Bensing JM, Essed MA, Magnée T, Wit d NJ, Verhaak PF (2017): Does training general practitioners result in more shared decision making during consultations? *Patient Education and Counseling* 100 (3), 563-74. [↗](#)
- Sandholzer H, Cierpka M, Deter HC, Härter M, Geyer M, Höger C, Schüffel W, Richter R, Wirsching M (1998): Abschlussbericht der Projektkoordination des Projektes „Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung“. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- Sandholzer H, Cierpka M, Fritzsche K, Brucks U, Deter HC, Geyer M, Härter M, Höger C, Richter A, Janssen M (1999): Bado PSGV. Entwicklung und Erprobung einer Basisdokumentation für psychische, psychosoziale und psychosomatische Kontaktanlässe in der Primärversorgung. *Psychotherapeut* 44, 46-50.
- Sandler J, Dare C, Holder A (1979): *The Patient and the Analyst: The Basis of the Psychoanalytic Process*. New York: International Universities Press.

Bibliographie

- Sandman L (2009): The concept of negotiation in shared decision making. *Health Care Analysis* 17 (3), 236-43. [↗](#)
- Sandman L, Granger BB, Ekman I, Munthe C (2012): Adherence, shared decision-making and patient autonomy. *Medicine, Health Care, and Philosophy* 15 (2), 115-27. [↗](#)
- Sandman L, Munthe C (2009): Shared decision-making and patient autonomy. *Theoretical Medicine and Bioethics* 30 (4), 289-310. [↗](#)
- Sandman L, Munthe C (2010): Shared decision making, paternalism and patient choice. *Health Care Analysis* 18 (1), 60-84. [↗](#)
- Sanson-Fisher RW, Poole AD (1980): Simulated patients and the assessment of medical students' interpersonal skills. *Journal of Medical Education* 14 (4), 249-53. [↗](#)
- Saß H, Wittchen HU, Zaidig M, Houben I (2003): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision; DSM-IV-TR. Übersetzt nach der Textrevision der 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Sass HM (Hg.) (1989): *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Reclam.
- Sass HM (Hg.) (1991): *Güterabwägung in der Medizin*. Berlin, etc.: Springer.
- Sassenberg U, Foth M, Wartenburger I, Meer E v d (2011): Show your hands - are you really clever? Reasoning, Gesture Production, and Intelligence. *Linguistics* 49 (1), 105-34. [↗](#)
- Sator M (2010): Schmerzdifferenzierung. In: Menz F, Lalouschek J, Sator M, Wetschanow K (Hg.): *Sprechen über Schmerzen*. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen. Duisburg: UVR, 141-224.
- Sator M (2011): Schmerzdifferenzierung. Eine gesprächsanalytische Untersuchung ärztlicher Erstgespräche an der Kopfschmerzambulanz. Göttingen: v&v Vienna University Press. [↗](#)
- Sator M (2013): Familiendolmetschung vs. professionelle Dolmetschung - eine Fallstudie. In: Menz F (Hg.): *Migration und Medizinische Kommunikation*. Wien: v&v Vienna University Press, 33-146.
- Sator M, Gstettner A, Hladschik-Kermer B (2008): "Seitdem mir der Arzt gesagt hat 'Tumor' - Das war's.": Arzt-Patient-Kommunikation an der onkologischen Ambulanz. Eine sprachwissenschaftliche Pilotstudie zu Problemen der Verständigung. *Wiener Klinische Wochenschrift* 120 (5-6), 158-70. [↗](#)
- Sator M, Gülich E (2013): Patientenbeteiligung in Gesprächen mit Dolmetscherbeteiligung. In: Menz F (Hg.): *Migration und Medizinische Kommunikation*. Wien: v&v Vienna University Press.
- Sator M, Jünger J (2015): Von der Insellösung zum Longitudinalen Kommunikationscurriculum – Entwicklung und Implementierung am Beispiel der Medizinischen Fakultät Heidelberg. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 65 (5), 191-8. [↗](#)

Bibliographie

- Sator M, Jünger J (2015): Arzt-Patient-Kommunikation in der medizinischen Ausbildung. In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.): Handbuch „Sprache und Medizin“. Berlin, etc.: de Gruyter, 333-47.
- Sator M, Spranz-Fogasy T (2011): Medizinische Kommunikation. In: Knapp K, Antos G, Becker-Mrotzek M, Deppermann A, Göpferich S, Grabowski J, Klemm M, Villiger C (Hg.): Angewandte Linguistik. Ein Lehrbuch. 3. vollst. überarb. und erw. Aufl. Tübingen/Basel: Francke, 376-93.
- Sauer M (1999): Neurotraumatologie. In: Hontschik B, Uexküll T v (Hg.): Psychosomatik in der Chirurgie. Stuttgart: Schattauer, 191-203.
- Sauter DA, Eisner F, Ekman P, Scott SK (2010): Cross-cultural recognition of basic emotions through nonverbal emotional vocalizations. *Proceedings of the National Academy of Science* 107 (6), 2408-12. [↗](#)
- Savigny E v (1974): Die Philosophie der normalen Sprache. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Sawicki PT (2005): Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein randomisierter simulierter Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht. *Medizinische Klinik* 100 (11), 755-68. [↗](#)
- Sawicki PT (2006): Patientenrelevante Endpunkte – Stand der Diskussion im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 131 (19 Suppl 1), S16-20. [↗](#)
- Sawicki PT, Bastian H (2008): German health care: a bit of Bismarck plus more science. *British Medical Journal* 337, a1997. [↗](#)
- Saxena S, Majeed A, Jones M (1999): Socioeconomic differences in childhood consultation rates in general practice in England and Wales: Prospective cohort study. *British Medical Journal* 318 (7184): 642-6. [↗](#)
- Scambler G (ed.) (2001): Habermas, Critical Theory and Health. London, etc.: Routledge.
- Scambler G, Britten N (2001): System, lifeworld and doctor-patient interaction. In: Scambler G (ed.): Habermas, Critical Theory and Health. London: Routledge: 45-67.
- Scambler, G (1987): Habermas and the power of medical expertise. In: Scambler G (ed.): *Sociological Theory and Medical Sociology*. London: Tavistock, 165-93.
- Scarvaglieri C (2013): „Nicht anderes als ein Austausch von Worten“. Sprachliches Handeln in der Psychotherapie. Berlin, etc.: de Gruyter.
- Scarvaglieri C (2015): Reverbalisierung als Brücke zum kollektiven Handlungswissen: Eine gesprächsanalytische Untersuchung therapeutischer Interventionen. *Journal für Psychologie* 23 (2), 53-80. [↗](#)

Bibliographie

- Schäfer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P (2012): Non-Specific, Functional, and Somatoform Bodily Complaints. *Deutsches Ärzteblatt International* 109 (47), 803-13. [↗](#)
- Schaeffler D, Berens EM, Vogt D (2017): Health literacy in the German population – results of a representative sample. *Deutsches Ärzteblatt International* 114 (4), 53-60. [↗](#)
- Schafer R (1982): *Eine neue Sprache für die Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schafer R (1992/1995): *Erzähltes Leben. Narration und Dialog in der Psychoanalyse*. München: Pfeiffer.
- Schäfer R, Bölder R, Faber R, Kaufmann C (2008): Tangential, nicht frontal. Annäherung an eine schwierige Patientengruppe. *Psychotherapie im Dialog* 9 (3), 252-25. [↗](#)
- Schäfer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P (2012): Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. *Deutsches Ärzteblatt International* 109 (47), 803-13. [↗](#)
- Schaie KW, Baltes PB (1996): *Intellectual Development in Adulthood. The Seattle Longitudinal Study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schanberg SM, Field TM (1987): Sensory deprivation stress and supplemental stimulation in the rat pup and preterm human neonate. *Child Development* 58 (6), 1431-47. [↗](#)
- Schattner A (2012): Who cares for empathy? *QJM* 105 (3), 287-90. [↗](#)
- Schauenburg H, Hofmann B (2007): *Psychotherapie der Depression. Lindauer Psychotherapie-Module. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis, störungsspezifisch und schulenübergreifend*. 2. Aufl. Stuttgart, etc.: Thieme.
- Schauenburg H, Reimer C, Rüter U, Hautzinger M, Beutel M, Bronisch T, Wolfersdorf M, Leichsenring F, Sammet I (1999): Zur Psychotherapie der Depression. *Psychotherapeut* 44, 127-36. [↗](#)
- Schebesta K, Hüpfel M, Rössler B, Ringl H, Müller M, Kirnberger O (2012): Degrees of reality: Airway anatomy of high-fidelity human patient simulators and airway trainers. *Anesthesiology* 116 (6), 1204-9. [↗](#)
- Schecker M (2010): Pragmatische Sprachstörungen bei Alzheimer-Demenz. *Sprache Stimme Gehör* 34 (2), 63-72. [↗](#)
- Schefflen (1964/1984): Die Bedeutung der Körperhaltung in Kommunikationssystemen. In: Scherer KR, Wallbott, HG (Hg.): *Nonverbale Kommunikation: Forschungsberichte zum Interaktionsverhalten*. 2. Aufl. Weinheim: Beltz, 151-75 (engl. Orig. 1964).
- Schefflen AE (1974): *How Behavior Means*. New York: Anchor Press/Doubleday.

Bibliographie

- Schefflen AE (1976): Die Bedeutung der Körperhaltung in Kommunikationssystemen. In: Auwärter M, Kirsch E, Schröter K (Hg.): Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität. Frankfurt/M: Suhrkamp, 221-53.
- Schegloff EA (1968/72): Sequencing in conversational openings. In: Laver J, Hutcheson S (eds.) (1972): Communication in Face to Face Interaction. Harmondsworth: Penguin, 374-405.
- Schegloff EA, Sacks H (1973): Opening up closings. *Semiotica* 8 (4), 289-327. [☞](#)
- Scheibler F (2004): Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern: Huber.
- Scheibler F, Pfaff H (2003): Shared decision-making. Ein neues Konzept der Professionellen-Patienten-Interaktion. In: Scheibler F, Pfaff H (Hg.): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim, etc.: Juventa, 11-22.
- Scheibler F, Pfaff H (Hg.) (2003): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim, etc.: Juventa.
- Scheidt CE, Lucius-Hoene G, Stukenbrock A, Waller E (Hg.) (2015): Narrative Bewältigung von Trauma und Verlust. Stuttgart, etc.: Schattauer.
- Scheler M (1926/2009): Wesen und Formen der Sympathie. Studienausgabe. Bonn: Bouvier.
- Schell JO, Arnold RM (2012): NephroTalk: communication tools to enhance patient-centered care. *Seminars in Dialysis* 25 (6), 611-6. [☞](#)
- Scherer KR, Wallbott HG (Hg.) (1979/1984): Nonverbale Kommunikation: Forschungsberichte zum Interaktionsverhalten. 2. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Schiessl C, Hallal H, Johannsen W, Kliche O, Neumann E, Thrien C, Stosch C (2010): Gut vorbereitet ins Praktische Jahr mit dem Kölner PJ-STArT-Block. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Bochum, 23.-25.09.2010. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House. Doc10gma66. [☞](#)
- Schildmann J, Kupfer S, Burchardi N, Vollmann J (2012): Teaching and evaluating breaking bad news: A pre-post evaluation study of a teaching intervention for medical students and a comparative analysis of different measurement instruments and raters. *Patient Education and Counseling* 86 (2), 210-9. [☞](#)
- Schildmann J, Schwarz C, Schildmann E, Klambeck A, Ortwein H, Vollmann J (2011): Wahrheit am Krankenbett. Evaluation einer ärztlichen Pflichtfortbildung zur professionellen Aufklärung schwer kranker Patienten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 136 (15), 757-61. [☞](#)
- Schirmer C, Stahl K, Günther W (2009): Patientenbefragung zum kommunikativen Verhalten von Ärzten in Qualitätskontrolle und -entwicklung. In:

Bibliographie

- Langer Th, Schnell M (Hg.) Das Arzt-Patient-/Patient-Arzt-Gespräch. München: Marseille, 201-12.
- Schlegel C (2011). Feedback von Simulationspatientinnen und -patienten. Bern: Hep Verlag.
- Schmacke N (2006): Evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie: die Frage nach den angemessenen Erkenntnismethoden. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 56 (5), 202-9. [↗](#)
- Schmacke N, Richter P, Stamer M (Hg.) (2016): Der schwierige Weg zur Partizipation. Kommunikation in der ärztlichen Praxis. Bern: Hogrefe.
- Schmid Mast M (2007): On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. Patient Education and Counseling 67 (3), 315-8. [↗](#)
- Schmid Mast M, Cousin G (2014): The role of nonverbal communication in medical interactions. In: Martin LR, DiMatteo MR (eds.): The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence. Oxford: University Press, 38-53.
- Schmidt AK, Krones T (2016): Aufklärungsgespräche in der Pädiatrie. Monatschrift Kinderheilkunde 164 (2), 122-8. [↗](#)
- Schmidt E, Gramm L, Farin E (2012): Kommunikationspräferenzen chronischer Rückenschmerzpatienten in der medizinischen Rehabilitation. Schmerz 26 (1), 69-76. [↗](#)
- Schmidt JM (2012): The biopsychosocial model and its potential for a new theory of homeopathy. Homeopathy 101 (2), 121-8. [↗](#)
- Schmielau F, Schmielau-Lugmayr M (1990): Lehrbuch der medizinischen Psychologie. Göttingen: Verlag für Psychologie, Hogrefe.
- Schmitt R (1997): Unterstützen im Gespräch. Zur Analyse manifester Kooperationsverfahren. Zeitschrift für Sprachwissenschaft 16 (1/2), 52-82. [↗](#)
- Schmitt R (2013): Körperlich-räumliche Aspekte der Interaktion. Tübingen: Narr.
- Schmitt R, Deppermann A (2007): Monitoring und Koordination als Voraussetzungen der multimodalen Konstitution von Interaktionsräumen. In: Schmitt R (Hg.) (2007): Koordination. Analysen zur multimodalen Interaktion. Tübingen: Narr, 95-128.
- Schmitt R, Knöbl R (2013): „Recipient design“ aus multimodaler Sicht. Deutsche Sprache 3, 242-76. [↗](#)
- Schmitz HW (1998): Über Hörer, Hören, und Sich-Sagen-Hören. In: Schmitz HW (Hg.): Vom Sprecher zum Hörer. Münster: Nodus, 55-84.
- Schmitz HW (2000): „Hören Sie?“ – Der Hörer als Gesprächskonstrukteur. In: Fischer HR, Schmidt SJ (Hg.): Wirklichkeit und Welterzeugung. In memoriam Nelson Goodman. Heidelberg: Carl Auer, 317-24.

Bibliographie

- Schmitz HW (Hg.) (1990): Gerold Ungeheuer. Kommunikationstheoretische Schriften II: Symbolische Erkenntnis und Kommunikation: Aachen: Alano/Rader.
- Schmoll D, Kuhlmann A (Hg.) (2005): Symptom und Phänomen: Phänomenologische Zugänge zum kranken Menschen (Neue Phänomenologie). Freiburg: Verlag Karl Alber.
- Schnabel K (2013): Simulation aus Fleisch und Blut: Schauspielpatienten. In: St. Pierre M, Breuer (Hg.): Simulation in der Medizin: Grundlegende Konzepte – Klinische Anwendungen. Berlin, etc.: Springer, 115-20.
- Schnädelbach H (1982): Bemerkungen über Rationalität und Sprache. In: Kuhlmann W, Böhler D (Hg.): Kommunikation und Reflexion. Zur Diskussion der Transzendentalpragmatik. Frankfurt/M: Suhrkamp, 347-68.
- Schneider A, Szecsenyi J (2011): Psychosomatische Medizin in der Allgemeinpraxis. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 523-9.
- Schneider A, Szecsenyi J (2017): Psychosomatische Medizin in der Allgemeinarztpraxis: Ein Überblick. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 503-10.
- Schneider WX, Deubel H (1996): Visual attention and saccadic eye movements: Evidence for obligatory and selective spatial coupling. In: Findlay JM, Walker R, Kentridge RW (eds.): Eye Movement Research: Mechanisms, Processes and Applications. Amsterdam: Elsevier, 317-24.
- Scholl I, Nicolai J, Pahlke S, Kriston L, Krupat E, Härter M (2014): The German version of the Four Habits Coding Scheme – Association between physicians' communication and shared decision making skills in the medical encounter. Patient Education and Counseling 94 (2), 224-9. [↗](#)
- Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J (2014): An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. PLoS One 9 (9): e107828. [↗](#)
- Schopper M, Fleckenstein J, Irnich D (2013): Geschlechtsspezifische Aspekte bei akuten und chronischen Schmerzen. Der Schmerz 27 (5), 456-66. [↗](#)
- Schorr A (2014) Ausbildung in Gesundheitskommunikation für Mediziner, Gesundheitsberufe und Patienten. In: Schorr A (Hg.): Gesundheitskommunikation und interdisziplinäre Perspektiven. Baden-Baden: Nomos, 385-410.
- Schorr A (2014) Gesundheitskommunikation im Jugendalter – psychologische Grundlagen. In: Schorr A (Hg.): Gesundheitskommunikation und interdisziplinäre Perspektiven. Baden-Baden: Nomos, 175-201.

Bibliographie

- Schorr A (Hg.) (2014): Gesundheitskommunikation und interdisziplinäre Perspektiven. Baden-Baden: Nomos.
- Schouten BC, Meeuwesen L (2006): Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling* 64, 21-34. [↗](#)
- Schrauth M, Schmulius N, Kowalski A, Enck P, Zipfel S, Martens U (2006): Subjektive und psychophysiologische Belastungen bei Simulationspatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 56, A87. [↗](#)
- Schrauth M, Schmulius N, Martens U, Riessen R, Zipfel S (2005): Belastungen durch eine Tätigkeit als Simulationspatient (SP) in einer medizinischen Prüfung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 55, P_118. [↗](#)
- Schröder H (2010): Theoretische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Witt C (Hg.): *Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht*. Essen: KVC-Verlag, 94-117.
- Schröder J, Pantel J (2011): *Die leichte kognitive Beeinträchtigung. Klinik, Diagnostik, Therapie und Prävention im Vorfeld der Alzheimer-Demenz*. Stuttgart: Schattauer.
- Schröter K (1982): Zur Rekonstruktion der Bedeutungsstruktur von Gesprächssequenzen. In: Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (Hg.): *Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*. Frankfurt/M: Suhrkamp, 194-207.
- Schubert S, Ortwein H, Remus A, Schwantes U, Kiessling C (2005): Taxonomie von Ausbildungszielen für professionelles Verhalten für das Medizinstudium. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 22 (4), Doc214. [↗](#)
- Schüffel (1984): Fortbildung für Ärzte – Beiträge aus der psychosomatischen Medizin (1): Zur Zielsetzung des Rotenburger Symposions (1. Seminar). In: Schüffel W, Fassbender CF (Hg.): *Fortbildung für Ärzte – Beiträge aus der Psychosomatischen Medizin*. Berlin: Springer, 1-6.
- Schulz von Thun F (1981): *Miteinander reden. Bd. 1: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schulz von Thun F (1989): *Miteinander reden. Bd. 2: Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differentielle Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schulz von Thun F (2007): *Miteinander reden: Fragen und Antworten*. (4. Auflage 2012). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schulz von Thun F (2014) *Miteinander reden. Band 1-4: Störungen und Klärungen. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Das "Innere Team"*

Bibliographie

- und situationsgerechte Kommunikation. Fragen und Antworten. Reinbek: Rowohlt.
- Schulze P (1994): Empirische Überlegungen eines ambulanten Chirurgen zur medizinischen Kommunikation. In: Redder A, Wiese I (Hg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 235-8.
- Schüßler G, Joraschky P, Söllner W (2017): Depression, Angst und Anpassungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen (Komorbidität). In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 587-597.
- Schütz A (1932/1974): Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt: Eine Einleitung in die verstehende Soziologie. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Schütz A (1955/71): Symbol, Wirklichkeit und Gesellschaft. In: Schütz A (1971): Gesammelte Werke Bd. 1: Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Den Haag: Nijhoff, 331-411.
- Schütz A (1970): Das Problem der Relevanz. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Schwabe M (2006): Kinder und Jugendliche als Patienten. Eine gesprächsanalytische Studie zum subjektiven Krankheitserleben junger Anfallpatienten in pädiatrischen Sprechstunden. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Schwantes U (2009): Der „schwierige Patient“. Die Auflösung von Konflikten und Unzufriedenheit in der Kommunikation. In: Langer T, Schnell M (Hg.): Das Arzt-Patient-/Patient-Arzt-Gespräch. München: Marseille, 153-62.
- Schwarz R (1996): Die Krebspersönlichkeit. Mythos und klinische Realität. Stuttgart: Schattauer.
- Schweickhardt A, Fritzsche K (2007): Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Schweickhardt A, Fritzsche K (2009): Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. 2. erw. Aufl. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Schweickhardt A, Larisch A, Wirsching M, Fritzsche K (2007): Short-term psychotherapeutic interventions for somatizing patients in the general hospital: A randomized controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 76 (6), 339-46. [🔗](#)
- Seal RP, Kynaston J, Elwyn G, Smith PE (2013): Using an Option Grid in shared decision making. *Practical Neurology* 14, 54-6. [🔗](#)
- Searle J (1965/72): Was ist ein Sprechakt? In: Holzer H, Steinbacher K (Hg.) (1972): Sprache und Gesellschaft. Hamburg: Hoffmann und Campe, 153-73.

Bibliographie

- Searle J (1969/1971): Sprechakte. Ein sprachphilosophischer Essay. Frankfurt/M: Suhrkamp (engl. Orig. 1969).
- Searle J (1979): Intentionalität und der Gebrauch der Sprache. In: Grewendorf G (Hg.) (1979): Sprechakttheorie und Semantik. Frankfurt/M: Suhrkamp, 149-71.
- Searle J (1983) Intentionality. An Essay in the Philosophy of Mind. Cambridge, etc.: University Press.
- Searle J (1992) Conversation. In: Searle J, Parret H, Verschueren J: (On) Searle on Conversation. Amsterdam, etc.: Benjamins, 7-29.
- Searle JR (1976/82): Ausdruck und Bedeutung. Untersuchungen zur Sprechakttheorie. Frankfurt/M: Suhrkamp, 17-50.
- Sebeok TA (1981): Karl Bühler. In: Krampen M, Oehler K, Posner R Uexküll T v (Hg.): Die Welt als Zeichen: Klassiker der modernen Semiotik. Berlin: Severin und Siedler, 205-32.
- Seitz T, Gruber B, Preusche I, Löffler-Stastka H (2017): Rückgang von Empathie der Medizinstudierenden im Laufe des Studiums – was ist die Ursache? Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 63 (1): 20-39. [↗](#)
- Seligmann MEP (1975): Helplessness. On depression, development and death. San Francisco: Freeman.
- Selting M, Auer P, Barth-Weingarten D, Bergmann JR, Bergmann P, Birkner K, Couper-Kuhlen E, Deppermann A, Gilles P, Günthner S, Hartung M, Kern F, Mertzlufft C, Meyer C, Morek M, Oberzaucher F, Peters J, Quasthoff U, Schütte W, Stukenbrock A, Uhmann S (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10, 353-402. [↗](#)
- Senf W, Broda M (2011) Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch. 5. vollst. überarb. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme.
- Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A (2002): Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. Journal of Pain and Symptom Management 24 (2), 91-6. [↗](#)
- Serper M, McCarthy D, Patzer R, King J, Bailey S, Smith S, Parker R, Davis T, Ladner D, Wolf M (2013): What patients think doctors know: Beliefs about provider knowledge as barriers to safe medication use. Patient Education and Counseling 93 (2), 306-11. [↗](#)
- Shapiro MJ, Morey JC, Small SD, Langford V, Kaylor CJ, Jagminas L, Suner S, Salisbury ML, Simon R, Jay GD (2004): Simulation based teamwork training for emergency department staff: does it improve clinical team performance when added to an existing didactic teamwork curriculum? Quality and Safety in Health Care 13 (6), 417-21. [↗](#)

Bibliographie

- Shaw J, Brown R, Dunn S (2015): The impact of delivery style on doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Education and Counseling* 98 (10), 1255-9. [↗](#)
- Shaw LJ, Miller DD, Romeis JC, Kargl D, Younis LT, Chaitman BR (1994): Gender differences in the noninvasive evaluation and management of patients with suspected coronary disease. *Annals of Internal Medicine* 120 (7), 559-66. [↗](#)
- Shay LA, Lafata JE (2014): Understanding patient perceptions of shared decision making. *Patient Education and Counseling* 96 (3), 295-301. [↗](#)
- Shazer de S (2003): *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. 8. Aufl. Stuttgart: Clett-Cotta (engl. Orig. 1985).
- Shedler J (2010): The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist* 65 (2), 98-109. [↗](#)
- Shedler J (2011): Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 56, 265-77.
- Shelmerdine SC, North T, Lynch JF, Verma AR (2012): *OSCE cases with mark schemes: A revision aid for medical finals*. Tunbridge Wells UK: Anshan Ltd.
- Shepherd M, Cooper B, Brown, A C (1966): *Psychiatric illness in General Practice*. London: Oxford University Press.
- Shepherd M, Findlay JM, Hockey RJ (1986): The relationship between eye movements and spatial attention. *Quarterly Journal of Experimental Psychology* 38A, 475-91. [↗](#)
- Siebler M (2010): Die klinische und akademische Ausbildung im Jahr 2010 – Ärztemangel, Qualitätsverlust und „Deprofessionalisierung“? *Der Klinikarzt* 39 (07/08), 356-9. [↗](#)
- Siegrist J (1982): Asymmetrische Kommunikation bei der klinischen Visite. In: Köhle K, Raspe HH (Hg.): *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. München, etc.: Urban & Schwarzenberg, 16-22.
- Siegrist J (2003): Patient und Gesundheitssystem. In: Schmidt RF, Unsicker K (Hg.): *Lehrbuch Vorklinik (Teil D). Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 175-84.
- Siegrist J (2017): Arbeit, Gesundheit und Krankheit. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 251-61.
- Silverman J (2009): Teaching clinical communication: A mainstream activity or just a minority sport? *Patient Education and Counseling* 76 (3), 361-7. [↗](#)

Bibliographie

- Silverman J (2016): Overview of Core Tasks in Clinical Communication. In: Brown J, Noble LM, Papageorgiou A, Kidd J (eds.): *Clinical Communication in Medicine*. Oxford: Wiley Blackwell, 69-71.
- Silverman J (2016): Relationship building. In: Brown J, Noble LM, Papageorgiou A, Kidd J (eds.): *Clinical Communication in Medicine*. Oxford: Wiley Blackwell, 72-5.
- Silverman J (2018): The consultation. In: Cooper N, Frain J (eds.): *ABC of Clinical Communication*. Oxford: Wiley, 7-12.
- Silverman J, Deveugele M, Haes H d, Rosenbaum M (2011): Unskilled creativity is counterproductive. *Medical Education* 45 (9), 959-60. [↗](#)
- Silverman J, Kurtz S, Draper J (1998): *Skills for Communicating with Patients*. London: Radcliffe.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J (2013): *Skills for Communicating with Patients*. 3. Aufl. London: Radcliffe.
- Siminoff LA (2011): The ethics of communication in cancer and palliative care: In: Kissane DW, Bultz BD, Butow P, Finlay IG (eds.): *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*. Oxford: Oxford University Press, 51-61.
- Simmel G (1908/1992): Exkurs über die Soziologie der Sinne. In: *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*, Gesamtausgabe, Band 11. Frankfurt/M: Suhrkamp, 722-42.
- Simmenroth-Nayda A, Chenot JF, Fischer Th, Scherer M, Stanske B, Kochen MM (2007): Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren. *Deutsches Ärzteblatt* 104 (13), A847-52. [↗](#)
- Simmenroth-Nayda A, Weiß C, Fischer T, Himmel W (2012): Do communication training programs improve students' communication skills? - a follow-up study. *BMC Research Notes* 5 (1), 486. [↗](#)
- Simon FB (1994): Die Form der Psyche. *Psychoanalyse und neuere Systemtheorie*. *Psyche* 48 (1), 50-79. [↗](#)
- Simon S (Hg.) (2005): *Der gute Arzt im Alltag*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Simpson JG, Furnace J, Crosby J, Cumming AD, Evans PA, Friedman Ben David M, Harden RM, Lloyd D, McKenzie H, McLachlan JC, McPhate GF, Percy-Robb IW, MacPherson SG (2002): The Scottish doctor – learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: A foundation for competent and reflective practitioners. *Medical Teacher* 24 (2), 136-43. [↗](#)
- Simpson RJ Jr (2006): Challenges for improving medication adherence. *JAMA* 296 (21), 2614-6. [↗](#)
- Simpson S, Eurich D, Majumdar S, Padwal R, Tsuyuki R, Varney J, Johnson J (2006): A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *British Medical Journal* 333 (7557), 15. [↗](#)

Bibliographie

- Singer MA, Goldin-Meadow S (2005): Children learn when their teacher's gestures and speech differ. *Psychological Science* 16 (2), 85-9. [↗](#)
- Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A (2007): Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Services Research* 42 (5), 1999-2021. [↗](#)
- Singh M (2016): Communication as a bridge to build a sound doctor-patient/parent relationship. *The Indian Journal of Pediatrics* 83 (1), 33-7. [↗](#)
- Siu JM, Rotenberg BW, Franklin JH, Sowerby LJ (2016): Multimedia in the informed consent process for endoscopic sinus surgery: A randomized control trial. *Laryngoscope* 126 (6), 1273-8. [↗](#)
- Skelton JR (2011): Clinical communication as a creative art: an alternative way forward. *Medical Education* 45 (3), 212-3. [↗](#)
- Skelton JR (2016): The impact of training. In: Brown, Noble LM, Papageorgiou A, Kidd J (eds.): *Clinical Communication in Medicine*. Oxford: Wiley Blackwell, 49-56.
- Skelton JR, Hobbs FD (1999): Concordancing: use of language-based research in medical communication. *Lancet* 353 (9147), 108-11. [↗](#)
- Skinner CS, Pollak KI, Farrell D, Olsen MK, Jeffreys AS, Tulsy JA (2009): Use of and reactions to a tailored CD-ROM designed to enhance oncologist-patient communication: the SCOPE trial intervention. *Patient Education and Counseling* 77 (1), 90-6. [↗](#)
- Skirbekk H, Middelthon A-L, Hjortdahl P, Arnstein F (2011): Mandates of trust in the doctor-patient relationship. *Qualitative Health Research* 21 (9), 1182-90. [↗](#)
- Sleath B, Roter D, Chewning B, Svarstad B (1999): Asking questions about medication: analysis of physician-patient interactions and physician perceptions. *Medical Care* 37 (11), 1169-73. [↗](#)
- Sleath B, Rubin R, Campbell W, Gwyther L, Clark T (2001): Physician-patient communication about over-the-counter medications. *Social Science & Medicine* 53 (3), 357-69. [↗](#)
- Smith A, Juraskova I, Butow P, Miguel C, Lopez AL, Chang S, Brown R, Bernhard J (2011): Sharing vs. caring – the relative impact of sharing decisions versus managing emotions on patient outcomes. *Patient Education and Counseling* 82 (2), 233-9. [↗](#)
- Smith N (2010): Technical terms in pre-anaesthetic consultations. *Anaesthesia and Intensive Care* 38 (4), 775.

Bibliographie

- Smith QW, Street RL Jr, Volk RJ, Fordis M (2013): Differing levels of clinical evidence: exploring communication challenges in shared decision making. *Medical Care Research and Review* 70 (1 Suppl), 3S-13S. [↗](#)
- Smith RC, Dwamena FC, Grover M, Coffey J, Frankel RM (2011): Behaviorally defined patient-centered communication – a narrative review of the literature. *Journal of General Internal Medicine* 26 (2), 185-91. [↗](#)
- Smith RC, Fortin AH, Dwamena F, Frankel RM (2013): An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Education and Counseling* 91 (3), 265-70. [↗](#)
- Smith RC, Hoppe RB (1991): The patient's story: Integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. *Annals of Internal Medicine* 115, 470-7. [↗](#)
- Smith RC, Laird-Fick H, D'Mello D, Dwamena FC, Romain A, Olson J, Kent K, Blackman K, Solomon D, Spoolstra M, Fortin AH 6th, Frey J, Ferenchick G, Freilich L, Meerschaert C, Frankel R (2014): Addressing mental health issues in primary care: an initial curriculum for medical residents. *Patient Education and Counseling* 94 (1), 33-42. [↗](#)
- Smith RC, Marshall-Dorsey AA, Osborn GG, Shebroe V, Lyles JS, Stoffelmayr BE, Egeren LF v, Mettler J, Maduschke K, Stanley JM, Gardiner JC (2000): Evidence-based guidelines for teaching patient-centered interviewing. *Patient Education and Counseling* 39 (1), 27-36. [↗](#)
- Smith RSW (2013): Die Kluft zwischen Evidenz und Praxis. Ausmaß, Ursachen und Lösungen. In: Gigerenzer G, Muir Gray JA (Hg.): *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 271-88.
- Soerensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, for the (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80. [↗](#)
- Sokol MC, McGuigan K, Verbrugge R, Epstein R (2005): Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Medical Care* 43 (6), 521-30. [↗](#)
- Söllner W, Cronbach G, Harrer M, Spindelbalker P, Schüßler G, Weslack W (2000): Effekte psychosomatischer Fortbildung für Ärzte: Selbsteinschätzung durch die Teilnehmer der Fortbildungskurse in psychosozialer und psychosomatischer Medizin in Tirol. *Psychologische Medizin* 11, 51-6.
- Söllner W, Gutberlet S, Wentzlaff E, Faulstich C, Stein B (2007): Förderung der kommunikativen Kompetenz von Ärzten – Trainingsseminare für Ärzte im Rahmen psychosomatischer Konsiliar-Liaison-Dienste. In: Deter H-C

Bibliographie

- (Hg.): Allgemeine Klinische Medizin – Ärztliches Handeln im Dialog als Grundlage einer modernen Heilkunde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 148-58.
- Söllner W, Keller M (2017): Psychotherapie mit Krebspatienten. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 965-73.
- Sousa-Poza JF, Rohrberg R (1977): Body movements in relation to type of information (person- and non-person oriented) and cognitive style (field dependence). *Human Communication Research* 4 (1), 19-29. [↗](#)
- Spickhoff A (2013): Patientenrechte und Patientenpflichten - Die medizinische Behandlung als kodifizierter Vertragstypus. *Versicherungsrecht* 7, 267.
- Spickhoff A (2014): *Medizinrecht*. 2. Aufl. Beck: München.
- Spickhoff A (2015): Die Arzthaftung im neuen bürgerlich-rechtlichen Normenumfeld. *Medizinrecht* 33 (12), 845-55. [↗](#)
- Spiegel C (2009): Transkripte als Arbeitsinstrument. Von der Arbeitsgrundlage zur Anschauungshilfe. In: Birkner K, Stukenbrock A (Hg.) (2009) *Die Arbeit mit Transkripten in Fortbildung, Lehre und Forschung*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 7-15. [↗](#)
- Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, Cardena E, Dell PF (2011): Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety* 28 (12), E17-45. [↗](#)
- Spieß C (2015): Bioethik- und Medizinethikdiskurse als Mediendiskurs. In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Handbuch „Sprache und Medizin“*. Berlin, etc.: de Gruyter, 438-58.
- Spieß C, Tophinke D (2018): Alltagspraktiken des Erzählens. *Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik*, 1-9. [↗](#)
- Spranz-Fogasy T (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. In: Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 17-47.
- Spranz-Fogasy T (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann A, Reitemeier U, Schmitt R, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Studien zur Deutschen Sprache* 52. Tübingen: Narr, 27-116.
- Spranz-Fogasy T (2014): Die allmähliche Verfertigung der Diagnose im Reden. Prädiagnostische Mitteilungen im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Berlin, etc.: de Gruyter.

Bibliographie

- Spranz-Fogasy T, Becker M (2015): Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch. In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.): Handbuch „Sprache und Medizin“. Berlin, etc.: de Gruyter, 93-115.
- Spranz-Fogasy T, Becker M, Menz F, Nowak P (2014): Literatur zur Medizinischen Kommunikation. Institut für deutsche Sprache Mannheim. [↗](#)
- Spranz-Fogasy T, Winterscheid J (2013): Medizinische Kommunikation. Allgemeine und pädiatrische Gespräche. In: Bentele G, Piwinger M, Schönborn G (Hg.): Kommunikationsmanagement. Köln: Luchterhand, 2001ff.
- Squier RW (1990): A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social Science & Medicine* 30 (3), 325-39. [↗](#)
- St. Pierre M, Breuer G (2013). *Simulation in der Medizin: Grundlegende Konzepte – Klinische Anwendungen*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Wu JH (2014): Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. [↗](#)
- Stadter M (1996): *Object Relations Therapy. The Therapeutic Relationship in Short-Term Work*. Northvale, etc.: Aronson.
- Stadtmüller G, Fritzsche K (1995): Curriculum Psychosomatische Grundversorgung. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 137 (34), 539-43.
- Stadtmüller G, Fritzsche K (1996): Curriculum Psychosomatische Grundversorgung. In: Helmchen H, Hippus H (Hg.): *Psychiatrie für die Praxis* 23. München: MMV Medizin-Verlag, 67-75.
- Stange KC, Nutting PA, Miller WL, Jaén CR, Crabtree BF, Flocke SA, Gill JM (2010): Defining and measuring the patient-centered medical home. *Journal of General Internal Medicine* 25 (6), 601-12. [↗](#)
- Stavropoulou C (2011): Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. *Patient Education and Counseling* 83 (1), 7-13. [↗](#)
- Steckelberg A, Berger B, Köpke S, Heesen C, Mühlhauser I (2005): Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 99 (6), 343-51. [↗](#)
- Stegmüller W (1975): *Hauptströmungen der Gegenwartsphilosophie. Eine kritische Einführung. Band II*. Stuttgart: Alfred Kröner.
- Steimer-Krause E, Krause R, Wagner G (1990): Interaction regulations used by schizophrenic and psychosomatic patients: studies on facial behavior in dyadic interactions. *Psychiatry* 53 (3), 209-28. [↗](#)

Bibliographie

- Steinert C, Schauenburg H, Dinger U, Leichsenring F (2016) Short-Term Psychodynamic Therapy in Depression - An Evidence-Based Unified Protocol. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 66 (1), 9-20. [↗](#)
- Steinhausen S, Ommen O, Wilm S, Vitinius F, Pfaff H, Boedecker A, Gulbrandsen P, Neugebauer E (2012): Development of a "Four-Habits"-based communication training for German general practitioners (CoTrain). Abstractband EACH-Kongress, St. Andrews, Scotland.
- Step MM, Ray EB (2011): Patient perceptions of oncologist-patient communication about prognosis: Changes from initial diagnosis to cancer recurrence. *Health Communication* 26 (1), 48-58. [↗](#)
- Stergiopoulou A, Birbas K, Katostaros T, Diomidous M, Mantas J (2006): The effect of a multimedia health educational program on the postoperative recovery of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Studies in Health Technology and Informatics* 124, 920-5. [↗](#)
- Stern D (1998): Das narrative Selbst. In: Buchheim P, Cierpka T, Seifert (Hg.): *Das Narrativ – aus dem Leben Erzähltes*. Berlin: Springer, 1-13.
- Stern DN (2004/2010): *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt/M: Brandes & Apsel (engl. Orig. 2004).
- Stern DN, Bruschiweiler-Stern N, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Nahum JP, Sander L, Tronick EZ (2001): Die Rolle des impliziten Wissens bei der therapeutischen Veränderung. Einige Auswirkungen entwicklungspsychologischer Beobachtungen für die psychotherapeutische Behandlung Erwachsener. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 51 (3-4): 147-52. [↗](#)
- Stern DN, Bruschiweiler-Stern N, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Nahum JP, Sander LP (The Boston Change Process Study Group) (2012): *Veränderungsprozesse. Ein integratives Paradigma*. Frankfurt/M: Brandes & Apsel (engl. Orig. 2010).
- Stevanovic M, Peräkylä A (2015): Experience sharing, emotional reciprocity, and turn-taking. *Frontiers in Psychology* 6: 450. [↗](#)
- Stevenson F, Barry C, Britten N, Barber N, Bradley C (2000): Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Social Science & Medicine* 50 (6), 829-40. [↗](#)
- Stevenson F, Scambler G (2005): Rejoinder to 'The myth of concordance': A response to Armstrong. *Health* 9 (1), 29-30. [↗](#)
- Stevenson F, Scambler G (2005): The relationship between medicine and the public: The challenge of concordance. *Health* 9 (1), 5-21. [↗](#)
- Stevenson FA, Cox K, Britten N, Dundar Y (2004): A systematic review of the research on communication between patients and health care profession-

Bibliographie

- als about medicines: The consequences for concordance. *Health Expectations* 7 (3), 235-45. [↗](#)
- Stewart MA (1984): What is a successful doctor-patient interview? A study of interaction and outcomes. *Social Science & Medicine* 19 (2), 167-75. [↗](#)
- Stewart ME, Roter DE (eds.) (1989): *Communicating with medical patients*. London: Sage Publications.
- Stewart MG (2004): Outcomes research: an overview. *Journal for Oto-rhinolaryngology and its Related Specialties* 66 (4), 163-6. [↗](#)
- Stewart MG, Neely JG, Paniello RC, Fraley PL, Karni RJ, Nussenbaum B (2007): A practical guide to understanding outcomes research. *Otolaryngology Head and Neck Surgery* 137 (5), 700-6. [↗](#)
- Stiefel F, Barth J, Bensing J, Fallowfield L, Jost L, Razavi D, Kiss A (2010): Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Annals of Oncology* 21 (2), 204-7. [↗](#)
- Stiel S, Bertram L, Neuhaus S, Nauck F, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L (2010): Evaluation and comparison of two prognostic scores and the physicians' estimate of survival in terminally ill patients. *Support Care Cancer* 18 (1), 43-49. [↗](#)
- Stiel S, Elsner F, Pestinger M, Radbruch L (2010): Wunsch nach vorzeitigem Lebensende: Was steht dahinter? *Schmerz* 24 (2), 177-89. [↗](#)
- Stiel S, Radbruch L (2014): Prognosestellung bei schwer kranken Menschen. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 15 (3), 109-21. [↗](#)
- Stierle K (1984): Narrativ, Narrativität. In: Ritter J, Gründer K (Hg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Bd. 6. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 398-402.
- Stiggelbout AM, Weijden T v d, Wit MP d, Frosch D, Légaré F, Montori VM, Trevena L, Elwyn G (2012): Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *British Medical Journal* 344, e256. [↗](#)
- Stigler M, Pokorny D (2001): Emotions and primary process in guided imagery psychotherapy: Computerized text-analytic measures. *Psychotherapy Research* 11 (4), 415-31. [↗](#)
- Stiles WB (1992): *Describing talk. A taxonomy of verbal response modes*. London: Sage.
- Stiles WB (2011): Coming to terms. *Psychotherapy Research* 21 (4), 367-84. [↗](#)
- Stiles WB, Putnam SM (1989): Analysis of verbal and nonverbal behavior in doctor-patient encounters. In: Stewart ME, Roter DE (eds.): *Communicating with Medical Patients*. London: Sage Publications, 211-22.
- Stivers T (2001): Negotiating who presents the problem: Next speaker selection in paediatric encounters. *Journal of Communication* 51 (2), 1-31. [↗](#)

Bibliographie

- Stivers T (2006): Treatment decisions: negotiations between doctors and parents in acute care encounters. In: Heritage J, Maynard DW (eds.): *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: University Press, 279-312.
- Stivers T (2007): Alternative recognitionals in person reference. In: Enfield NJ, Stivers T (eds.): *Person Reference in Interaction. Linguistic, Cultural, and Social Perspectives*. Cambridge: University Press, 73-96.
- Stivers T, Heritage J (2001): Breaking the sequential mold: Answering 'more than the question' during comprehensive history taking. In: Beach WA (ed.) (2013): *Handbook of Patient-Provider Interactions: Raising and Responding to Concerns about Life, Illness, and Disease*. New York: Hampton Press, 333-51.
- Stivers T, Majid A (2007): Questioning children: Interactional evidence of implicit racial bias in medical interviews. *Social Psychology Quarterly* 70 (4), 424-41. [↗](#)
- Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, Warlow CP, Sharpe M (2002): What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The 'number needed to offend'. *British Medical Journal* 325 (7378), 1449-50. [↗](#)
- Stone PC, Lund S (2007): Predicting prognosis in patients with advanced cancer. *Annals of Oncology* 18 (6), 971-6. [↗](#)
- Stosch C, Herzig S, Grass H, Obliers R, Kuprella T C, Koebke J (2001) *Vom Lehren zum Lernen - Der Aufbau von Lernwelten als methodische Herausforderung an das Medizinstudium*. QdL-Tagung „Qualität der Lehre“, 1.-4.11., Wien, Austria.
- Stosch C, Herzig S, Kerschbaum T, Lefering R, Neugebauer E, Koebke J (2000): *Medizinische Ausbildung 2000: Ziele – Qualität – Kosten*. Ein Überblick zum Symposium vom 12.-13.5.00 in Köln. *Medizinische Ausbildung* 17, 120-3. [↗](#)
- Stosch C, Lehmann K, Herzig S (2008): *Time for Change - Die Implementierung des Modellstudiengangs Humanmedizin in Köln*. *Zeitschrift für Hochschulentwicklung* 3 (3), 36-47. [↗](#)
- Strassmann B (2007): *Der Blinddarm von Zimmer 2*. *Zeit Online* (abgerufen am 29.10.2015). [↗](#)
- Straub J (Hg.) (1998): *Erzählung, Identität und historisches Bewußtsein*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Strauss A (1978): *Negotiations. Varieties, Contexts, Processes, and Social Order*. San Francisco, etc.: Jossey-Bass.

Bibliographie

- Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C (1980): Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 32 (4), 629-51. [↗](#)
- Strauss AL (1994): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: UTB.
- Strawson PF (1971/74): *Logik und Linguistik*. München: List.
- Streeck S (1989): *Die Fokussierung in Kurzzeittherapien. Eine konversationsanalytische Studie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Streeck S (1990): *Die Kurzzeittherapie und ihr Verhältnis zur Alltagskommunikation*. In: Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R (Hg.): *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 188-97.
- Streeck S (2002): *Dominanz und Kooperation in der neuropädiatrischen Sprechstunde*. In: Brünner G, Fiehler R, Kindt W (Hg.): *Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 174-96. [↗](#)
- Streeck U (1995): *Die interaktive Herstellung von Widerstand*. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 41 (3), 241-52. [↗](#)
- Streeck U (2004): *Auf den ersten Blick. Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck U (2008): *A psychotherapist's view of conversation analysis*. In: Peräkylä A, Antaki C, Vehviläinen S, Leudar I (eds.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: University Press, 173-87.
- Street RL Jr (2013): *How clinician-patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome*. *Patient Education and Counseling* 92 (3), 286-91. [↗](#)
- Street RL Jr, Buller DB (1987): *Nonverbal response patterns in physician-patient interaction: A functional analysis*. *Journal of Nonverbal Behavior* 11 (4), 234-53. [↗](#)
- Street RL Jr, Haes HCJM d (2013): *Designing a curriculum for communication skills training from a theory and evidence-based perspective*. *Patient Education and Counseling* 93 (1), 27-33. [↗](#)
- Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM (2009): *How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes*. *Patient Education and Counseling* 74 (3), 295-301. [↗](#)
- Stresing AM (2011): *Patienten mit somatoformen Störungen im psychotherapeutischen Gespräch: eine konversationsanalytische Untersuchung zur interaktiven Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses*. Dissertation: Universität Freiburg. [↗](#)

Bibliographie

- Strupp HH, Binder L (1991): Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stubenrauch S, Schneid EM, Wünsch A, Helmes A, Bertz H, Fritzsche K, Wirsching M, Gözl T (2012): Development and evaluation of a checklist assessing communication skills of oncologists: the COM-ON-Checklist. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 18 (2), 225-30. [↗](#)
- Stukenbrock A (2008): "Wo ist der Hauptschmerz?" - Zeigen am menschlichen Körper. *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 9, 1-33. [↗](#)
- Stunder W, Scherer M, Himmel W (2008): Wie gut schätzen Hausarzt-Patienten den Zeitbedarf einer Konsultation ein? *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 133 (3), 67-70. [↗](#)
- Subic-Wrana C (2017): Von der Alexithymie zur Mentalisierung. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 8. Aufl. München, etc.: Elsevier, 145-56.
- Subic-Wrana C, Greenberg LS, Lane RD, Michal M, Wiltink J, Beutel ME (2016): Affective change in psychodynamic psychotherapy: Theoretical models and clinical approaches to changing emotions. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 62 (3), 207-23. [↗](#)
- Suchman AL (2006): A New Theoretical Foundation for Relationship-centered Care. *Journal of General Internal Medicine* 21 (S1), S40-4. [↗](#)
- Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R (1997): A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 277 (8), 678-82. [↗](#)
- Sullivan HS (1957): *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sulzer SH, Feinstein NW, Wendland CL (2016): Assessing empathy development in medical education: a systematic review. *Medical Education* 50 (3), 300-10. [↗](#)
- Surmann V (2002): "Wenn der anfall kommt". Bildhafte Ausdrücke und metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen. In: Brünner G, Gülich E (Hg.): *Krankheit verstehen*. Bielefeld: Aisthesis Verlag, 95-120.
- Sutherland O, Peräkylä A, Elliott R (2014): Conversation analysis of the two-chair self-soothing task in emotion-focused therapy. *Psychotherapy Research* 24 (6), 738-51. [↗](#)
- Svarstad B, Bultman D, Mount J (2003): Patient counseling provided in community pharmacies: effects of state regulation, pharmacist age, and busyness. *Journal of the American Pharmacists Association* 44 (1), 22-9. [↗](#)
- Swenne CL, Skytt B (2014): The ward round – patient experiences and barriers to participation. *Scandinavian Journal of Caring Science* 28 (2), 297-304. [↗](#)

Bibliographie

- Szirt L, Langewitz W (2010): Julia, ihr Arzt und RIAS – Kommunikationsanalyse mit dem Roter Interaction Analysis System. *Balint Journal* 11 (4), 116-9. [↗](#)
- Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, Smee S, Eguale T, Winslade N, Girard N, Bartman I, Buckeridge DL, Hanley JA (2010): Influence of physicians' management and communication ability on patients' persistence with antihypertensive medication. *Archives of Internal Medicine* 170 (12), 1064-72. [↗](#)
- Tarn DM, Flocke S (2011): New prescriptions: how well do patients remember important information? *Family Medicine* 43 (4), 254. [↗](#)
- Tarn DM, Heritage J, Paterniti D, Hays R, Kravitz R, Wenger N (2006): Physician communication when prescribing new medications. *Archives of Internal Medicine* 166 (17), 1855-62. [↗](#)
- Tarn DM, Heritage J, Paterniti DA, Hays RD, Kravitz RL, Wenger NS (2008): Prescribing new medications: a taxonomy of physician-patient communication. *Communication & Medicine* 5 (2), 195-208. [↗](#)
- Tarn DM, Paterniti D, Orosz D, Tseng C-H, Wenger N (2013): Intervention to enhance communication about newly prescribed medications. *The Annals of Family Medicine* 11 (1), 28-36. [↗](#)
- Tarn DM, Paterniti DA, Kravitz RL, Heritage J, Liu H, Kim S, Wenger NS (2008): How much time does it take to prescribe a new medication? *Patient Education and Counseling* 72 (2), 311-9. [↗](#)
- Tate P (2004): *The Doctor's Communication Handbook*. 4th Edition. Oxon: Radcliffe.
- Tates K, Meeuwesen L (2000): Let Mum have her say: Turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Education and Counseling* 40 (2), 151-62. [↗](#)
- Tattersall MH, Gattellari M, Voigt K, Butow PN (2002): When the treatment goal is not cure: are patients informed adequately? *Supportive Care in Cancer* 10 (4), 314-21. [↗](#)
- Taupitz J (1987): Wertvorstellungen als Leitbilder ärztlichen Handelns: Rechtliche Bindungen des Arztes. *Allgemeinmedizin* 16, 21-8. [↗](#)
- Taylor D (2010): Das Tavistock-Manual der psychoanalytischen Psychotherapie – unter Berücksichtigung der chronischen Depression. *Psyche* 64 (9/10), 833-61. [↗](#)
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1991): The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics* 32 (2), 153-64. [↗](#)
- Taylor W (2007): Medical education learning cycle. [↗](#)

Bibliographie

- Templer V (2002): Arbeiten mit Bion: Körpersymptome und die Umkehrung der Alpha-Funktion. In: Hirsch M (Hg.): Der eigene Körper als Symbol? Gießen: Psychosozial Verlag.
- ten Have P (1990): The consultation as a genre. In: Torode B (ed.): Text and Talk as Social Practice. Discourse Difference and Division in Speech and Writing. Berlin, etc.: De Gruyter, 115-35.
- Thieme M, Brähler E, Stöbel-Richter Y (2012): Mantra Biopsychosozial – Anspruch und Wirklichkeit in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Psychiatrische Praxis* 39 (7), 349-50. [↗](#)
- Thistlethwaite JE (2016): Collaboration, cooperation, communication, contact and competencies. *GMS Journal of Medical Education* 33 (2), Doc37. [↗](#)
- Thistlethwaite JE, Evans R, Tie RN, Heal C (2006): Shared decision making and decision aids - a literature review. *Australian Family Physician* 35 (7), 537-40. [↗](#)
- Thomä H, Kächele H (1989): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1: Grundlagen. Berlin: Springer.
- Thomä H, Kächele H (1989): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 2: Praxis. Berlin: Springer.
- Thompson P, Clarkson P, Karas R (2003): Statin-associated myopathy. *Journal of the American Medical Association* 289 (13), 1681-90. [↗](#)
- Thompson TL, Parrott R, Nussbaum JF (eds.) (2011): The Routledge handbook of health communication. New York: Routledge.
- Thorne S, Oliffe J, Kim-Sing C, Hislop TG, Stajduhar K, Harris SR, Armstrong EA, Oglov V (2010): Helpful communications during the diagnostic period: an interpretive description of patient preferences. *European Journal of Cancer Care* 19 (6), 746-54. [↗](#)
- Thorne S, Oliffe JL, Stajduhar KI (2012): Communicating shared decision-making: Cancer patient perspectives. *Patient Education and Counseling* 90 (3), 291-6. [↗](#)
- Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L (2004): The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling* 54 (3), 299-306. [↗](#)
- Thornton R, Light LL (2011): Language comprehension and production in normal aging. In: Birren JE, Schaie KW (eds.): Handbook of the Psychology of Aging. Amsterdam: Elsevier Academic Press.
- Thornton RL, Powe NR, Roter D, Cooper LA (2011): Patient-physician social concordance, medical visit communication and patients' perceptions of health care quality. *Patient Education and Counseling* 85 (3), e201-8. [↗](#)
- Tiedje K, Shippee ND, Johnson AM, Flynn PM, Finnie DM, Liesinger JT, May CR, Olson ME, Ridgeway JL, Shah ND, Yawn BP, Montori VM (2013): 'They

Bibliographie

- leave at least believing they had a part in the discussion': Understanding decision aid use and patient-clinician decision-making through qualitative research. *Patient Education and Counseling* 93 (1), 86-94. [↗](#)
- Tiitinen S, Ruusuvuori J (2014): Using formulations and gaze to encourage parents to talk about their and their children's health and well-being. *Research on Language and Social Interaction* 47 (1), 49-68. [↗](#)
- Tikkanen S, Stiles WB, Leiman M (2013): Achieving an empathic stance: dialogical sequence analysis of a change episode. *Psychotherapy Research* 23 (2), 178-89. [↗](#)
- Toerien M, Shaw R, Reuber M (2013): Initiating decision-making in neurology consultations: 'recommending' versus 'option-listing' and the implications for medical authority. *Sociology of Health and Illness* 35 (6), 873-90. [↗](#)
- Tomasello M (2002): Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens. Zur Evolution der Kognition. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Torke AM, Quest TE, Kinlaw K, Eley JW, Branch WT Jr (2004): A workshop to teach medical students communication skills and clinical knowledge about end-of-life care. *Journal of General Internal Medicine* 19 (5 Pt 2), 540-4. [↗](#)
- Torppa MA, Makkonen E, Mårtenson C, Pitkälä KH (2008): A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: contexts and triggers of case presentations and discussion themes. *Patient Education and Counseling* 72 (1), 5-11. [↗](#)
- Tracy JL, Matsumoto D (2008): The spontaneous expression of pride and shame: Evidence for biologically innate nonverbal displays. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 105 (33), 11655-60. [↗](#)
- Tresolini CP, Pew-Fetzer Task Force (1994): Health professions education and relationship-centered Care. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.
- Tress W (2011): Das sogenannte Leib-Seele-Problem. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 57 (3), 261-74. [↗](#)
- Tress W, Kruse J, Ott J (Hg.) (2004): Psychosomatische Grundversorgung – Kompendium der interpersonellen Medizin. 3. Aufl. Stuttgart, etc.: Schattauer.
- Tress W, Kruse J, Wöller W (2004): Der schwierige Patient – Probleme in der Arzt-Patient-Beziehung. In: Tress W, Kruse J, Ott J (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung – Kompendium der interpersonellen Medizin. 3. Aufl. Stuttgart, etc.: Schattauer, 202-11.
- Troschke J v (2004): Die Kunst, ein guter Arzt zu werden. 2. Aufl. Bern, etc.: Huber.
- Trummer UF, Mueller UO, Nowak P, Stidl T, Pelikan JM (2006): Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve

Bibliographie

- clinical outcome?: A case study. *Patient Education and Counseling* 61 (2), 299-306. [↗](#)
- Tsai MH, Lu FH, Frankel RM (2013): Learning to listen: Effects of using conversational transcripts to help medical students improve their use of open questions in soliciting patient problems. *Patient Education and Counseling* 93 (1), 48-55. [↗](#)
- Tschuschke V (2011): *Psychoonkologie: Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A (1985): *Meetings between experts. An approach to sharing ideas in medical consultations*. London, New York: Tavistock.
- Tulsky JA, Arnold RM, Alexander SC, Olsen MK, Jeffreys AS, Rodriguez KL, Skinner CS, Farrell D, Abernethy AP, Pollak KI (2011): Enhancing communication between oncologists and patients with a computer-based training program: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 155 (9), 593-601. [↗](#)
- Turner MM, Skubisz C, Rimal RN (2011): Theory and practice in risk communication: a review of the literature and visions for the future. Thompson TL, Parrott R, Nussbaum JF (eds.): *The Routledge Handbook of Health Communication*. 2nd ed. New York: Routledge, 146-64.
- Uexküll T v (1981): Die Zeichenlehre Jakob von Uexkülls. In: Krampen M, Oehler K, Posner R Uexküll T v (Hg.): *Die Welt als Zeichen. Klassiker der modernen Semiotik*. Berlin: Severin und Siedler, 233-79.
- Uexküll T v (1981): Lebensgeschichte und Krankheit. In: Maurer F (Hg.): *Lebensgeschichte und Identität*. Frankfurt/M: Fischer, 150-67.
- Uexküll T v (1987): Gedanken über die Wirkungsweise eines Gesprächs. In: Dyck J, Jens W, Ueding G (Hg.): *Rhetorik. Ein internationales Jahrbuch. Rhetorik und Psychologie*. Tübingen: Niemeyer (Rhetorik 6), 115-27.
- Uexküll T v (1991): Das Problem einer bio-psycho-sozialen Theorie. In: Brähler E, Geyer M, Kabanov MM (Hg.): *Psychotherapie in der Medizin*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 12-8.
- Uexküll T v (1993): Rückmeldung als Modell interpersonaler Beziehungen: Psychosomatische Medizin als Beziehungsmedizin. *Fundamenta Psychiatrica* 7, 58-63.
- Uexküll T v (1997): Biosemiose. In: Posner R, Robering K., Sebeok TA (eds.) *Semiotik/Semiotics Vol. 1*. Berlin, etc.: de Gruyter, 447-57 (wieder in: Hontschik B, Bertram W, Geigges W (2013): *Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens*. Stuttgart: Schattauer, 43-29.
- Uexküll T v (1997/2013): Medizin als Wissenschaft: Eine Theorie des therapeutischen Geschehens. In: Hontschik B, Bertram W, Geigges W (Hg.)

Bibliographie

- (2013): Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens. Stuttgart: Schattauer, 31-4.
- Uexküll T v (2001): Körper-Sein, Körper-Haben – Der Hintergrund des Dualismus in der Medizin. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 51, 128-33. [🔗](#)
- Uexküll T v (2002): Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In: Uexküll T v, Geigges W, Plassmann R (Hg.): Integrierte Medizin. Stuttgart: Schattauer, 3-22.
- Uexküll T v (2003): Psychosomatische Medizin ist Humanmedizin – Argumente im Spannungsfeld von Berufspolitik, Menschenbild und ärztlicher Verantwortung. In: RH Adler, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Uexküll T v, Wesiack W (Hg.): Uexküll Psychosomatische Medizin. München etc.: Urban & Fischer, 1339-50.
- Uexküll T v (2011): Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer.
- Uexküll T v (2013): Von Psychosomatischer zu Integrierter Medizin. In: Hontschik B, Bertram W, Geigges W (Hg.): Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens. Stuttgart: Schattauer, 61-72. (zuerst Vortrag 2000).
- Uexküll T v, Geigges W, Plassmann R (Hg.) (2002): Integrierte Medizin. Stuttgart: Schattauer.
- Uexküll T v, Wesiack W (1986): Psychosomatische Medizin, 3. Aufl. München, etc.: Urban & Schwarzenberg.
- Uexküll T v, Wesiack W (1991): Theorie der Humanmedizin. 2. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg.
- Uexküll T v, Wesiack W (2003): Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Uexküll T v, Wesiack W (Hg.): Uexküll Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 3-42.
- Uexküll T v, Wesiack W (2011): Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler RA, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 3-40.
- Uexküll T v, Wesiack W (2011): Von der Zeichentheorie zur Grundlage einer modernen Semiotik. In: Adler RA, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 10-4.
- Uhmann S (2010): Bitte einmal nachfassen. Professionelles Wissen und seine interaktive Vermittlung – Empraktische freie Infnitive im Operationssaal.

Bibliographie

- In: Dausendschön-Gay U, Domke C, Ohlhus S (Hg.): Wissen in (Inter-)Aktion. Berlin, etc.: De Gruyter, 37-69.
- Uitterhoeve R, Bensing J, Grol R, Demulder PH, Achterberg T v (2010): The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. *European Journal of Cancer Care* 19 (4), 442-57. [↗](#)
- Ulmen H, Wirth J (2014): Zur Entwicklung metaphorischen Denkens. *Psychosozial* 37, 9-26. [↗](#)
- Ulrich G, Harms K (1979): Video-analytic study of manual kinesics and its lateralization in the course of treatment of depressive syndromes. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 59, 481-92. [↗](#)
- Vail L, Sandhu H, Fisher J, Cooke H, Dale J, Barnett M (2011): Hospital consultants breaking bad news with simulated patients: an analysis of communication using the Roter Interaction Analysis System. *Patient Education and Counseling* 83 (2), 185-94. [↗](#)
- Valero Garcés C (2005): Doctor-Patient Consultations in Dyadic and Triadic Exchanges. *Interpreting: International Journal of Research and Practice in Interpreting*, 7 (2), 193-210. [↗](#)
- Valero-Garcés C (2002): Interaction and Conversational Constructions in the Relationships between Suppliers of Services and Immigrant Users. *Pragmatics: Quarterly Publication of the International Pragmatics Association*, 12 (4), 469-95. [↗](#)
- Veatch RM (1980/1989): Lebensstil, Gesundheitsrisiko und Solidarität. In: Sass HM (Hg.): *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Reclam, 329-47.
- Veatch RM (1987): *The Patient as Partner. A Theory of Human-Experimentation Ethics*. Bloomington: Indiana University Press.
- Veatch RM (1991): *The patient-physician relation: The patient as partner. Part 2*. Bloomington: Indiana University Press.
- Veatch RM (ed.) (1989): *Medical Ethics*. Boston: Jones & Barlett.
- Vehviläinen S (2008): Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction. In: Peräkylä A, Antaki C, Vehviläinen S, Leudar I (eds.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: University Press, 120-38.
- Vehviläinen S, Peräkylä A, Antaki C, Leudar I (2008): A review of conversational practices in psychotherapy. In: Peräkylä A, Antaki C, Vehviläinen S, Leudar I (eds.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: University Press, 188-97.
- Veldhuijzen W, Mogendorff K, Ram P, Weijden T v d, Elwyn G, Vleuten C v d (2013): How doctors move from generic goals to specific communicative

Bibliographie

- behavior in real practice consultations. *Patient Education and Counseling* 90 (2), 170-6. [↗](#)
- Veldhuijzen W, Ram PM, Weijden T v d, Niemantsverdriet S, Vleuten CP v d (2007): Characteristics of communication guidelines that facilitate or impede guideline use: a focus group study. *BMC Family Practice* 16 (8), 31. [↗](#)
- Veldhuijzen W, Ram PM, Weijden T v d, Vleuten CP v d (2013): Communication guidelines as a learning tool: An exploration of user preferences in general practice. *Patient Education and Counseling* 90 (2), 213-9. [↗](#)
- Veldhuijzen W, Ram PM, Weijden T v d, Wassink M, Vleuten CP v d (2007): Much variety and little evidence: a description of guidelines for doctor-patient communication. *Medical Education* 41 (2), 138-45. [↗](#)
- Ventegodt S, Flensburg-Madsen T, Andersen NJ, Merrick J (2005): The life mission theory VII. Theory of existential (Antonovsky) coherence: a theory of quality of life, health, and ability for use in holistic medicine. *Scientific World Journal* 5, 377-89. [↗](#)
- Ventres WB, Frankel RM (2015): Shared presence in physician-patient communication: A graphic representation. *Families, Systems & Health* 33 (3), 270-9. [↗](#)
- Vergouwen AC, Bakker A, Katon WJ, Verheij TJ, Koerselman F (2003): Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *Journal of Clinical Psychiatry* 64 (12), 1415-20. [↗](#)
- Vermani M, Marcus M, Katzman MA (2011): Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, cross-sectional study. *The Primary Care Companion for CNS Disorders* 13 (2). [↗](#)
- Vickers CH, Goble R, Lindfelt C (2012): Narrative co-construction in the medical consultation: How agency and control affect the diagnosis. *Communication & Medicine* 9 (2), 159-71. [↗](#)
- Viefhues H (1989): Medizinische Ethik in einer offenen Gesellschaft. In: Sass HM (Hg.): *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Reclam, 17-39.
- Vinker S, Eliyahu V, Yaphe J (2007): The effect of drug information leaflets on patient behavior. *Israel Medical Association Journal* 9 (5), 383. [↗](#)
- Vitinius F, Barthel Y, Keller M (für die KoMPASS Arbeitsgruppe) (2012): Subjektive Einschätzung der kommunikativen Kompetenz aus Sicht onkologisch tätiger Ärzte: Nutzt das KoMPASS-Kommunikationstraining? Abstractband 11. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO), Hamburg 29. November bis 01. Dezember 2012, 61.
- Vitinius F, Sonntag B, Barthel Y, Brennfleck B, Kuhnt S, Werner A, Schönefuß G, Petermann-Meyer A, Gutberlet S, Stein B, Söllner W, Kruse J, Keller M (2013): KoMPASS – Konzeption, Implementierung und Erfahrungen mit ei-

Bibliographie

- nem strukturierten Kommunikationstraining für onkologisch tätige Ärzte. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 63 (12), 482-8. [↗](#)
- Vitinius F, Steinhausen S, Neugebauer E, Wilm S, Ommen O, Pfaff H, Alich M, Boedecker AW, Gulbrandsen P (2014): Development and evaluation of a “Four-Habits”-based communication training for German general practitioners (CoTrain trial). *Journal of Psychosomatic Research* 76 (6), 517. [↗](#)
- Vitinius F, Steinhausen S, Wilm S, Leve V, Ommen O, Pfaff H, Alich M, Bödecker AW, Gulbrandsen P, Neugebauer E (2015): Development of a “Four-Habits”-based communication training for German General Practitioners (CoTrain trial) – Experience with a train the trainer course. *Psychologische Medizin Suppl 1/2015. Selected Abstracts of the Third Annual Scientific Conference of the European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM)*, 76-7.
- Vliet LM v, Wall E v d, Albada A, Spreeuwenberg PM, Verheul W, Bensing JM (2012): The validity of using analogue patients in practitioner-patient communication research: systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* 27 (11), 1528-43. [↗](#)
- Vogel H, Alpers GW (2009): Welche Kompetenzen braucht ein Psychotherapeut? Überlegungen zu den Zielen der Psychotherapieausbildung. *Die Psychodynamische Psychotherapie* 8 (3): 124-34. [↗](#)
- Vollmann J (2000): Das Informed Consent-Konzept als Politikum in der Medizin. Patientenaufklärung und Einwilligung aus historischer und medizinethischer Perspektive. In: Kettner M (Hg.): *Angewandte Ethik als Politikum*. Frankfurt/M: Suhrkamp, 253-80.
- Vollmann J, Schildmann J, Simon A (2009): *Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis*. Frankfurt/M, etc.: Campus.
- Voutilainen L (2012): Responding to emotion cognitive psychotherapy. In: Peräkylä A, Sorjonen ML (eds.): *Emotion in Interaction*. Oxford: University Press, 256-73.
- Voutilainen L, Peräkylä A, Ruusuvuori J (2011): Therapeutic change in interaction: Conversation analysis of a transforming sequence. *Psychotherapy Research* 21 (3), 348-65. [↗](#)
- Vries M de, Fagerlin A, Witteman HO, Scherer LD (2013): Combining deliberation and intuition in patient decision support. *Patient Education and Counseling* 91 (2), 154-60. [↗](#)
- Vu NV, Barrows HS (1994): Use of standardized patients in clinical assessments: recent developments and measurement findings. *Educational Researcher* 23, 23-30. [↗](#)

Bibliographie

- Vu NV, Steward DE, Marcy, M (1987): An assessment of the consistency and accuracy of standardized patients' simulations. *Journal of Medical Education* 62 (12), 1000-2. [↗](#)
- Waitzkin H, Britt T (1993): Processing narratives of self-destructive behavior in routine medical encounters: Health promotion, disease prevention, and the discourse of health care. *Social Science & Medicine* 36 (9), 1121-36. [↗](#)
- Walczak A, Butow P, Clayton J (2018): Communication at the end of life. In: Cooper N, Frain J (eds.): *ABC of Clinical Communication*. Oxford: Wiley, 55-60.
- Walczak A, Butow PN, Davidson PM, Bellemore FA, Tattersall MH, Clayton JM, Young J, Mazer B, Ladwig S, Epstein RM (2013): Patient perspectives regarding communication about prognosis and end-of-life issues: how can it be optimised? *Patient Education and Counseling* 90 (3), 307-14. [↗](#)
- Wald B (1978): Zur Einheitlichkeit und Einleitung von Diskurseinheiten. In: Quasthoff U (Hg.): *Sprachstruktur-Sozialstruktur*. Königstein/Ts: Scriptor, 128-49.
- Waldenfels B (1999): Symbolik, Kreativität und Responsivität. In: Straub J, Werbik H (Hg.): *Handlungstheorie*. Frankfurt/M: Campus, 243-60.
- Wallace J, Rao R, Haslam R (2002): Simulated patients and objective structured clinical examinations: review of their use in medical education. *Advances in Psychiatric Treatment* 8 (5), 342-50. [↗](#)
- Wallach PM, Kovach R, Elnick M (2001): Standardized patients' perceptions about their own health care. *Teaching and Learning in Medicine* 13 (4), 227-31. [↗](#)
- Wallander JL, Fradkin C, Scott SM (2014): Issues in adolescent adherence and health-behavior change. In: Martin LR, DiMatteo MR (eds.): *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence*. Oxford: University Press, 408-31.
- Wallbott HG (1989): Movement quality changes in psychopathological disorders. In: Kirkaldy B (ed.): *Normalities and Abnormalities in Human Movement*. Basel: Karger, 128-46.
- Walseth LT, Abildsnes E, Schei E (2011): Lifestyle, health and the ethics of good living. Health behaviour counselling in general practice. *Patient Education and Counseling* 83 (2), 180-4. [↗](#)
- Walseth LT, Schei E (2011): Effecting change through dialogue: Habermas' theory of communicative action as a tool in medical lifestyle interventions. *Medicine, Health Care, and Philosophy* 14 (1), 81-90. [↗](#)
- Wampold BE (2001): *The Great Psychotherapy Debate. Models, methods and findings*. New York: Erlbaum.

Bibliographie

- Wand S, Schildmann J, Burchardi N, Vollmann J (2007): Die Aufklärungsgesprächsbewertungsskala (AGBS): Ein Instrument zur Bewertung kommunikativer Kompetenzen bei der Aufklärung von Patienten über Tumorerkrankungen. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 101 (10), 645-51. [🔗](#)
- Washer P (2009): *Clinical Communication Skills*. Oxford: University Press.
- Watzlawick P, Beavin JH (1966/1990): Einige formale Aspekte der Kommunikation. In: Watzlawick P, Weakland JH (Hg.): *Interaktion*. München: Piper, 95-110. (engl. Orig. 1966).
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1967/2011): *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber. (engl. Orig. 1967).
- Watzlawick P, Weakland JH (Hg.) (1966/1990): *Interaktion*. München: Piper (engl. Orig. 1966).
- Weaver SJ, Salas E, Lyons R, Lazzara EH, Rosen MA, DiazGranados D, Grim JG, Augenstein JS, Birnbach DJ, King H (2010): Simulation-based team training at the sharp end: A qualitative study of simulation-based team training design, implementation, and evaluation in healthcare. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock* 3 (4): 369-77. [🔗](#)
- Weber H (2011): Das Gesprächs bei der Visite. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 347-58.
- Weber H, Langewitz W (2011): Basler Visitenstandard – Chance für eine gelingende Interaktionstriade Patient-Arzt-Pflegefachperson. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 61 (3-4), 193-5. [🔗](#)
- Weber H, Nübling M, Jestädt A (2001): Projekt VISCOM 2000. Visitenorganisation und Kommunikation. Empirische Untersuchung an einer internistischen Universitätsklinik des Kantonsspitals Basel. Basel: Unveröffentlichter Projektbericht.
- Weber H, Nübling M, Langewitz (2009): Das Visitengespräch. In: Langer Th, Schnell M (Hg.) *Das Arzt-Patient-/Patient-Arzt-Gespräch*. München: Marseille, 77-88.
- Weber H, Stöckli M, Nübling M, Langewitz WA (2007): Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Education and Counseling* 67 (3), 343-8. [🔗](#)
- Wegwarth O (2013): Krebsfrüherkennung und Risikokommunikation. *Therapeutische Umschau* 70 (4), 245-50. [🔗](#)
- Wegwarth O, Gigerenzer G (2013): Mangelnde Statistikkompetenz bei Ärzten. In: Gigerenzer G, Muir Gray JA (Hg.): *Bessere Ärzte, bessere Patienten*,

Bibliographie

- bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 137-51.
- Wegwarth O, Gigerenzer G (2013): Overdiagnosis and overtreatment: Evaluation of what physicians tell patients about screening harms. *JAMA Internal Medicine* 173 (22), 2086-7. [↗](#)
- Weidenkaff W (2013): Rn. 4 zu § 630c BGB. In: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, BGB. München: C. H. Beck.
- Weidner K, Herrmann-Lingen C, Herzog W, Jünger J, Kruse J, Zipfel S, Köllner V (2015): Lernziele der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie vor dem Hintergrund des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin (NKLM). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 61 (3), 275-88. [↗](#)
- Weiner SJ, Schwartz A, Cyrus K, Binns-Calvey A, Weaver FM, Sharma G, Yudkowsky R (2012): Unannounced standardized patient assessment of the Roter Interaction Analysis System: The challenge of measuring patient-centered communication. *Journal of General Internal Medicine* 28 (2), 254-60. [↗](#)
- Weiner SJ, Schwartz A, Sharma G, Binns-Calvey A, Ashley N, Kelly B, Dayal A, Patel S, Weaver FM, Harris I (2013): Patient-centered decision making and health care outcomes: an observational study. *Annals of Internal Medicine* 158 (8), 573-9. [↗](#)
- Weinert FE (2002): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert FE (Hg.): *Leistungsmessungen in Schulen*. 2. Aufl. Weinheim, etc.: Beltz, 17-32. (3. Aufl. 2014).
- Weingarten R (1990): Reformulierungen in der Gesprächspsychotherapie. In: Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R (Hg.): *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 228-40.
- Weisbach CR (2001): *Professionelle Gesprächsführung. Ein praxisnahes Lese- und Übungsbuch*. München: Dtv.
- Weiß C, Auer P (2016): Das Blickverhalten des Rezipienten bei Sprecherhäsitationen: eine explorative Studie. *Gesprächsforschung-Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 17, 132-67. [↗](#)
- Weiss M, Britten N (2003): What is Concordance? *The Pharmaceutical Journal* 271, 493. [↗](#)
- Weissmann PF, Branch WT, Gracey CF, Haidet P, Frankel RM (2006): Role modeling humanistic behavior: learning bedside manner from the experts. *Academic Medicine* 81 (7), 661-7. [↗](#)
- Weiste E, Peräkylä A (2014): Prosody and empathic communication in psychotherapy interaction. *Psychotherapy Research* 24 (6), 687-701. [↗](#)

Bibliographie

- Weiste E, Voutilainen L, Peräkylä A (2016): Epistemic asymmetries in psychotherapy interaction: therapists' practices for displaying access to clients' inner experiences. *Sociology of Health & Illness* 38 (4), 645-61. [↗](#)
- Weixler A (2017): Bausteine des Erzählens. In: Martinez M (Hg.) (2017): Erzählen. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart: Metzler, 7-21.
- Weizsäcker V v (1939/1973): Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Wellendorf F (1999): Jenseits der Empathie. *Forum der Psychoanalyse* 15, 9-24.
- Welschen LM, Bot SD, Dekker JM, Timmermans DR, Weijden T v d, Nijpels G (2010): The @RISK Study: Risk communication for patients with type 2 diabetes: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 5 (10), 457. [↗](#)
- Welschen LM, Bot SD, Kostense PJ, Dekker JM, Timmermans DR, Weijden T v d, Nijpels G (2012): Effects of cardiovascular disease risk communication for patients with type 2 diabetes mellitus on risk perception in a randomized controlled trial: The @RISK Study. *Diabetes Care* 35 (12), 2485-92. [↗](#)
- Wendelstein B (2016): *Gesprochene Sprache im Vorfeld der Alzheimer-Demenz: Linguistische Analysen im Verlauf von präklinischen Stadien bis zur leichten Demenz*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Wendelstein B, Schröder J (2015): Veränderung verbaler Kommunikation bei Alzheimer-Demenz: Zwischen Früherkennung und Ressourcenorientierung. In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Handbuch „Sprache und Medizin“*. Berlin, etc.: De Gruyter, 317-32.
- Werner A, Baur F, Zipfel S (2010): Klinische Visite und Didaktik – Umsetzung und Perspektiven. *Der Klinikarzt*, 39 (7/8), 350-5. [↗](#)
- Wernicke C (1900): *Grundriss der Psychiatrie*. Leipzig: Thieme.
- Wesselmann E, Lindemeyer T, Lorenz AL (2004): *Übersetzen im Krankenhaus; der hausinterne Dolmetscherdienst*. Frankfurt/M: Mabuse-Verlag.
- West C (2006): Coordinating closings in primary care visits: producing continuity of care. In: Heritage J, Maynard DW (eds.): *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: University Press, 379-415.
- Westermann G, Verheij F, Winkens B, Verhulst FC, Oort FVA v (2013): Structured shared decision-making using dialogue and visualization: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 90 (1), 74-81. [↗](#)
- Westphale C, Köhle K (1982): Gesprächssituation und Informationsaustausch während der Visite auf einer internistisch-psychosomatischen Krankenstation. In: Köhle K, Raspe H-H (Hg.): *Das Gespräch während der ärztlichen*

Bibliographie

- Visite. Empirische Untersuchungen. München, etc.: Urban & Schwarzenberg, 102-39.
- Weymann N, Härter M, Dirmaier J (2014): Information and decision support needs in patients with type 2 diabetes. *Health Informatics Journal* 22 (1), 46-59. [↗](#)
- White SJ (2015): Closing clinical consultations. In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Handbuch „Sprache und Medizin“*. Berlin, etc.: de Gruyter, 170-87.
- Whitney SN (2003): A new model of medical decisions: exploring the limits of shared decision making. *Medical Decision Making* 23 (4), 275-80. [↗](#)
- Whitney SN, Holmes-Rovner M, Brody H, Schneider C, McCullough LB, Volk RJ, McGuire AL (2008): Beyond shared decision making: an expanded typology of medical decisions. *Medical Decision Making* 28 (5), 699-705. [↗](#)
- Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB (2004): A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Annals of Internal Medicine* 140 (1), 54-9. [↗](#)
- Wieland W (1986): *Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft*. Heidelberg: Winter.
- Wietersheim J v (2011): Bulimia nervosa. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 652-65.
- Wiig S, Tharaldsen JE (2012): In regulation we trust. *Work* 41 (S1), 3043-50. [↗](#)
- Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR (2007): The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. *Clinical Interventions in Aging* 2 (3), 453-67. [↗](#)
- Wiltink J, Beutel ME, Till Y, Ojeda FM, Wild PS, Münzel T, Blankenberg S, Michal M (2011): Prevalence of distress, comorbid conditions and well being in the general population. *Journal of Affective Disorders* 130 (3), 429-37. [↗](#)
- Windover A (2016): Birth of the R.E.D.E. Model. In: Boissy A, Gilliganz T (eds.): *Communication the Cleveland Clinic Way: How to Drive a Relationship-Centered Strategy for Exceptional Patient Experience*. New York: McGraw Hill, 67-86.
- Windover A (2016): Making Communication Resonate with Experienced Clinicians. In: Boissy A, Gilliganz T (eds.): *Communication the Cleveland Clinic Way: How to Drive a Relationship-Centered Strategy for Exceptional Patient Experience*. New York: McGraw Hill, 87-104.

Bibliographie

- Windover AK, Boissy A, Rice TW, Gilligan T, Velez VJ, Merlino J (2014): The REDE model of healthcare communication: optimizing relationship as a therapeutic agent. *Journal of Patient Experience* 1 (1), 8-13. [↗](#)
- Winkler P (Hg.) (1981): *Methoden der Analyse von Face-to-Face-Situationen*. Stuttgart: Metzler.
- Winn K, Ozanne E, Sepucha K (2015): Measuring patient-centered care: An updated systematic review of how studies define and report concordance between patients' preferences and medical treatments. *Patient Education and Counseling* 98 (7), 811-21. [↗](#)
- Winterscheid J (2015): Pädiatrische Gespräche. In: Busch A, Spranz-Fogasy T (Hg.): *Sprache in der Medizin*. Berlin, etc.: de Gruyter, 188-207.
- Winterscheid J (ersch.): *Triadisch-pädiatrische Kommunikation in der Kinderarztpraxis*. Mannheim: *Arbeiten und Materialien zur deutschen Sprache (amades)* 53.
- Wirtz V, Cribb A, Barber N (2006): Patient-doctor decision-making about treatment within the consultation – a critical analysis of models. *Social Science & Medicine* 62 (1), 116-24. [↗](#)
- Wisikin C, Lefroy J (2015): Assessing Performance. In: Brown J, Noble LM, Pappageorgiou A, Kidd J: *Clinical Communication in Medicine*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Wissenschaftsrat (1992): *Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums*. Köln: Eigenverlag.
- Witkin HA, Lewis MB (1954): *Personality through Perception*. New York: Wiley and Sons.
- Witt C (Hg.) (2010): *Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht*. Essen: KVC Verlag.
- Wittgenstein L (1958/1980): *Philosophische Untersuchungen*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Włoszczak-Szubzda A, Jarosz MJ (2013): Selected aspects of a professional doctor-patient communication – education and practice. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 20 (2), 373-9. [↗](#)
- Wolff HP (1989): *Arzt und Patient*. In: Sass HM (Hg.): *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Reclam, 184-211.
- Wolff W (1943): *The Expression of Personality*. New York, etc.: Harper & Brothers.
- Wöller W, Kruse J (2010): Ein tragfähiges Arbeitsbündnis als Basis der therapeutischen Arbeit. In: Wöller W, Kruse J (Hg.) (2010): *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Basisbuch und Praxisleitfaden*. 3. Aufl. Stuttgart, etc.: Schattauer, 101-20.

Bibliographie

- Wöller W, Kruse J (Hg.) (2018): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Basisbuch und Praxisleitfaden. 5. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart, etc.: Schattauer.
- Woods KD (2013): Words unspoken: physician communication and the perceptions of our patients. *Obstetrics & Gynecology* 121 (1), 183-5. [↗](#)
- Woodward CA, Gliva-McConvey G (1995): The effect of simulating on standardized patients. *Academic Medicine* 70 (5), 418-20. [↗](#)
- Woopen C (2001): Medizinisches Handeln als Gegenstand von Ethik, Qualitätsmanagement und Gesundheitsökonomie. In: Lauterbach KW, Schrappe M: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement, Evidence-based Medicine. Stuttgart: Schattauer, 10-25.
- World Health Organisation (2003): Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genf, Schweiz. [↗](#)
- Wouda JC, Hulsman RL (2013): Pathways towards designing effective medical communication curricula. *Patient Education and Counseling* 93 (1), 1-2. [↗](#)
- Wouda JC, Wiel HBM v d (2012): The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Education and Counseling* 86 (1), 57-62. [↗](#)
- Wouda JC, Wiel HBM v d (2013): Education in patient-physician communication: How to improve effectiveness? *Patient Education and Counseling* 90 (1), 46-53. [↗](#)
- Wrede J, Voigt I, Bleidorn J, Hummers-Pradier E, Dierks M-L, Junius-Walker U (2013): Complex health care decisions with older patients in general practice: Patient-centeredness and prioritization in consultations following a geriatric assessment. *Patient Education and Counseling* 90 (1), 54-60. [↗](#)
- Wright S, Sayre-Adams J (2007): Who do you think you are? *Nursing Standard* 21 (32), 20-3. [↗](#)
- Wrobel A (1983): Fragen im psychoanalytisch orientierten Erstinterview. In: Keseling G, Wrobel A (Hg.) *Latente Gesprächsstrukturen*. Weinheim: Beltz, 147-74.
- Wu S, Chee D, Ugalde A, Butow P, Seymour J, Schofield P (2014): Lack of congruence between patients' and health professionals' perspectives of adherence to imatinib therapy in treatment of chronic myeloid leukemia: A qualitative study. *Palliative & Supportive Care* 13 (11), 1-9. [↗](#)
- Wuensch A, Goelz T, Bertz H, Wirsching M, Fritzsche K (2011): Disclosing information about randomised controlled trials in oncology: training concept and evaluation of an individualised communication skills training for physicians COM-ON-rct. *European Journal of Cancer Care* 20 (5), 570-6. [↗](#)
- Wunderlich D (1969): Unterrichten als Dialog. *Sprache im technischen Zeitalter* 32, 263-87.

Bibliographie

- Wunderlich D (1976): Studien zur Sprechakthorie. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Wunderlich D (1979): Was ist das für ein Sprechakt? In: Grewendorf G (Hg.): Sprechakttheorie und Semantik. Frankfurt/M: Suhrkamp, 275-324.
- Wünsch A, Boden MJ, Pärschke PP, Vitinius F, Peltzer S, Freund J, Henrich G, Bylund CL, Zimmer H, Figueiredo de MN (2018): Com-On Questionnaire: Development and Evaluation of a questionnaire to evaluate communication skills of oncologists. BMC Cancer (eingereicht).
- Wüstner K (2001): Subjektive Krankheitstheorien als Gegenstand der genetischen Beratung am Beispiel des Wiedemann-Beckwith-Syndroms. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 51 (8), 308-19. [↗](#)
- Yin B, Goldsmith L, Gambardella R (2015): Web-based education prior to knee arthroscopy enhances informed consent and patient knowledge recall. The Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume 97 (12), 964-71. [↗](#)
- Young B, Ward J, Forsey M, Gravenhorst K, Salmon P (2011): Examining the validity of the unitary theory of clinical relationships: comparison of observed and experienced parent-doctor interaction. Patient Education and Counseling 85 (1), 60-7. [↗](#)
- Zaki J, Bolger N, Ochsner K (2008). It takes two: the interpersonal nature of empathic accuracy. Psychological Science 19 (4), 399-404. [↗](#)
- Ziegler A, Hadlak A, Mehlbeer S, König I (2013): Verständnis von Nebenwirkungsrisiken im Beipackzettel. Deutsches Ärzteblatt 110 (40), 669-73. [↗](#)
- Ziegler D, Mosier M, Buenaver M, Okuyemi K (2001): How much information about adverse effects of medication do patients want from physicians? Archives of Internal Medicine 161 (5), 706-13. [↗](#)
- Zill JM, Christalle E, Müller E, Härter M, Dirmaier J, Scholl I (2014): Measurement of physician-patient communication – a systematic review. PLoS One 9 (12): e112637. [↗](#)
- Zill JM, Scholl I, Härter M, Dirmaier J (2015): Which dimensions of patient-centeredness matter? - Results of a web-based expert delphi survey. PLoS One 10 (11): e0141978. [↗](#)
- Zimmermann L, Michaelis M, Quaschnig K, Müller C, Körner M (2014): Die Bedeutung der internen und externen Partizipation für die Patientenzufriedenheit. Rehabilitation 53 (4), 219-24. [↗](#)
- Zinn W (1993): The empathic physician. Archives of Internal Medicine 153 (3), 306-12. [↗](#)
- Zwaan M de, Mühlhans B, Herpertz S (2011) Adipositas. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W (Hg.): Uexküll: Psychosomatische Medizin. 7. Aufl. München, etc.: Urban & Fischer, 841-50.

Bibliographie

Zwingmann J, Buchholz A, Reuter K, Keller M (2011): Arzt-Patienten-Kommunikation in der Onkologie Nervenheilkunde 30, 3: 144-8. [🔗](#)

Nützliche Internetlinks

Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) (2015):
<http://www.nklm.de>

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2017):
Masterplan 2020:
<https://www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html>

Onlineplattform MedTalk (Beispielsammlung aus verschiedenen
Fachdisziplinen):
<https://www.medtalk-education.de>

Ärzttekammer Nordrhein (2015): Kommunikation im medizinischen
Alltag – Ein Leitfaden für die Praxis:
<http://www.aekno.de/leitfaden-kommunikation>

Fortbildung Kommunikation in der Onkologie (KoMPASS):
<http://kompass-o.org>

Bestellmöglichkeit für das Kölner "Leporello" zur ärztlichen
Gesprächsführung und Mitteilung schwerwiegender Diagnosen:
<https://karl-koehle.de/medizindidaktik/medizindidaktik.html>

"Nationale Versorgungs-Leitlinien" der Bundesärztekammer für häufige
Erkrankungen:
<https://www.leitlinien.de/nvl>

Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften
(AWMF): Methodisch-exzellente Leitlinien, z.B. die S3-Leitlinie "Umgang
mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen
Körperbeschwerden":
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html>

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
(DEGAM):
<http://www.degam.de/fachdefinition.html>

Nützliche Internetlinks

Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (PSO):

<http://www.pso-ag.de/arbeitsgemeinschaft-psychoonkologie>

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM):

<http://www.dkpm.de/de/index.php>

Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin: AIM

<https://uexkuell-akademie.de>

European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM):

<http://eapm.eu.com>

International Association for Communication in Healthcare (EACH):

<http://www.each.eu>

Informationen zum Thema "Psychokardiologie":

<http://www.psychokardiologie.org>

Ausgewählte Kapitel aus dem "Uexküll" (Lehrbuch der Psychosomatik):

<http://nmv.azurewebsites.net/main> (incl. NetMedia Viewer)

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik Köln; Informationen zu Klinik, Lehre und Forschung:

<http://psychosomatik-psychotherapie.uk-koeln.de>

Bibliographie: Ethnomethodologie und Konversationsanalyse im Bereich der Medizin, Psychotherapie und verwandter Themen wie Kommunikationsstörungen, zusammengestellt von P. ten Have (2013):

<http://www.paultenhaven.nl/medbib.htm>

Literatur zur Medizinischen Kommunikation. Bibliographie zusammengestellt von T. Spranz-Fogasy, M. Becker, F. Menz und P. Nowak (2014):

<http://hypermedia.ids-mannheim.de/pragdb/bgf.html>.

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. med. Christian Albus
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50924 Köln

Matthias Berlin
Kölner Interprofessionelles Skills Lab und Simulationszentrum
Medizinische Fakultät
Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str.20, Geb. 42
50931 Köln

Dr. med. Felix Berlth
Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50937 Köln

Prof. Dr. med. Elfriede Bollschweiler
Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50937 Köln

Prof. Dr. Michael B. Buchholz
International Psychoanalytic University (IPU)
Stromstr. 3
10555 Berlin

Autorenverzeichnis

Dr. phil. Christina Burbaum
Praxis für körperorientierte Psychotherapie
Rathausgasse 50
79098 Freiburg

Dr. med. Seung-Hun Chon
Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50937 Köln

Dr. med. Henning Cuhls
Klinik für Palliativmedizin
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund Freud Str. 25
53127 Bonn

Prof. Dr. med. Kurt Fritzsche
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Hauptstr. 8
79104 Freiburg

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Franziska Geiser
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn

Autorenverzeichnis

Mag.^a Regina Geisler, BA
Institut für Sprachwissenschaft
Universität Wien
Sensengasse 3a
1090 Wien

Dr. rer. medic. Katarina Hauser, M.Sc.
Institut für Pharmakologie
Uniklinik Köln
Gleueler Str. 24
50931 Köln

Prof. Dr. med. Stefan Herzig (MME, Bern)
Universität zu Köln
Albertus-Magnus-Platz
50923 Köln

Dr. med. Helmut Hoffmann-Menzel
Zentrum für Palliativmedizin
Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg
Von Hompesch Str. 1
53123 Bonn

Martina Kern
Zentrum für Palliativmedizin
Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn /Rhein-Sieg
Von Hompesch Str. 1
53123 Bonn
ALPHA Rheinland
Heinrich Sauer Str. 15
53111 Bonn

Autorenverzeichnis

Dr. Laura L. Kilarski
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50924 Köln

Dr. med. Robert Kleinert
Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50937 Köln

Dr. rer. medic. Ortrun Kliche
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20
50931 Köln

Dr. phil. Armin Koerfer
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50924 Köln

Katharina Koerfer, M.Ed.
Offene Schule Köln
An der Wachsfabrik 25
50996 Köln

Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des
Universitätsklinikums Gießen
Friedrichstr. 33
35392 Gießen

Autorenverzeichnis

PD Dr. med. Michael Langenbach
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
GFO Kliniken Bonn
Robert-Koch-Str. 1
53115 Bonn

Prof. Dr. med. Hedda Lausberg
Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention
und Rehabilitation
Deutsche Sporthochschule Köln
Am Sportpark Müngersdorf 6
50933 Köln

PD Dr. med. Jan Matthes (DipMedEd, Dundee)
Institut für Pharmakologie
Uniklinik Köln
Gleueler Str. 24
50931 Köln

Dr. Inga Meyer-Kühling
Institut für Gerontologie
Ruprecht-Karls Universität Heidelberg
Bergheimer Str. 21
69115 Heidelberg

Prof. Mag. Dr. Florian Menz
Vormals: Institut für Sprachwissenschaft
Universität Wien
Sensengasse 3a
1090 Wien

Florian Menz verstarb im Juni 2017, s. Nachruf in: Gesprächsforschung
- Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion. 18 (2017), Seite 164-166
(www.gespraechsforschung-ozs.de)

Autorenverzeichnis

Dr. med. Kija Mikelsons
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
GFO Kliniken Bonn
Robert-Koch-Str. 1
53115 Bonn

Dr. med. Alexander Niecke
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50924 Köln

Prof. Dr. phil. Rainer Obliers
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50924 Köln

Samia Peltzer, M.Sc.
Universitätsklinik Köln
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Kerpener Str. 62
50937 Köln

Sandro Philippi, B.Sc.
freier Zusammenschluss von student*innenschaften e.V. (fzs)
Wöhlertstr. 19
10115 Berlin

Dr. med. Patrick Sven Plum
Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50937 Köln

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. med. Lukas Radbruch
Klinik für Palliativmedizin
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund Freud Str. 25
53127 Bonn
Zentrum für Palliativmedizin
Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn / Rhein-Sieg
Von Hompesch Str. 1
53123 Bonn

Dr. med. Thomas Reimer
Paul-Schaaf-Str. 3
52385 Nideggen

Dr. med. Bernd Sonntag
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und
Psychotherapie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50924 Köln

Dr. h.c. (RUS) Ch. Stosch, MME
Kölner Interprofessionells Skills Lab und Simulationszentrum
Medizinische Fakultät
Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str.20, Geb. 42
50931 Köln

Dr. phil. Anne-Maria Stresing
Bauhaus-Universität Weimar
Dezernat Internationale Beziehungen
Geschwister-Scholl-Straße 15
99423 Weimar

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. Thomas Spranz-Fogasy
Institut für Deutsche Sprache
R 5,6-13
68161 Mannheim

Dr. med. Frank Vitinius
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50924 Köln

Dr. med. Hendrik Vogt
St. Alexius-/St. Josef-Krankenhaus
Zentrum für seelische Gesundheit
Nordkanalallee 99
41464 Neuss

Dr. Britta Wendelstein
AOK Baden-Württemberg
Referat Rehabilitations- und Pflegeforschung
Presselstr. 19
70191 Stuttgart

Dr. Jenny Winterscheid, MA
Pädagogische Hochschule Karlsruhe
Institut für deutsche Sprache und Literatur
Bismarckstraße 10
76133 Karlsruhe

PD Dr. med. Wolfgang Wöller
Rhein-Klinik
Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Luisenstr. 3
53604 Bad Honnef