

## **Shared Decision Making oder Kommunikative Kompetenzen?**

**Ein Projekt des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung  
in Deutschland (ZI) und der Arbeits- und Koordinierungsstelle  
Gesundheitsversorgungsforschung (AKG)**

**Abschlussbericht**

**Bremen, den 30.06.2011**

**Auftragnehmer:**

Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG) im Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung in der Freien Hansestadt Bremen (VFwF e.V.)

Wilhelm-Herbst-Str. 7  
28359 Bremen  
[www.akg.uni-bremen.de](http://www.akg.uni-bremen.de)

**Projektleitung:**

Herr Prof. Dr. Norbert Schmacke

Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im VFwF e.V. und Hochschullehrer am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen

Tel.: 0421-218-8131  
Fax: 0421-218-8135  
E-Mail: [schmacke@uni-bremen.de](mailto:schmacke@uni-bremen.de)

**Projektdurchführung:**

Frau Dr. Maren Stamer, Dipl. Päd, Frau Dr. Petra Richter, Dipl. Soz. Päd,  
Herr Björn Menze, MA Public Health und Frau Sandra Beesten, BA Public Health

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im VFwF e.V.

Tel.: 0421-218-9105  
E-Mail: [mstamer@uni-bremen.de](mailto:mstamer@uni-bremen.de)

**Projektzeitraum:**

01.04.2009 bis 30.11.2010

**Danksagung**

In besonderem Maße gilt unser Dank allen am Projekt beteiligten Patienten und Patientinnen sowie Ärzten und Ärztinnen, ohne deren Bereitschaft zur Mitwirkung eine Verwirklichung des Projektes nicht möglich gewesen wäre.

Bedanken möchten wir uns ebenso bei allen, die das Projekt unterstützt und gefördert haben, insbesondere beim Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung in Deutschland, namentlich bei Dr. Dominik Graf von Stillfried, bei der Kassenärztlichen Vereinigung in Nordrhein, namentlich bei Dr. Leonhard Hansen und Dr. Edith Meier, bei der Kassenärztlichen Vereinigung in Brandenburg, namentlich bei Dr. Hans-Joachim Helming und bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, namentlich bei Dr. Burkhard John.

Bremen im Juni 2011

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. EINLEITUNG.....</b>	<b>7</b>
<b>2. THEORETISCHER HINTERGRUND .....</b>	<b>9</b>
<b>3. METHODISCHES VORGEHEN .....</b>	<b>22</b>
3.1 Forschungsdesign und Samplebildung .....	22
3.2 Methodisches Vorgehen in der Auswertung der Konsultationsgespräche.....	30
3.2.1 Gesprächsstrukturen .....	31
3.2.2 Gesprächsanalytische Elemente.....	33
3.3 Methoden der Erhebung und Auswertung für die Interviews.....	35
<b>4. ZEITMESSUNGEN – EIN ERSTER BLICK AUF DIE KONSULTATIONEN.....</b>	<b>39</b>
4.1 Länge der Konsultationen.....	39
4.2 Verteilung der Sprechzeiten .....	42
4.3 Unterbrechungen.....	48
<b>5. ERGEBNISSE DER KONVERSATIONS- UND INHALTSANALYTISCHEN INTERPRETATIONEN .....</b>	<b>53</b>
5.1 Konversationsanalysen .....	53
5.1.1 Gestaltung der Themenfindung .....	53
5.1.1.1 <i>Vorab verabredete Themen ohne Aktualisierung</i> .....	54
5.1.1.2 <i>Nicht-Beachtung geäußerter patientenseitiger Themen</i> .....	61
5.1.1.3 <i>Konsultationen ohne erkennbares Thema</i> .....	64
5.1.2 Gesprächsverläufe .....	66
5.1.2.1 <i>Unstrukturierte Gesprächsverläufe</i> .....	66
5.1.2.2 <i>Strukturierte Gesprächsverläufe</i> .....	78
5.1.3 Zusammenfassung zu Themenfindung und Gesprächsverläufen im Kontext der Konsultationsanalysen .....	108
5.1.4 Gestaltung von Entscheidungsprozessen sowie damit verbundenes ärztliches wie auch patientenseitiges Rollenverständnis.....	116
5.1.4.1 <i>Direktive ärztliche Vorgaben</i> .....	116
5.1.4.2 <i>In der Konsultation offen belassene Entscheidungen</i> .....	119
5.2 Interviews mit den Patienten und Patientinnen .....	126
5.2.1 Patientenseitige Ziele/Themen der Konsultation .....	126
5.2.2 Patientenseitige Zufriedenheit im Rahmen von Versorgungsprozessen....	137
5.2.3 Wünsche und Bedürfnisse aus patientenseitiger Perspektive .....	149
5.3 Interviews mit Ärzten und Ärztinnen .....	162
5.3.1 Arztseitig beschriebene Themen der Konsultation .....	162
5.3.2 Ärztliche Gesamtreflexion zur Konsultation.....	170

---

5.3.3. Partizipation von Patienten und Patientinnen – Überlegungen zum Konzept „Shared Decision Making“ .....	190
<b>6. SCHLUSSBETRACHTUNGEN .....</b>	<b>204</b>
6.1 Überlegungen zur Arzt-Patienten-Beziehung im Kontext von Konsultationen .....	204
6.2 Anregungen zur ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung.....	212
<b>7. LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>218</b>
<b>ANHANG 1A: EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ÄRZTE/ÄRZTINNEN .....</b>	<b>225</b>
<b>ANHANG 1B: EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG PATIENTEN/PATIENTINNEN .....</b>	<b>226</b>
<b>ANHANG 2: TRANSKRIPTIONSNOTATIONEN .....</b>	<b>227</b>
<b>ANLAGE 3: LEITFADEN .....</b>	<b>229</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.	Gesamtdauer aller Konsultationen in Minuten (gerundet)	40
Abb. 2.	Gesamtdauer hausärztlicher Konsultationen in Minuten (gerundet)	41
Abb. 3.	Gesamtdauer fachärztlicher Konsultationen in Minuten (gerundet)	41
Abb. 4.	Verhältnis Gesamtdauer ärztlicher und patientenseitiger Redezeit	42
Abb. 5.	Anzahl der Redebeiträge von Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen bis und über 50 Sekunden Dauer	44
Abb. 6.	Verhältnis Redezeit Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen bezogen auf die Redebeiträge von 11 bis 50 Sekunden Länge in Zehn-Sekunden-Etappen	45
Abb. 7.	Verhältnis Redezeit Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen bezogen auf die Redebeiträge von 51 bis 160 Sekunden Länge in Zehn-Sekunden-Etappen	45
Abb. 8.	Längste Redebeiträge von Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen in Sekunden	48
Abb. 9.	Anzahl der Unterbrechungen während der Konsultation	49

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1.	Zusammensetzung des ärztlichen Samples nach Region (Ost- und Westdeutschland) und ärztlicher Spezialisierung	26
Tab. 2.	Zusammensetzung des ärztlichen Samples nach Region (Ost- und Westdeutschland) und Praxisart	26
Tab. 3.	Zusammensetzung des ärztlichen Samples nach Region (Ost- und Westdeutschland) und Niederlassungsraum	26
Tab. 4.	Zusammensetzung des ärztlichen Samples nach Einzel- und Gemeinschaftspraxen sowie Berufsausübungsgemeinschaften sowie Niederlassungsraum	27
Tab. 5.	Zusammensetzung des patienten- und patientinnenseitigen Samples nach Zuordnung zu den am Projekt beteiligten Arztpraxen in Ost- und Westdeutschland	27
Tab. 6	Zusammensetzung des Samples: Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeinmedizin sowie Patienten und Patientinnen, die bei ihnen in Behandlung sind	28
Tab. 7	Zusammensetzung des Samples: Fachärzte und Fachärztinnen unterschiedlicher Fachrichtung sowie Patienten und Patientinnen, die bei ihnen in Behandlung sind	29
Tab. 8	Umfang der ärztlichen Redezeit (gerundet)	43

## 1. Einleitung

Das Konzept des Shared Decision Making/SDM (Partizipative Entscheidungsfindung/PEF) hat in der Politik wie der Öffentlichkeit einen hohen Grad an Akzeptanz gefunden. Dieser moderne Diskurs bereichert auf den ersten Blick die Debatten um angemessenere Kommunikationsformen bei chronischen Krankheiten, um die Stärkung der Patienten- und Patientinnenrolle wie auch die Konzeption des Gatekeeping im hausärztlichen Bereich. Zugleich ist aus der Forschungsperspektive unstrittig, dass das Konzept des SDM sich erst in den Anfängen der Realisierung befindet und erheblicher weiterer Anstrengungen in Theorie und Praxis bedarf.

Unstrittig ist ebenso, dass die Qualität der Kommunikation zwischen Ärzten und Ärztinnen und ihren Patienten und Patientinnen seit Jahrzehnten im Blickfeld der forschungsinternen wie öffentlichen Debatten steht. Vereinfacht lässt sich sagen, dass in allen seriösen Patientenbefragungen deutlich wird, dass neben einer prinzipiellen Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in erheblichem Umfang Kritik an der Qualität der Kommunikation in der ambulanten wie der stationären Medizin geäußert wird. Eine jüngste international vergleichende Studie gibt sogar Hinweise darauf, dass deutsche Patienten und Patientinnen besonders häufig über Mängel in dieser Kommunikation klagen, so in Fragen der Aufklärung über Behandlungsoptionen und Nebenwirkungen (Sawicki 2005). Insofern stellt sich immer wieder die Frage nach den Grundlagen kommunikativer Kompetenzen in der medizinischen Versorgung. Eine Landmarke der internationalen Debatte um die Notwendigkeit wie Möglichkeit der Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation stellt das Toronto Consensus Statement dar, in welchem ein Kurswechsel in der Ausbildung von Ärzten und Ärztinnen eingefordert wurde und das beispielsweise die Ziel führenden Sätze enthält: „Physicians should first encourage patients to discuss their main concerns without interruption or premature closure. This enhances satisfaction and efficacy of the consultation – yet, contrary to the expectation of many doctors, this need not take long: a maximum of 2 ½ minutes, or an average of 90 seconds. Doctors should also strive to elicit patients’ perceptions of the illness and associated feelings and expectations.” (Simpson et al. 1991: 1386) Bereits zu dieser Zeit konnte in randomisierten, kontrollierten Studien gezeigt werden, dass die Schulung von Ärzten und Ärztinnen in kompetenter Gesprächsführung sowohl die Patientenzufriedenheit wie die Qualität der Versorgung zu verbessern vermag (Stewart 1995). Die Praxis nahm diese Forschungsergebnisse nur sehr zögerlich auf, immer wieder wurde gerade durch qualitative Forschung gezeigt, dass die Patienten- und Patientinnenperspektive in der Sprechstundenmedizin nicht im erforderlichen Umfang Berücksichtigung findet und daraus Unzufriedenheit der Betroffenen, wenigstens jedoch eine retrospektive Modifizierung der eigenen, patienten-seitigen Wünsche im Lichte der erfolgten Konsultationen resultiert (Barry et al. 2000).

Nachfolgend wurde mittels Forschung versucht Antworten darauf zu finden, warum es so schwierig zu sein scheint, die klassische ärztliche Gesprächsführung patientenzen-

triert zu reformieren. Dabei ging es um den Versuch, die pathogenetische Betrachtungsweise der Ärzte und Ärztinnen wie die Erwartungshaltung und die Deutungsmuster der Patienten und Patientinnen in Lernprozessen zugleich zu adressieren (Kurtz et al. 2003). Die Problematik bleibt unverändert aktuell, jüngst etwa ausweislich des Basler Consensus Statements „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium“ (Kießling et al. 2008), wobei nicht zu verkennen ist, dass die medizinischen Fakultäten im Vergleich zu früher seit gut 10 Jahren deutlich größere Anstrengungen unternehmen, gewissermaßen vom ersten Tag des Studiums an deutlich zu machen, dass „Patienten- und Patientinnenperspektive“ kein beliebiges Thema unter anderen ist.

Gleichwohl stellt sich unverändert die Frage, welche Anstrengungen unternommen werden können, um der praktizierenden Ärzteschaft Kernkompetenzen in guter Gesprächsführung und Kommunikation näher zu bringen. Mit dieser Frage beschäftigt sich die vorliegende qualitative Studie. Sie konnte sich dabei auf eine Datengrundlage stützen, die einen privilegierten Blick in den Alltag der vertragsärztlichen Versorgung gewährt hat: es wurden Konsultationen im allgemeinmedizinisch-fachärztlichen und spezialistisch-fachärztlichen Bereich auf Tonträger aufgezeichnet und im Anschluss daran leitfadengestützte Interviews mit den Patienten und Patientinnen wie den Ärzten und Ärztinnen zu ihrem Blick auf diese Konsultation und zu Grundfragen der Arzt-Patient-Beziehung geführt. Mit dieser Kontrastierung sollte zweierlei erreicht werden: zum einen erneut herauszuarbeiten, wo sich die arzt- und patientenseitige Perspektiven auch im heutigen Alltag fundamental unterscheiden und wo sich andererseits Ansatzpunkte finden lassen, potentiell kurz- bzw. mittelfristig wirksame Beiträge zu einer Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation zu entwickeln bzw. vorhandene Trainingsprogramme zu verstärken.

Der Aufbau des Projektberichtes umfasst zunächst theoretische Ausführungen zu den Themen Shared Decision Making (SDM), kommunikative Kompetenzen wie auch Patienten- und Patientinnenzufriedenheit (Kap. 2). Es folgt eine Darstellung des methodischen Vorgehens, d. h. eine kurze Skizzierung der zur Anwendung gebrachten Methoden sowie eine Illustration der Zusammensetzung des Samples (Kap. 3). Die Kapitel 4 und 5 beinhalten die Präsentation der Ergebnisse. In Kapitel 4 erfolgt anhand von Zeitmessungen ein erster Blick auf die Konsultationen, mit Kapitel 5 schließen sich die Ergebnisse der konversations- und inhaltsanalytischen Interpretationen der Konsultationen und Interviews an. Den Abschluss des Berichtes bilden zum einen allgemeine Schlussfolgerungen zu Fragen der Arzt-Patienten-Beziehung (Kap. 6.1) und zum anderen erfolgen vorläufige Vorschläge für die Weiterentwicklung des Themenfeldes „Kommunikation“ im Rahmen ärztlicher Aus-, Fort- und Weiterbildung (Kap. 6.2).



## 2. Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Im ersten Abschnitt erfolgt eine Erörterung des Themas der Patienten- und Patientinnenzufriedenheit, im zweiten Abschnitt eine Erörterung zum Konzept „Shared Decision Making“. Damit wird sowohl die Perspektive der Patientinnen und Patienten als auch die der Ärzte und Ärztinnen in den Mittelpunkt der theoretischen Ausführungen gerückt.

### Patienten- und Patientinnenzufriedenheit

Der Begriff der Patienten- und Patientinnenzufriedenheit stellt eher ein Konstrukt denn ein Konzept dar, da es (zu) viele (un)bekannte Einflussfaktoren (als bekannt gelten z. B. die Faktoren Alter, Geschlecht und Bildungsstatus) gibt. Folglich besteht eine Problematik der Definition des Begriffes. Eine für den Bereich des Gesundheitswesens relevante Grundannahme geht auf Donabedian zurück: „Client satisfaction is of fundamental importance as a measure of quality of care because it gives information on the provider's success at meeting those client values and expectations which are matters on which the client is the ultimate authority“. (Donabedian 1980: 25). Damit sind zwar eine Programmatik und eine Forschungsrichtung angesprochen, jedoch ohne dass bereits Wege zur empirischen Hinterlegung des Begriffs der Patienten- und Patientinnenzufriedenheit aufgezeigt werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Bis heute bleibt Patientenzufriedenheit ein theoretisches Konstrukt, das in der Forschungspraxis unterschiedlich operationalisiert wird. Der Mangel an theoretischer Fundierung und einheitlichem Verständnis von Patientenzufriedenheit lässt den Schluss zu: „(...) while patient satisfaction is a term widely used, as a concept it is poorly understood.“ (Sitzia & Wood 1997: 1830). Das einfache Modell „Patientenzufriedenheit = Erwartungserfüllung – Erwartungen“ scheint die Entstehung von Patientenzufriedenheit nicht ausreichend zu erklären. Dass das Konstrukt Patientenzufriedenheit theoretische und empirische Defizite offenbart, bestätigt auch eine deutschsprachige Übersichtsarbeit zu diesem Thema: „Das Konstrukt Patientenzufriedenheit weist also theoretisch und empirisch große Lücken auf. Seine Validität als Ausdruck der Bewertung durch Patienten sowie als Mittel der Qualitätssicherung ist fragwürdig.“ (Jacob & Bengel 2000: 297)

### Quantitative Studien

Aus der Problematik der Definition von Patienten- und Patientinnenzufriedenheit ergibt sich die Schwierigkeit der Messung. Im Rahmen quantitativer Studien wird (trotz unterschiedlicher Messinstrumente) eine konstant hohe Patienten- und Patientinnenzufriedenheit konstatiert (Lewis 1994, Avis et al. 1997, Sitzia & Wood 1997, Edwards & Staniszewska 2000). Eine hohe Zufriedenheit zeigt sich auch in der Untersuchung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 2008 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008) sowie in der Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der

TKK (für den ambulanten Versorgungsbereich) aus dem Jahr 2010 (Bestmann & Verheyen 2010). Quantitative Zufriedenheitsmessungen weisen in der Regel hohe Deckeneffekte auf und sind für die Interpretation dann nur eingeschränkt zu verwenden.

- Vor dem Hintergrund der häufig ermittelten hohen Zufriedenheitsraten mit der medizinischen Versorgung besteht die Gefahr, dass das Qualitätsurteil des Patienten/der Patientin mit der Behandlungsqualität gleichgesetzt wird. Demgegenüber müssen die Ergebnisse grundsätzlich vorsichtig interpretiert werden. In Abhängigkeit von der Frageformulierung und dem Antwortformat scheint die Tendenz positiv zu antworten ein immanentes Problem von Messinstrumenten zu sein. Mögliche Ursachen dafür können Faktoren wie soziale Erwünschtheit oder die Zurückhaltung negativer Äußerungen gegenüber der helfenden Instanz sein, die das Antwortverhalten von Patienten und Patientinnen beeinflussen (Klein 2004: 14f.).
- Kritisch äußern sich auch Williams (1994) und Marcinowicz et al. (2009) im Hinblick auf die Messung von Patienten- und Patientinnenzufriedenheit mit Hilfe quantitativer Methoden.
- Einen alternativen Ansatz, die Patientenperspektive bei der Bewertung der medizinischen Versorgung zu integrieren, wurde durch die empirische Forschung des Picker Instituts Boston in den 1980er Jahren begründet. Auf der Grundlage qualitativer Forschungen wurde zunächst ermittelt, was Patienten und Patientinnen wichtig ist, wenn sie Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen (Gerteis et al. 1993). Dabei ist zum Tragen gekommen, dass für Patientenzufriedenheit konkrete Erlebnisse in der Arzt-Patient-Beziehung erfragt werden müssen: hieraus sind die schrittweise validierten Picker-Fragebögen entstanden, die ohne ihre qualitative Vorlaufphase nicht zu verstehen sind. Der ereignisorientierte Ansatz stellt also aus konkreten Ereignissen verdichtete Kategorien ins Zentrum der Befragung. Inzwischen liegen derartige Instrumente sowohl für die stationäre wie die ambulante Versorgung vor (Ruprecht 2000).

Aus der Kritik an der Messung von Patienten- und Patientinnenzufriedenheit mittels quantitativer Methoden ist inzwischen in der Gesundheitsforschung generell die Notwendigkeit der Durchführung qualitativer Studien abgeleitet worden: Williams begründet dies zutreffend: „(...) while patients' evaluations are important we must *first* gain a clearer understanding of *how* they evaluate before patient opinion can be accurately collated and interpreted.“ (Williams 1994: 509).

### **Qualitative Studien**

Nachfolgend werden einige wichtige qualitative Studien für den hier diskutierten Zusammenhang der Patienten- und Patientinnenzufriedenheit kurz charakterisiert:

- Hornsten et al. (2005) haben Interviews mit Diabetespatienten und -patientinnen zu ihren Erfahrungen in der Begegnung mit Healthcare Professionals gemacht. Sie un-

terscheiden zwischen zufrieden stellenden und unzufrieden stellenden Begegnungen, wobei Zufriedenheit explizit mit einer gemeinsamen Vereinbarung von Zielen (being in agreement about the goals) einher geht (auch/gerade bei Abweichung von medizinischen Zielen). Weitere Aspekte für Zufriedenheit sind: being autonomous and equal, feeling worthy as a person, being attended to and feeling welcome, being safe and confident (Hornsten et al. 2005: 612).

- Collins und Nicolson (2002) haben untersucht, was Patienten und Patientinnen unter Zufriedenheit verstehen im Hinblick auf eine zurückliegende hautärztliche Konsultation. Für Patienten und Patientinnen wichtige Aspekte sind: a) Diagnose, Behandlung und Heilung, b) Informationen und Erklärungen, c) ernst genommen werden, d) individuelle und persönliche Behandlung, e) kurze Wartezeiten. Die hier aufgeführten Aspekte von Zufriedenheit werden von jedem Patienten und jeder Patientin unterschiedlich stark gewichtet, wobei die Autorinnen einen Punkt hervorheben: „The ‘need to know and understand’ was apparent throughout the interviews. (...) Participants felt satisfied when doctors attempted to understand their experiences. They appreciated time to discuss their thoughts and feelings with the doctor asking questions to encourage the patient’s explanation of their symptoms. This type of interaction is characteristic of a patient-centred approach.“ (Collins & Nicolson 2002: 625)
- Andén et al. (2005) haben untersucht, welche Erfahrungen Patienten und Patientinnen im Hinblick auf eine Woche zurückliegende hausärztliche Konsultationen gemacht haben. Patienten und Patientinnen waren zufrieden, wenn sie ihren Gesundheitszustand verstanden haben. Das Wissen und Verstehen des Gesundheitsstatus war das zentrale Outcome der Konsultation aus Patientensicht (Kategorie „Verstehen“). Unzufriedenheit wurde dagegen ausgedrückt, wenn Patienten und Patientinnen das Gefühl hatten, während der Konsultation nicht gesehen oder gehört worden zu sein. In dieser Untersuchung wurde deutlich, dass Zufriedenheit vor allem abhängig von der Kategorie „Verstehen“ zu sein scheint. Die Autoren und Autorinnen heben die Wichtigkeit dieses Aspekts hervor, der eine hohe Relevanz für die patientenseitige Zufriedenheit darstellt: „The main position of understanding is in accordance with the goals for patient-centred care, but while understanding is there, above all an aspect of ‘finding common ground’, our findings suggest that it should be regarded as an end itself. (..) Satisfaction relates to all the other categories, but is first and foremost a function of understanding.“ (Andén et al. 2005: 7)
- Auch Marcinowicz et al. (2010) haben untersucht, was patientenseitige Zufriedenheit im Rahmen hausärztlicher Versorgung ausmacht. Die Interviews mit den Patienten und Patientinnen haben nicht im direkten Anschluss an Konsultationen stattgefunden, der genaue Abstand zwischen Konsultation und Interview ist nicht bekannt. Die Analyse der Interviews zeigte, dass es kein einheitliches patientenseitiges Verständnis von Zufriedenheit gibt. Stattdessen wurden Themen benannt, die Patienten und Patientinnen zufrieden stellen: positive Arzt-Patienten-Interaktionen, die Verbesserung

oder Lösung der Gesundheitsprobleme, die Erfüllung der vorausgehenden Erwartungen, eine erreichbare Gesundheitsversorgung oder die Kombination mehrerer Themen (Marcinowicz et al. 2010: 713). Positive Arzt-Patienten-Interaktionen wurden von den Patienten und Patientinnen am häufigsten wie folgt beschrieben: wenn der Arzt/die Ärztin aktiv zuhört, dem Patienten/der Patientin die Möglichkeit gegeben wird Fragen zu stellen und er sich dabei ernst genommen fühlt.

- Haugli et al. (2004) stellten in ihrer qualitativen Studie heraus, dass Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis unabhängig von zugleich geäußerter Wertschätzung spezifische Erwartungen an die Arzt-Patienten-Beziehung äußern: in der Erkrankung als Individuum mit eigener Lebens- und Krankheitsbiographie wahrgenommen zu werden und insbesondere im Erleben von Schmerzen und Leiden ernst genommen zu werden – ‚to be seen‘ und ‚to be believed‘ (Haugli et al 2004).

Zusammenfassend betrachtet zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studien ein patientenseitiges Anliegen nach Wertschätzung, nach Interesse der Ärztin bzw. des Arztes an der individuellen Persönlichkeit verbunden mit dem Wunsch, die Krankheit verstehen zu wollen und in ihr verstanden zu werden. Diese Anliegen stellen wiederum eine Grundlage für die gemeinsame Entwicklung von Versorgungszielen dar.

### **Patientenzentrierte Kommunikation als eine Grundlage zur Erhöhung von Patienten- und Patientinnenzufriedenheit**

In der Literatur finden sich zur Frage gelingender Kommunikation eine Reihe empirischer Untersuchungen, von denen einige, für diese Untersuchung besonders wichtige ebenfalls kurz erläutert werden sollen:

- Ein patientenzentrierter Gesprächsstil geht mit einer erhöhten Patientenzufriedenheit einher (z. B. Williams et al. 1998, Christen et al. 2008).
- Ein patientenzentrierter Gesprächsstil erfordert kommunikative Kompetenzen, wobei zwischen zwischenmenschlichen Kompetenzen und klinischen Kompetenzen differenziert wird; darüber hinaus wird als Kontextbedingung die leichte Erreichbarkeit des Arztes/der Ärztin z. B. für Nachfragen genannt (für den hausärztlichen Bereich Infante et al. 2004)
- Einen Zusammenhang zwischen einem patientenzentrierten Versorgungsansatz und einer patientenzentrierten Kommunikation sowie Patienten- und Patientinnenzufriedenheit zeigen Studien von Roter und Hall (1992), von Kinnersley et al. (1999) und von Stewart et al. (2003).
- Besonders herausgehoben werden soll hier die langjährige Forschung von Moira Stewart und ihrem Team. Diese entwickelten in den 1980er Jahren das patientenzentrierte Modell, welches auf Befragungen und Beobachtungen von Patienten und Patientinnen basiert, mit denen patientenseitige Bedürfnisse in der Arzt-Patient-Kommunikation in Erfahrung gebracht wurden. Die daraus konzipierte patientenzentrierte kli-

nische Methode umfasst mehrere Elemente, die Stewart in einem Editorial präzise beschreibt: „Patients want patient centred care which (a) explores the patients' main reason for the visit, concerns, and need for information; (b) seeks an integrated understanding of the patients' world – that is, their whole person, emotional needs, and life issues; (c) finds common ground on what the problem is and mutually agrees on management; (d) enhances prevention and health promotion; and (e) enhances the continuing relationship between the patient and the doctor.“ (Stewart et al. 2001: 445)

- Debra Roter und Judith Hall, die ebenfalls langjährig über Interaktionsprozesse in der Medizin geforscht haben, benennen Kommunikationsprinzipien, die die Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation positiv verändern können. Das erste Prinzip klingt scheinbar einfach, die Umsetzung in die Praxis gestaltet sich allerdings deutlich schwieriger: „Communication should serve the patient's need to tell the story of his or her illness and the doctor need to hear it. (...) The fulfillment of the basic need to feel known and understood begins with telling the story. (...) But telling the story is not so easy. (...) If the doctor does not facilitate the story telling – if the patient is not encouraged to go on – he or she often will not.“ (Roter & Hall 1992: 6)
- Frühzeitige Gesprächsunterbrechungen durch Ärzte/Ärztinnen wirken sich oft hinderlich auf den Prozess der Suche nach einem „common ground“ aus (Stevenson 2002). Auf Unterbrechungen zu verzichten fördert hingegen die patientenseitige Zufriedenheit, wobei die Gespräche – entgegen ärztlicher Annahme – nicht länger dauern als mit Unterbrechungen (Simpson et al. 1991).
- Vor diesem Hintergrund wird seit über zwanzig Jahren die Integration kommunikativer Schlüsselkompetenzen (z. B. aktives Zuhören, offen gehaltene Fragen stellen) in die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung gefordert (vgl. Simpson et al. 1991, Makoul 2001, Kiessling et al. 2008).

Anknüpfend an den ersten Abschnitt theoretischer Ausführungen zum Thema der Patienten- und Patientinnenzufriedenheit bzw. zur Perspektive von Patienten und Patientinnen folgen im nächsten Abschnitt Überlegungen zum Konzept „Shared Decision Making“.

### **Shared Decision Making**

Das Konzept „Shared Decision Making“ (Charles et al. 1997, 1999) verdeutlicht einen Wandel in der Interaktion zwischen Anbietern/Anbieterinnen und Nutzern/Nutzerinnen gesundheitsbezogener Dienstleistungsangebote. Sich verändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen ebenso wie ethische, epidemiologische, sozialwissenschaftliche und soziologische, gesundheitspolitische und auch ökonomische Argumente haben beigetragen zur Diskussion über einen Wandel von einer paternalistischen hin zu einer tendenziell partizipativen Interaktionsgestaltung (Charles et al. 1997, Scheibler & Pfaff 2003, Härter et al. 2005). Bezogen auf Arzt-Patienten-Beziehungen hat nicht zuletzt ein stärkeres Hinterfragen der Annahme krankheitsbezogen eindeutig erscheinender „richtiger“ Be-

handlungsverfahren zugunsten einer stärkeren Abwägung verschiedener verfügbarer Verfahren mit zu einem Überdenken von Prozessen der Interaktion und Entscheidungsgestaltung beigetragen. Insbesondere das Argument, dass es häufig „no clear-cut right or wrong answer“ (Charles et al. 1997: 682) gebe, führt zu der Frage, auf welche Art und Weise abgewogen und entschieden werden kann, welcher der denkbaren Behandlungswege sich bezogen auf den einzelnen Menschen am angemessensten erweist (bzw. erweisen kann). Daran anknüpfend sind vom paternalistischen Stil abweichende, neue Interaktionsstile und Entscheidungswege beschrieben worden, zum einen das Konzept „Shared Decision Making“ zum anderen auch der Weg einer „Informed Choice“, auf den an dieser Stelle nicht vertiefend eingegangen wird (Charles et al. 1997, 1999).

Gemäß der Definition von Charles et al. (1999) beinhaltet Shared Decision Making einen *wechselseitigen* Informationsaustausch zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin über alle als relevant erachteten medizinischen wie persönlichen, bio-psycho-sozialen Informationen gefolgt von einer *gemeinsamen* Abwägung von und Entscheidung zwischen potentiellen Behandlungsmöglichkeiten. Im Rahmen eines partizipativen Interaktionsstils kommt damit allen Beteiligten, also sowohl den Ärzten/Ärztinnen als auch den Patienten/Patientinnen, eine aktive Rolle in der Begegnung miteinander wie auch in der gemeinsamen Gestaltung von Entscheidungsprozessen zu.

Der Wandel von einem paternalistischen hin zu einem partizipativen Interaktionsstil geht einher mit einer Vielfalt an Fragen, z. B. nach notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen wie auch nach erforderlichen Kompetenzen für eine Umsetzung des Konzeptes „Shared Decision Making“ – explizit im Hinblick auf eine Rollenveränderung der beteiligten Akteure/Akteurinnen.

Eine Betrachtung des Wandels von Interaktionsstilen in der Begegnung zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen lässt im Sinne einer idealtypischen Betrachtung Veränderungen explizit auf der Ebene des Wissens und der Ebene der Kommunikation offenkundig werden (Stamer 2011).

### **Wissensebene**

- Veränderter Umgang mit bzw. veränderte Bewertung von Wissen:
  - a) patientenseitiges Wissen erhält eine bedeutsame gleichwertige Stellung im Verhältnis zu medizinischem Wissen
  - b) Ausdifferenzierung medizinischen Wissens, Anstieg an krankheitsbezogenen Behandlungsoptionen (insbesondere im Bereich chronischer Erkrankungen)
- Vor diesem Hintergrund erhalten unterstützende Instrumente, z. B. Entscheidungshilfen für Patienten/Patientinnen (O'Connor et al. 2009, Charles et al. 1999) wie auch (evidenzbasierte) Leitlinien für Ärzte/Ärztinnen und Kommunikationshilfen zur Gestal-

tung der Interaktion (z. B. ARRIBA; Krones et al. 2006, 2008) eine wesentliche Bedeutung.

Zusammenfassend ist auf der Wissens- bzw. Informationsebene sowohl zu bedenken, auf welches Wissen Ärzte/Ärztinnen in Bezug auf Konsultationen zurückgreifen (könnten), als auch darauf, wie Wissen – z. B. in Form von Entscheidungshilfen – mit dem Ziel einer größtmöglichen patientenseitigen Partizipationsoption aufbereitet sein sollte.

### **Kommunikationsebene**

- Bedeutsam für eine Umsetzung des Konzeptes „Shared Decision Making“ erscheint ferner, dass im Prozess der Versorgung immer wieder neu ergründet werden muss, welche Anliegen und Bedürfnisse ein Patient/eine Patientin hat. Inwieweit möchte ein Patient/eine Patientin auf den Ebenen Information, Abwägung und Entscheidung partizipieren? Und wie sind die Anliegen und Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen durch Ärzte und Ärztinnen erfassbar? So weisen Charles et al. (1997, 1999) beispielsweise daraufhin, dass ein patientenseitiger Partizipationsbedarf auf der Informationsebene nicht zwangsläufig in ein Partizipationsanliegen auf der Ebene der Bewertung von und der Entscheidung zwischen Behandlungsoptionen münden muss. Insofern bestehe während der Interaktion fortdauernd die Notwendigkeit einer beiderseitigen Rollenklärung.
- Der Frage, wie patientenseitige Partizipationspräferenzen erfasst werden können, ist in verschiedenen Studien nachgegangen worden.
  - a) Kernergebnisse der Untersuchung von Schneider et al. (2006): „Higher age and lower education was related with lower preference for involvement.“ (Schneider et al. 2006: 5) Und unter Berücksichtigung der Ergebnisse zur Erfassung der Gesundheitskontrollüberzeugung formulieren sie folgende Hypothese: „It could be hypothesized that younger patients with higher external locus of control and older patients actively decide to delegate the decisional authority to their physicians.“ (Schneider et al. 2006: 6)
  - b) Kernergebnisse der Untersuchung von Hamann et al. (2007): „Younger age, better education as well as female gender accounted for a small but statistically significantly greater desire to participate. Patients suffering from multiple sclerosis (MS) exhibited significantly higher participation preferences than the other diagnostic groups. There were no major differences between the other diagnostic groups. Age, gender, education and diagnosis explained only 14% of the variance.“ (Hamann et al. 2007: 358) Damit ist die Hypothese einer höheren Partizipationspräferenz bei Menschen mit chronischen Erkrankungen im Vergleich zu jenen mit akuten Erkrankungen nicht bestätigt worden. Da nur 14% der Partizipationsvarianzen mittels Alter, Geschlecht, Bildung und Diagnose erklärt werden konnten, kommen Hamann et al. zu dem Schluss: „The differences from one person to the next are so strong as to

dominate all other factors. Thus our predictive ability is low when using only socio-demographic and illness specific variables. In daily practice, physicians need to look at the individual patient and implicitly or explicitly address the issue of patients' preferences.“ (Hamann et al. 2007: 363)

Der mit einem partizipativen Interaktionsstil einhergehende Rollenwandel lässt vermuten, dass das veränderte Vorgehen bei den Beteiligten zu Unsicherheit und Befremden führen kann. Explizit aus professioneller Perspektive bleibt zu bedenken, welche Faktoren sich patientenseitig als partizipationshemmend erweisen können bzw. was aus professioneller Perspektive zu tun ist, um Patienten und Patientinnen zur Partizipation anzuregen. D. h., es ist zu überdenken, welche Verantwortung Ärzten und Ärztinnen beim Erfassen von Partizipationspräferenzen wie auch bei der Gestaltung einer Atmosphäre, die patienten-seitige Partizipation bestmöglich befördert und damit zu einer Überwindung traditioneller Rollenbilder beiträgt, zukommt (Scheibler et al. 2003: 16).

Die mit dem Konzept „Shared Decision Making“ einher gehenden Veränderungen auf der Wissens- wie auch auf der Kommunikationsebene veranschaulichen die Notwendigkeit einer tiefgreifenden beiderseitigen Rollenveränderung. Diese dürfte sich insbesondere im Hinblick auf die Entscheidungsfindung zeigen, zumal dann, wenn es in der Interaktion von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin nicht zu einer gelingenden wechselseitigen Vereinbarung hinsichtlich des weiteren Vorgehens kommt. Deutlich wird ein Spannungsfeld zwischen einer ärztlichen Verpflichtung gegenüber den Anliegen der Patientinnen/Patienten und gegenüber bekannter bester Evidenz im Hinblick auf die Behandlung einer definierten Krankheit (Charles et al. 1999: 657, Hall 2002: 221). Folglich können Bestrebungen, Patienten und Patientinnen von der ärztlichen Empfehlung zu „überzeugen“, auch als Versuche einer Auflösung des vorab skizzierten Spannungsfeldes betrachtet werden, die es zu reflektieren und die es im Sinne eines besseren Verstehens der verschiedenen Perspektiven zu überwinden gilt (Schmacke 2011).

### **Ärztliche Kompetenzen zur Verwirklichung partizipativer Entscheidungsprozesse**

Über welche Kompetenzen sollten Ärzte/Ärztinnen verfügen, um partizipative Entscheidungsprozesse anbieten bzw. (mit)gestalten zu können? Anknüpfend an die Arbeit von Towle und Godolphin (1999) haben Elwyn et al. die Ergebnisse einer in Großbritannien durchgeführten qualitativen Studie mit dem Titel „Shared Decision Making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices“ (Elwyn et al. 2000) vorgelegt. Sie stellen folgende Schritte zur Verwirklichung partizipativer Entscheidungsprozesse dar (Elwyn et al. 2000):

- Explizite Einbeziehung von Patienten und Patientinnen in Entscheidungsprozesse oder implizite Einbeziehung, z. B. entlang nonverbaler Botschaften; Entfaltung einer Atmosphäre, die zur Partizipation einlade



- Ergründen patientenseitiger Ideen, Empfindungen und Erwartungen hinsichtlich bestehender gesundheitlicher Probleme und deren möglicher Behandlung

Um diesen Schritt realisieren zu können, sind grundlegende ärztliche Kommunikationskompetenzen erforderlich, z. B. die Fähigkeit einschätzen zu können, wann offene und wann geschlossene Fragen angemessen erscheinen und wann Gesprächspausen einzulegen sind sowie sensibel zu sein für verbale wie nonverbale Äußerungen des Gesprächspartners/der Gesprächspartnerin (Elwyn et al. 2000: 894).

- Identifikation und Zusammenstellung aller möglichen Behandlungsoptionen (auch der Option nichts zu tun) („Portrayal of equipoise and options“)

Mit dem Begriff „equipoise“ wird darauf verwiesen, dass sich aus dem Vorkommen verschiedener gleichwertiger Behandlungsoptionen (einschließlich der Option, nichts zu tun), eine Gleichwertigkeit der Rollen von Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen ableite, deren gemeinsame Aufgabe es sei, den am angemessensten erscheinenden Behandlungsweg auszuwählen.

- Wahl einer angemessenen Präsentationsform der unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten, Unterstützung von Patienten/Patientinnen bei der Auseinandersetzung mit den dargelegten Optionen, Verknüpfung der Behandlungsmöglichkeiten mit den jeweils individuellen patientenseitigen Vorstellungen [„It was also felt that there was a need to review patient ideas, fears, misconceptions, and expectations, which may have changed after the portrayal of treatment options.“ (Elwyn et al. 2000: 895)]
- Vereinbarung über die Entscheidung (Diskussion, Verschiebung, Festlegung)

### **Mit welchen Zielen geht das Konzept „Shared Decision Making“ einher?**

- Anstieg an Zufriedenheit mit dem Versorgungsprozess auf Seiten der Patienten/Patientinnen und auf Seiten der Ärzte/Ärztinnen, höhere patientenseitige Adhärenz, erhöhte Zufriedenheit mit den getroffenen Entscheidungen aufgrund gemeinsam vereinbarter Behandlungswege (z. B. Elwyn et al. 2000, Scheibler et al. 2003, Hamann et al. 2007, Krones et al. 2008)
- Größere patientenseitige Verbindlichkeit im Hinblick auf die Umsetzung von Behandlungsentscheidungen (Charles et al. 1999: 658)
- Verbesserung von Versorgungsergebnissen (wird ambivalent diskutiert): Inwieweit dieses Ziel erreicht werden kann, dürfte nicht zuletzt davon abhängen, aus welcher Perspektive auf eine ‚Verbesserung von Versorgungsergebnissen‘ geblickt bzw. was genau darunter verstanden wird: z. B. eine an Zahlen ablesbare ‚Verbesserung‘ von Blutdruck-, Cholesterin- oder kardiovaskulären Gesamtrisikowerten, z. B. ein Absinken von Folgeerkrankungen (beispielsweise bei Patienten/Patientinnen mit Diabetes mellitus) oder ein Nachlassen chronischer Schmerzen.

Um potentielle Ergebnisse partizipativer Entscheidungsprozesse zu erfassen, sind Messinstrumente wie z. B. die so genannte OPTION Scale (Elwyn et al. 2003) entwickelt worden.

### **Welche Kommunikationsbarrieren/Kommunikationshürden zeigen sich bei einer Verwirklichung des Konzeptes „Shared Decision Making“?<sup>1</sup>**

Insbesondere mit der Arbeit von Elwyn et al. (2000) wird die Notwendigkeit kommunikativer ärztlicher Kompetenzen in Verbindung mit dem Konzept „Shared Decision Making“ veranschaulicht. Anders ausgedrückt: Shared Decision Making ist zu verstehen als ein Rahmenkonzept, das es mit Kommunikationskompetenzen bzw. Kommunikation zu „füllen“ gilt. Dabei ist insbesondere zu bedenken, dass sich die Ungleichheit der (traditionellen) Rollen von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin im Prozess angestrebter Rollenmodifikationen im Kontext von Shared Decision Making nicht einfach aus sich heraus auflöst bzw. auflösen lässt. Hierzu werden ausgewählte Studienergebnisse vorgestellt:

Die Verteilung von Instrumenten der Risikokommunikation (hier Risikotabellen) reicht nicht aus, um eine Veränderung des Verhaltens der beteiligten Akteure/Akteurinnen (Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen) zu bewirken.

- Van Steenkiste et al. (2004a, 2004b) haben mit Hilfe einer in den Niederlanden durchgeführten qualitativen Studie die Wirkung der Verteilung von kardiovaskulären Risikotabellen bzw. Risikorechner an 15 Ärzte und Ärztinnen für Allgemeinmedizin untersucht. Die Ärzte/Ärztinnen haben keine spezifische Schulung zur Nutzung der Risikotabellen, zu Risikokommunikation oder Shared Decision Making erhalten. Mit der Verteilung der Risikotabellen verknüpft war die Vermutung, dass es sowohl zu einer erhöhten Leitlinienorientierung als auch zu einer Beförderung partizipativer Entscheidungsprozesse komme könne. Jedoch hat die Untersuchung von van Steenkiste et al. (2004a) gezeigt, dass sich eine ärztliche Verhaltensänderung allein basierend auf der Übergabe einer interaktionsbezogenen Entscheidungshilfe (Risikotabellen) als unwahrscheinlich erweist.

Eine Schulung zu Risikokommunikation und Shared Decision Making kann zu einer Veränderung des Verhaltens der beteiligten Akteure/Akteurinnen (Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen) und auch zu einem Anstieg an Zufriedenheit mit dem Versorgungsprozess (Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen) und mit den getroffenen Versorgungsentscheidungen (Patienten/Patientinnen) führen:

- Krones et al. (2008) haben mittels einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie Effekte einer interaktionsbezogenen Entscheidungshilfe für den Bereich kardiovasku-

<sup>1</sup> Légaré et al. (2008) geben anhand eines aktualisierten Reviews einen Überblick über verschiedene Barrieren und unterstützende Faktoren hinsichtlich einer Implementierung des Konzeptes „Shared Decision Making“ in der klinischen Praxis.

lärer Versorgung in der Allgemeinmedizin untersucht. Die Grundlage der Studie bildet das Konzept „arriba“, ein Konzept für die hausärztliche Beratung zur kardiovaskulären Prävention (Krones et al. 2006, Krones et al. 2008). Im Rahmen der Untersuchung von Krones et al. (2008) ist auf bereits bestehende ärztliche Fortbildungsgruppen zurückgegriffen worden. In der Interventionsgruppe ist eine Fortbildung zur Entscheidungshilfe in Verbindung mit dem Konzept „Shared Decision Making“ durchgeführt worden, in der Kontrollgruppe hat es ebenfalls Fortbildungstreffen gegeben, jedoch nicht zum Konzept „arriba“. Erhoben worden sind der Modus patientenseitiger Beteiligung, die Entwicklung patientenseitiger Zufriedenheit sowie die Entwicklung des kardiovaskulären Gesamtrisikos.

- In der Untersuchung von Krones et al. (2008) zeigt sich durch entsprechende Schulung in der Interventionsgruppe ein signifikant höherer Anstieg an patientenseitiger Zufriedenheit und Partizipation im Vergleich zur Kontrollgruppe. Auch ist die Rede davon, dass die Patienten und Patientinnen der Interventionsgruppe ein halbes Jahr nach der ersten Konsultation die zuvor getroffenen Entscheidungen weniger bedauern im Vergleich zu den Patienten/Patientinnen der Kontrollgruppe (Krones et al. 2008: 223).
- Ähnlich wie in der Studie von Krones et al. (2008) zeigt sich auch im Rahmen der Untersuchung von Edwards et al. (2004, 2005), dass Kommunikationstraining Effekte haben kann. Berichtet wird von einem Anstieg an patientenseitiger Partizipation; wobei die Fortbildungsreihenfolge „Risikokommunikation – Shared Decision Making“ als geeigneter eingeschätzt wird als die Reihenfolge „Shared Decision Making – Risikokommunikation“ (Elwyn et al. 2004). Berichtet wird auch von einem Anstieg an Zufriedenheit bei den Patienten/Patientinnen, jedoch scheint dieser Anstieg weniger auf den neuen Interaktionsstil als vielmehr auf veränderte Rahmenbedingungen (ungestörte und längere Konsultationen in der Forschungsklinik) zurückzuführen zu sein (Edwards et al. 2004: 351f.).
- Neben der Frage patientenseitiger Zufriedenheit sind den Ergebnissen der vorab skizzierten Untersuchung auch Aussagen zur Entwicklung ärztlicher Zufriedenheit zu entnehmen. Durchgeführt worden sind Fokusgruppen mit Ärzten und Ärztinnen, die an der Studie eilgenommen haben. „The GPs (general practitioners, Anmerk. d. Verf.) indicated positive attitudes towards involving patients and described positive effects on their consultations. However, the frequency of applying the new skills and tools was limited outside the trial. Doctors were selective about when they felt greater patient involvement was appropriate and feasible, rather than seeking to apply the approaches to the majority of consultations. They felt they often responded to consumer preferences for low levels of involvement in decision making. Time limitations were important in not implementing the approach more widely.“ (Edwards et al. 2005: 6) Hinsichtlich erworbener Kommunikationsfähigkeiten haben die Ärzte/Ärztinnen dargelegt, dass sie selbst wie auch die Patienten/Patientinnen gelernt

hätten, Entscheidungen auf eine neue, partizipative Art und Weise miteinander zu treffen. Dennoch habe sich das Erfassen patientenseitiger Partizipationspräferenzen ebenso wie ein flexibler Umgang mit der Darstellung von Risikoinformationen auch als schwierig erwiesen. (Edwards et al. 2005: 9f.)

Ergänzend zur Frage eines möglichen Anstiegs an patientenseitiger Partizipation wie auch eines Anstiegs an patientenseitiger wie auch ärztlicher Zufriedenheit wird im Rahmen von Untersuchungen zur Implementierung des Konzeptes „Shared Decision Making“ in die klinische Praxis auch eine potentielle Veränderung messbarer Werte ergründet (z. B. Krones et al. 2008, Mortsiefer et al. 2008, in der Schmitt et al. 2008). Da diese Thematik im Hinblick auf die nachfolgende Ergebnispräsentation (vgl. Kap. 5) nicht entschieden ist, wird sie an dieser Stelle nicht weiter erörtert.

### **Resümee zum Thema „Shared Decision Making“**

Die Ergebnisse der exemplarisch ausgewählten Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass eine Umsetzung des Konzeptes „Shared Decision Making“ ein spezifisches ärztliches Kommunikationstraining erfordert. Neben der Frage der Kommunikationskompetenzen bleibt ferner die Bedeutung ärztlicher Haltungen zum Umgang mit Entscheidungen im Behandlungsprozess wie auch die Bedeutung ärztlicher Haltungen im Umgang mit Wissen zu ergründen (Stamer 2011).

Verknüpft mit diesen Haltungen wird deutlich, dass das Konzept „Shared Decision Making“ zu einem modernen Compliance-Konzept generieren kann, z. B. wenn Ärzte und Ärztinnen von einer mehr oder weniger unabdingbaren Richtigkeit ihres Wissens ausgehen und folglich eher bestrebt sind, Patienten und Patientinnen vom ärztlich angedachten Behandlungsweg zu überzeugen denn einen Weg gemeinsam auszuhandeln bzw. zu vereinbaren.

So ist einer Auswertung ärztlicher Interviews zur Nutzung von Risikotabellen beispielsweise zu entnehmen, dass Ärzte/Ärztinnen angeben, Risikotabellen bewusst im Sinne eines Angst erzeugenden Instruments zum Erwirken von Compliance zu nutzen (van Steenkiste et al. 2004a: 34ff, vgl. dazu auch Stamer 2011). Zu einem analogen Ergebnis kommen auch Torley et al. (2005). Auch im Rahmen der Untersuchung von Edwards et al. (2005) ist die Rede davon, als Arzt/Ärztin Risikoinformationen nicht im Hinblick auf eine gemeinsame Abwägung sondern mit dem Ziel der Legitimierung ärztlicher Behandlungsvorstellungen genutzt zu haben. „Responders were aware on the influence of their own preferences and experience on treatment decisions. Some reported that they had used the risk communication packages to legitimize and justify decisions already made, rather than for sharing decision making.“ (Edwards et al. 2005: 10)

Vor diesem Hintergrund erscheint es als bedeutsam, ein Nachdenken über das traditionelle Compliance-Konzept ins Zentrum medizinischer Aus-, Fort- und Weiterbildung zu

rücken. Sofern es gelingt, ärztliche Compliance Motive im Einzelnen zu entschlüsseln und im Hinblick auf zukünftiges Handeln aufzulösen, könnte darin auch eine Chance liegen für die Weiterentwicklung von Versorgungsidealen, die gleichermaßen und in Verbindung miteinander eine Berücksichtigung evidenzbasierter Medizin als auch eine Berücksichtigung der Patienten- und Patientinnenperspektiven vorsieht.

Als ein weiteres Themenfeld könnte das der Kommunikationskompetenz und der Kommunikationsanalyse in den Blickpunkt weiterführender Betrachtungen gerückt werden (Schmacke 2011). Eine solche Betrachtung wiederum ist nicht denkbar ohne eine vertiefte Auseinandersetzung mit Fragen zum Verstehen des Anderen (Gadamer 1990, Thomssen 1992), z. B. dem Patienten/der Patientin oder dem Kollegen/der Kollegin.

Insofern ist – zusammenfassend betrachtet – nicht mit raschen Lösungen im Hinblick auf einen Wandel von einem tendenziell paternalistischen hin zu einem tendenziell partizipativen (patientenseitige wie ärztliche Perspektiven berücksichtigenden) Interaktionsstil zu rechnen.

### **3. Methodisches Vorgehen**

Die Auswahl der für ein Forschungsprojekt geeigneten Methoden gründet sich wesentlich auf ihre Angemessenheit im Hinblick auf die zu untersuchende Forschungsfrage (Flick 2007, Sackett & Wennberg 1997). Im Mittelpunkt des vorliegenden Projektes steht die Frage, welche kommunikativen Kompetenzen den Prozess ärztlicher Entscheidungs- und Versorgungsbegleitung fördern können. Abgeleitet aus der Perspektive von Ärzten/Ärztinnen und von Patienten/Patientinnen gilt es zu ergründen, wo Elemente gelingender und wechselseitig geschätzter Kommunikation liegen und wo nicht. Zielsetzung des Projektes ist es, weiterführende Erkenntnisse für die Gestaltung von Trainingsprogrammen zur Erhöhung kommunikativer Kompetenzen zu entwickeln und damit perspektivisch einen Beitrag zur Verbesserung der Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-Kommunikation zu leisten.

Vor dem Hintergrund der Forschungsfrage und der Zielsetzung ist für das Projekt ein qualitatives Design gewählt worden. Mit qualitativen Methoden werden Phänomene sowie die Bedeutungen, die diese für die beteiligten Personen haben, untersucht. Insoweit ist qualitative Forschung geeignet für die Mikroebene sozialer Analysen und orientiert sich am interpretativen Paradigma. Damit einher geht das generelle Forschungsziel, soziale Wirklichkeiten nachvollziehen und verstehen zu wollen. Neben dem Prinzip der Offenheit als Grundlage qualitativer Forschung – in Abgrenzung zum Prinzip der Standardisierung bei quantitativer Forschung – sind demnach als weitere Kennzeichen Subjektorientierung, Alltagsorientierung und Kontextualität zu benennen. (Flick et al. 2000, Flick 2007)

#### **3.1 Forschungsdesign und Samplebildung**

Die Grundlage des empirischen Vorgehens im vorliegenden Forschungsprojekt ist die Aufzeichnung und Auswertung von Alltagssituationen in Arztpraxen unterschiedlicher Fachgebiete (Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Urologie, Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde, Dermatologie). Unter Alltagssituationen werden Konsultationsgespräche zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen verstanden. Die Gespräche sind mit Hilfe eines Audioaufzeichnungsgerätes aufgenommen worden. Ein Forscher/eine Forscherin war während der Konsultation nicht anwesend. Unmittelbar im Anschluss an die Konsultation haben – jeweils getrennt voneinander – ein Interview mit dem Patienten/der Patientin und mit dem Arzt/der Ärztin stattgefunden. Mit Hilfe der Interviews sollen die unterschiedlichen Perspektiven im Hinblick auf das zuvor stattgefundene Gespräch in Erfahrung gebracht werden. Neben dem Ergründen der verschiedenen Perspektiven und daraus abzuleitender Schlussfolgerungen ist das vorab skizzierte Vorgehen zugleich mit der Vorannahme verbunden, dass es mittels Aufgreifen typischer oder alltäglicher Praxissituationen gelingen kann, Ärzte und Ärztinnen dafür zu sensibilisieren, sich erneut mit der Frage zu beschäftigen, wie sie den Erwartungen ihrer Patienten und Patientinnen besser gerecht werden können.

## Der Ablaufplan zum Forschungsprojekt

Das Forschungsprojekt hat mit einer Kontaktaufnahme zu Ansprechpartnern/Ansprechpartnerinnen in einzelnen ausgewählten Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in West- und Ostdeutschland (KV Nordrhein, KV Brandenburg, KV Sachsen-Anhalt) begonnen. Im Rahmen von Veranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist auf das Forschungsprojekt aufmerksam gemacht worden. Ärzte und Ärztinnen, die Interesse an einer Teilnahme am Projekt gezeigt haben, sind ausführlich – schriftlich und telefonisch – über den Projektablauf informiert worden<sup>2</sup>. Mit Zustimmung zur Projektteilnahme sind sie gebeten worden, Patienten und Patientinnen zu fragen, ob sie sich eine Konsultationsaufzeichnung mit anschließendem Interview vorstellen können. Über den Arzt/die Ärztin haben interessierte Patienten und Patientinnen einen Informationsbrief der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG) zum Forschungsprojekt erhalten. Der Brief enthielt die Bitte an die Patienten und Patientinnen, sich telefonisch in der AKG zu melden, um ggf. offen gebliebene Fragen miteinander zu besprechen. Sowohl in der Information an den Arzt/die Ärztin als auch in der an den Patienten/die Patientin ist dargelegt worden, dass im Projekt die Aufzeichnung von Alltagssituationen in Arztpraxen angestrebt wird. Deutlich gemacht worden ist ferner, dass es sich um ausführlichere Gespräche handeln sollte, in denen zum Beispiel über einen zurückliegenden Behandlungsprozess (z. B. ein Bilanzierungsgespräch in einem Disease Management Programm) oder über den Beginn einer neuen Behandlung (z. B. Beginn einer längerfristigen medikamentösen Behandlung oder Umstellung auf ein neues Medikament im Rahmen einer länger gehenden Behandlung) gesprochen wird. Sobald ein Patient/eine Patientin seine/ihre Zustimmung zur Teilnahme am Forschungsprojekt gegeben hatte, konnte ein Termin für die Erhebung verabredet werden. Zur Organisation des technischen Ablaufs war ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin der AKG bereits vor der Konsultation vor Ort; er/sie war bei dem Gespräch aber nicht persönlich anwesend. Die nachfolgenden Interviews haben jeweils in den Praxisräumen stattgefunden. Alle am Projekt beteiligten Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen haben eine Einverständniserklärung<sup>3</sup> unterzeichnet. Um die für die Arztpraxen durch eine Forschungsteilnahme entstehenden Belastungen möglichst gering zu halten, ist in jeder teilnehmenden Praxis lediglich eine Konsultation mit anschließenden Interviews aufgezeichnet worden. Sowohl die Ärzte und Ärztinnen als auch die Patienten und Patientinnen haben eine Aufwandsentschädigung für ihre Projektteilnahme erhalten.

---

<sup>2</sup> Neben dem Weg der Suche nach teilnehmenden Ärzten/Ärztinnen über die genannten Kassenärztlichen Vereinigungen ist bei der Samplebildung auch auf das so genannte „Schneeballsystem“ zurückgegriffen worden. Das hat zur Folge, dass auch Ärzte/Ärztinnen am Projekt beteiligt waren, die außerhalb der vorab genannten Kassenärztlichen Vereinigungen niedergelassen sind.

<sup>3</sup> Ausführungen zu Ethik und Datenschutz sind dem Ethik- und Datenschutzkonzept der AKG, das eine wesentliche Grundlage für die Durchführung des Projektes bildet, zu entnehmen (Müller et al. 2009).

## Überlegungen zur Samplebildung

Das Forschungsdesign und die damit verbundene Samplebildung – explizit die Ansprache der Patienten und Patientinnen über die jeweiligen Arztpraxen – legt nahe, dass dem Sample eine „Positivauswahl“ zugrunde liegt. Vor dem Hintergrund, dass eine forschungsbezogene Aufzeichnung von Konsultationsgesprächen in Deutschland bislang noch keine Tradition hat, ist der vorab skizzierte Prozess der Samplebildung dennoch in dieser Form für das Projekt gewählt worden, um potentielle Hemmschwellen auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen für eine Teilnahme so niedrig wie möglich zu halten. Neben der „Positivauswahl“ bleibt als zweites Problem bei der Sampleauswahl die Gefahr zu benennen, dass angefragte Patienten und Patientinnen teilnehmen, obwohl sie dem Forschungsprojekt eher skeptisch oder ablehnend gegenüberstehen. Motive für ihre Teilnahme könnten zum Beispiel sein, dass sie eine Verschlechterung der Versorgung befürchten, wenn sie der Anfrage ihres Arztes/ihrer Ärztin nicht zustimmen, oder dass sie ihrem Arzt/ihrer Ärztin mit einer Teilnahme am Projekt einen Gefallen tun möchten. Da die Aufzeichnung von Konsultationen grundsätzlich erfordert, dass beide Beteiligte zustimmen, ist das vorab skizzierte Problem einer potentiellen Abhängigkeit der patientenseitigen Entscheidung vom Arzt/von der Ärztin unabhängig von der Art und Weise der Suche nach Teilnehmenden nie ganz auszuschließen. Im vorliegenden Projekt haben alle angefragten Patienten und Patientinnen einen Brief bekommen, in dem einerseits die Studie erläutert wurde und in dem andererseits die Aufforderung zum Anruf in der AKG enthalten war. Im Rahmen der stattgehabten Telefonate bestand die Möglichkeit, mit den Patienten und Patientinnen nochmals darüber zu sprechen, ob sie am Projekt teilnehmen oder nicht teilnehmen möchten.

Trotz der vorab skizzierten schriftlichen und mündlichen Erläuterungen zum Projekt, trotz wiederholter Gespräche mit Ärzten/Ärztinnen wie auch mit den Patienten/Patientinnen ist die Problematik der Sampleauswahl vor dem Hintergrund der Forschungsfrage und des damit verbundenen Forschungsdesigns nicht grundlegend auflösbar. Vielmehr gilt es, die Besonderheiten der Zusammensetzung des Samples im Prozess der Auswertung kontinuierlich zu berücksichtigen und zu bedenken.

Das Studiendesign – explizit die Aufzeichnung von Konsultationen – hat es mit sich gebracht, dass sich die Suche nach teilnehmenden Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen als schwierig und damit verbunden auch als zeitaufwendig gestaltet hat. Insoweit gilt der spezielle Dank des Forschungsteams all jenen, die sich für eine Projektteilnahme bereit erklärt haben. Ziel des Projektes ist es, Elemente gelingender Kommunikation zu ergründen, um diese nutzbar zu machen für die Weiterentwicklung von Angeboten ärztlicher Aus-, Fort- und Weiterbildung. Vor dem Hintergrund dieses Projektzieles erscheint die vorab beschriebene „Positivauswahl“ bei der Samplebildung als angemessen. So besteht die Vorannahme, dass sich vorrangig jene Ärzte und Ärztinnen zur Teilnahme an einem Kommunikationsprojekt bereit erklären, die sich bereits ausführlich mit ihren kommu-



nikativen Kompetenzen auseinandergesetzt haben und dass sie Patienten und Patientinnen ansprechen werden, mit denen sie sich die Gestaltung gelingender Gespräche vorstellen können. Gespräche dieserart wiederum – so die Vorannahme – bieten die Chance der Ableitung von Elementen gelingender Kommunikation. Zugleich wird entlang der Interpretation der Konsultationen – in Verbindung mit der Auswertung der Interviews – deutlich, wo Barrieren einer Veränderung traditioneller Kommunikationsstile verankert zu sein scheinen und inwieweit Potentiale der Verbesserung von Kommunikationsprozessen bestehen.

### **Die Zusammensetzung des Samples**

Im Rahmen des Projektes sind insgesamt 15 Konsultationen aufgezeichnet und jeweils 15 Interviews mit den beteiligten Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen durchgeführt worden. Eine der aufgezeichneten Konsultationen sowie die dazugehörigen Interviews sind nicht mit in die Auswertung eingeflossen, da das Gespräch keinen konkreten medizinischen Anlass hatte. Somit besteht das Sample aus 14 Ärzten und Ärztinnen sowie 14 Patienten und Patientinnen.

Basierend auf verschiedenen Dimensionen – Geschlecht, ärztliche Fachrichtung (haus- und fachärztliche Versorgung<sup>4</sup>), Lage der Arztpraxis (Großstadt, Stadt, Land in Ost- und Westdeutschland), Art der Arztpraxis (Einzel- oder Gemeinschaftspraxis) und Dauer der ärztlichen Niederlassung – erfolgte eine Vorab-Festlegung des ärztlichen Samples (Flick 2007: 155f.). Die Berücksichtigung der verschiedenen Dimensionen geht mit dem Bestreben einer Samplebildung mit „maximaler Variation“ (Flick 2007: 167) einher, um auf diesem Wege zu größtmöglicher Vielfalt im Hinblick auf die Erfassung von Konsultationssituationen wie auch damit verbunden von subjektiven Sichtweisen der beteiligten Akteure und Akteurinnen zu gelangen. Eine Auswertung getrennt nach den Dimensionen, z. B. im Sinne eines Vergleiches zwischen Ärzten und Ärztinnen oder zwischen Arztpraxen in Ost- und Westdeutschland, wird hingegen nicht angestrebt. Die Anzahl der den einzelnen Teilgruppen des Samples zuzuordnenden Interviewpartner und -partnerinnen erweist sich als zu klein, um einen inhaltsanalytischen Vergleich anzufertigen. Das nachfolgend tabellarisch dargestellte Sample spiegelt die unter den Rahmenbedingungen des Projektes maximal mögliche Variation der Zusammensetzung des ärztlichen Samples wider.

---

<sup>4</sup> Begrifflich ist üblicherweise von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung die Rede. Diese Begriffswahl ist insofern missverständlich, als dass beide Versorgungsbereiche von Fachärzten und -ärztinnen abgedeckt werden. In Ermangelung alternativer Bezeichnungen zur Abgrenzung der beiden Versorgungsbereiche voneinander werden im Projektbericht dennoch die Begriffe hausärztlich und fachärztlich verwendet.

**Tabelle 1: Zusammensetzung des ärztlichen Samples nach Region (Ost- und Westdeutschland) und ärztlicher Spezialisierung**

	Fachärzte und -ärztinnen für Allgemeinmedizin	Fachärzte und -ärztinnen der Gebiete Gynäkologie, HNO und Dermatologie	Gesamt
Ostdeutschland	4 Frauen, kein Mann	2 Frauen, 1 Mann	7
Westdeutschland	4 Männer, keine Frau	1 Frau, 2 Männer	7
Gesamt	8 (4 Frauen, 4 Männer)	6 (3 Frauen, 3 Männer)	14

Das Alter der am Projekt beteiligten Ärzte liegt zwischen 46 und ca. 60 Jahren, das der beteiligten Ärztinnen zwischen 40 und ca. 60 Jahren. Entsprechend erstreckt sich der Zeitraum der Niederlassung von fünf Jahren bis hin zu über 30 Jahren.

**Tabelle 2: Zusammensetzung des ärztlichen Samples nach Region (Ost- und Westdeutschland) und Praxisart**

	Einzelpraxis	Gemeinschaftspraxis und Berufsausübungsgemeinschaft	Gesamt
Ostdeutschland	4 Frauen, 1 Mann	2 Frauen	7
Westdeutschland	3 Männer	3 Männer, 1 Frau	7
Gesamt	8	6	14

Von den allgemeinmedizinischen Praxen werden drei als Einzelpraxen und fünf als Gemeinschaftspraxen bzw. als Praxen mit Berufsausübungsgemeinschaft geführt. Bezogen auf die Praxen anderer Spezialisierung zählen zum Sample eine Ärztin aus einer Gemeinschaftspraxis und ein Arzt aus einer Berufsausübungsgemeinschaft sowie vier Ärzte/Ärztinnen mit einer Einzelpraxis.

**Tabelle 3: Zusammensetzung des ärztlichen Samples nach Region (Ost- und Westdeutschland) und Niederlassungsraum**

	Großstadt	Stadt	Ländlicher Raum	Gesamt
Ostdeutschland	keine	4 Frauen	2 Frauen, 1 Mann	7
Westdeutschland	3 Männer, 1 Frau	1 Mann	2 Männer	7
Gesamt	4	5	5	14

Die folgende Tabelle zeigt, wie sich die am Projekt beteiligten Einzel- und Gemeinschaftspraxen bzw. die Praxen mit Berufsausübungsgemeinschaft auf großstädtische, städtische und ländliche Bereiche verteilen.

**Tabelle 4: Zusammensetzung des ärztlichen Samples nach Einzel- und Gemeinschaftspraxen sowie Berufsausübungsgemeinschaften sowie Niederlassungsraum**

	Großstadt	Stadt	Ländlicher Raum	Gesamt
Einzelpraxis	keine	2	5	7
Gemeinschaftspraxis und Berufsausübungsgemeinschaft	4	3	keine	7
Gesamt	4	5	5	14

Während in Verbindung mit dem ärztlichen Sample von einer Vorab-Festlegung (Flick 2007: 155f.) gesprochen werden kann, handelt es sich bei der Zusammensetzung des patienten- und patientinnenseitigen Samples insoweit um eine zufällige Samplebildung, als dass die am Projekt beteiligten Ärzte und Ärztinnen Patienten und Patientinnen nach ihrem Interesse an einer Projektteilnahme gefragt haben. Zum Sample des Projektes zählen sieben Patienten im Alter von 33 bis 72 Jahren und sieben Patientinnen im Alter von 45 bis 80 Jahren.

**Tabelle 5: Zusammensetzung des patienten- und patientinnenseitigen Samples nach Zuordnung zu den am Projekt beteiligten Arztpraxen in Ost- und Westdeutschland**

	Fachärzte und -ärztinnen für Allgemeinmedizin	Fachärzte und -ärztinnen der Gebiete Gynäkologie, HNO und Dermatologie	Gesamt
Ostdeutschland	1 Patientin, 3 Patienten	3 Patientinnen, kein Patient	7
Westdeutschland	1 Patientin, 3 Patienten	2 Patientinnen, 1 Patient	7
Gesamt	8 (2 Patientinnen, 6 Patienten)	6 (5 Patientinnen, 1 Patient)	14

Die Zeitspanne der Behandlung der am Projekt beteiligten Patienten/Patientinnen in den jeweiligen Arztpraxen variiert zwischen ca. zwei Wochen und ca. 35 Jahren. Zum Zeitpunkt der Konsultationsaufzeichnungen und der Interviews sind fünf Patienten und Patientinnen (drei Männer und zwei Frauen) berufstätig, drei (zwei Männer, eine Frau) sind arbeitssuchend, drei sind im Ruhestand (ein Mann, zwei Frauen) und eine Patientin ist als Familienarbeitsfrau tätig. Eine Patientin und Patient haben keine Angaben zu ihrer beruflichen Situation gemacht. Angaben zum Wohnort der Patienten und Patientinnen sind im Rahmen des Projektes nicht erhoben worden.

Mittels der beiden folgenden Tabellen wird eine Übersicht über das gesamte Sample – die beteiligten Ärzte und Ärztinnen und die beteiligten Patienten und Patientinnen – gegeben. Dargestellt wird, welcher Patient/welche Patientin warum bei welchem Arzt/bei welcher Ärztin in Behandlung ist. Die tabellarische Übersicht soll als begleitende Orientierung beim Lesen der Ergebniskapitel (Kap. 5.1, 5.2 und 5.3) dieses Projektberichtes dienen.

**Tabelle 6: Zusammensetzung des Samples: Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeinmedizin sowie Patienten und Patientinnen, die bei ihnen in Behandlung sind**

Konsultation	Arzt/Ärztin	Praxisart und Region der Niederlassung, Dauer der Niederlassung	Patient/Patientin	Alter, Behandlungsgrund, Zeitraum der Behandlung in der Praxis
K1	Herr A1	Gemeinschaftspraxis in e. Großstadt, niedergelassen seit ca. 10 Jahren	Herr P1	44 Jahre, Diabetes Mellitus, seit ca. 2 Wochen in der Praxis
K4	Herr A4	Berufsausübungsgemeinschaft in einer Großstadt, Dauer der Niederlassung unbekannt	Herr P4	54 Jahre, Hypertonus, Zeitraum der Behandlung in der Praxis nicht bekannt
K5	Herr A5	Einzelpraxis im ländlichen Raum, niedergelassen seit 28 Jahren	Herr P5	52 Jahre, Depression, seit vielen Jahren in der Praxis
K6	Herr A6	Berufsausübungsgemeinschaft in einer Großstadt, seit ca. 30 Jahren niedergelassen	Frau P6	67 Jahre, Hypertonus, Diabetes Mellitus, KHK, seit ca. 30 Jahren in der Praxis
K7	Frau A7	Einzelpraxis im ländlichen Raum, seit 18 Jahren niedergelassen	Herr P7	41 Jahre, Hypertonus, Diabetes Mellitus, seit 18 Jahren in der Praxis
K12	Frau A12	Einzelpraxis in der Stadt, Dauer der Niederlassung unbekannt	Frau P12	73 Jahre, Diabetes Mellitus, Hyper-tonus, seit vielen Jahren in der Praxis
K13	Frau A13	Gemeinschaftspraxis in der Stadt, seit 17 Jahren niedergelassen	Herr P13	33 Jahre, Substitution, seit ca. 3,5 Jahren in der Praxis
K14	Frau A14	Gemeinschaftspraxis in der Stadt, seit ca. 8 Jahren niedergelassen	Herr P14	55 Jahre, KHK, Herzinsuffizienz, seit ca. 5 Jahren in der Praxis

**Tabelle 7: Zusammensetzung des Samples: Fachärzte und -ärztinnen unterschiedlicher Fachrichtungen sowie Patienten und Patientinnen, die bei ihnen in Behandlung sind**

Konsultation	Arzt/Ärztin	Praxisart und Region der Niederlassung, Dauer der Niederlassung	Patient/ Patientin	Alter, Behandlungsgrund, Zeitraum der Behandlung in der Praxis
K3	Herr A3	FA für Urologie, Berufsausübungsgemeinschaft in einer Stadt, niedergelassen seit 26 Jahren	Herr P3	72 Jahre, Blasenkrebs, seit ca. 7 Jahren in der Praxis
K8	Herr A8	FA für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Einzelpraxis im ländlichen Raum, niedergelassen seit 9 Jahren	Frau P8	68 Jahre, Schwerhörigkeit, seit ca. 5 Jahren in der Praxis
K9	Frau A9	FÄ für Gynäkologie, Gemeinschaftspraxis in einer Großstadt, seit 25 Jahren niedergelassen	Frau P9	47 Jahre, Menorrhagie, seit ca. 8 Jahren in der Praxis
K10	Herr A10	FA für Gynäkologie, onkologische Schwerpunktpraxis, Einzelpraxis im ländlichen Raum, seit 11 Jahren niedergelassen	Frau P10	45 Jahre, Brustkrebs, seit ca. 5 Monaten in der Praxis
K11	Frau A11	FÄ für Dermatologie, Einzelpraxis in der Stadt, seit 19 Jahren niedergelassen	Frau P11	80 Jahre, Nesselsucht, seit ca. 2 Jahren in der Praxis
K15	Frau A15	FÄ für Gynäkologie, onkologische Schwerpunktpraxis, Einzelpraxis im ländlichen Raum, seit 5 Jahren niedergelassen	Frau P15	56 Jahre, Brustkrebs, seit ca. 5,5 Monaten in der Praxis

### 3.2 Methodisches Vorgehen in der Auswertung der Konsultationsgespräche

Während die Interviews mit Ärztinnen/Ärzten sowie Patienten/Patientinnen adäquat mit der Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet werden können, sind für die Analyse der Konsultationsgespräche andere Strategien angemessen. Denn es geht bei der analytischen Betrachtung von (Konsultations-) Gesprächen nicht ausschließlich um die Inhalte der Gespräche (*was* wurde besprochen), sondern insbesondere auch darum, *wie* diese Gespräche geführt wurden.

In Kenntnis des Materials dieser Studie besteht das Besondere an der Daten-Trias aus Konsultationsgespräch sowie den sich daran anschließenden, teilweise evaluativen Interviews mit Arzt/Ärztin und Patientin/Patient darin, die analysierten Strukturen und Besonderheiten der Konsultationsgespräche in Beziehung zu setzen mit den Erwartungen, Haltungen, Vorstellungen und Bewertungen der Gesprächsteilnehmenden.

Wichtige analytische Gesichtspunkte, anhand derer die Konsultationsgespräche untersucht werden, wären somit:

- Wie wird die Gesprächseröffnung gestaltet?
- Wie kommt die Themenfindung zu Stande?
- Wie ist das Redeverhalten der TeilnehmerInnen? Wer unterbricht wen wie oft?
- Wer redet wie viel?
- Wer redet wann bzw. in welcher Gesprächsphase wie viel?
- Wie wird das organisiert?
- Wie verändert sich dieses Redeverhalten im Gesprächsprozess?
- Wie und wann kommen unterschiedliche Themen zur Sprache?
- Wie endet das Konsultationsgespräch?

Es handelt sich um Fragestellungen, die mit gesprächs- bzw. konversationsanalytischen Methoden beantwortet werden können. Nach Sichtung ausgewählter Literatur wurden die Konsultationsgespräche mit nachstehenden Elementen von Gesprächsstrukturen (Gesprächseröffnung, Gesprächsverlauf, Gesprächsbeendigung, Kap. 3.2.1) und Gesprächsanalyse (Rederechtorganisation, Themenstruktur, Kap. 3.2.2) fokussiert ausgewertet. In der Darstellung der Analysen von Konsultationsgesprächen wurde zunächst diese Gliederung verfolgt und einzelne Gesprächsverläufe wurden jeweils dergestalt ausgewertet. Für die Vorstellung im vorliegenden Bericht wurde diese Form der Darbietung wieder verlassen, um eine starke Orientierung an Einzelfallanalysen zu vermeiden, die mit einer hohen Wiedererkennungsmöglichkeit trotz Pseudonymisierung einhergehen kann. Präsentiert wird eine themenspezifische Aufbereitung der Interpretationsergebnisse zu den Konsultationen.

### 3.2.1 Gesprächsstrukturen

In Gesprächen zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patientinnen/Patienten haben sich begründet durch institutionelle Abläufe und medizinische Routinen drei verschiedene und aufeinander aufbauende Gesprächstypen oder -phasen heraus gebildet. Diese klassische Trias einer Gesprächsstruktur besteht aus Anamnese, Diagnose und Therapie-vorschlag bzw. dessen Erklärung (Bliesener 1993). Gerahmt und ergänzt werden diese Gesprächstypen von Eingangs- und Abschlussgesprächen, sowie von sog. Gelegenheitsgesprächen (Löning 1985), die keine medizinisch-somatische Basis haben. Diese Unterteilung in Gesprächsphasen ist deshalb von Bedeutung, da sich diese Struktur auf Faktoren wie Rederecht und Themenstruktur auswirkt. Je nach aktueller Gesprächsphase sind verschiedene Rechte und Pflichten für Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen fest gelegt. Z. B. haben Patientinnen und Patienten im anamnestischen Gespräch stärkeres Rederecht als in der diagnostischen Phase.

#### Gesprächseröffnung

Die Gesprächseröffnung erfolgt i. d. R. durch den Arzt bzw. die Ärztin. Auch im weiteren Verlauf ist die Eröffnungsphase stark von ärztlichen Gesprächsbeiträgen bestimmt, die meist in ritueller Form zur Anwendung kommen. Die Gesprächseröffnung erfüllt fünf grundlegende Aufgaben (Spranz-Fogasy 1990):

- Sicherung der Wahrnehmung der Gesprächsteilnehmenden untereinander,
- Herstellung gegenseitiger Aufmerksamkeit,
- einleitende Handlungen wie bspw. Begrüßung, Sitzordnung, Unterlagenbeschaffung werden abgewickelt,
- Aufforderung der Beschwerdeschilderung durch den Arzt/die Ärztin oder Themenwahl,
- Nachkommen dieser Aufforderung durch den Patienten/die Patientin,

In der Praxis werden diese Elemente oft vertauscht oder weg gelassen. Bspw. ersetzt das Aufrufen des Patienten/der Patientin die Begrüßung oder ein Gegengruß wird ärztlicherseits nicht abgewartet. Zudem ist möglich, dass zu Beginn der Konsultation ein Gelegenheitsgespräch geführt wird (z. B. über organisatorische Fragen) oder Ausführungen über Allgemeines (z. B. das Wetter) oder persönlichere Äußerungen im Falle von bekannten Patientinnen/Patienten sind möglich (Rosumek 1990). Die Eingangsredezeit von Patientinnen und Patienten wurde mehrfach beforscht und beträgt je nach Krankheits- und Projektzusammenhang im Mittel zwischen 11 bis 24 Sekunden (Wilm 2004). Die starke Stellung der Ärztin/des Arztes in der gesamten Konsultation wird durch die erste Unterbrechung betont und Patientinnen und Patienten akzeptieren dies in der Regel.

## **Gesprächsverlauf**

Der an die Gesprächseröffnung anschließende Gesprächsverlauf ist in unterschiedlicher Weise von Phasen gekennzeichnet.

Kommt es während des Gesprächsverlaufes zu anamnestischen Elementen, ist diese Gesprächsphase von ärztlichen Fragen dominiert. Sie stellt einen bedeutungsvollen Punkt in Konsultationen dar. In ihr werden nicht nur Fragen zu aktuellen Beschwerden gestellt, sondern auch zu bürokratischen Daten und zu Teilen der Krankengeschichte (Menz et al. 2002). ÄrztInnen selbst bezeichnen die Anamnese als ‚relativ starres Schema‘ (Lalouschek 2002b), was dazu führt, dass die Anamnese oft einem unveränderbarem Prozess aus Frage und Antwort gleicht, in welchem Ärztinnen und Ärzte die Dominanz über die Verteilung des Rederechts durch die Artikulation von Fragen konstant beibehalten. Die sprachlichen Handlungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten sind damit stark eingeschränkt.

Hingegen werden in der Diagnosephase die Informationen von Ärzten und Ärztinnen an Patientinnen und Patienten vermittelt. Dabei werden die Ergebnisse der Anamnese von subjektiven und persönlichen Merkmalen des Patienten/der Patientin häufig getrennt. Anders ausgedrückt: Sofern in Verbindung mit der Mitteilung der Diagnose nicht nach dem Erleben der Patienten und Patientinnen im Hinblick auf die für sie neuen Informationen gefragt wird, gehen wesentliche Anteile patienten- und patientinnenseitiger Perspektiven – auch mit Blick auf partizipativ zu vereinbarende Therapieschritte – verloren.

Die Phase der Therapieeinleitung ist ein möglicher Gesprächsteil, in dem von Seiten der Ärztin oder des Arztes dem Patienten oder der Patientin erklärt wird, wie eine Krankheit behandelt werden kann. Dies kann in unterschiedlicher Weise erfolgen. Es können verschiedene Methoden oder auch nur eine Möglichkeit der Behandlung genannt werden. Ärzte/Ärztinnen können dem Patienten/der Patientin Wahlmöglichkeiten überlassen oder weitgehend für ihn/sie entscheiden. Der Umgang mit Emotionen ist ein wichtiger Aspekt in dieser Gesprächsphase. Ärzte/Ärztinnen können sich nicht nur auf Expertenwissen und die Untersuchungsergebnisse beziehen, sondern müssen bzw. sollten sich in der Kommunikation auf patientenseitige Bedürfnisse und psychische Aspekte einlassen und dabei mehr als sonst kommunikative und empathische Fähigkeiten einbringen (Lalouschek 1993).

## **Gesprächsbeendigung**

Das Ende von Konsultationsgesprächen ist häufig von lebhaftem Sprecherwechsel gekennzeichnet (Löning 1985). Das erste sog. preclosing kommt dabei fast ausschließlich vom Arzt/von der Ärztin, was wiederum zeigt, dass auch gegen Ende des Gespräches die Struktur des Gespräches weitgehend arztseitig dominiert ist. Patientinnen und Patienten sind manchmal mit einem Ende der Konsultation noch nicht einverstanden und versuchen, durch weitere Angaben oder Nachfragen das Gespräch zu verlängern. An



dieser Stelle tritt häufig der Widerspruch zwischen arzt- und patientenseitigen Erwartungen zutage (Löning 1985). Konflikte mit diesem Hintergrund treten besonders in der Endphase von Gesprächen auf. Das nahende Ende des Gespräches vor Augen, wird versucht, bisher unberücksichtigte bzw. nicht hinreichend berücksichtigte patientenseitige Themen, gegenläufige Motivationen oder verschiedene Gesprächsziele zu artikulieren.

### **3.2.2 Gesprächsanalytische Elemente**

#### **Rederechtorganisation**

Im Bezug auf die Herstellung und Organisation des Rederechts stellen Unterbrechungen zentrale Elemente im sprachlichen Ablauf des Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-Gespräches dar.

Ärztinnen und Ärzte erhalten ihr Rederecht häufig durch Selbstwahl der Themen, in Form von Überlappungen der Redebeiträge oder auch durch direkte Unterbrechungen. Diese Formen der Rederechterhaltung werden ausgesprochen häufig, eigentlich immer, von Patientinnen und Patienten toleriert. Unterbrechungen können folgende Funktionen haben:

- Kontrolle der Konsultationszeit,
- Verkürzung der Konsultationszeit,
- Ergänzung/Vertiefung der Krankengeschichte durch Details und spezielle Themengebiete (Orientierung am Anamneseschema und nicht am Ausführungsmodus des Patienten, der Patientin) (Wilm 2004).

Patientinnen und Patienten erhalten das Rederecht meist durch eine in den Fragen des Arztes, der Ärztin implizierte thematische Fremdwahl. Sind Antworten der Patientin, des Patienten außergewöhnlich lang, wird arztseitig häufig auf zwei Arten damit umgegangen:

- durch dominierende Unterbrechungen und
- durch bewussten Verzicht auf Hörrückmeldungen, schweigsames Zuhören, Verweigerung sprachlicher Rezeptionssignale (Patientinnen und Patienten sollen zum selbstständigen Ende seines Redebeitrages kommen).

Beenden Patientinnen und Patienten ihre Beiträge nicht durch eine Unterbrechung sondern eigeninitiativ mit anschließendem Schweigen, setzt beinahe immer nahtlos der Arzt/die Ärztin mit einem weiteren Beitrag ein (Ten Have 1990).

Zahlreiche Überlappungen und Unterbrechungen zeigen, dass Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen und Patienten häufig zeitgleich das Rederecht für sich beanspruchen. Auf der einen Seite führen Ärzte/Ärztinnen ihr Konsultationsschema unter zeitlichem

Druck durch und möchten die Behandlung voran bringen (Löning 1993). Auf der anderen Seite sind die Patientinnen und Patientinnen mit ihren Bedürfnissen, Leiden zu äußern und meistens auch die damit verbundenen Gefühle und sozialen Konsequenzen zu besprechen (Lalouschek 2002b). Dass dadurch die Gesprächssituation nicht ‚gesprengt‘ wird, liegt an der Sonderrolle des Arztes/der Ärztin (Quasthoff 1990), welche in institutionelle Rahmungen und dem Verständnis der Rollenbilder begründet ist und Ärztinnen und Ärzten erlaubt, ihre Relevanzsysteme konsequent durchzusetzen. Konflikte um das Rederecht bleiben trotzdem sprachlich sichtbar und sind auf mikroskopischer Ebene beschreibbar und zu analysieren.

Zur Analyse der Rederechtorganisation bilden die im Rahmen dieser Studie durchgeführten Zeitmessungen eine wichtige Grundlage. Ebenfalls wurden Unterbrechungen der jeweiligen Gesprächsteilnehmenden ausgezählt sowie unterschiedliche Funktionen von Unterbrechungen beleuchtet (vgl. Kapitel 4).

### **Themenstruktur**

Mit Themenstruktur ist der inhaltlich-thematische Verlauf des Konsultationsgespräches gemeint. Häufig können verschiedene Gesprächsphasen identifiziert werden. Nach Lalouschek (2002b) wird der inhaltlich-thematische Verlauf des gesamten Gespräches in starkem Maße von Ärztinnen und Ärzten geprägt. Dabei werden Frageschemata wie ‚unsichtbare Formulare‘ (Lalouschek 2002b) den Gesprächen zu Grunde gelegt. Ärztinnen und Ärzte arbeiten nach und nach einzelne Themengebiete ab, wobei die Themengebiete arztseitig vertraut sind und er/sie weiß, in welchem medizinischen Bereich er/sie sich befindet. Die Patientinnen und Patienten aber, denen das Abfrageschema unbekannt ist, werden mit Fragen konfrontiert, die für sie einen Sinnzusammenhang vermissen lassen. So sind ärztliche Fragen innerhalb von Konsultationen kohärent auf den Inhalt des thematischen Bereiches bezogen, nicht aber kohärent im Hinblick auf den realen Gesprächsverlauf. Noch auffälliger wird dies bei Themenwechseln, wenn innerhalb eines Gespräches ohne vorherige Ankündigung der Befragungsgegenstand radikal geändert wird (Spranz-Fogasy 1990). Diese thematischen Wechsel stellen eine Belastung für Patienten und Patientinnen dar, da sie zwar wissen, dass der erfragte Inhalt ihre Krankheit betrifft, sie aber keinen Zusammenhang zwischen Frage- und Themenanordnung erkennen können (Lalouschek 2002a): Patientenseitig kann auf Themenwechsel nur passiv reagiert werden – eine aktive Gesprächsbeteiligung wird erschwert.

Löning (1985) unterscheidet in ihrer Analyse der Themenstruktur darüber hinaus zwischen Großthemen, die von Anfang an im Gespräch bestehen und Detailthemen, die in fünf unterschiedlichen Weisen von Gesprächsteilnehmenden genutzt werden können:

- sachinformativ,
- psychologisch,

- organisatorisch,
- beziehungsrelevant und
- befindlichkeitsbezogen.

In Lönings Untersuchung zeigt sich, dass Ärztinnen und Ärzte bis auf die beziehungsrelevante Ebene jeden Bereich dominieren. Weiterer Schluss hieraus könnte sein, dass Patientinnen und Patienten (wenig erfolgreich) versuchen, durch das Einbringen beziehungsrelevanter Äußerungen ein persönlicheres Gespräch zu führen.

### **3.3 Methoden der Erhebung und Auswertung für die Interviews**

Um die subjektiven Sichtweisen der Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen zu den stattgehabten Konsultationen zu erfassen, sind im Anschluss an die aufgezeichneten Gespräche Einzelinterviews mit den beteiligten Akteuren und Akteurinnen durchgeführt worden. Dabei ist auf der Erhebungsebene die Methode der leitfadengestützten Experteninterviews nach Meuser und Nagel (2005, 2009) und auf der Ebene der Auswertung der Interviews das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) gewählt worden.

#### **Experteninterviews**

Der Begriff des Experteninterviews verdeutlicht, dass die für ein Interview angefragten Personen als Experten oder Expertinnen – z. B. bezogen auf ein Thema – betrachtet werden. Nach Meuser und Nagel ist ein Kennzeichen von Experten und Expertinnen – im Sinne der hier vorgestellten Methodik – dass sie „selbst Teil des Handlungsfeldes sind“ (Meuser & Nagel 2005: 73) und nicht als Außenstehende auf das zu untersuchende Feld schauen. Als Basis für die Durchführung von Experteninterviews empfehlen Meuser und Nagel die Entwicklung eines Interviewleitfadens, der neben einer intensiven Vorbereitung der Interviewer und Interviewerinnen eine Konzentration auf die ausgewählten Themenspektren gewährleistet und damit zugleich – sprachlich wie inhaltlich – die Anerkennung der Befragten als Experten und Expertinnen sicherstellt (Meuser & Nagel 2005: 75). Methodisch handelt es sich damit um einen teilstrukturierten, halboffenen Interviewleitfaden (Mayring 2002: 66f.).

Der für die Durchführung der Interviews im Rahmen des Projektes „Shared Decision Making oder Kommunikative Kompetenzen?“ entwickelte Leitfaden<sup>5</sup> setzt sich zusammen aus einer Erzählaufforderung zur Gestaltung der Eröffnungssituation des Interviews und sich an die Einstiegserzählung anschließende Leitfragen. Mit der Verwendung einer Erzählaufforderung erfolgt eine Abweichung vom herkömmlichen Experteninterview in der Beschreibung von Meuser und Nagel (2005, 2009) und damit

---

<sup>5</sup> Der Leitfaden ist im Anhang des Abschlussberichtes abgebildet.

zugleich eine für qualitative Forschung charakteristische Kombination und Weiterentwicklung bestehender Methoden (Knoblauch 2008).

Die Erzählaufforderung zu Beginn des Interviewleitfadens lautet folgendermaßen: *„Sie wissen, dass wir uns seitens der Universität Bremen für die Frage interessieren, wie Gespräche zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen verlaufen und zufrieden stellend gestaltet werden können. Ich möchte Sie deshalb bitten, über das heutige Gespräch mit Herrn/Frau (Name des Arztes/der Ärztin bzw. des Patienten/der Patientin) zu erzählen. Nehmen Sie sich Zeit dafür, auch für Einzelheiten, denn für mich ist alles das interessant, was für Sie wichtig ist.“*

Der Interviewleitfaden umfasst Leitfragen zu den nachstehenden Themen: Gesprächsanlass, Gefühle, mit denen der Akteur/die Akteurin in das Gespräch gegangen ist, Gesprächsverlauf, Gefühle während des Gesprächs, Gesprächsergebnisse, (nicht erfüllte) Erwartungen im Hinblick auf das Gespräch, offen gebliebene Fragen, die Erkrankung des Patienten/der Patientin, der Behandlungsweg, partizipative Entscheidungen, patienten- und patientinnenseitige Erwartungen an Ärzte und Ärztinnen sowie Erinnerungen an weniger angenehme Erlebnisse mit Ärzten/Ärztinnen bzw. Patienten/Patientinnen.

Die Konsultationsaufzeichnungen und anschließenden Interviews haben in den jeweiligen Arztpraxen stattgefunden. Nach einer schriftlichen Zustimmung (Einwilligungserklärung<sup>6</sup>) der Beteiligten zur Bandaufnahme der Konsultation und des Interviews sowie damit verbunden auch zur methodisch geleiteten Auswertung der Konsultations- und Interviewtexte ist mit der Erhebung begonnen worden. Die Länge der aufgezeichneten Konsultationen variiert zwischen 4,57 und 51,27 Minuten (vgl. Kap. 4), die Länge der Interviews beträgt durchschnittlich ca. 30 Minuten. Die Ärzte/Ärztinnen wie auch die Patienten/Patientinnen haben für ihre Teilnahme am Projekt eine finanzielle Aufwandsentschädigung erhalten.

### **Qualitative Inhaltsanalyse**

Für die Auswertung der Interviews ist im Rahmen des Projektes die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2003) gewählt worden. Kennzeichnend für die qualitative Inhaltsanalyse sind nach Mayring das Verfahren der Zusammenfassung, das der Explikation und das der Strukturierung (Mayring 2003: 56ff.). Mayring unterscheidet zwischen formaler, typisierender, skalierender und inhaltlicher Strukturierung. Beim Prozess der Interviewauswertung im vorliegenden Projekt ist neben der Zusammenfassung und der Explikation das Verfahren der inhaltlichen Strukturierung zum Tragen gekommen.

<sup>6</sup> Die Einwilligungserklärung ist im Anhang des Abschlussberichtes abgebildet.

Der Auswertungsprozess beginnt mit einer wortgenauen Transkription aller Interviews<sup>7</sup>. In einem nächsten Schritt werden die Interviews pseudonymisiert, d. h. alle im Text enthaltenen Hinweise auf die Interviewpartnerin/den Interviewpartner werden entfernt bzw. ersetzt (z. B. statt ‚lebt in Hamburg‘, lebt in B-Stadt‘), und kodiert. Im Rahmen des vorliegenden Projektes sind die ärztlichen Interviews mit „A1“ bis „A15“ und die Interviews mit den Patienten und Patientinnen mit „P1“ bis „P15“ kodiert worden.<sup>8</sup>

Vom einzelnen Interview ausgehend, erfolgte dann im nächsten Schritt eine Paraphrasierung der einzelnen Interviewtexte in Anlehnung an ein zuvor definiertes Abstraktionsniveau. Durch verschiedene Schritte der Reduktion, z. B. Bündelung bei Überschneidungen, ergibt sich eine Zusammenfassung der Paraphrasen und damit des gesamten Interviewmaterials. Die Zusammenfassung entlang von Themenkomplexen führt zugleich zur Entstehung eines Kategoriensystems, das es wiederum – in Verbindung mit Schritten der Explikation und der (hier inhaltlichen) Strukturierung – entlang aller Interviews zu überprüfen gilt (Mayring 2003: 59ff.). Das Kategoriensystem kann nach Mayring auch von ‚außen‘, also entlang bereits vorliegender theoretischer Erkenntnisse an das Material herangetragen werden (Mayring 2003: 74f.). Forschungspraktisch ist – nicht zuletzt in Verbindung mit teilstrukturierten Interviews – in der Regel eine Parallelität beider Varianten zu erwarten, also eine Kombination aus einem aus dem Material zu entwickelnden und an das Material heranzutragenden Kategoriensystems. Eine solche Vorgehensweise ist auch in der vorliegenden Studie gewählt worden.

Die Hälfte der Interviews ist in einer speziell für das Projekt gebildeten Auswertungsgruppe<sup>9</sup> interpretiert werden<sup>10</sup>. Die Interpretationsarbeit in Gruppen dient nicht zuletzt einer „argumentative(n) Interpretationsabsicherung“ (Mayring 2002: 145) wie auch einer „intersubjektive(n) Nachvollziehbarkeit“ (Steinke 2000: 324) und stellt somit ein Gütekriterium qualitativer Forschung dar. Die zweite Hälfte der Interviews ist von den wissenschaftlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Projekt in Einzelarbeit ausgewertet worden. Die Präsentation der Ergebnisse erfolgt in Form Interview übergreifender und thematisch zusammenfassender Illustrationen. Bezogen auf die gesamte Auswertung bleibt anzumerken, dass die Ergebnisse Vorstellungen der Interviewpartner

<sup>7</sup> Eine Auflistung der im Projekt genutzten Transkriptionsnotationen befindet sich im Anhang.

<sup>8</sup> Auch die Konsultationen sind wortgenau transkribiert und pseudonymisiert worden. Die Kodierung der Konsultationen erfolgte mit „K1“ bis „K15“. Eine Übersicht über die Konsultationen und die jeweils dazu gehörigen Interviews geben die Tabellen 6 und 7.

<sup>9</sup> Im Rahmen des Projektes ist eine interdisziplinär zusammengesetzte Interpretationsgruppe, bestehend aus Forschern und Forscherinnen der Fachrichtungen Medizin, Public Health, Sozialpädagogik und Pädagogik gegründet worden.

<sup>10</sup> Auch mehr als die Hälfte der Konsultationen sind im Rahmen der vorab skizzierten Interpretationsgruppe interpretiert worden. Die verbleibenden Konsultationen sind in Form von Einzelarbeit der am Projekt beteiligten Forscher und Forscherinnen ausgewertet worden.

und -partnerinnen widerspiegeln. In Abgrenzung dazu ist es entlang der Interviews nicht möglich, Aussagen zur Ebene des konkreten Verhaltens zu machen – weder zu dem der Patienten und Patientinnen noch zu dem der Ärzte und Ärztinnen.

Die nachfolgenden Auswertungskapitel (Kap. 5.1, 5.2, 5.3) enthalten – verstanden als Belege für die Deutungen und Interpretationen – Zitate aus den Interviews und den Konsultationen. Die Kennzeichnung der Zitate erfolgt mit Anführungsstrichen und einem Hinweis auf den jeweiligen Ursprung des Zitates. Angegeben wird die Kodierung (z. B. A1, P14 oder K6) gefolgt von der Zeilenangabe des zitierten Textes, also z. B. K12: 39-48. Eine Wiedergabe längerer Abschnitte aus Konsultationen steht nicht in Anführungsstrichen, sie ist erkennbar anhand der Markierung der Sprecher- und Sprecherinnwechsel. Alle Zitate aus Interviews und Konsultationen sind im Rahmen des Berichtes kursiv gedruckt. Zur besseren Lesbarkeit des Textes sind Floskeln wie „ähm“ oder „hmm“ nach Beendigung des Interpretationsprozesses aus den im Bericht zitierten Abschnitten gelöscht worden, es sei denn, sie haben sich für die Interpretation als wichtig erwiesen.

Im Anschluss an die Darlegung des methodischen Vorgehens folgt mit dem Kapitel 4 ein Überblick über verschiedene konsultationsbezogene Zeitmessungen. Daran schließt sich die interpretative Auswertung der Konsultationen an (Kap. 5.1), gefolgt von der Auswertung der Patienten- und Patientinneninterviews (Kap. 5.2) sowie der Ärzte- und Ärztinneninterviews (Kap. 5.3).

## 4. Zeitmessungen – ein erster Blick auf die Konsultationen

Im Vorfeld zu den konversations- und den inhaltsanalytischen Auswertungen der Konsultationsaufzeichnungen und der Interviews sind verschiedene Konsultationszeiten, die Gesamtlänge der Konsultationen, die Sprechzeiten der Patienten/Patientinnen und die der Ärzte/Ärztinnen sowie die Anzahl wechselseitiger Unterbrechungen, erfasst worden. Die Zeitmessungen beziehen sich auf 14 Konsultationen (K1, K3 – K15); eine Konsultation (K2) wird im Rahmen der nachfolgenden Zeitdarstellungen ebenso wie im Rahmen der konversations- und inhaltsanalytischen Auswertungen nicht berücksichtigt (zur Samplebildung vgl. Kap. 3).

Während die Länge der Konsultationszeiten wie auch der einzelnen Sprechzeiten an den digitalen Aufzeichnungen ablesbar ist, bedarf es bei der Erhebung wechselseitiger Unterbrechungen einer entsprechenden Definition für die Zählung. Als Unterbrechung wird gezählt, wenn ein Satz bzw. eine Aussage inhaltlich nicht abgeschlossen ist und sich der Redebeitrag des anderen Sprechers/der anderen Sprecherin ohne dazwischen liegende Pause anschließt. Trotz dieser Definition bleibt zu bedenken, dass eine solche Zählung nicht frei ist von subjektiven Wahrnehmungen der Forscherin/des Forschers. Insoweit sind diese Ergebnisse nicht im Sinne eindeutiger Messungen zu verstehen.

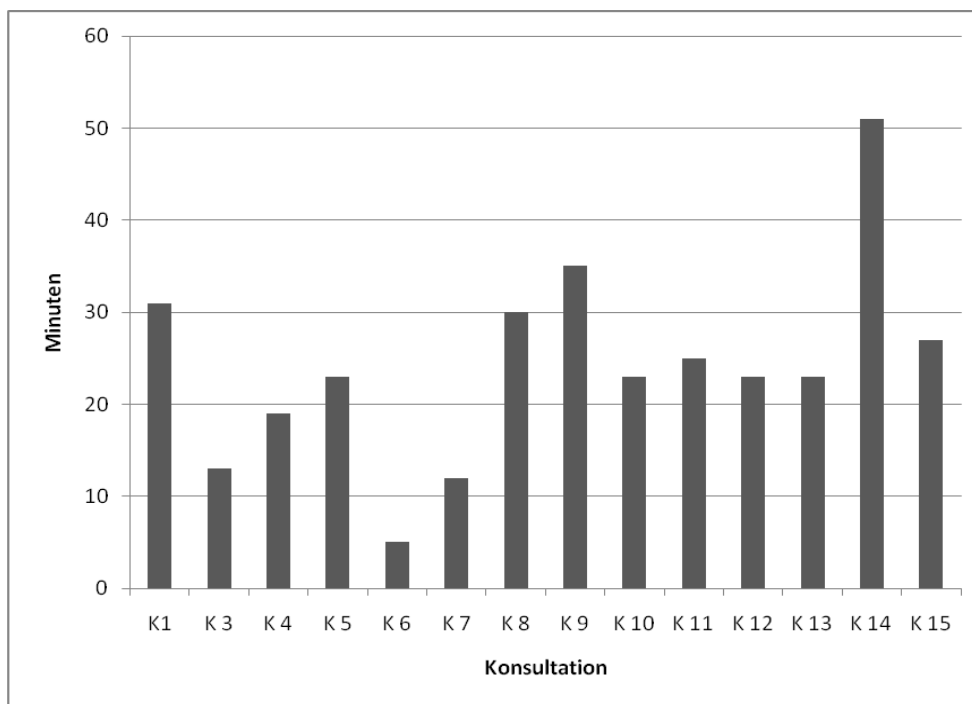
Im Rahmen der nachfolgenden Textabschnitte erfolgt eine deskriptive Darstellung der erfassten Zeitmessungen. Ziel der Messungen ist es zu ergründen, wie die zur Verfügung stehende Redezeit – in der Verteilung auf Ärzte/Ärztinnen und Patientinnen/Patienten – genutzt wird. Zu betrachten ist, welche Hinweise die Redezeitverteilungen geben im Hinblick auf das Kommunikationsverhalten der an den Gesprächen beteiligten Personen. Die Redezeitverteilungen wie auch die Unterbrechungen werden im Kontext der konversationsanalytischen Darstellungen erneut aufgegriffen und anhand der Konsultationsinhalte – also anhand des empirischen Materials – vertiefend interpretiert (vgl. Kap. 5.1).

### 4.1 Länge der Konsultationen

Die durchschnittliche Konsultationsdauer bezogen auf alle vierzehn berücksichtigten Aufzeichnungen beträgt – gerundet – 24 Minuten (Abbildung 1), das kürzeste Gespräch dauerte 4,57 Minuten, das längste Gespräch 51,27 Minuten. Dass es sich insgesamt um eine überdurchschnittlich lange Konsultationszeit handelt, zeigt beispielsweise ein Vergleich mit den Daten der EUROCOM Studie (Deveugele et al. 2002, Bahrs 2003). Auf der Basis von 2828 aufgezeichneten Konsultationen aus sechs verschiedenen europäischen Ländern (Niederlande, England, Spanien, Belgien, Deutschland und Schweiz) geben die Forscher und Forscherinnen eine

durchschnittliche Konsultationsdauer von 10,7 bzw. 10,8 Minuten (bezogen auf Deutschland 7,6 Minuten) an (Deveugele et al. 2002: 4; Bahrs 2003: 18).

**Abbildung 1: Gesamtdauer aller Konsultationen in Minuten (gerundet)**



Die hohe durchschnittliche Konsultationszeit von 24 Minuten dürfte wesentlich auf die Rahmenbedingungen in der vorliegenden Studie zurückzuführen sein (vgl. Kap. 3). Die Aufforderung an die an der Untersuchung beteiligten Ärzte/Ärztinnen, Konsultationen aufzuzeichnen, in denen ausführlich über zurückliegende Behandlungsprozesse oder über den Beginn neuer Behandlungen gesprochen werden soll, wie auch das Wissen um die Audioaufzeichnung an sich, werden zu einer im Vergleich zur alltäglichen Versorgung längeren Konsultationszeit beigetragen haben. Die damit entstehende Frage, wie die längere Sprechzeit im Einzelnen genutzt worden ist, wird im weiteren Verlauf der Ergebnispräsentation – sowohl aus quantitativer als auch aus inhalts- und konversationsanalytischer Perspektive – wiederholt aufgegriffen.

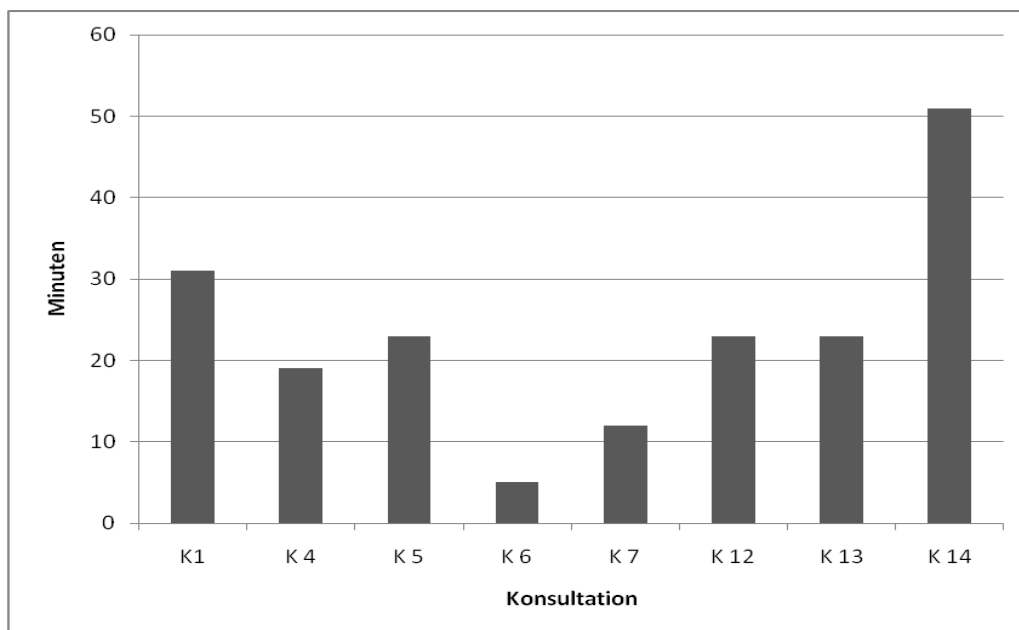
Im Unterschied zur EUROCAM Studie (Deveugele et al. 2002; Bahrs 2003), in deren Mittelpunkt ausschließlich hausärztliche Konsultationsaufzeichnungen liegen, umfasst die vorliegende Studie Audioaufzeichnungen aus dem hausärztlichen wie auch aus dem fachärztlichen<sup>11</sup> Versorgungsbereich. Die nachstehenden Abbildungen veran-

<sup>11</sup> Begrifflich ist üblicherweise von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung die Rede. Diese Begriffswahl ist insofern missverständlich, als dass beide Versorgungsbereiche von Fachärzten und -ärztinnen abgedeckt werden. In Ermangelung alternativer Bezeichnungen zur Abgrenzung der beiden Versorgungsbereiche voneinander werden dennoch die Begriffe hausärztlich und fachärztlich verwendet.

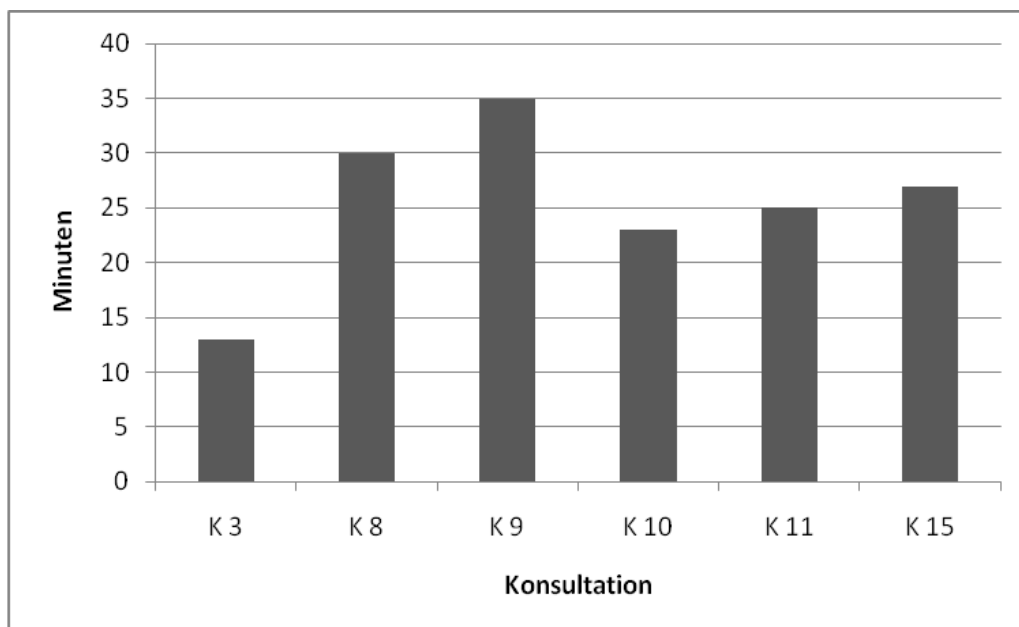


schaulichen die Gesamtdauer der Konsultationen getrennt nach haus- und fachärztlichen Gesprächen (Abbildung 2 und 3).

**Abbildung 2: Gesamtdauer hausärztlicher Konsultationen in Minuten (gerundet)**



**Abbildung 3: Gesamtdauer fachärztlicher Konsultationen in Minuten (gerundet)**



Bezogen auf das vorliegende Projekt beträgt die durchschnittliche Konsultationszeit im Rahmen der hausärztlichen Konsultationen 23 Minuten (gerundet) und im Rahmen der fachärztlichen Konsultationen 25 Minuten (gerundet). Damit scheint kein wesentlicher

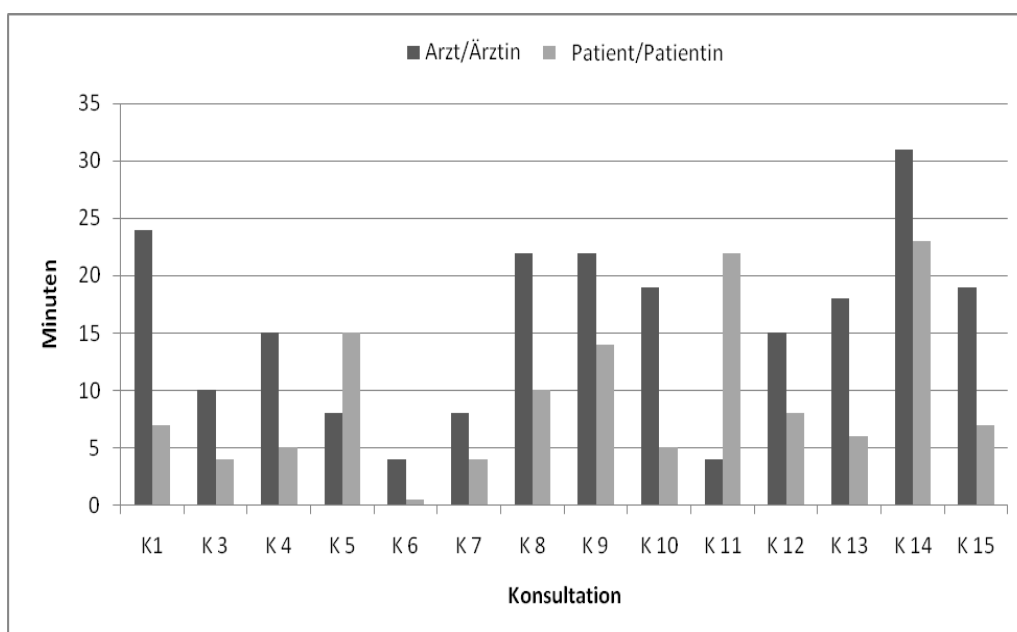
zeitlicher Unterschied zwischen den verschiedenen Konsultationsbereichen auf. Aufgrund der kleinen Anzahl aufgezeichneter Gespräche lassen sich aus diesem Vergleich jedoch keine weiteren Schlüsse ziehen.

Hinzuweisen bleibt auf eine hausärztliche Konsultation (K6), die durch eine besonders kurze Sprechzeit von nur vier Minuten und 57 Sekunden auffällt (Abb. 2). Bekannt ist, dass die Patientin P6 bereits seit mehr als 30 Jahren bei A6 – einem Facharzt für Allgemeinmedizin – in Behandlung ist. Für die aufgezeichnete Konsultation hatten Arzt (A6) und Patientin (P6) kein spezifisches Gesprächsthema verabredet. Gemäß den Ergebnissen der EUROCAM Studie gibt es einen Zusammenhang zwischen der Dauer der Arzt/Ärztin – Patient/Patientin – Beziehung, der Kontakthäufigkeit und der Gesprächsdauer. „Häufigere Inanspruchnahme findet sich typischerweise bei Patienten, die bereits seit Jahren bei ihrem Hausarzt in Behandlung und diesem – zumindest aus ärztlicher Sicht – gut bekannt sind.“ (Bahrs 2003: 20) Und an anderer Stelle im Text heißt es: „Unseren Daten zufolge nimmt die Gesprächsdauer mit der Häufigkeit der Arztbesuche tendenziell ab.“ (ebd. 2003: 19) Diese Hinweise mögen eine Erklärung für die ausgesprochen kurze Sprechzeit im Rahmen der Konsultation K6 darstellen.

#### 4.2 Verteilung der Sprechzeiten

Eine genauere Betrachtung der Konsultationszeiten impliziert eine Aufschlüsselung nach patienten- und patientinnenseitiger Redezeit auf der einen und ärztlicher Redezeit auf der anderen Seite.

**Abbildung 4: Verhältnis Gesamtdauer ärztlicher und patientenseitiger Redezeit**



Die Redezeitverteilung zeigt, dass – von zwei Konsultationen abgesehen (K5, K11) – die an den Gesprächen beteiligten Ärzte und Ärztinnen durchschnittlich mehr Redezeit beansprucht haben als die beteiligten Patienten und Patientinnen. In fünf Gesprächen umfasst die ärztliche Redezeit mehr als  $\frac{3}{4}$  der gesamten Konsultationszeit, davon in zwei Gesprächen sogar 80% bzw. mehr als 80% der gesamten Zeit.

**Tabelle 8: Umfang der ärztlichen Redezeit (gerundet)**

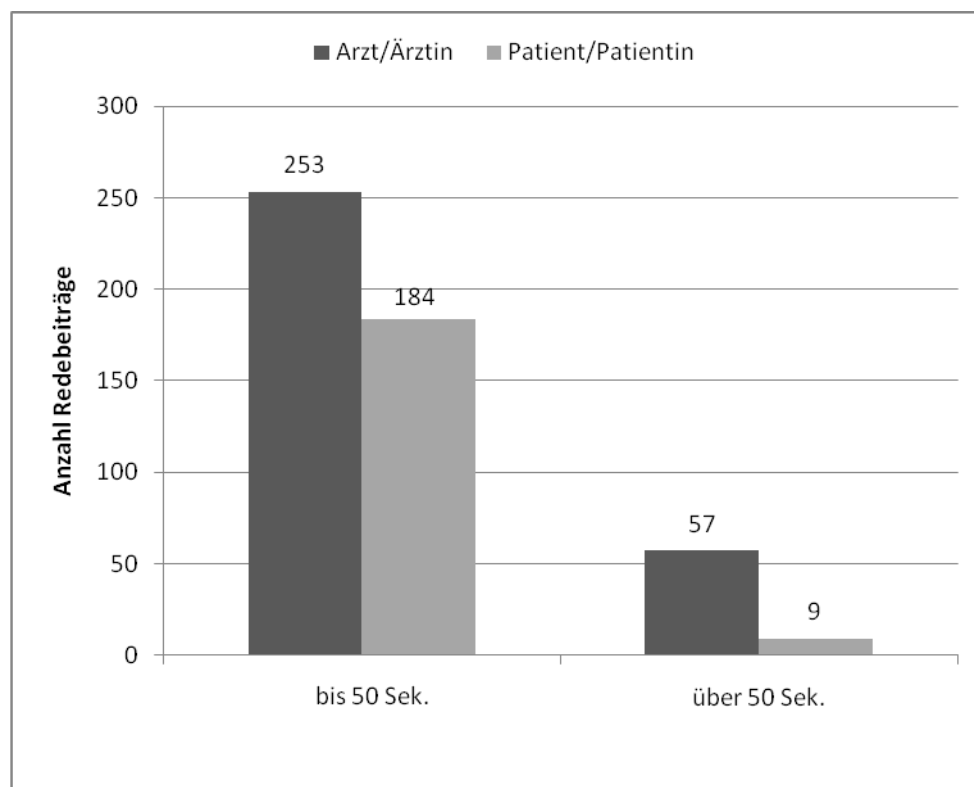
Unter 50 % Redezeit	51% bis 75% Redezeit	76% bis 100% Redezeit
17% (K11)	60% (K14)	77% (K13)
37% (K5)	64% (K9)	77% (K13)
	65% (K12)	78% (K1)
	66% (K7)	79% (K4)
	70% (K15)	80% (K3)
	72% (K8)	83% (K10)
	73% (K6)	

Bahrs geht davon aus, dass „längere Gespräche mit einem höheren Maß an Einbeziehung der Patienten in die Problemdefinition (korrespondieren, Anmerk. d. Verf.), die als Indikator für Patientenzentriertheit gelten kann. Dies findet seinen Ausdruck beispielsweise darin, dass der relative Anteil von Aushandlungsprozessen bei längeren Gesprächen höher ist, psychosoziale Themen stärker thematisiert werden und durchaus auch konfrontative Elemente zu beobachten sind.“ (Bahrs 2003: 19) Die Aussage von Bahrs lässt die Deutung zu, dass längere Gespräche einen Anstieg an patienten- und patientinnenseitiger Redezeit – im Sinne steigender Aushandlungsprozesse – nahe legen. Von einer erhöhten Patientenzentriertheit ist auch im Rahmen des Konzeptes „Shared Decision Making“ auszugehen. In Anlehnung an die Definition von Charles et al. (1999) umfasst Shared Decision Making einen wechselseitigen Informationsaustausch zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin über alle als relevant erachteten medizinischen wie persönlichen und bio-psycho-sozialen Informationen gefolgt von einer gemeinsamen Beratung und Abwägung sowie Entscheidung für bzw. gegen potentielle Behandlungsmöglichkeiten. Explizit aufgrund des wechselseitigen Austausches, so Charles et al. (1997, 1999) sei davon auszugehen, dass ein tendenziell partizipativer Interaktionsstil größere Zeitkontingente bedarf als ein tendenziell paternalistischer Interaktionsstil.

Im Hinblick auf die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung aufgezeichneten Konsultationen bleibt zu konstatieren, dass es sich zwar insgesamt um relativ lange Gesprächszeiten handelt, dass jedoch der ärztliche Gesprächsanteil einen erkennbar größeren Umfang einnimmt als der patienten- und patientinnenseitige. Daraus lässt

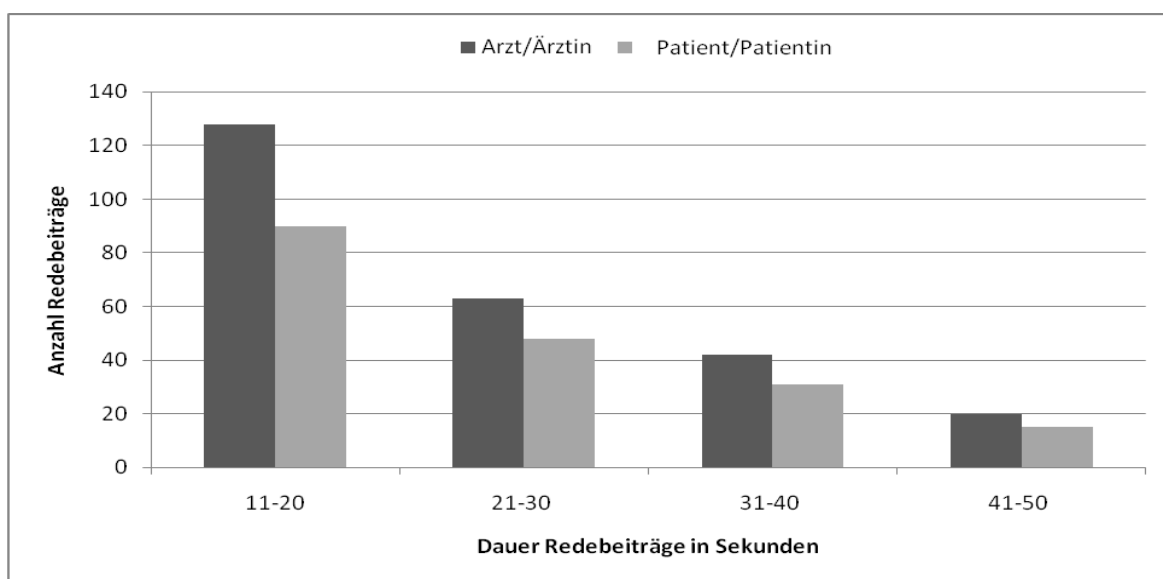
sich die Vorannahme ableiten, dass das Moment ärztlicher Informationen einen zeitlich größeren Umfang einnimmt als es die Beiträge der Patienten und Patientinnen zu ihrem Erleben tun. Die Redezeitverteilung verweist auf eine ärztliche Dominanz bzw. eine hohe ärztliche Einflussnahme im Hinblick auf die Gestaltung der Gespräche. Zugleich ist jedoch nicht zwangsläufig aus der ungleichen Redezeitverteilung eine geringe Patientenzentrierung zu schließen, denn es ist ja vorstellbar, dass das Anliegen der Patienten und Patientinnen vorrangig mit einem Wunsch nach ausführlichen ärztlichen Informationen einhergeht. Eine weiterführende Ergründung allein entlang der gemessenen Zeitwerte ist nicht machbar; vielmehr erfolgt im Rahmen der konversations- und inhaltsanalytischen Auswertungen ein erneuter Rückgriff auf die Ergebnisse der Zeitmessungen, um der Frage nachzugehen, wie die Konsultationszeit – explizit unter Gesichtspunkten der Patientenzentrierung – gestaltet worden ist und wie diese Gestaltung von den beteiligten Akteuren/Akteurinnen erlebt worden ist (vgl. Kap. 5). Ebenfalls verstanden als Informationsgrundlage für die nachfolgende konversations- und inhaltsanalytische Auswertung folgt mit den nächsten Abbildungen ein Blick auf die Länge der Einzelbeiträge von Ärzten/Ärztinnen und Patientinnen/Patienten aus den aufgezeichneten Konsultationen.

**Abbildung 5: Anzahl der Redebeiträge von Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen bis und über 50 Sekunden Dauer**

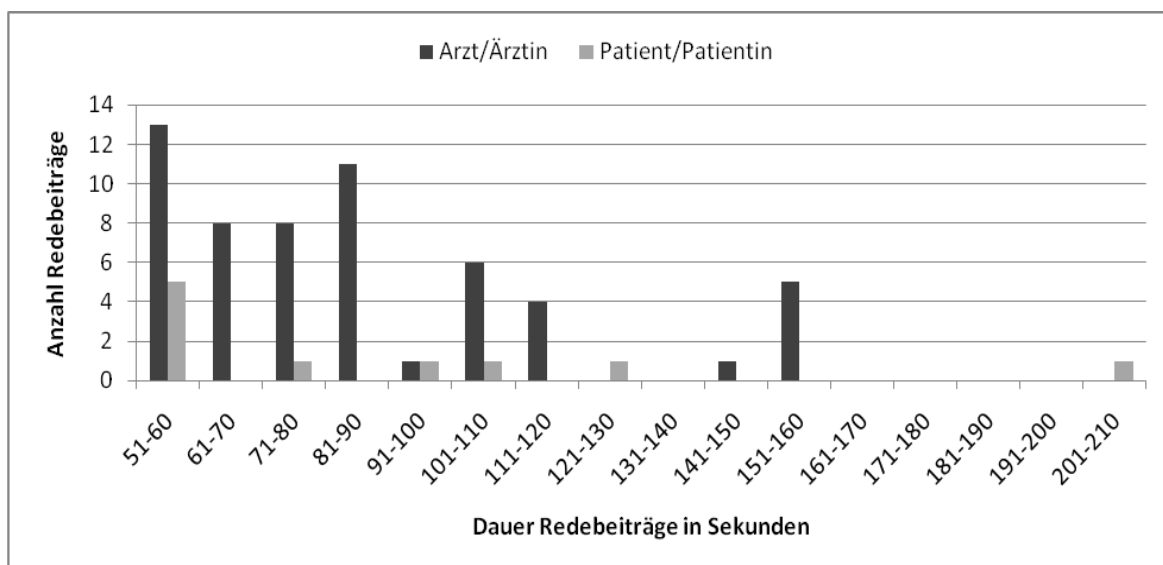


Die Abbildung zeigt, dass sowohl im Bereich kürzerer (bis 50 Sekunden) als auch im Bereich längerer (über 50 Sekunden) Sprechzeiten, die Anzahl der Redebeiträge von Ärzten und Ärztinnen höher ist, wobei die Differenz im Bereich längerer Sprechzeiten größer ausfällt als im Bereich kürzerer Sprechzeiten. Die folgenden Abbildungen zeigen das Verhältnis der Länge ärztlicher und patientenseitiger Redebeiträge aufgeschlüsselt nach Zehn-Sekunden-Etappen.

**Abbildung 6: Verhältnis Redezeit Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen bezogen auf die Redebeiträge von 11 bis 50 Sekunden Länge in Zehn-Sekunden-Etappen**



**Abbildung 7: Verhältnis Redezeit Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen bezogen auf die Redebeiträge von 51 bis 160 Sekunden Länge in Zehn-Sekunden-Etappen**



Die Abbildungen veranschaulichen, dass sowohl bei Patienten und Patientinnen als auch bei Ärzten und Ärztinnen die Anzahl kürzerer Redebeiträge im Verhältnis zu denen mit größerer Länge überwiegen. Nicht in den Abbildungen berücksichtigt sind Beiträge im Bereich bis zu zehn Sekunden. Zahlenmäßig machen diese Beiträge auf Seiten beider Gesprächsteilnehmer und -teilnehmerinnen den größten Anteil aus, was zurückzuführen ist auf die Begebenheit, dass auch Beiträge wie „Hmhm“ oder „Ja“ mit transkribiert und insofern auch mit gezählt worden sind.

Ein Überwiegen der kürzeren Redebeiträge erklärt sich durch die Formulierung von Fragen unterschiedlicher Zielsetzung (z. B. offene Fragen aber auch Rückversicherungsfragen), durch bestätigende Redebeiträge, mit denen signalisiert wird, dass die Ausführungen des Gegenübers verstanden worden sind bzw. nachvollzogen werden können wie auch durch Beisteuerung kurzer Informationen zum gemeinsamen Gespräch. Zur Veranschaulichung der vorab skizzierten Beispiele für kurze Redebeiträge sei ein Blick in Auszüge aus der Konsultation K10 geworfen. Unter Bezugnahme auf Leitlinien erläutert der Arzt A10 (ein Facharzt für Gynäkologie) der Patientin P10, dass für sie die Einnahme eines bestimmten Medikamentes (Tamoxifen) empfehlenswert sei. A10 fragt die Patientin, ob sie von diesem Medikament schon einmal etwas gehört habe. A10: „Nee, nö, kenn' ich gar nicht.“ (K10: 125-126). Im Anschluss an die ärztlichen Ausführungen zum Medikament sagt P10: „Okay.“ (K10: 147). A10 fragt noch einmal nach: „Haben Sie das verstanden?“ (K10: 149). Obwohl die Patientin die ärztliche Rückversicherungsfrage mit einem „Ja.“ (K10: 151) beantwortet, hakt A10 noch einmal nach und fragt „Ungefähr?“ (K10: 153), womit der Eindruck entsteht, dass die Patientin vom Arzt nur bedingt ernst genommen wird. Es folgt keine erzählgenerierende Frage, z. B. danach, wie es ihr, der Patientin, damit gehe, langfristig ein bestimmtes Medikament einnehmen zu sollen. Die Kombination aus erklärender ärztlicher Rede gepaart mit Rückversicherungsfragen sowie ein Verzicht auf erzählgenerierende Fragen veranschaulicht, wie die unterschiedliche Redezeitverteilung bedingt sein kann. Die vorab skizzierte Form der Gesprächsgestaltung lässt die Annahme zu, dass die Zeitverteilung Ausdruck dafür ist, dass Ärzte/Ärztinnen den Anspruch haben, mehr Sprech-Zeit zu benötigen als die ebenfalls an der Interaktion beteiligten Patienten und Patientinnen (vgl. Tabelle 1).

Ärztliche Redebeiträge, die im Umfang von 51 bis zu 200 Sekunden Länge liegen, beziehen sich in erster Linie auf Ausführungen zu Diagnostik und Therapie. Dazu ein Beispiel aus der Konsultation K1, in der es inhaltlich um die für den Patienten erst seit wenigen Tagen bekannte Diagnose „Diabetes mellitus“ geht. A1, ein Facharzt für Allgemeinmedizin, erläutert dem Patienten P1, bei welchen Blutzuckerwerten von Diabetes die Rede sei. „Ne. Sie werden das alles wieder vergessen und noch mal wieder erklärt kriegen müssen und nachlesen müssen. Aber einfach erst mal so zur Übersicht, Normalwert Grenze man spricht von Diabetes ab 126. Zucker im Blut 126. Ihr Zucker ist jetzt was über 300, 347. Als wir die Tage das kontrolliert hatten, war es 359. Also

*das ist schon 'n Wort ne, das ist schon richtig was. Dann gibt es nicht nur diesen Akut-zucker, weil der ja schwankt. Das ist ein Wert, wenn ich jetzt 'n Holz hacke 'ne Stunde lang, dann geht mein Zucker runter. Und wenn ich jetzt 'n Schwarzwälderkerstorte auf einen Japp verdrücke, dann geht er hoch. Also das richtet sich nach Zufuhr und nach Verbrennung, ist ja ganz klar eigentlich. Da sind viele Sachen, die da ganz logisch eigentlich sind. Und für Sie erstmal das Wichtigste ist, es geht im Grunde um die Grundeinfuhr von Kalorien, darauf achten, dass Sie nicht Gewicht zunehmen und am meisten Kalorien sind nicht im Zucker, sondern im Fett ja. Ein Gramm Kohlehydrate hat vier Kalorien, ein Gramm Fett hat neun. D. h. also wenn Sie viel Fett reinkriegen in den Körper, dann muss Ihr, müsste Ihr Körper entsprechend mehr verbrennen. Und dann bringen Sie die Waage weiter auseinander.“ (K1: 179-195)*

Patienten- und patientinnenseitige Redebeiträge, die eine Länge von 51 bis 200 Sekunden aufweisen, beinhalten u. a. Ausführungen zu aktuellen oder zurückliegenden Beschwerden, zu erlebten Wirkungen und Nebenwirkungen einer Therapie oder auch Ausführungen zur Abwägung einer möglichen Therapie. Eine solche Abwägung findet sich beispielsweise im Rahmen der Konsultation K9, in deren Mittelpunkt das Thema „wiederholtes Auftreten starker Blutungen zu Beginn der so genannten Wechseljahre“ steht. Die Patientin P9 erläutert: *„Aber wie letztes Mal bei der Untersuchung sagten Sie, es kann natürlich sein Sie können es ja auch nicht sagen, ob Myome dann eben 0,0 so. Dann merkte ich schon so innerlich nach der Untersuchung zuhause, dass ich so dachte, na ja wer weiß je älter man wird, man weiß ja nicht wie die sich entwickeln. Aber das weiß ich ja generell nicht, was im Körper irgendwo stattfindet. Aber vom Gefühl her ist es so, dass ich sage ja, es es schwächt mich schon, im Sommer war es anstrengend (wiederholte starke Blutungen, Anmerk. d. Verf.), aber bei mir kommt ja, ich empfinde als sehr schwächend auch dieses prämenstruelle und wie Sie mir das erzählt haben, von dieser Spirale, ich hatte ja schon mal zwei Spiralen, da hab' ich so gedacht na ja, da würde ich gerne was drüber wissen. Weil das würde ja vielleicht insgesamt noch mal etwas verändern. Da würde ich ...“ (K9: 330-340)*

Ein Blick auf die Anzahl sehr kurzer Redebeiträge (bis 10 Sekunden) zeigt, dass in dem Spektrum 671 Beiträge auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen sowie 876 auf Seiten der Patienten und Patientinnen zu verzeichnen sind. Zu einem Teil wechseln sich diese Kurzbeiträge mit längeren Ausführungen des jeweils anderen Gesprächspartners bzw. der jeweils anderen Gesprächspartnerin ab. Sofern man also Redebeiträge wie zum Beispiel „mh“ nicht mitrechnen würde, wäre die Länge der Gesprächsbeiträge entsprechend höher.

Zum Abschluss des Themas der Länge von Gesprächsbeiträgen werden nachfolgend die längsten Gesprächsbeiträge von Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen – geordnet nach den einzelnen Konsultationen – in Augenschein genommen.

**Abbildung 8: Längste Redebeiträge von Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen in Sekunden**

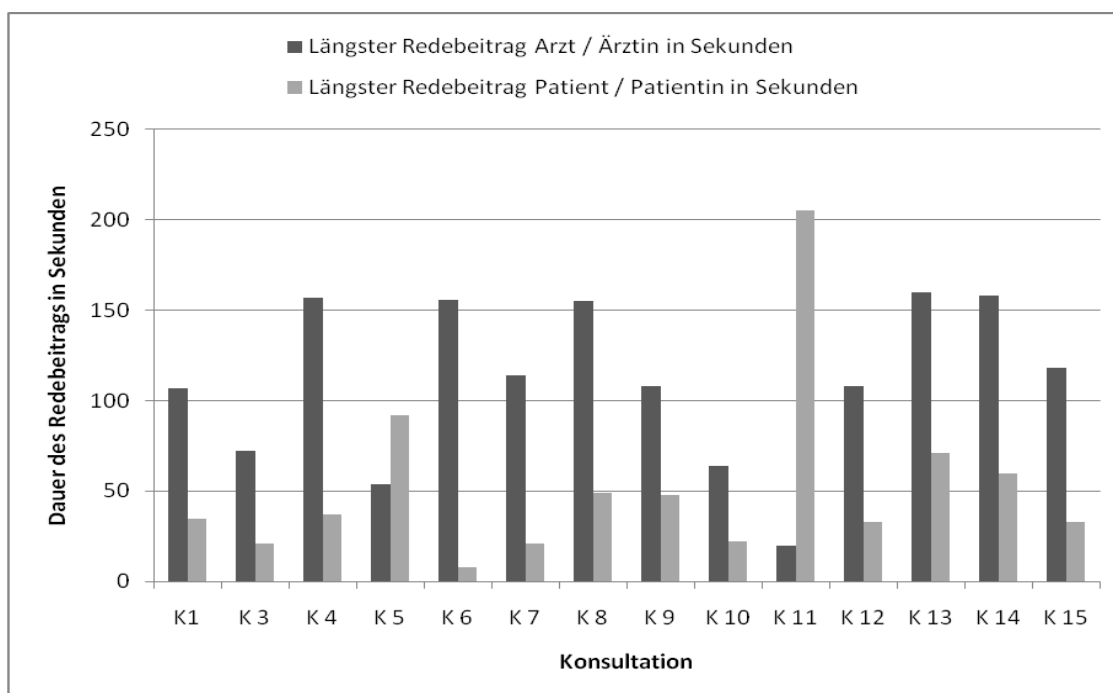
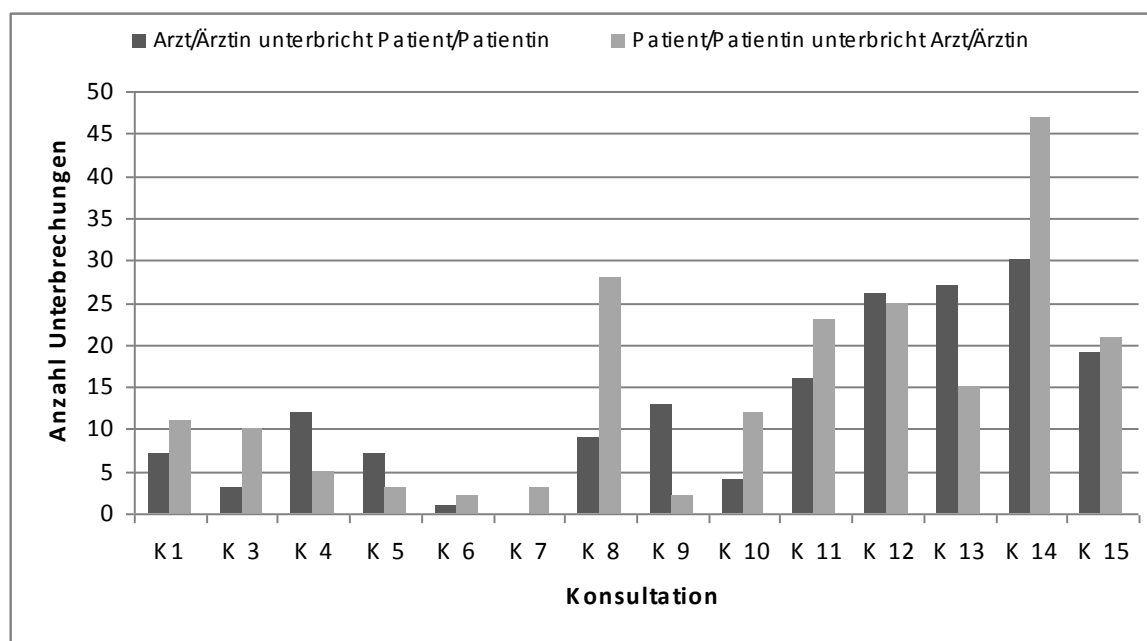


Abbildung 8 verdeutlicht, dass die längsten Redebeiträge in zwölf von vierzehn Konsultationen von Ärzten und Ärztinnen stammen. Allein in den Konsultationen K5 und K11, die sich insgesamt durch eine längere patientenseitige im Verhältnis zu einer kürzeren ärztlichen Sprechzeit auszeichnen (vgl. Abb. 4), sind die längsten Redebeiträge von einem Patienten (P5) bzw. einer Patientin (P11) geleistet worden. Da sich die längsten Redebeiträge in der inhaltlichen Ausrichtung nicht von jenen unterscheiden, die in Verbindung mit den Tabellen 6 und 7 (Verhältnis Redezeit Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen) bereits exemplarisch skizziert worden sind, erfolgt an dieser Stelle keine weitere Darlegung von Zitaten aus den Konsultationen.

### 4.3 Unterbrechungen

Die folgende Abbildung (Abb. 9) veranschaulicht, wie oft Ärzte/Ärztinnen von Patienten/Patientinnen unterbrochen worden sind und wie oft dies umgekehrt der Fall gewesen ist. In neun Konsultationen ist die Anzahl der von Patienten/Patientinnen ausgehenden Unterbrechungen höher als die von Ärzten/Ärztinnen ausgehenden (K1, K3, K6, K7, K8, K10, K11, K14, K15). In den verbleibenden fünf Konsultationen ist eine höhere Anzahl an Unterbrechungen durch Ärzte/Ärztinnen denn durch Patienten/Patientinnen zu verzeichnen (K4, K5, K9, K12, K13).



**Abbildung 9: Anzahl der Unterbrechungen während der Konsultation**

Im Hinblick auf Unterbrechungen ist zu unterscheiden, um welche Art und Weise der Unterbrechung bzw. um welches – bewusste oder unbewusste – Unterbrechungsmotiv es sich handelt. Aus der Perspektive von Patienten und Patientinnen liegen Beweggründe für eine Unterbrechung zum Beispiel in der Unsicherheit, die Ausführungen des Arztes/der Ärztin nicht (vollständig) verstanden zu haben. Dazu ein Beispiel aus der Konsultation K3, einem Gespräch zwischen einem Facharzt für Urologie (A3) und einem Patienten (P3).

A3: (...) Eine solche Installation eine solche Spülungsbehandlung wird man in Zukunft regelmäßig machen müssen, und zwar für mindestens ein Jahr (--) damit

...

P3: Eine Spülung?

A3: Ja da kommen Sie in regelmäßigen Abständen hier her, und dann wird ein dünner Katheter in die Blase getan und durch diesen Katheter wird eine Flüssigkeit in die Blase gehalten äh (unverständlich) ...

P3: Ach, ohne Narkose. (K3: 53-63)

Neben patientenseitigen Rückversicherungsfragen bzw. Rückversicherungsanmerkungen kann ein weiterer Beweggrund für die Unterbrechung der ärztliche Rede darin liegen, dass der Patient/die Patientin an den Ausführungen des Arztes/der Ärztin nicht bzw. nur bedingt interessiert ist und sie oder er über ein anderes als vom Arzt bzw. von

der Ärztin gewähltes Thema sprechen möchte. Dazu ein Beispiel aus der Konsultation K8, einem Gespräch zwischen einem Facharzt für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde (A8) und einer Patientin (P8). Die Konsultation K8 ist gekennzeichnet durch relativ häufige Unterbrechungen des Arztes durch die Patientin (vgl. Abb. 9).

A8: Also. Hm=hm. Weil es ist so 'en Erfahrungswert den wir haben, von Tausenden von Patienten, wenn die Hörgeräte tragen, dass dann auf Dauer die Ohrgeräusche auch leiser werden. Insofern muss man da sagen, da muss man erst mal abwarten ((lacht)) wie das dann sich auch entwickelt mit den Hörgeräten. Die ich Ihnen gerne verschreiben würde. Aber so, ich glaub', so weit war ich ja noch gar nicht ((lachend)), Ihnen das zu sagen.

P8: Nee, Sie sprachen aber davon ...

A8: Jaja.

P8: ... dass ich das dann verschrieben krieg' ne. Denn hier unten ist ja in diesem Monat ja vielleicht ja auch noch irgendwie 'n Bonus krieg' ne.

A8: Ich wollt' Ihnen noch mal\_ Ja. Ich wollt Ihnen noch mal was ...

P8: Ja.

A8: ... zeigen hier zu dem anderen Hörtest. Das ist 'n Hörtest mit Wörtern und Zahlen. Auch wieder für das rechte Ohr und für das linke Ohr. Auch wieder hier rechtes Ohr ...

P8: Schlechter ne?

A8: ... rote Hörkurven, linkes Ohr blaue Hörkurven. Und hier sieht man eben deutlich, dass Sie auch Wörter und Zahlen nicht so gut hören können.

P8: Nee=e dat hab' ich gemerkt. Also zu anfangs, ich hab' zwar was gehört, ich konnte das aber jetzt nicht richtig umsetzen. Ich wusste jetzt die na\_, ich kann ja nicht einfach da wat sagen, wat ich überhaupt nicht verstanden hab' ne. (K8: 240-271)

Während der Arzt (A8) darum bemüht ist, der Patientin (P8) Hintergründe der bei ihr diagnostizierten Schwerhörigkeit zu erläutern, scheint die Patientin ein größeres Interesse daran zu haben, über die Anschaffung der Hörgeräte zu sprechen. Die Unterbrechungen der ärztlichen Rede vermitteln den Eindruck, dass die Patientin eine aktive Beteiligung am Gespräch anstrebt; sie stellt wiederholt Bezüge her zwischen den Informationen des Arztes und ihrem eigenen Erleben der Situation<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Eine ausführliche Interpretation dieser Textsequenz erfolgt in Kapitel 5.

Aus Perspektive der Ärzte und Ärztinnen liegen Beweggründe für eine Unterbrechung zum Beispiel darin, dass sie das patientenseitig gewählte Thema für weniger wichtig erachten als das ärztlich gewählte, und sie mit der Unterbrechung der patientenseitigen Rede zu dem von ihnen verfolgten Thema zurückkehren wollen. Dazu ein Beispiel aus der Konsultation K12, dem Gespräch zwischen einer Fachärztin für Allgemeinmedizin (A12) und einer Patientin (P12).

*P12: Da (zum Facharzt für Lungenheilkunde, Anmerk. d. Verf.) muss ich noch mal wieder hin. Da soll ich alle halbe Jahr ...*

*A12: Ja, das können Sie ja machen. Aber wir nehmen Sie jetzt ins DMP Diabetes auf, weil das für Sie jetzt wichtiger ist. (K12: 151-155)*

Ein weiterer Grund für Unterbrechungen von Patienten und Patientinnen durch Ärzte und Ärztinnen scheint darin zu liegen, dass letztere bereits zu antworten beginnen, bevor eine patientenseitig formulierte Frage zu Ende gestellt worden ist. Zu diesem Beweggrund folgen zwei Beispiele aus der Konsultation (K4) zwischen einem Facharzt für Allgemeinmedizin (A4) und einem Patienten (P4). Bei dem Patienten sind wiederholt erhöhte Blutdruckwerte gemessen worden. Nun möchte er wissen, ob diese Werte in Verbindung mit einer erhöhten Pulsfrequenz beim Sport problematisch seien.

*P4: Also da sind schon so Pulsfrequenzen von 150, die ich da schon durchaus erreiche, dass also keine Probleme? Also das ...*

*A4: Ja nee, das das ist die Frage, was für ein, wie schätzen Sie denn im Moment Ihren Trainingszustand ein?*

*P4: Gemessen an dem welchen ich hatte miserabel. ((lachend)) (K4: 268-274)*

Im Rahmen einer weiteren Sequenz aus der Konsultation K4 geht es um das Ergebnis einer Untersuchung.

*P4: Und diese Langzeit-EKG und Blutdruck, war das jetzt irgendwie besonders bedenklich oder ...*

*A4: Nee, nee ...*

*P4: ... ungefähr im Rahmen dessen, was wir ...*

*A4: Genau das war, es war nicht bedenklich, aber es hilft uns bei der, in dem Fall sag ich es mal gnadenlos, in der Diagnose erhöhter Blutdruck. Er ist da, er ist da und es ist kein Praxisausrutscher gewesen ne. Ne, also von daher sagen wir mal, bleiben Sie jetzt, bleiben Sie jetzt hier an der Angel ne, also wir kümmern uns jetzt, um eine Einstellung jetzt zu finden. (K4: 328-340)*

Zusammenfassend betrachtet, erweist sich das Thema „Unterbrechungen“ als wesentlich für die Erörterung von Fragen der Rederechtsorganisation. Wie wird im Gespräch organisiert, wer wann, wie lange und zu welchem Thema sprechen kann. Wer führt durch eine Unterbrechung einen Themenwechsel herbei? Und inwieweit stellen Unterbrechungen die einzige Möglichkeit für Patienten und Patientinnen dar – explizit angesichts der Asymmetrie der Redezeitverteilung – sich gegen eine lange ärztliche Rede zur Wehr zu setzen? Und welche Unterbrechungen dienen dazu – insbesondere in der Schlussphase der Begegnung – das Gespräch zu beenden? Eine Beantwortung dieser Fragen allein auf der Grundlage der Zeitanalysen ist nicht möglich, Die Fragen werden im Verlauf der inhalts- und konversationsanalytischen Auswertungen auf der Grundlage des empirischen Materials im Einzelnen vertiefend aufgegriffen (vgl. Kap. 5). In diesem Zusammenhang wird auch der Charakter des Sprecher- und Sprecherinnenwechsels im Rahmen der einzelnen Konsultationen in Augenschein genommen.

## 5. Ergebnisse der konversations- und inhaltsanalytischen Interpretationen

Das fünfte Kapitel dieses Forschungsberichtes ist der Darstellung von konversations- sowie inhaltsanalytischen Ergebnissen dreier Datenmengen (Konsultationsgespräche, Interviews mit Patientinnen und Patienten, Interviews mit Ärztinnen und Ärzten) gewidmet.

Dabei werden zunächst die Resultate der Konversationsanalysen in mehreren Unterpunkten vorgestellt. In diesem Abschnitt erscheinen Elemente aus verschiedenen analytischen Betrachtungen einzelner Konsultationsgespräche thematisch geordnet und miteinander in Beziehung gesetzt. Diese Darstellungsweise wurde gewählt, um einer allzu starken Einzelfall-Fokussierung<sup>13</sup> entgegen zu wirken. Es folgt die inhaltsanalytische Auswertung der Interviews mit den Patienten und Patientinnen (Kap. 5.2) und mit den Ärzten und Ärztinnen (Kap. 5.3).

Eine übergeordnete Diskussion der Forschungsergebnisse, d. h. eine Bezugnahme von Konsultations- und Interviewauswertungen, erfolgt in Kapitel 6.

### 5.1 Konversationsanalysen

#### 5.1.1 Gestaltung der Themenfindung

Die Ermutigung von Patientinnen und Patienten, ihre Anliegen vorzubringen, ohne von ärztlicher Seite frühzeitig unterbrochen zu werden, wird in relevanten Publikationen zur Arzt-Patient-Kommunikation als wesentliches Merkmal gelingender Kommunikationsprozesse ausgewiesen<sup>14</sup>.

Das vorliegende empirische Studienmaterial zeigt eindrucksvoll, wie folgenreich es sein kann, wenn zu Beginn eines Konsultationsgespräches keine Verständigung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin darüber stattfindet, welche Themen besprochen werden sollen. Dass dieser Verständigungsprozess selbst dann nicht vernachlässigt werden darf, wenn die Themenwahl bereits in vorhergehenden Gesprächen verabredet wurde, wird in der Analyse einiger Konsultationsgespräche klar ersichtlich dokumentiert (5.1.1.1). Schwerwiegende Folgen für Verlauf und Ergebnis von Gesprächen zeigt in besonderem Maße die Nicht-Beachtung geäußerter patientenseitiger Themen (5.1.1.2). Als eine Sonderform können Konsultationsgespräche angesehen werden, die keinem erkennbaren Thema folgen (5.1.1.3).

<sup>13</sup> ... die mit einem hohen Wiedererkennungseffekt einher gehen und damit die Anonymität der Studienteilnehmenden gefährden könnte. Gleichzeitig wird mit der gewählten Darstellungsform der Facettenreichtum des erhobenen Materials besonders gut darstellbar.

<sup>14</sup> Z. B. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ Vol 303, 1991.

### 5.1.1.1 Vorab verabredete Themen ohne Aktualisierung

Die im Folgenden vorgestellten Ergebniselemente aus Analysen von Konsultationsgesprächen haben gemeinsam, dass im Vorfeld der Konsultationen bereits Themen festgelegt wurden bzw. die Gesprächsteilnehmenden sich ausweislich zu einem vereinbarten ‚Sprech-Termin‘ treffen. Es offenbart sich, dass getroffene Verabredungen von Gesprächsinhalten eine aktuelle Vereinbarung von Themenbereichen nicht ersetzen kann. So können patientenseitige Anliegen in der Zwischenzeit neu entstanden, die Prioritäten verändert oder patientenseitige Anliegen auch im Vorfeld nicht genügend berücksichtigt worden sein.

Beteiligt am Konsultationsgespräch K1 sind der seit ca. zehn Jahren niedergelassene Allgemeinmediziner A1 und der 44 jährige Patient P1. P1 bekam zwei Wochen vor diesem Gespräch die Diagnose Diabetes Mellitus mitgeteilt. Anlass der K1 ist die Besprechung des weiteren Behandlungsweges, außerdem Klärung der Frage, ob bei P1 Typ 1 oder Typ 2 Diabetes vorliegt. P1 ist erst seit kurzem Patient in der Praxis. Es handelt sich um eines der ersten Gespräche zwischen A1 und P1 überhaupt. K1 ist mit einer Dauer von 30:38 Minuten relativ lang. Im Interview mit A1 wird K1 als „Sahnekonsultation“ bewertet (A1: 263<sup>15</sup>), neben anderen Faktoren ist ‚viel Zeit‘ nach Definition des Arztes wesentliches Merkmal hierfür. Die Ehefrau (F1) des P1 ist anwesend.

A1 übernimmt rasch die Strukturierung der Situation und beginnt mit *„Sie wollen jetzt von mir wissen...“* (K1: 11<sup>16</sup>), womit unterstellt wird, dass eine bestimmte Frage im Raume steht. A1 vollendet den Satz nicht in die zunächst eingeschlagene Richtung sondern gibt ihm die *Wendung „... oder wollen Sie selbst erst mal selber erzählen, was Sie sich überlegt haben?“* (K1: 11f). Dieser Aufbau des Gesprächsbeginns kann als indirekte Steuerung angesehen werden, als ein nicht vollkommen offener Anfang. Möglich ist ebenso die Lesart, dass der Termin verabredet worden war, um die Frage nach der Klassifizierung des Diabetes zu klären. Vor diesem Hintergrund erscheint die ärztliche Formulierung nachvollziehbar, alternativ denkbar wäre z. B. auch die Formulierung *„Beim letzten Treffen hatten wir verabredet, dass ...“* gewesen.

P1 berichtet darauf hin zunächst von seiner Reaktion auf die Diagnosemitteilung der letzten Konsultation (K1: 14-16 und 20f), greift dann aber unverzüglich die Eingangsbemerkung von A1 auf: *„Ja jetzt bin ich gespannt, was es denn ist Typ 1, Typ 2“* (K1: 21f). P1 verbindet dieses Thema mit der Frage, ob A1 weiter sein behandelnder Arzt sein kann. Diese Option wurde offensichtlich im Verlauf der letzten Konsultation besprochen. Als ein weiteres Thema bringt P1 die Ernährung vor. Darüber wird auch die Anwesenheit seiner Ehefrau begründet. Die Antwort von A1, dass es sich vermut-

<sup>15</sup> Diese Angabe kennzeichnet die Zeilennummer im Transkript des Interviews mit A1.

<sup>16</sup> Diese Angabe kennzeichnet die Zeilennummer(n) im Transkript des Konsultationsgesprächs K1.

lich um einen Diabetes Typ 2 handelt (mit einer Restunsicherheit), kann als Übergang zur nächsten Phase des Gespräches angesehen werden.

Die Situation der Gesprächseröffnung ist m.a.W. nicht offen in dem Sinne, dass P1 ohne Vorstrukturierung ermuntert wird, seine Anliegen vorzutragen. Dies geschieht erst an zweiter Stelle der anfänglichen Äußerungen von A1. Gleichwohl A1 seine zunächst formulierte Themenwahl selbst unterbricht, wirkt diese strukturierend auf den weiteren Gesprächsverlauf. Indirekt steuert A1 damit die weitere Themenstruktur. P1 nimmt dennoch die Gelegenheit wahr, eigene Themen zu eröffnen. Neben der Frage nach der Einordnung seines Diabetes in Typ 1 oder 2 sind diese Themen (a) ob A1 weiter behandelnder Arzt sein kann, (b) wie es überhaupt weiter geht, (c) wie es aus „*ernährungstechnischer*“ (K1: 24) weiter geht – hierbei bleibt offen, ob es sich um ein eigenes Thema handelt oder um ein Thema von F1, deren Anwesenheit mit diesem Bereich argumentiert wird. Wichtigstes Thema, das P1 jedoch hervor bringt und entsprechend an erster Stelle seiner Äußerungen platziert, ist seine Reaktion auf die Diagnose und die Arbeit an der Akzeptanz des Umstandes, nunmehr chronisch Kranker zu sein und zwar nach „*44 Jahren Nicht-Arztbesuch*“ (K1: 20f). Neben dem Umgang mit den Erfordernissen der Diabetes-Behandlung sind hier wichtige Themen der sog. Krankheitsarbeit angesprochen, die u. a. Neuauslegungen der Identität notwendig werden lassen.

*P1: Ja, es ist erstmal so weit, dass ich ja am Donnerstag (Tag der letzten Konsultation) einen ganz beschissenen Tag verlebt habe, das war also, ja.*

*A1: Das war nicht meine Absicht.*

*P1: Ja, aber Sie haben das ja schon richtig erkannt so, nach 44 Jahren Nicht-Arztbesuch ist jetzt 'ne neue Zeit eingeläutet und tja. Ja jetzt bin ich gespannt, was es denn ist Typ-1, Typ-2. Machen Sie das weiter oder ein Kollege von Ihnen, wie geht's überhaupt weiter, was kann man schon mal so im Groben auch ernährungstechnischer Natur sagen, deswegen ist meine große Unterstützung mit dabei, die das Thema ja auch irgendwie mit begleiten muss. Ja. (Anmerkung: Die Ehefrau ist bei der Konsultation mit anwesend.) (K1: 14-26)*

P1 äußert sich nur rudimentär und zusammenfassend, gleichwohl er mit wenigen Worten viel aussagt. Es bleibt die Frage, ob diese Schilderungen ausführlicher und der Relevanz für P1 angemessener hätten ausfallen können, wenn die Gesprächseröffnung ein ungeteilt offener Raum für die Formulierung patientenseitiger Anliegen gewesen wäre.

Im weiteren Gesprächsverlauf greift A1 nur eine von vier Fragen, die P1 zu Beginn des Gespräches formuliert hat, auf, nämlich die Frage nach der Einordnung des Diabetes in Typ 1 oder 2. Es handelt sich um den (vermutlich vorab verabredeten) Themenbereich, den A1 zu Beginn der Gesprächseröffnung platziert hat. Andere The-

menbereiche und Fragen des P1 werden zunächst nicht berücksichtigt. Es erfolgt keine Rückversicherung oder Verständigung darüber, welche Themen im Rahmen der aktuellen Konsultation aufgegriffen werden können oder sollen. Im Verlauf der Konsultation wird deutlich, dass A1 durchaus eine Vorstellung davon hat, welche Themenbereiche er mit P1 erörtern möchte und welche er für verfrüht bzw. überfordernd hält, z. B.: *„Die Niere arbeitet völlig normal. Und dann würde ich sagen, das reicht jetzt für heute. Das ganze Herz-Kreislauf-Risiko, das besprechen wir 'n andermal in Ruhe noch ja. Ich glaube, Sie müssen jetzt erst mal bisschen verdauen das mit dem Zucker. Und sonst machen wir so eine Risikoberechnung bei allen Patienten aber das das wird jetzt zu viel Input denk ich, also das können Sie jetzt nicht verarbeiten.“* (K1: 395-401)

Zusammenfassend kann für K1 gesagt werden, dass die fehlenden Aushandlungsprozesse zur Themenwahl am Anfang der Konsultation als Gesprächshindernis wirksam werden. Es ist deutlich geworden, dass – selbst wenn Themen bereits im Vorfeld verabredet wurden – es von großer Bedeutung ist, am Beginn einer Konsultation einen offenen Raum zu schaffen, in dem patientenseitige Anliegen formuliert werden können. Die Agenda des geplanten Gespräches muss gegebenenfalls entsprechend aktualisiert werden, um Verläufe wie in K1 gesehen zu vermeiden.

Das Konsultationsgespräch K3 findet zwischen einem Facharzt für Urologie (seit 26 Jahren niedergelassen) und einem 72jährigen Patienten statt. Der Patient sucht die Praxis seit etwa sieben Jahren auf. Ausgangspunkt der aufgezeichneten Konsultation ist der Befund einer Probeexzision von Polypen in der Harnblase des Patienten; es wurden ‚bösartige‘ Zellen entdeckt. Inhalte des Gespräches sind vor allem die Diagnosesmitteilung sowie die Besprechung des weiteren Vorgehens. Die Dauer der Konsultation beträgt 12:37 Minuten.

Die Gesprächseröffnung erfolgt durch A3, der auf eine diagnostische Maßnahme rekurriert (PE der Harnblase), die eine Woche zuvor durchgeführt wurde. Der Befund wird mitgeteilt: A3: *„Wir haben ja jetzt letzte Woche die PE gemacht in der Blase. Und inzwischen ist die Histologie angekommen, und es hat sich bestätigt, sind bösartige Zellen.“* (K3: 1-3). P3 wird im Anschluss an diese Mitteilung nicht zu einem Redebeitrag ermuntert und reagiert im Folgenden ausschließlich mit versichernden oder bestätigenden Hörerrückmeldungen (K3: 5, 9, 14, 23, 33 usw.). An folgender Sequenz, dem Beginn der Konsultation, wird dieses Gesprächsmuster deutlich.

A3: *Wir haben ja jetzt letzte Woche die PE gemacht in der Blase. Und inzwischen ist die Histologie angekommen, und es hat sich bestätigt, sind bösartige Zellen.*

P3: *Doch?*

A3: *Sind da im Blasenauslass. Und das ist natürlich erst mal ...*

P3: *Am Blasenausgang?*

A3: *Ja, da wo wir, ich weiß nicht ob Sie sich noch erinnern an dieses Zystoskopiebild, wo ich Ihnen diese kleinen Polypchen gezeigt hab.*



P3: Ja. (K3: 1-14)

Erst in der Schlussphase gelingt es P3, ein eigenes Thema einzubringen: das Erleben seiner letzten Operation. Diese Episode des Gespräches wird von A3 nach wenigen Wortwechseln konsequent abgeschlossen. Obwohl das Thema der Konsultation K3 durch das Vorliegen des PE Befundes weitgehend strukturiert wurde, hätte das Ermuntern des Patienten, eigene Anliegen vorzutragen, zu einer stärkeren Beachtung wichtiger patientenseitiger Anliegen beitragen können. Diese Anliegen sind, wie im Abschnitt 5.1.2 (Gesprächsverläufe) noch deutlich heraus gestellt wird, neben der Reflexion der letzten Operation die Auseinandersetzung mit der potentiell lebensbedrohenden Diagnose.

Die Konsultation K8 findet zwischen einem Hals-Nasen-Ohren (HNO) Arzt und einer 68jährigen Patientin statt. Der Arzt (A8) ist zum Zeitpunkt der Konsultation seit neun Jahren in der Praxis niedergelassen. Die Praxis hat die Patientin einmalig im Jahr 2004 aufgesucht. Danach ist sie nicht mehr in der Praxis gewesen. Anlass der aktuellen Konsultation ist, dass die Patientin zunehmend schlechter hören kann. K8 war einige Tage vor der aufgezeichneten Konsultation zur Durchführung verschiedener Hör-Tests in der Praxis. Die Ergebnisse dieser Tests liegen zur aktuellen Konsultation vor. Die Dauer des Konsultationsgespräches ist mit 30:11 Minuten – im Vergleich zu den anderen aufgezeichneten Konsultationen – relativ lang.

Die Gesprächseröffnung erfolgt durch A8. In Verbindung mit der Begrüßung der Patientin hebt der Arzt die durch die Bandaufnahme gekennzeichnete Besonderheit der folgenden Gesprächssituation hervor. *„Ja, kommen Sie ruhig rein. Guten Tag Frau X. (--) Ja, das Gerät ist jetzt hier auf Aufnahme gestellt, also es wird jetzt aufgenommen, was wir hier sprechen. Aber ich mach' jetzt nichts anderes als was ich sonst auch mache. Also es ist jetzt nicht hier 'ne Prüfung oder dergleichen.“* (K8: 1-5) Die Patientin antwortet auf diese Gesprächseröffnung mit den Worten *„Ja ja.“* (K8: 7), was darauf hinweisen kann, dass die Aufzeichnung des Gesprächs für sie weniger bedeutsamen Charakter hat als für den Arzt, der die Situation in gewisser Weise als „Prüfung“ zu erleben scheint. Der Arzt setzt die Gesprächseröffnung fort mit den Worten *„Also ich würd' einfach vorschlagen, dass Sie mir noch mal erzählen was Sie eigentlich für Probleme haben, weswegen Sie hier hingekommen sind in die Praxis?“* (K8: 9-11). Einerseits ermutigt er damit die Patientin, über ihre Belange und Anliegen zu sprechen, andererseits markieren die Worte *„noch mal“*, dass er diese Gesprächsaufforderung eher im Sinne einer umfassenden Problemdarstellung (für die Bandaufnahme) macht denn aus Interesse an den patientenseitigen Belangen, die er ja bereits zu kennen scheint. Die Patientin greift die Anregung des Arztes auf und beschreibt als Anlass für den Praxisbesuch drei miteinander verbundene Gründe: nachlassendes Hörvermögen (K8: 13), Beeinträchtigung Anderer durch lautes Sprechen (K8: 15-17) sowie Ohrge-

räusche (K8: 24). Abgeleitet aus diesen Beschwerden formuliert die Patientin ihr Anliegen: *„Also bei mir ist wirklich also allerhöchste Zeit, dass ich da mal irgendwas gemacht kriege ne.“* (K8: 17-18). Die Patientin formuliert damit ihr Hauptthema für die Konsultation; nämlich in Erfahrung zu bringen, welche Lösung(en) es für ihre Beschwerden gibt. Weder äußert sich der Arzt zum Hauptthema der Konsultation noch ist dem Gesprächsanfang eine gemeinsame Abstimmung der Themenwahl zu entnehmen. Vermutlich ist das Thema der gegenwärtigen Konsultation „Besprechen der Untersuchungsergebnisse und der therapeutischen Option(en)“ bereits im Rahmen der vorherigen Konsultation verabredet worden. Vor diesem Hintergrund mag der Gesprächseinstieg auch eine kooperative Inszenierung aufgrund der Bandaufnahme sein.

Dem Interview mit dem Arzt ist zu entnehmen, dass bei dem vor ein paar Tagen stattgefundenen Untersuchungstermin bereits die ärztliche Empfehlung der Verordnung von Hörgeräten ausgesprochen worden ist (A8: 14-15). Um das Thema Hörgeräte *„ausführlicher besprechen“* zu können (A8: 16-17), bietet der Arzt der Patientin eine Teilnahme am Projekt an. Er verbindet damit die Möglichkeit, ein längeres Konsultationsgespräch zu führen als dieses in seinem Praxisalltag üblich ist. Die Patientin stimmt diesem Angebot zu. Im Interview heißt es: *„Ich sag', wat besseres kann mir ja jetzt auch nicht passieren, indem dat ich dat alle gut erklärt kriege ne.“* (P8: 36-37).

Das Gespräch beginnt mit einer ärztlichen Aufforderung an die Patientin, ihre Beschwerden darzustellen. Eine wirkliche Klärung der Anliegen der Patientin und des Arztes im Hinblick auf die bevorstehende Konsultation findet nicht statt. Im weiteren Verlauf der Konsultation wird die Patientin kein weiteres Mal aufgefordert, ihre Sicht der Dinge zu formulieren oder ihre Anliegen zu schildern. In Folge erhält die Patientin Informationen, die vermutlich nicht ihren Informationspräferenzen entsprechen (vgl. dazu ausführlich Kap. 5.1.2.2; Konsultation 8). Zugleich erhält sie keine weiteren Aufforderungen, ihre Gedanken und Gefühle (zu den Untersuchungsergebnissen und zum Tragen von Hörgeräten) zu verbalisieren.

Die Konsultation K9 findet zwischen einer seit 25 Jahren niedergelassenen Frauenärztin und einer Patientin (47 Jahre alt) in einer gynäkologischen Gemeinschaftspraxis statt. Die Ärztin A9 führt eine psychotherapeutische Zusatzbezeichnung. P9 ist seit etwa acht Jahren Patientin in der Praxis. Anlass der Konsultation sind Menstruationsbeschwerden der Patientin, die im Zusammenhang mit einer schweren und langwierigen gynäkologischen Krankheitsgeschichte stehen. Der Konsultationsrahmen ist (innerhalb des hier untersuchten Samples) ungewöhnlich, denn Ärztin und Patientin treten ausdrücklich zu einem Gesprächstermin, den die Ärztin zu bestimmten Zeiten außerhalb regulärer Termingestaltung vergibt, zusammen. Die Dauer des Konsultationsgespräches beträgt 35:03 Minuten.

Die Gesprächseröffnung erfolgt durch A9. Die Äußerung *„So, jetzt wollen wir uns erst mal in Ruhe begrüßen ne. Hallo Frau X.“* (K9: 1) drückt sprachlich eine Verein-

nahme der Patientin aus („... jetzt wollen wir...“) und wird entsprechend beantwortet: die Patientin geht auf den Vorschlag von A9 nicht vollständig ein. Sie antwortet lediglich „*Frau Dr. X*“ (K9: 3) – ohne Begrüßungsformel. Diese verkürzte Begrüßung könnte ein Zeichen für Missfallen sein.

Nach einem kurzen Zögern ergreift A9 die Themenwahl des Gespräches (K9: 5-6). P9 präzisiert die Themenwahl zweifach (K9: 8-9 und 13-15). Die zweite Präzisierung des Gesprächsthemas wird durch A9 unterbrochen (K9: 15) und das Interesse für eine bestimmte Intervention erfragt. Gleichwohl P9 dieses Interesse bestätigt, ist festzuhalten, dass das Gespräch an sehr früher Stelle durch die Ärztin auf eine bestimmte Intervention gelenkt wird.

A9: *So, jetzt wollen wir uns erst mal in Ruhe begrüßen ne. Hallo Frau X.*

P9: *Frau Dr.*

A9: *(--) Ja, jetzt geht 's ja um, darum, ob und was zu tun ist gegen Ihre Menstruationsbeschwerden ne?*

P9: *Ja genau. Also generell denk' ich zu schauen, wie geht 's mit den Myomen. Ist das aus Ihrer Sicht vertretbar, das weiterhin so zu lassen.*

A9: *Ja.*

P9: *Oder empfehlen Sie eher eine OP. Das hab' ich jedenfalls nicht so verstanden. Sie hatten mir auch eine Spirale empfohlen, eine Hormonspirale. Und das, da würd' ich gerne ...*

A9: *Würde Sie interessieren?*

P9: *Ja. (K9: 1-19)*

Am Anfang des Gespräches steht trotz vorheriger Verabredung ein ungeklärter Auftrag – eine Rückversicherung, worum es im Gespräch gehen soll, findet nicht ausdrücklich statt. A9 folgt möglicherweise einer Vorannahme, was P9 anstrebt und lässt sich von dieser Vorannahme (Intervention in Form einer Hormon-Spirale) leiten. Der Einfluss des medizinischen Interventionsdrucks wird schließlich gesprächsbestimmend.

Das Konsultationsgespräch K10 findet in einer gynäkologisch-onkologischen Schwerpunkt-Praxis statt. Es handelt sich um die Einzelpraxis eines Arztes (A10), der seit 11 Jahren niedergelassen ist. Die Patientin (P10) ist 45 Jahre alt. Sie hatte eine Brustkrebs OP und ist in der betreffenden Praxis temporäre Patientin zur Chemotherapie. Anlass der Konsultation ist der Umstand, dass der letzte Zyklus der Chemotherapie ansteht und die weitere Behandlung bzw. Nachsorge besprochen werden soll. Dem Interview mit A10 ist zu entnehmen, dass während der Konsultation die Chemotherapie-Infusion lief. A10 stellt dies als negative Rahmenbedingung dar (A10:113f).

Ob das Gespräch und die darin aufgehobenen Ausblicke auf Weiterbehandlung und Nachsorge angekündigt bzw. vereinbart waren, wird während der Gesprächseröff-

nung nicht expliziert. Den Vorgesprächen mit dem Arzt/den Praxismitarbeiterinnen war zu entnehmen, dass die Patientin über die geplanten Gesprächsinhalte informiert war. Mit der Patientin selbst hat die Interviewerin im Vorfeld des Termins nicht gesprochen. P10 schien insoweit auf das Gespräch vorbereitet, als dass sie einen Notizzettel mit Fragen an den Arzt dabei hatte. Die Konsultation erstreckt sich über 23:41 Minuten.

Das Gespräch eröffnend, fasst A10 die aktuelle Situation zusammen und trägt sein Ansinnen zum Gesprächsinhalt vor: die Besprechung des weiteren Vorgehens. A10 zählt im Folgenden die bisher erfolgten Therapieschritte auf. Dies kann als Übergang zur nächsten Gesprächsphase gedeutet werden. P10 beschränkt sich auf Hör-Rückmeldungen.

*A10: Ja Sie sind heute das letzte Mal bei uns, und jetzt geht' s darum, wie die Behandlung weitergeht. Ja heute ist der letzte Zyklus der Chemotherapie, und wir wollen uns heute ganz ungezwungen unterhalten. Wir wissen dass das Band mitläuft, aber das soll uns jetzt nicht weiter stören. Wir tun, als wär' das gar nicht da.*

*P 10: Ja, ((lacht)) genau.*

*A 10: Ja Sie hatten sechs Zyklen der Chemotherapie. Sie sind im Krankenhaus in nördlichem A-Bundesland operiert worden. An der Brust. Brust erhaltend Gott sei Dank. Und wir hatten jetzt stadiengerecht und auch leitliniengerecht die Chemotherapie durchgeführt, sechs Zyklen. Und jetzt geht die Behandlung weiter.*

*P10: Ja. (K10: 1-20)*

Die Gesprächseröffnung verdeutlicht, dass A10 eine klare Vorstellung von den Inhalten des zu führenden Gespräches hat. P10 wird nicht ermuntert, eigene Gesprächsthemen zu formulieren wie auch das aktuelle Befinden nicht erfragt wird.

Bemerkenswert ist weiterhin, dass A10 den Umstand, dass P10 Brust erhaltend operiert wurde, mit „Gott sei Dank“ kommentiert. Die Perspektive dieser Äußerung ist unklar. Hatte die Patientin zu einem früheren Zeitpunkt große Erleichterung über die Brust erhaltende Operation geäußert und rekurriert A10 somit auf die Patientinnenperspektive?

A10 schließt an die Gesprächseröffnung die Frage an, ob P10 schon weiß, wie es weiter geht (K10: 22). Die Patientin gibt an, noch nicht genau informiert zu sein und berichtet von einer geplanten Vorstellung in dem Krankenhaus, in dem sie operiert wurde. Dort soll entschieden werden „*was passiert mit dem anderen Knoten in der rechten Brust*“ (K10: 30-31). Der Arzt kommentiert dies mit „*Gut, auf den muss man natürlich auf jeden Fall achten.*“ (K10: 33) und bezieht sich sofort auf den bereits operierten und chemotherapeutisch behandelten Tumor der linken Brust sowie der leitli-

niengerechten Weiterbehandlung. A10 verfolgt unbeeindruckt sein Gesprächsvorhaben, als könne es keine anderen Themen geben.

A10 verfolgt eine klare Gesprächsstruktur, die er nicht gegenüber der Patientin erläutert (A10: 83f). Die Gesprächstransparenz wäre für die Patientin höher gewesen, wenn es eine Verständigung darüber zwischen Arzt und Patientin gegeben hätte. Es fehlt die Information an die Patientin, dass ihre Fragen und Themen an geeigneter Stelle des Gespräches berücksichtigt werden. P10 wird auch nicht am Beginn der Konsultation ermuntert, eigene Anliegen vorzutragen. So wird gerade ihr wichtigstes Thema – die Frage nach einem Rezidiv unter Chemotherapie (das wohl bereits eingetroffen ist; P10 berichtet von einem Brusttumor in der bisher nicht betroffenen Brust) – nicht ermittelt. A10 gibt im Interview bekannt, dass er durchaus die Wahrnehmung hat, P10 würde ihm etwas vorenthalten. Er empfindet dies als Kränkung: *„Na ja man muss, natürlich fühl' ich mich erst mal gekränkt, klar. Ich möchte natürlich dass die Patientin mir offen gegenübertritt und mir auch nichts verheimlicht und das ist natürlich auch 'ne gewisse Kränkung, klar. Ich versuche mit dieser Kränkung auch sachlich umzugehen und es nicht persönlich zu nehmen, sondern eben ich sage mir, die Patientin ist in einer besonderen Situation, sie ist in einem psychischen Ausnahmezustand mit der frischen Diagnose Brustkrebs, mit dieser leben\_ lebensverändernden Situation Brustkrebs und versuche es nicht persönlich zu nehmen.“* (A10: 137f). A10 stellt keinen Bezug zu seinem Gesprächsverhalten her sondern schreibt dies einer „psychischen Ausnahmesituation“ der Patientin zu. A10 wünscht sich, dass Patientinnen ihm offen gegenübertreten. Im Gegensatz dazu verfolgt er selbst einen Plan der Gesprächsführung, den er nicht offen mit der Patientin kommuniziert. *„Ja, ich versuche das Gespräch zu strukturieren. Dass wir auch die sachlichen Punkte zunächst abarbeiten, dass wir aber auch der Patientin Zeit geben, selber Fragen zu stellen. Also mit diesem inneren Plan im Kopf gehe ich in so ein Gespräch hinein. Dadurch dass wir das sehr häufig machen, wir sind ja eine Schwerpunktpraxis für K\_ insbesondere für diese Patientinnen läuft das auch nach einem inneren Schema ab ja, von dem natürlich nach Bedarf abweichen kann. Aber ich, gehe schon mit einer festen Struktur in so ein Gespräch hinein.“* (A10: 83f)

Während des Interviewgespräches über die Konsultation fällt A10 auf, dass er den Hinweis auf psychoonkologische Nachsorge vergessen hat (A10: 165f). Die Konsultation spart letztendlich die vitale Frage von P10 aus, ob bei ihr ein Besorgnis erregendes Rezidiv vorliegt; die Anlage der Gesprächsführung erlaubt es nicht, die – mehr oder weniger stark versteckten – Sorgen von P10 zu erspüren.

#### **5.1.1.2 Nicht-Beachtung geäußerter patientenseitiger Themen**

Die Konsultation K4 findet zwischen einem Facharzt für Allgemeinmedizin (A4) und einem 54jährigen Patienten (P4) in einer Gemeinschaftspraxis statt. Anlass für die aktuelle Konsultation sind mehrfach gemessene erhöhte Blutdruckwerte des Patienten. Mit

einer Länge von 19:03 Minuten zählt K4 – im Vergleich zu den anderen Konsultationsaufzeichnungen (im Mittel 24 Minuten) – zu den kürzeren Konsultationen.

Die durch A4 erfolgte Gesprächseröffnung stellt zugleich eine Erklärung zum Thema der folgenden Konsultation dar. *„Herr X, wir haben uns verabredet, um noch mal ein paar Sätze über den Blutdruck zu sprechen.“* (K4: 1-2) Da P4 zu drei verschiedenen Themen (darunter auch das Thema Blutdruck) Gesprächsbedarf hat, scheint die Verabredung für ihn weniger eindeutig gewesen zu sein als für A4. Er antwortet auf die Erklärung von A4 mit folgenden Worten: *„Okay. Das war mir nicht so ganz klar, welches der drei noch offenen Themen wir besprechen wollten. Wir hatten noch die Flecken auf der Nase, das lädierte Knie und den Blutdruck, aber ich hatte auch gedacht es ging um den Blutdruck.“* (K4: 4-7) Mit seiner Bemerkung *„(...) aber ich hatte auch gedacht es ging um den Blutdruck“* (K4: 6-7) gibt P4 seine Anpassung an die ärztliche Priorisierung der Themen sowie der damit verbundenen Themenwahl an. Es erfolgt keine Verabredung darüber, wann die anderen Themen besprochen werden können und sollen.

Die Konsultation K12 findet zwischen einer Fachärztin für Allgemeinmedizin und einer 73jährigen Patientin in einer Einzelpraxis statt. Die Ärztin (A12) ist seit mehr als 30 Jahren im ambulanten Versorgungsbereich tätig, die Patientin ist ebenso lange bei A12 in Behandlung. Anlass für die aktuelle Konsultation sind kürzlich entdeckte hohe Blutzuckerwerte der Patientin. Die Ärztin hat die Patientin telefonisch über das Ergebnis der Blutuntersuchung informiert und sie gebeten, baldmöglichst in die Praxis zu kommen (K12: 11-12). Die Dauer des aufgezeichneten Konsultationsgespräches ist mit 23:01 Minuten – im Vergleich zu den anderen aufgezeichneten Konsultationen (im Mittel 24 Minuten) – durchschnittlich lang.

Die Gesprächseröffnung, die keine verbale Begrüßung enthält, erfolgt durch A12 mit dem Hinweis, dass die Patientin sofort darauf hinweisen solle, wenn sie die ärztlichen Äußerungen nicht verstehe, da in der nachfolgenden Konsultation *„einiges Wichtiges zu besprechen“* (K12: 6) sei. Unklar bleibt, ob sich die Ärztin – angesichts einer bekannten Schwerhörigkeit der Patientin – allein auf die akustische Verstehensebene oder auch auf eine inhaltliche Verstehensebene bezieht. Die Ärztin setzt die Gesprächseröffnung fort mit den Worten *„Ich habe Sie ja angerufen weil Ihre Zuckerwerte, erschreckend schlecht waren.“* (K12: 11f). P12 antwortet *„Das' weniger schön.“* (K12: 14), woraufhin die Ärztin ihren Eindruck nochmals verstärkt mit den Worten *„Das hat mich auch entsetzt.“* (K12: 16). Mit ihrer tendenziell Angst erzeugenden Wortwahl (erschreckend schlecht, entsetzt) scheint die Ärztin die Relevanz des folgenden Gesprächs hervorheben zu wollen. Im Verhältnis zur ärztlichen Präsentation des Themas erscheint die Patientin ruhig, so fragt sie beispielsweise nicht danach, was genau entsetzlich sei oder was sie zu befürchten habe. Vielmehr möchte sie wissen, worin die Ursache für den Anstieg der Blutzuckerwerte liegen könnte (K12: 18). Die Ärztin bietet

als mögliche Ursache einen verminderten Bewegungsumfang im zurückliegenden Winter an (K12: 20-23). Die Patientin stimmt der ärztlichen Deutung zu (K12: 25).

Nachdem die Ärztin ihr Thema (hohe Blutzuckerwerte) für die Konsultation benannt hat, bringt sich auch P12 mit ihrem Thema (selbst gemessene Blutdruckwerte) ein. *„Ja ja. Ich habe nämlich ja auch was mitgebracht auch mit dem Blutdruck. Und zwar, das ist ja auch jetzt 'n bisschen schlechter geworden. Nun war, ich hab' so, so sind die ganzen Blut\_ was ich aufgeschrieben hab', hab' ich mal bloß mal ganz kurz so gemacht.“* (K12: 30-33) Im Gegensatz zum Erleben der Patientin, die eine Verschlechterung der Blutdruckwerte anspricht, findet die Ärztin, dass die Werte *„nicht so schlecht“* (K12: 36) sind. Erneut versucht die Patientin, sich mit ihrem Erleben Gehör zu verschaffen: *„Na das war gut. Aber jetzt hier hinten, das hier.“* (K12: 38). Doch auch dieser Versuch ist nicht erfolgreich. So antwortet die Ärztin: *„Jaa aber das das geht auch noch. Also Frau X jetzt müssen wir erst mal den Zucker in' Griff kriegen.“* (K12: 40-41). Nun resigniert die Patientin mit den Worten *„Ja ja, is' ja gut.“* (K12: 43). So bestimmt in der Phase der Gesprächseröffnung allein die Ärztin, welches Thema nachfolgend besprochen werden soll und welches nicht. In der Phase der Gesprächseröffnung finden sich keine ärztlichen Fragen zur Ermunterung der Patientin, ihre Anliegen zur Sprache zu bringen. Erst zum Ende der Konsultation gelingt es der Patientin, ein für sie relevantes Thema (vermutete Nebenwirkung eines Medikamentes) erfolgreich einzubringen (K12: 557f).

Das Gespräch K14 führen eine Fachärztin für Allgemeinmedizin (A14) (seit ca. acht Jahren niedergelassen, Gemeinschaftspraxis) und ein 55jähriger Patient. Das Gespräch bildet den ersten Kontakt nach einem operativen Eingriff ab. Bei dem Patienten (P14) wurde ein innovatives Gerät zur Unterstützung der Herzleistung eingesetzt bei Vorliegen einer schwerwiegenden Herzmuskelschwäche. Die damit verbundene medizinische Erwartung: Verbesserung der Auswurfleistung des geschädigten Herzens und damit der Belastbarkeit des Patienten. Es ist die längste der Konsultationen im Projekt (53:27).

Der am leichtesten zu erfassende Anlass für das Gespräch ist die Entfernung der OP-Fäden. Dies ist mit Sicherheit kommuniziert worden. Ob darüber hinaus auch andere Themen des Gesprächs (Durchgehen von so genannten Risikofaktoren und Medikation) vorher besprochen waren, bleibt unklar.

A14 eröffnet mit dem „Klassiker“: *„wie geht's?“* (K14: 1), nimmt das *„den Umständen entsprechend gut“* (K14: 3) als Floskel entgegen und verkündet dann: *„dann wollen wir uns mal die Wunde angucken...“* (K14: 5). Daran angehängt wird die Frage nach sonstigen Schwierigkeiten, präziser *„Schmerzen im Arm oder im Wundbereich?“* (K14: 7-8). Fragen nach genereller Befindlichkeit oder dem Erleben des operativen Eingriffs werden nicht gestellt. Es wird dann rasch klar, dass weder Patient noch Ärztin informiert worden sind, in welcher Form die Nachsorge stattfinden soll. Beide teilen das Er-

staunen darüber, wie groß das neue Gerät ist. A14 versucht eine Beendigung dieses Themas mit „Soo gut. Also wir ziehen heute noch die Fäden die Wunde sieht gut aus“ (K14: 121-122). Beide sind m.a.W. Opfer eines unzureichenden Entlassungs- und Überleitungsmanagements einer Universitätsklinik. Dieses Dilemma hätte der Ärztin bei der Vorbereitung auf das Gespräch klar sein können, ob es „heilbar“ gewesen wäre durch Anruf in der entsprechenden kardiologischen Abteilung, sei dahingestellt – sie hatte aber absichtlich den vorläufigen, nichtssagenden Entlassungsbericht vorher nicht gelesen (Aussage in ihrem Interview). So bleibt v. a. die vitale Frage des Patienten, ob das Gerät eigentlich schon eingestellt ist, unbeantwortet: eine Wirkung verspüre er nicht, sagt er, womit er doch auf eine bange Frage hinweist. P14 weist an früher Stelle der Konsultation auf ein weiteres Thema hin, das ihn sehr beschäftigt. *„Aber was mich jetzt eigentlich die letzten Tage noch fast mehr beschäftigt wie dieses hier, jetzt krieg' ich meine Spinalkanalbeschwerden häufen sich jetzt aber wie. Ich konnte gestern sagen wir mal war das schon wieder einfach 'ne Qual spazieren zu gehen. Das war vor der OP war diese Sache hat für mich eigentlich schon so gut wie (unverständlich, 1 Wort, Tastaturgeklapper). Also bis zum Tag der Einlieferung bin ich jeden Morgen mal Fahrrad gefahren (unverständlich, 10 Wörter, Tastaturgeklapper). Dann hier 24 Stunden Bettruhe. So und seit voriger Woche Freitag fängt das genau wieder so an wie das vorher mal war. Es ist noch nicht ganz so krass aber, ich kann jetzt schon von hier bis zum Auto, dann muss ich mich schon bald wieder (in die gebückte Stellung begeben[?]). Wo ich jetzt sage Mann, Mann, Mann. Kann es wirklich für von zwei Tage liegen, dass es sofort wiederkommt?“* (K14:136-148)

Die außergewöhnliche Länge der Konsultation steht in deutlichem Widerspruch zum Gehalt des Gesprächs. Es ist ein Beispiel für „verpasste Chancen“, hier konkret das Nutzen der Zeit für ein genaueres Eingehen auf die Hauptsorge des Patienten, nämlich eine bedrohliche massive Behinderung des Aktionsradius durch seine Rückenerkrankung zu erleiden, welche den Erfolg der Herz-OP für ihn zunichtemachen könnte. Die Ärztin geht beschwichtigend darauf ein und räumt dem Thema keinen eigenen, in sich ruhenden Raum ein. Stattdessen ist die Konsultation gekennzeichnet durch das Abhandeln einer gewaltigen ärztlichen Agenda zu Risikofaktoren, möglicher Änderung der Medikation und ein nicht weiterführendes Sinnieren über Kommunikationsmängel zwischen Klinik, Kardiologie und Hausärztin.

### **5.1.1.3 Konsultationen ohne erkennbares Thema**

Das Konsultationsgespräch K5 findet zwischen einem Allgemeinmediziner und einem 52jährigen Patienten statt. Anlass der Konsultation ist eine depressive Erkrankung des arbeitsuchenden, allein erziehenden Patienten, der schon seit vielen Jahren in dieser Praxis behandelt wird. Der Allgemeinmediziner ist seit 28 Jahren niedergelassen. Inhalte des Gespräches sind ein neurologisches Konsilium, das stattfinden sollte aber nicht zustande gekommen ist (die eigentlich erwarteten Ergebnisse dieses Konsilium



waren Anlass der Anberaumung von K5) sowie diverse, seit längerem bekannte, psychosoziale Problemlagen des Patienten. In einer kurzen Episode, deren Ausgangspunkt Schlafstörungen des Patienten sind, wird über die aktuelle Medikation gesprochen und diese verändert. Weiteres Thema ist eine psychotherapeutische Behandlung, die noch nicht aufgenommen wurde. Die Schlussphase ist geprägt von der Wiederaufnahme des Themas Psychotherapie durch den Patienten. Die Konsultation erstreckt sich über 22:31 Minuten.

Die Gesprächseröffnung erfolgt durch A5. Ausgehend von der Annahme, dass P5 seit der letzten Konsultation einen Neurologen aufgesucht hat, fragt A5 nach diesem Termin. Wie sich heraus stellt, hat der Termin nicht stattgefunden, weil der Neurologe im Urlaub ist, was von A5 lakonisch kommentiert wird.

A5: *Ja wir hatten ja heute diesen Termin ausgewählt, weil Sie sagten, Sie hätten gestern den Termin beim Neurologen gehabt?*

P5: *Ja nur hat der Neurologe damals wohl nicht gesagt, dass er in Urlaub ist.*

A5: *Ach toll. (K5: 1-7)*

In der Situation der Gesprächseröffnung bleibt unklar, weshalb P5 den Arzt aufgesucht hat, obwohl das verabredete Thema nicht besprochen werden kann. Diese Unklarheit findet sich auch im Interview mit P5 wieder. Vielleicht ist sie als Beleg dafür zu verstehen, dass der Patient mit einem verdeckten Thema in die Praxis gekommen ist, dem Wunsch nach einer zeitlich umfangreicheren Psychotherapie. Im weiteren Verlauf der Gesprächseröffnung erzählt P5 von einer Vertretungssituation durch eine Neurologin, die für ihn unbefriedigend verlaufen ist. Wie weiter verfahren werden soll, wird nicht abschließend besprochen. A5 beendet den Themenkomplex und greift Beschwerden auf, die P5 anlässlich der letzten Konsultation vorgetragen hatte. *„Nee okay. Beim letzten Mal sagten Sie, dass Sie also ziemlich nervös und andererseits total verlangsamt, dass Sie also nichts zu Ende machen könnten. Ist das unverändert so?“ (K5: 37-39)* In welchem Zusammenhang diese Nachfrage gestellt werden soll und welches Ziel damit verfolgt wird, bleibt intransparent. Diese Nachfrage löst eine länger währende Problemschilderung aus, die von A5 durch Fragen und Hörerrückmeldungen befördert wird. Im Wesentlichen handelt es sich um psychosoziale Problemlagen (Erziehungsprobleme, Arbeitgeber, andere familiäre Belastungen), über die P5 spricht. Diese Themenbereiche sind A5 bereits bekannt. Es werden im Rahmen der lang andauernden Schilderungen weder neue Erkenntnisse erworben noch neue Lösungsansätze diskutiert.

Dabei wird deutlich, dass für P5 das Thema der Psychotherapie nicht befriedigend im Gespräch berücksichtigt wird. Der Patient erläutert im Interview: *„Ich hab zwar auch gefragt, weil Psychotherapie nur alle zwei Wochen ist, für ¾ Stunde, ist ja nicht viel ne so. Und dann habe ich auch 'n bisschen die Angst dann, reicht das ne oder*

*was kann ich sonst noch machen oder was gibt 's andere Möglichkeiten ne. Wobei dann der Herr Dr. X auch sagte also, ich soll diese Sache erst mal angreifen, anfassen, anpacken und, wenn es irgendwo mal schlimm wär' usw. würde er auf jeden Fall immer erreichbar sein.“ (P5: 192-198).* P5 versucht darauf hin (erfolglos), dieses Thema in der Schlussphase erneut aufzugreifen.

Die Eröffnung der Konsultation K5 wirft die Frage auf, wie Ärzte/Ärztinnen damit umgehen, wenn der eigentliche Anlass für die Konsultation nicht gegeben ist bzw. wie im konkreten Beispiel, dass ein angestrebtes neurologisches Konsilium nicht wie geplant bereits stattgefunden hat.

### **5.1.2 Gesprächsverläufe**

Das Rederecht stellt ein zentrales Element im sprachlichen Ablauf einer Konsultation dar. Es wird häufig über Unterbrechungen und andere Formen der Dominanz organisiert.

Im Kontext des aufgezeichneten Gesprächsverlaufs ist das Aufweisen der Themenstruktur möglich. Mit Themenstruktur ist der inhaltlich-thematische Verlauf des Konsultationsgespräches gemeint. In diesem Zusammenhang wird ersichtlich, ob und in welchem Umfang patientenseitige Themen erfragt und aufgegriffen werden.

Das Ende von Konsultationsgesprächen ist häufig von lebhaftem Sprecherwechsel gekennzeichnet. Durch das nahende Ende werden mögliche gegenläufige Motivationen und Gesprächsziele direkt oder indirekt artikuliert. Gesprächsteilnehmende versuchen in der Endphase, für sie nicht hinreichend kommunizierte Inhalte erneut aufzugreifen.

Die im Folgenden ausführlich vorgestellten Gesprächsverläufe von Konsultationen sind in unstrukturierte und strukturierte Gesprächsverläufe gegliedert.

#### **5.1.2.1 Unstrukturierte Gesprächsverläufe**

Umstände für unstrukturiert verlaufende Gespräche liegen bspw. in einer fehlenden Verständigung über das Thema. Denkbar ist ferner, dass der Anlass einer vereinbarten Konsultation nicht gegeben ist (wie z. B. in der Konsultation K5, wo das Aufsuchen eines Facharztes vor der allgemeinmedizinischen Konsultation nicht stattgefunden hat). Auch die konsequente Nicht-Beachtung patientenseitiger Themen, Fragen und Sorgen kann ein unstrukturiert verlaufendes Gespräch nach sich ziehen. Auf einen Nenner gebracht kann konstatiert werden, dass das fehlende Abgleichen der Gesprächsabsichten der Beteiligten zu Beginn der Konsultation zu unstrukturierten Gesprächen führen kann.

## Konsultation K1

Als Gesprächsstruktur kann zwischen Beginn und Ende der Konsultation K1 (beteiligt sind Allgemeinmediziner A1 und Patient P1, dem vor zwei Wochen die Diagnose Diabetes Mellitus mitgeteilt wurde) nur eine lange Gesprächsphase identifiziert werden.

Nach der Gesprächseröffnung werden bis zur Gesprächsbeendigung die Themen medizinische Behandlung des Diabetes, Typ 1 oder Typ 2 Diabetes und Informationen über die Erkrankung (Ursachen, Ernährung, Folgen, Laborwerte, Alltagsintegration usw.) erörtert. Die genannten Themen treten miteinander verwoben in Erscheinung, werden jeweils mehrfach aufgegriffen und wiederholt fallen gelassen. In die Erörterungen hinein bringt sich die Ehefrau des Patienten mehrere Male ohne direkten thematischen Anschluss ein. Ihren Fragen (die sich v. a. auf Sport, Ernährung und Cholesterin beziehen) begegnet A1 widersprüchlich mit Abwehr oder Beachtung. P1 formuliert an verschiedenen Stellen der Konsultation eigene Fragen zu seiner Erkrankung. Am Ende werden das weitere Vorgehen sowie eine anstehende Impfung besprochen.

Im weiteren Gesprächsverlauf greift A1 nur eine von vier Fragen, die P1 formuliert hat, auf, nämlich die Frage nach der Einordnung des Diabetes in Typ 1 oder 2. Neben dieser Frage hatte P1 die Fragen (a) ob A1 weiter behandelnder Arzt sein kann, (b) wie es überhaupt weiter geht und (c) wie es aus „*ernährungstechnischer*“ (K1: 24) Perspektive weiter geht, aufgeworfen. Es erfolgt keine Rückversicherung oder Verständigung darüber, welche Themen im Rahmen der aktuellen Konsultation aufgegriffen werden können oder sollen.

A1 klärt P1 darüber auf, dass höchstwahrscheinlich ein Diabetes Typ 2 vorliegt und schlägt eine medikamentöse Behandlung vor. In der Folge ratifiziert P1 die Aussagen des A1 und lässt sich diese Ratifizierungen von A1 bestätigen.

*P1: Dieses Medikament.*

*A1: Genau.*

*P1: Dafür erst mal startweise zu benutzen.*

*A1: Genau.*

*P1: Das wären Tabletten?*

*A1: Genau.*

*P1: Also nicht die Piekserie?*

*A1: Genau.*

*P1: Aha. (K1: 48-64).*

An früher Stelle des Konsultationsgesprächs kündigt sich hiermit die Struktur eines Schüler-Lehrer-Verhältnisses an, die sich im weiteren Verlauf etabliert und immer stärker zu Tage tritt. Andere Formen der Ergebnissicherung, wie etwa die gemeinsame Formulierung von Zwischenergebnissen, kommen in K1 nicht vor.

Das Gespräch zwischen A1 und P1 dreht sich anschließend um weitere Unterscheidungsmerkmale zwischen Diabetes Typ 1 und Typ 2, um Symptome unbehandelter Diabetes-Erkrankungen sowie um Urinteststreifen um dann wieder zum Themenbereich der medikamentösen Behandlung zurück zu kehren.

Bemerkenswert ist eine Passage, in welcher die von A1 vorgeschlagene medizinische Behandlungsstrategie nicht fachlich bzw. inhaltlich begründet sondern mit der Methode der Perspektivübernahme erläutert wird.

*A1: Ich hab mit meiner, unserer Kollegin, die hier im Moment in der Ausbildung ist, in der Weiterbildung gesprochen, und hab gesagt „Was würden Sie machen?“. „Ja ich würd' jetzt mit Insulin anfangen.“ Und dann hab ich gesagt „Und wenn Sie das jetzt wären, selber? Würden sie dann lieber Insulin oder lieber Tabletten ((lachend))?“ Ist natürlich 'ne fiese Frage ((lachend)).*

*P1: Ja, ja.*

*A1: Aber ich denke, das am wenigsten Invasive erst mal. Und wir werden es ja sehen. Wir bleiben einfach am Ball und kontrollieren das. (K1: 66-75)*

A1 illustriert in dieser Passage seine eigene Haltung. Entscheidungsleitende Faktoren (wie die Übernahme der unterstellten Patientenperspektive) werden anhand einer Anekdote erzählt.

F1 unterbricht A1 (K1: 149) ohne thematischen Anhalt und stellt, nachdem sie zunächst ignoriert wurde, eine Frage zur Unsportlichkeit ihres Ehemannes (K1: 155f). A1 geht auf den Inhalt der Frage zunächst nicht ein sondern behandelt die Äußerung von F1 auf der Meta-Ebene: er redet über die Gesprächskonstellation und bemerkt unter Lachen aller, dass er sich nicht in einen Ehekonflikt hinein begeben möchte (K1: 163f). Inkonsequent wird die Frage anschließend dennoch aufgegriffen.

Häufig treten nun Dialogsequenzen auf, in denen die Wortwahl beider Gesprächsteilnehmer zumindest erstaunt. Dazu folgende Beispiele:

*A1: ... damit wir so 'n bisschen dichter bleiben, dichter in Kontakt bleiben alle zwei Wochen mal kurz auf 'n Zuckertest kommen.*

*P1: Hm=hm, das ist dieser Pieksi?*

*A1: Genau.*

*P1: Ohhhh. Geht das auch anders als aus ...*

*A1: Ohr geht auch.*

*P1: Ist genauso doof ne?*

*A1: Ohr ist weniger, sind weniger Nerven drin.*

*P1: ((lachend)) Na gut. (K1: 204-219)*

A1: ... Und der Langzeitzucker zeigt, wie die letzten zwölf Wochen der Zucker war. Acht bis zwölf Wochen ja. Der ist normal bis sechs und bei Ihnen ist er 13,7.

P1: Der Langzeitzucker.

A1: Der Langzeitzucker, also richtig ganz weit oben.

P1: Viel viel viel oben. (K1: 225-233)

A1: Diphtherie/Tetanus und wenn Sie einverstanden sind, mixen wir dann noch eine Keuchhustenimpfung mit rein.

F1: Ach so.

A1: Eine Piekse.

P1: Ja, also ich finde das gut, wenn man jetzt 'nen Rundumschlag macht. (K1: 485-492)

Vorstellbar ist, dass der Sprachgebrauch des A1 das Schüler-Lehrer-Verhältnis reflektiert. Da P1 Teil dieser Rollenkonstellation ist, lässt er diese sprachliche Gestaltung nicht nur unkommentiert, sondern ergreift diese auf ähnliche Weise, wie die Beispieldialoge gezeigt haben. Wird der Sprachgebrauch von A1 reflektiert, dann könnte das Motiv für die Fortsetzung des Stils auch eine Compliance Strategie sein. Offen bleibt, inwieweit sich A1 an P1 oder umgekehrt beim Sprachstil anpasst. Es könnte auch ein Eindruck entstehen, nach dem sich der Patient relativ durchgängig als „Nicht-Patient“ (seltene Arztbesuche etc.) präsentiert – vielleicht auch als Ausdruck der Abwehr von Selbstverantwortungsübernahme. Im weiteren Gesprächsverlauf bringt F1 das Thema der Ernährung ein, das ihr sehr bedeutungsvoll ist (K1: 239). A1 relativiert dieses Thema deutlich: „*Ernährung ist das wenigste*“ (K1: 241). Daraufhin korrigiert F1: „*Das haben Sie jetzt total verkehrt gesagt*“ (K1: 243f). A1 kündigt an, darauf nur kurz einzugehen. Es entwickelt sich aber ein längerer Dialog zwischen A1 und vornehmlich F1, P1 ist weitgehend unbeteiligt. Es kann angesichts dieser Passage erneut darüber nachgedacht werden, ob das Thema Ernährung zurzeit wichtig für P1 ist oder vor allem ein Thema von F1 ist. Deutlich wird nochmals wie hilfreich es gewesen wäre, eine Einigung über Gesprächsthemen an den Anfang der Konsultation zu stellen und solche Einigungsprozesse nicht beiläufig zu bearbeiten. P1 tritt hinter dem Geschehen eine Zeitlang zurück und unterbricht dann die Ernährungs-Erörterung indem er angibt, zwei Fragen zu haben (K1: 320). Der nun folgende Dialog erscheint vor dem Hintergrund der bereits beschriebenen Schüler-Lehrer-Konstruktion besonders beachtlich:.

P1: Zwei Fragen hab ich noch mal. Ich bin ja die letzten Tage fortlaufend auch im Freundeskreis gefragt worden, wat wat für einer bist du eigentlich. Bin ich jetzt überzuckert oder bin ich unterzuckert?

A1: Das hab ich Ihnen schon gesagt (leise gesprochen).

P1: Überzuckert bin ich.

*A1: Wenn normal bis 126 geht und Sie 350 haben, dann ist die Frage beantwortet ((lachend)). (K1: 320-329)*

Zunächst ist festzustellen, dass P1 sich nach der Ernährungs-Debatte, aus der er sich weitgehend heraus gehalten hat, wieder mit seinem Thema der Krankheits-Rezeption einbringt: Er schließt damit an seine in der Gesprächseröffnung aufgeworfenen eigenen Themenbereiche an. P1 geht es um Krankheitsrezeption, (noch) nicht um Alltagspraxis der Erkrankung, in dessen Bereich das Thema Ernährung anzusiedeln ist. In seinem sozialen Umfeld werden Krankheitsfragen an ihn gestellt, die er nicht beantworten kann. Ein erzieherisch anmutender Dialog folgt seiner Frage nach Über- oder Unterzuckerung. Die Reaktion von A1 ist belehrend und nimmt die Unsicherheit und Verwirrung des P1 nicht ernst. Am Ende lacht nur A1.

Im weiteren Gesprächsverlauf treten die Themen Testmöglichkeiten, medikamentöse Therapie und das weitere Vorgehen unstrukturiert und miteinander verwoben auf. Fast beiläufig wird die Dosierung des Medikaments besprochen (K1: 575ff). F1 bringt sich wiederum mit dem Thema Cholesterin ein (K1: 512ff). Diesmal geht A1 nicht darauf ein sondern verweist darauf, dass er dieses Thema erst in vier Wochen aufgreifen möchte. Da A1 bisher auf die Fragen von F1 nach anfänglichem Widerstand eingegangen ist, kann jetzt vermutet werden, dass die konsequente Verneinung des Themas mit der fortgeschrittenen Zeit zu tun hat und A1 das Ende der Konsultation ansteuert. Nach einer Erklärung seitens A1 über die Übernahme der Krankenrolle (K1: 345ff) entsteht für P1 die Möglichkeit, noch einmal zum Thema seines individuellen Krankheitserlebens Auskunft zu erteilen (K1: 554ff). A1 reagiert darauf, indem er auf Alltagsintegration der Krankheit Diabetes rekurriert: er fragt nach einer Dusche am Arbeitsplatz (K1: 561f) und greift damit wiederum das Thema Bewegung auf. Erneut wird das Thema der Krankheitsverarbeitung bzw. des Krankheitserlebens überformt von praktischen Erwägungen. Gleichwohl A1 rhetorisch durchaus der Akzeptanz der Diagnose sowie der Rollenübernahme zum chronisch Kranken hohe Bedeutung beimisst und diesen Prozessen Raum sowie Zeit geben will (z. B. K1: 529), wird dieser Themenbereich im Konsultationsgespräch weitgehend unterdrückt, zumindest die dazu gehörige Patientenperspektive. A1 selbst stellt seine Überlegungen zum Erleben chronischer Erkrankungen relativ ausführlich dar (K1: 535-552).

Compliance-relevante Äußerungen des P1 sind auffindbar (z. B. Zustimmung und Rezeption der medikamentösen Therapie, Organisation eines Augenarzttermins u. a.), werden aber nicht explizites Gesprächsthema.

Zum Ende der Konsultation schlägt A1 die Teilnahme am Disease Management Programm (DMP) vor. Es wird nicht erläutert, was ein DMP ist und welche Vor- und Nachteile diese Programme patienten- und arztseitig haben. Lediglich wird von A1 da-

rauf hingewiesen, dass P1 die Unterlagen an der Rezeption bekommt, wie auch die anstehende Impfung von den Helferinnen durchgeführt wird.

K1 erstreckt sich über die Dauer von etwas mehr als einer halben Stunde. Dabei beansprucht A1 23:50 Minuten der Redezeit, P1 dagegen 7:18 Minuten. Der längste Einzelbeitrag von A1 beträgt 1:47 Minuten, der von P1 0:35 Minuten. P1 unterbricht A1 11 Mal, A1 unterbricht P1 7 Mal. P1 unterbricht A1 vornehmlich, um verfrüht Hörerrückmeldung oder Bestätigung zu formulieren. Oder er dringt in die Sprechzeit des A1 ein, um sein Verstehen des Gesagten zum Ausdruck zu bringen. A1 dagegen unterbricht P1, um seinen Redefluss zu stoppen und damit die Redezeit des P1 zu begrenzen.

Ein Beispiel, in dem mehrere Unterbrechungsvarianten vorkommen:

*A1: Dafür war eine Voraussetzung, dass die Niere arbeitet. Metformin darf nicht eingesetzt werden, wenn die Niere nicht gut arbeitet, weil es über die Niere rausgeht und sonst bleibt es im Körper hängen und kann dann irgendwelche fatalen Nebenwirkungen machen, ist aber nicht.*

*P1: Die Niere.*

*A1: Die Niere arbeitet völlig normal. Und dann würde ich sagen, das reicht jetzt für heute. Das ganze Herzkreislauf-Risiko, das besprechen wir 'n andermal in Ruhe noch ja. Ich glaube, Sie müssen jetzt erst mal bisschen verdauen das mit dem Zucker. Und sonst machen wir so eine Risikoberechnung bei allen Patienten aber das das wird jetzt zu viel Input denk ich, also das können Sie jetzt nicht verarbeiten.*

*P1: Okay. Heißt also im Zwei-Wochentakt mache ich also dann ...*

*A1: Im Zwei-Wochentakt einfach mal hier kurz reingucken. Zwischendrin, wenn Sie merken zuckertypische Beschwerden werden nicht weniger, Durst, Pinkeln, Infektneigung das und Sehstörung waren ja bei Ihnen so die. Alles was Sie eigentlich an Beschwerden bemerkt hatten, war einfach nur Zucker.*

*P1: Ich hab jetzt ...*

*A1: Und das ist ja erst mal das erste Ziel der Behandlung würde ich sagen. Dass diese Beschwerden, die Sie haben, dass wir die erst mal abschalten sozusagen. Die ganze Langfristzielplanung, das machen wir in Ruhe. Das kommt später. Aber erst mal die Beschwerden weg, 'n ordentlichen Anfang, 'n Dreh reinzukriegen und dann weitergucken. (K1:388-417)*

Abschließend lässt sich festhalten, dass A1 mittels seiner halboffenen Gesprächseröffnung die Kontrolle über das Gespräch übernimmt. Dabei greift er von vier Themen denjenigen auf, den er selbst insistiert hatte. Verbunden mit dem starken Ungleichgewicht der Redezeit kann konstatiert werden, dass A1 die Rederechtorganisation über-

nommen hat und P1 sowie F1 wirkungsvoll begrenzt, sowohl was die Redezeit angeht als auch die Themenwahl. Eine Tendenz, welche die Etablierung eines Schüler-Lehrer-Verhältnisses möglich werden lässt. Dass sich diese Etablierung im Verlauf des Gespräches immer stärker ausprägt, ist anhand von Dialogsequenzen bereits gezeigt worden (K1: 207f, 231f, 425f, besonders kritisch zu sehen: 320f).

Die Dominanz des A1 wird dabei nicht offen dargestellt, sondern erscheint subtil und ist deshalb besonders wirkungsvoll. Letztlich bleibt aber offen, inwieweit sich A1 über sein Vorgehen bewusst ist und welche Bedeutungen es jeweils hat, wenn A1 sich bewusst bzw. nicht bewusst darüber ist.

Dass P1 immer wieder versucht, seine thematischen Relevanzstrukturen zur Sprache zu bringen, kann als eine patientenseitige Ressource angesehen werden. Es erfolgt letztlich auch keine offene Aushandlung über die Rolle der Ehefrau des P1 im Rahmen der Konsultation. Ihre Themen werden halbherzig aufgegriffen oder abgewehrt.

### **Konsultation K5**

Das Konsultationsgespräch K5 findet zwischen einem Allgemeinmediziner und einem 52jährigen Patienten statt. Anlass der Konsultation ist eine depressive Erkrankung des Patienten, der schon seit vielen Jahren in dieser Praxis behandelt wird. Inhalte des Gespräches sind ein neurologisches Konsilium, das stattfinden sollte aber nicht zustande gekommen ist sowie diverse psychosoziale Problemlagen des Patienten. Die Konsultation erstreckt sich über 22:31 Minuten.

Das gesamte Konsultationsgespräch lässt sich grob in zwei große Abschnitte fassen. Im ersten Abschnitt nach der Gesprächseröffnung wird zunächst der nicht stattgefundene Termin bei einem Neurologen erörtert. Rekurrierend auf den letzten Besuch des P5 erkundigt sich A5 dann nach dem aktuellen Befinden. Dies löst eine längere Problemschilderung aus, die von A5 durch Fragen und Hörerrückmeldungen befördert wird.

In diese Schilderungen hinein greift P5 das Thema der Psychotherapie auf (K5: 107-138). Zwar hat er einen Therapeuten gefunden und auch Termine erhalten, aber P5 würde die Therapie gern früher beginnen und überlegt, ob er einen anderen Therapeuten suchen soll. A5 argumentiert dagegen, dass der anvisierte Psychotherapeut bereits die Vorgeschichte des P5 kenne und direkt einsteigen könne. A5 plädiert für diesen Psychotherapeuten und lenkt das Gespräch wiederum auf die psychosozialen Probleme des Patienten, in diesem Fall auf Probleme mit dem Arbeitgeber (K5: 139f). P5 geht auf diese Frage ein und verlässt sein eingebrachtes Thema. Nach einer längeren Erörterung über berufliche Perspektiven des P5 lenkt A5 das Gespräch übergangslos auf das Thema Schlafstörungen (K5: 223). Ausgehend von den Schilderungen des Patienten wird die Dosis eines bereits eingenommenen Medikaments erhöht. Anschließend berichtet P5 von Problemen mit seinen Kindern.



Das Preclosing (K5: 391) erfolgt unvermittelt durch A5 mit dem Aufgreifen des Themas der neurologischen Konsultation, das bereits den Rahmen für die Gesprächseröffnung gebildet hatte. P5 wird ermuntert, den Neurologen nach dessen Urlaub zu kontaktieren. Am Ende der Konsultation greift P5 erneut das Thema Psychotherapie auf. Ihm erscheint vor dem Hintergrund seiner momentanen Belastungssituation die Frequenz und Dauer der Termine (14-tägig eine  $\frac{3}{4}$  Stunde) nicht ausreichend. A5 teilt diese Sorge nicht sondern bietet sich für Notfälle selbst als Gesprächspartner an. Die Konsultation endet mit einem Dialog über den Zahlschein bzw. die Krankmeldung. P5 gibt den Anschein, diese organisatorischen Abläufe nicht im Griff zu haben, was eine Bekräftigung seiner Bedürftigkeit darstellen kann wie auch eine weitere Möglichkeit, das Gespräch zu verlängern.

In dem Konsultationsgespräch K5 nimmt P5 deutlich mehr Redezeit in Anspruch als A5 (P5: 14:46 Minuten, A5: 8:27 Minuten). Diese Konstellation ist nur zweimal im gesamten Sample zu beobachten, in K5 und K11. Das Rederecht wird P5 von A5 zugesprochen. Dies geschieht über Fragen und Hörerrückmeldungen. P5 hat in der Regel die Gelegenheit, seine Redebeiträge selbst zu beenden. Er selbst lässt auch A5 stets ausreden. Es kommen kaum Unterbrechungen oder überlappende Redebeiträge vor.

Trotz der langen Redezeit für P5 leitet A5 von Anfang an Themenstruktur und Gesprächsverlauf. Dies drückt sich neben dem Aufgreifen des Frage-Antwort-Schemas auch dadurch aus, dass A5 mehrmals direktiv thematische Bereiche durch eine eigene, davon abweichende Themenwahl (K5: 139f, 223, 391) beendet. Dies geschieht auch bei Themen, die P5 selbst eingebracht hat. Zum Beispiel:

*P5: Die haben gesagt, sie haben keine Termine. Ich weiß nicht ob ich das dann trotzdem bei dem Doktor Z dann machen lassen kann oder ob ich mir 'n anderen Neurologen such' vielleicht in der Nähe.*

*A5: Ich denke also, erstens der kennt ja nun schon ihre ganze Sache und der braucht nicht dann bei Adam und Eva anzufangen. Ja, sondern der kann in die Materie direkt einsteigen.*

*P5: Ja.*

*A5: So dass ich denke, das wäre schon günstiger, ja. Ich würde auf jeden Fall gucken dass Sie jetzt wenn er aus dem Urlaub ist, dass Sie dann da noch noch mal 'n Termin machen, einfach zum normalen Gespräch. Und dann kann man das weitere Vorgehen dann, können wir dann zusammen besprechen. Wie ist jetzt mit ja Arbeitgeber? Lässt der Sie in Ruhe? Oder ist der immer noch? (K5: 125-140)*

A5 beendet das Thema der psychotherapeutischen Behandlung abrupt und durch eine Frage nach dem Arbeitgeber ein neues Thema ein. Später wird deutlich, dass für P5

das Thema der Psychotherapie nicht befriedigend im Gespräch berücksichtigt wird, woraufhin er es in der Schlussphase erneut aufzugreifen versucht.

Im Konsultationsgespräch macht sich nicht vordergründig, sondern subtil die Dominanz des A5 bemerkbar. Durch abrupte Themenwechsel seitens A5 wird P5 in eine passive Rolle gedrängt. Eine aktive Gesprächsbeteiligung des P5 wird insoweit trotz reichlich bemessener Redezeit erschwert. Eine eigene Themenwahl durch P5 (Psychotherapie) wird von A5 ohne den Versuch einer Rückversicherung abgekürzt. Dass diese Erfahrung für die Gesprächsteilnehmer ambivalent bleibt, spiegelt sich in beiden evaluativen Interviews (P5: 192f, A5: 101f). Insofern bleibt P5 in seinen Gestaltungsmöglichkeiten eingeschränkt, auch wenn die lange Redezeit auf den ersten Blick das Gegenteil vermuten lässt.

### **Konsultation K14**

Das Gespräch K14 führen eine Fachärztin (A14) für Allgemeinmedizin und ein 55jähriger Patient. Das Gespräch bildet den ersten Kontakt nach einem operativen Eingriff ab. Bei dem Patienten (P14) wurde ein innovatives Gerät zur Unterstützung der Herzleistung eingesetzt. Der am leichtesten zu erfassende Anlass für das Gespräch ist die Entfernung der OP-Fäden. Dies ist mit Sicherheit kommuniziert worden. Ob darüber hinaus auch andere Themen des Gesprächs (Durchgehen von so genannten Risikofaktoren und Medikation) vorher besprochen waren, bleibt unklar. Das Gespräch gliedert sich in folgende, weitgehend unsystematisch miteinander verwobene Themen:

- die Ankündigung des Fäden-Ziehens (initial) und die Kommentierung dieser Aktion (im späten Stadium der Konsultation),
- die Erörterung des Fehlens wichtiger Unterlagen aus dem Krankenhaus und von der mit behandelnden Fachärztin für Kardiologie,
- die Verstärkung von Gehstörungen und Schmerzen (bei einer lang bekannten Grundkrankheit, so genannte Spinalkanalstenose) und
- vorhandene und zu kontrollierende Untersuchungen im Kontext bestehender Risikofaktoren samt der daran gebundenen Änderung der Medikationen.

Die Ankündigung und/oder Vereinbarung von Strukturierungselementen ist nicht erkennbar.

Der Patient versucht nach der Gesprächseröffnung, das Gespräch in die Hand zu nehmen, indem er außerordentlich prägnant formuliert: *„Aber was mich jetzt eigentlich die letzten Tage noch fast mehr beschäftigt wie dieses hier, jetzt krieg' ich meine Spinalkanalbeschwerden häufen sich jetzt aber wie. Ich konnte gestern sagen wir mal war das schon wieder einfach 'ne Qual spazieren zu gehen. Das war vor der OP war diese Sache hat für mich eigentlich schon so gut wie (unverständlich, 1 Wort, Tastaturge-*

*klapper). Also bis zum Tag der Einlieferung bin ich jeden Morgen mal Fahrrad gefahren (unverständlich, 10 Wörter, Tastaturgeklapper). Dann hier 24 Stunden Bettruhe. So und seit vorige Woche Freitag fängt das genau wieder so an wie das vorher mal war. Es ist noch nicht ganz so krass aber, ich kann jetzt schon von hier bis zum Auto, dann muss ich mich schon bald wieder (in die gebückte Stellung begeben[?]). Wo ich jetzt sage Mann, Mann, Mann. Kann es wirklich für von zwei Tage liegen, dass es sofort wiederkommt?“ (K14: 136-148)* Ausweislich des P14-Interviews wird deutlich, dass der Patient befürchtete, alles könne umsonst gewesen sein, wenn er demnächst keinen Schritt mehr laufen könne (P14, 206-211). A14 reagiert auf dieses Anliegen mit dem Versuch der sachlichen Aufklärung: Schuld sei die Inaktivierung und v. a. die vermutlich unsachgemäße Lagerung während der Operation – dies unterstreicht sie später dadurch, dass sie den Patienten „richtig“ lagert (Rolle unter die Knie), als er beim Fäden ziehen über Schmerzen klagt. Der Patient wird gebeten, 14 Tage mit (erlernten) Übungen durchzuhalten, dann könne es wieder Krankengymnastik geben. P14 äußert wiederholt Zweifel an der Interpretation, da er früher deutlich längere Prozeduren im Liegen habe über sich ergehen lassen. Angeboten werden dann Schmerzmittel, die P14 ablehnt. Diese längere Sequenz (K14: 136-270) wird dann letztlich abgebrochen durch den Satz: *„So, ich würde gern noch den Blutdruck messen. Wir machen's so dass wir uns also in 14 Tagen zwecks des Rückens noch mal absprechen“* (K14: 269-270).

Die Agenda von P14 ist eine andere, er möchte jetzt lieber über Blutproben reden, die in der Uniklinik vorgenommen wurden. Thema ist danach auf einmal der HBA1c-Wert, der – ausweislich aller hier vorgetragenen Werte – in unteren, normnahen Bereichen liegt (Patient ist nur diätetisch eingestellt ohne Medikamente), aber aus Sicht des Patienten schwankt. Es folgt dann ein „Vortrag“ über Winter- und Sommerzucker und die jahreszeitlichen Bewegungsmuster von Menschen, ansatzlos gefolgt von lautem Nachdenken über unterschiedliche Messmethoden zur Bestimmung von Cholesterin in Praxis und Klinik und das Sinnieren, ob Befunde in der Akte eingetragen sind oder nicht. Die Nachfrage des Patienten, ob seine Werte alle im Normbereich gelegen haben, wird nicht klar beantwortet, und es gibt auch keine Reflexion über die Sorgen, die P14 offenkundig mit seinem wiederholten Nachfragen signalisiert.

P14 spricht dann quasi unvermittelt das Gewichtsthema an: er habe über Ostern ein Kilo zugenommen (später wird deutlich, dass das Gewicht für den Patienten als wichtiger Risikofaktor gedeutet wird). Nach anfänglicher ärztlicher Entwarnung *„Das kriegen wir auch wenn jetzt der Sommer kommt. Also da bin ich ganz positiv“* (K14: 388-389) folgt ansatzlos wenige Sätze später die Drohung *„Der Bodymaßindex (...) ist schon bei 29, der sprengt jetzt bald die dreißiger also wir müssen hier unbedingt drauf auch“* (K14: 399-404).

Es folgt eine lange Passage zum Thema Alkohol: auch dies aus Sicht von P14 ein gesundheitsgefährdendes Problem. Dies wird nicht gemeinsam erörtert, findet dann

aber einen Abschluss nach Hinweis auf den Genuss durch Mon Cherie – Naschen mit: *„Sie wollen sich belohnen und Sie wollen auch leben und Sie wollen sich nicht unterordnen aufgrund der Krankheit“* (K14: 525-526).

P14 schiebt dann als Thema Kaffee und Koffein nach, A14 reagiert mit *„Halb und halb ist also würd' ich schon empfehlen“* (K14: 533). Der Patient kann von dem Thema Koffein nicht loslassen und äußert seine Verwunderung darüber, dass in der Kardiologie schwarzer Tee zum Selbstgebrauch herumgestanden habe. Von A14 wird das aufgegriffen mit dem Hinweis, man müsse wohl die Fachärzte fragen, warum derartige Getränke gereicht würden. Die Sequenz, die für P14 offenkundig wichtig war, wird dann abrupt beendet: *„Soo jetzt wollen wir mal schauen, wir hatten den Zuckertermin im März usw.usf.“* (K14: 691-621). P14 greift das Thema Blutzuckerwerte dergestalt auf, dass er seine Verwunderung darüber äußert, dass die Klinik seine Bitte, den Blutzucker zu kontrollieren, nicht ernst genommen habe. A14 demgegenüber führt in langen Passagen aus, wie wichtig Blutzucker-Kontrollen sind, wie viele Teststreifen sie verschreiben könne und dass P14 ja im Disease Management Programm (DMP) eingeschrieben sei.

Nach den offenkundig angstbesetzten bzw. verunsichernden Debatten um die Risikofaktoren Blutzucker, Gewicht, Blutdruck und Koffein folgen noch die Risikofaktoren Lipide samt Lipidsenkern und lang erscheinende Beiträge über unterschiedliche Statine, deren Namen, Wirkung und Kosten.

P14 greift dann nach dem Übergang zum Fäden ziehen das Thema Übergewicht wieder auf, worauf A14 in Eltern-Kind-Manier reagiert: *„Wir müssen etwas machen gegen unsere süßen, lieben Sachen, die wir so gern haben. Die unser Wohlgefühl im Körper auslösen. So. Schauen wir mal. Das sieht gut aus also die Wunde ist tiptop“*. (K14: 843-846).

Im Dialog im Rahmen des Fäden Ziehens findet sich dann die sorgenvolle Aussage von P14, hoffentlich habe er nachher keine Probleme damit (gemeint ist vermutlich die Größe des implantierten Geräts), und die Reaktion von A14: *„Ja Sie sind jetzt schon 'en kleiner Roboter“* – eine offenkundig unkontrolliert spontane Aussage, die vom Patienten übergangen wird (K14: 915).

Eine nachfolgende Passage greift das Blutdruckthema auf, indem die Ärztin prognostiziert, dass der Blutdruck wieder ansteigt, wenn das eingesetzte Gerät richtig funktioniert: dann müsse man wieder ein bisschen aufpassen (K14: 1105-1106). Die ärztliche Anmerkung wird vom Patienten sofort aufgegriffen und mit kritischen Kommentaren versehen, dass er in der Klinik nicht richtig aufgeklärt worden sei (K14: 1144-1154), kulminierend in der Feststellung, eine echte Entscheidung für die Operation hätte er gar nicht treffen können (signalisiert seine Hilflosigkeit vor dieser Entscheidung – was hätte er tun sollen als zustimmen?). A14 reagiert hierauf nicht sondern antwortet mit: *„ich suche gerade Ihre....“* (K14: 1156) und später dann mit der Quasi-Entschuldigung, die Klinikärzte hätten einfach auch zu wenig Zeit, was sich auch darin bemerkbar

machte, dass sie keine Befunde übermittelt bekommen habe (K14: 1175-1178). Es ist von einer mehr oder weniger bewussten Unterbrechung seitens der Ärztin auszugehen, mit dem Ziel Ausführungen zum patientenseitigen Erleben nach der Herzoperation zu begrenzen.

Das Gespräch endet quasi beliebig. Möglicherweise sind die Gesprächsteilnehmenden erschöpft. Die Ärztin verkündet, „... wir sehen uns nächste Woche in dem Intervall drei Wochen nach Implantation, Operation des Gerätes ob die Uniklinik sich meldet. Meldet sie sich nicht, melden wir uns und schauen dann weiter nach. Hm?“ (K14: 1218-1222). P14 daraufhin: „Gut“. Ärztin: „Okay“. (K14: 1225-1227) Damit wird ausschließlich Bezug genommen auf die technische Seite des Problems, nämlich die Anweisungen der Klinik zur Nachbetreuung. P14 wird nicht gefragt, ob das Gespräch für ihn thematisch beendet ist. Ein zweites, von der Ärztin festgelegtes Ergebnis ist, nach 14 Tagen zu überlegen, ob wegen anhaltender Bewegungsstörungen/Schmerzen erneut Krankengymnastik verordnet werden soll.

Es handelt sich um die mit Abstand längste Konsultation. A14 nimmt 30:58 Minuten in Anspruch, P14 22:34. Dabei fallen 21 ärztliche Redebeiträge über 30 Sekunden Länge auf, patientenseitig immerhin 15. Die längsten Redeabschnitte (fünf oberhalb von 70 Sekunden) nimmt A14 in Anspruch. Unterbrechungen seitens A14: 30, seitens P14: 47. Das hauptsächliche Muster im Redewechsel ist dadurch gekennzeichnet, dass P14 Themen bzw. Fragen aufwirft, dass es ein langes hin-und-her zu dem jeweiligen Thema gibt, das ohne Ansätze von Rückversicherung oder explizite Bezugnahme auf den Gesprächsverlauf mehr oder weniger abrupt von A14 beendet wird (Erschöpfung der Geduld - Deutung basierend auf A14: 7-24). Das zweithäufigste Muster besteht darin, dass A14 zu kleinen vorlesungsartigen Exkursen ausholt, die sich nur schwer mit einer formulierten Ausgangsfrage in Beziehung setzen lassen. P14 erweist sich als außerordentlich hartnäckig im Platzieren seiner Fragen und Sorgen, teils ausdrücklich, teils leicht dechiffrierbar verklausuliert, steckt dann aber ab einem bestimmten Punkt auf. Es entsteht der Eindruck, als wenn P14 mit seinen teils längeren Ausführungen ins Leere läuft.

Es wäre interessant zu wissen, ob es eine Vorabsprache gegeben hat zum Anlass des Gesprächs – über den handwerklichen Akt des Fäden Ziehens hinaus. Vermutlich war dies nicht der Fall, und so entsteht eine Gesprächssituation, in der nach Abhaken der Schlichtintervention unausgesprochen bleibt, welcher Logik das Gespräch folgen soll. P14 und A14 treffen sich dann im Reden über die gemeinsame Ungewissheit, was in dem Entlassungsbericht der Klinik steht und wann dieser eintrifft – hier entwickelt sich so etwas wie ein Bündnis gegen die Außenwelt. Danach treffen zwei völlig unterschiedliche Erwartungen aufeinander: P14 möchte seine Sorge behandelt wissen, ob er mit einer massiven Verschlechterung seiner Spinalkanalstenosen-Problematik zu rechnen hat und sozusagen alles umsonst war. A14 möchte eine

ausführliche Erörterung darüber anstoßen, welche Risikofaktoren für den gefäßkranken Patienten zurzeit adäquat erfasst und behandelt werden und wo Handlungsbedarf besteht. Dieses Vorgehen passt dann (auf unheilvolle Weise) mit den Ängsten des Patienten zusammen, der alle nur erdenklichen Risiken vertieft erörtern möchte. Es findet kein Versuch statt, Themenbereiche abzuschichten, die vernünftigerweise in einer weiteren Konsultation zu umkreisen wären. Das Reden wirkt beidseitig frei flottierend. A14 scheint nicht zu realisieren, dass sie (vermutlich) die Ängste von P14 mit diesem Vorgehen eher vergrößert.

Die außergewöhnliche Länge der Konsultation steht in krassem Widerspruch zum Gehalt des Gesprächs. Es ist ein Beispiel für „vertane Chancen“, hier konkret das Nutzen der Zeit für ein genaueres Eingehen auf die Hauptsorge des Patienten, nämlich eine bedrohliche massive Behinderung des Aktionsradius durch seine Rückenerkrankung zu erleiden, welche den Erfolg der Herz-OP für ihn zunichtemachen könnte. Die Ärztin geht lediglich beschwichtigend darauf ein und räumt dem Thema keinen eigenen, in sich ruhenden Raum ein. Stattdessen ist die Konsultation gekennzeichnet durch das Abhaken einer gewaltigen ärztlichen Agenda zu Risikofaktoren, möglicher Änderung der Medikation und einem nicht weiterführenden Sinnieren über Kommunikationsmängel zwischen Klinik, Kardiologin und Hausärztin. Wenn es vielleicht so gewesen sein könnte, dass A14 das Gespräch in dieser Weise so geführt hat, um dem Interviewer/der Studienleitung zu zeigen, wie umfassend sie die Problemlagen von P14 behandelt und wie viel Zeit sie sich dafür nimmt, so könnte selbstverständlich die Schlussfolgerung gezogen werden, dass das Gespräch unter realen Bedingungen anders und vielleicht präziser geführt worden wäre. Aber auch, wenn all die z.T. Monologe von A14 insofern gedanklich beiseitegelassen würden, bietet sich das Bild einer nicht stattgehabten Kommunikation. Das Interessante ist dabei, dass die Ärztin von dem Bild eines besonders wissbegierigen Patienten ausgeht, der einfach gelegentlich unterbrochen werden müsse (A14: 7-15) und dass der Patient auch „trotz“ der chaotisch anmutenden Gesprächsführung Zufriedenheit äußert, „obwohl“ sein Hauptanliegen sehr zurückhaltend aufgenommen wurde. Eine ernst gemeinte Einleitungsfrage und die eine oder andere Rückversicherungsfrage hätten vermutlich dem Gespräch – auch mit deutlich weniger Zeit – eine patientenzentriertere Wendung geben können. Die Situation von P14, die durch eine dramatische Krankenkariere gekennzeichnet ist, wird von der Ärztin nicht als Hintergrundfolie für das Gespräch beachtet, auch wenn sie in ihrem Interview zu erkennen gibt, dass sie die dramatische Lage ihres Patienten sehr wohl sieht.

#### **5.1.2.2 Strukturierte Gesprächsverläufe**

Kennzeichnend für die nachfolgend vorgestellten Verläufe von Konsultationsgesprächen ist ein geplanter Gesprächsablauf. Dabei geht die Strukturierung des Gespräches von der Ärztin/dem Arzt aus.

### Konsultation K3

Die Konsultation K 3 (beteiligt sind ein Facharzt für Urologie sowie ein Patient, dem der Befund einer Gewebeprobeentnahme mitgeteilt wird) lässt sich in drei Phasen unterscheiden. In der ersten und längsten Phase des Gespräches geht es um Diagnosemitteilung und Aufzeigen des weiteren Behandlungs- bzw. Kontrollschemas. Daran anschließend findet Risikokommunikation über Genussgifte, Vorerkrankungen und das frühere Berufsleben des Patienten statt – hier finden sich auch anamnestische Elemente. Erst in der Schlussphase der Konsultation wird es für P3 – nach dem Preclosing durch A3 – partiell möglich, das Gespräch um eine eigene Themenwahl zu ergänzen.

Der Gesprächsverlauf in der Phase der Diagnosemitteilung sowie der Festlegung des Behandlungsschemas (K3: 1 – 131) ist stark von der Dominanz des A3 gekennzeichnet. P3 liefert ausschließlich Hörerrückmeldungen. Z. B.:

A3: *Wir haben ja jetzt letzte Woche die PE gemacht in der Blase. Und inzwischen ist die Histologie angekommen, und es hat sich bestätigt, sind bösartige Zellen.*

P3: *Doch?*

A3: *Sind sind da im Blasenauslass. Und das ist natürlich erst mal ...*

P3: *Am Blasenausgang?*

A3: *Ja, da da wo wir, ich weiß nicht ob Sie sich noch erinnern an dieses Zystoskopiebild, wo ich Ihnen diese kleinen Polypchen gezeigt hab.*

P3: *Ja.*

A3: *Die sind das. Und in der Narkose hab ich an einer zweiten Stelle auch noch welche gefunden. Ich hab beide entfernt, beide Stellen. So dass wir jetzt davon ausgehen können, dass das erst mal bereinigt ist, dass die Schleimhaut an der Stelle wieder tumorfrei ist. Aber, Sie haben ja Ihre eigenen Erfahrungen schon mit der Krebserkrankung. Ich mache mal eben das Fenster zu. (5) Sie haben ja 2007, war ja schon mal was in der Blase. (K3: 1-21)*

A3 schließt die Gesprächsthemen Diagnose und Behandlungsweg mit der Frage, ob P3 noch Fragen hat (K3: 131), ab. P3 reflektiert das für ihn ‚schlechte‘ Ergebnis (K3: 138f) – A3 schwächt diese Einschätzung etwas ab (‚an der Grenze‘ – K3: 141). P3 äußert seinen Wunsch, weiter zu leben.

A3: *Das bedeutet wirklich, regelmäßige Kontrollen. Haben Sie da jetzt noch Fragen?*

P3: *Hab ich eigentlich (--) von der Sache letztens oder jetzt?*

A3: *Überhaupt. Wie wir, wie es jetzt ist und wie es weitergehen soll.*

P3: *Na ja, wenn die, die Spiegelungen machen wir weiter jetzt weil, jetzt bin ich ja schon wieder auf der schlechten Seite.*

A3: *Zumindest an der Grenze.*

- P3: *Ja, zumindest an der Grenze ja. Da hab ich ja (-- ) man hat ja nur eins, will man leben, oder (--)*
- A3: *Hm, richtig.*
- P3: *Ja, also will ich leben.*
- A3: *Jo. Geht Ihnen ja auch so ganz gut oder?*
- P3: *Sonst kann ich nicht klagen.*
- A3: *Ja. Aber Sie haben verstanden, dass man das ...*
- P3: *Ja, ja ich weiß was Sie meinen.*
- A3: *Hm. Dass man da jetzt regelmäßig dran bleiben muss, dass man unter Umständen auch die Urlaube ...*
- P3: *Man weiß ja auch nicht, wie schnell wachsen.*
- Das ist ja das.*
- A3: *Ganz genau. Und deswegen muss man kontrollieren. Dass man unter Umständen auch die Urlaubspläne so 'n bisschen abstimmt, dass man in den, in den Intervallen und den Zeitabständen genau passend nix versäumt. Ich mein Sie haben mit Ihrem Prostatakrebs schon Erfahrung hinter sich, dass man das auch schaffen kann. Das hat ja gut geklappt. Also wollen wir hier mal nicht ...*  
(K3: 131-170)

Zum Ausdruck kommt in dieser Passage, dass P3 das in der Konsultation bisher Erfahrene über seinen gesundheitlichen Zustand als bedrohlich empfindet. An dieser Stelle erkundigt sich A3 nach dem Befinden des P3 (K3: 150). Nachdem dieses als nicht beklagenswert beschrieben wird (K3: 152), verleiht A3 dem strengen Reglement der Behandlungs- und Kontrollmaßnahmen nochmals Nachdruck (K3: 154, 159f, 165f). Den vorgegebenen Zeittakten seien andere, psychosoziale Bedürfnisse - wie etwa Urlaub – zu unterwerfen; der Krankheit, ihrer Kontrolle und ihrer Behandlung müsse auf jeden Fall Priorität zugemessen werden. Dass A3 an dieser Stelle des Konsultationsgesprächs, an der P3 die empfundene Todesdrohung und seinen Wunsch weiter zu leben reflektiert und äußert, die Unbedingtheit der Behandlung und Kontrolle platziert, kann als starkes Machtmittel interpretiert werden mit dem Ziel, die Compliance des Patienten zu befördern. Nur durch ein striktes Therapieregime ist der Wunsch nach (Weiter-) Leben zu realisieren, lautet die implizite Botschaft. Das vom Arzt vorgegebene strenge Reglement steht im Widerspruch zu den Wünschen des Patienten nach größtmöglicher Freiheit seiner alltäglichen Lebensgestaltung (P3: 318-334).

Ausgehend von der Einbeziehung der Vorerkrankungen von P3 wird über verschiedene Risiken gesprochen (Vorerkrankung Dickdarm, Rauchen, Kaffee). A3 fällt in diesem Zusammenhang auf, dass er über die früheren beruflichen Tätigkeiten des P3 nicht informiert ist bzw. diese Informationen vergessen hat (K3: 240). Es handelt sich um ergänzende anamnestische Elemente während der Konsultation. Entsprechend ist



festzustellen, dass die Redezeit von P3 in diesem Gesprächsabschnitt ausgedehnter ist als zuvor.

Der Verlauf des Konsultationsgespräches ist stark von A3 geprägt. Dies zeigt sich insbesondere an zwei Feststellungen. (1) Die Redezeit des A3 (10:08 Minuten) ist insgesamt deutlich länger als die des P3 (03:40 Minuten). Der längste Redebeitrag von A3 erstreckt sich über 01:12 Minuten, der längste Redebeitrag von P3 über 00:21 Minuten. Das Rederecht wird dabei nicht über Unterbrechungen organisiert. Vielmehr erhält P3 keine Signale zu eigenen Stellungnahmen. P3 beschränkt sich über weite Teile der ersten Gesprächsphase auf die Äußerung von Hörerrückmeldungen. (2) In der zweiten Phase des Gespräches werden die Redebeiträge von P3 länger, was daran liegt, dass A3 anamnestische Inhalte erhebt. Zwar erhält P3 in dieser Phase mehr Rederecht, bleibt aber in seinem sprachlichen Handlungsvermögen stark eingeschränkt. A3 behält durch die Strukturierung des Gespräches über das Frage-Antwort-Schema die Bestimmung über das Rederecht sowie über die Themenwahl.

Themenstruktur und Gesprächsführung werden von Anfang an durch A3 geleitet. In der ersten Gesprächsphase werden von A3 Diagnose und Therapie- bzw. Kontrollmaßnahmen referiert ohne Stellungnahmen des P3 anzustoßen. Auch in der zweiten Phase erhält P3 keine Chance, eine eigene Themenwahl einzubringen. Das Einbringen seines Themas des Weiterlebens mit der Krebserkrankung wird – bewusst oder unbewusst – als Angstpotential benutzt, um Compliance zu befördern. In der Schlussphase gelingt es P3, ein eigenes Thema einzubringen: das Erleben seiner letzten Operation.

*P3: Jetzt nach der Ausschälung, danach hatte ich das Gefühl, wo ich wach war, ich müsste auf die Toilette. Da hat mir der Doktor X gesagt, ich glaube sie haben ein Medikament eingenommen, ziehen sie das noch ein bisschen raus.*

*A3: Genau.*

*P3: Aber das war so*

*A3: war so dringend*

*P3: ich musste. Wissen Sie was kam, 5 Tröpfchen. Ich hatte zwar den (unverständlich)*

*A3: Das war der Reiz, das war der Reiz von der Operation. Da ist die Schleimhaut dann wund. Wie geht's Ihnen denn jetzt, tut jetzt was weh?*

*P3: Nee, ich hatte nur am Anfang hatte ich beim Pinkeln wenn das erste kam da tat's ja weh. Da war's gleich, da war direkt zu, da konnte ich machen was ich wollte. Und dann ging es. Und dann hatt' ich nach, beim fertig werden hatte ich so'n Ziehen, das war eigentlich alles.*

*A3: Naja man muss ...*

*P3: Und jetzt ist es ganz normal.*

*A3: Gut. Prima. Wenn keine Fragen sind, Sie haben alles verstanden. Dann können wir den Chef von nebenan wiederholen. (K3: 262-288)*

Das Mit-Teilen von Erlebnisinhalten kann vor allem beziehungsrelevant gedeutet werden. P3 versucht, mit A3 ein persönlicheres Gespräch zu führen. Diese Episode wird von A3 nach wenigen Wortwechseln aber konsequent abgeschlossen, was auch auf die Kontrolle der Konsultationszeit hinweisen kann.

Das Konsultationsgespräch, das zwischen A3 und P3 geführt wird, verläuft auf den ersten Blick stimmig. Es sind (fast) keine Unterbrechungen und keine offenen Konflikte erkennbar. In der konversationsanalytischen Betrachtung fallen dagegen mehrere Beobachtungen auf. (1) A3 dominiert das Gespräch in Struktur und Inhalten durch deutlich längere Redezeit und eine stark einseitige Themenstrukturierung. (2) A3 wendet – de facto - starke Machtmittel an, um die Compliance des P3 zu befördern. (3) Am Ende der Konsultation werden unterschiedliche Erwartungen von A3 und P3 an das Konsultationsgespräch deutlich. Diese werden von A3 nur kurz aufgegriffen.

Dass diese Konsultation dennoch vordergründig reibungslos verläuft (und so auch in den anschließenden Interviews weitgehend evaluiert wird), kann auf eine ungebrochene Rollenübernahme beider Beteiligten zurück zu führen sein. Die Unstimmigkeiten und Brüche in der Kommunikation sind trotzdem in der Analyse sprachlich sichtbar. Vor dem Hintergrund der Debatte um Patientenzentrierung ist besonders zu beachten, dass ein zentrales Element – die Förderung einer aktiven Gesprächsbeteiligung des Patienten – durch diese Art der Kommunikation konterkariert wird. Die Ängste des Patienten werden dethematisiert.

### **Konsultation K10**

Das Konsultationsgespräch K10 findet in einer gynäkologisch-onkologischen Schwerpunkt-Praxis statt. Die Patientin (P10) ist 45 Jahre alt. Sie hatte eine Brustkrebs OP und ist in der betreffenden Praxis temporäre Patientin zur Chemotherapie. Anlass der Konsultation ist der Umstand, dass der letzte Zyklus der Chemotherapie ansteht und die weitere Behandlung bzw. Nachsorge besprochen werden soll.

Den Vorgesprächen mit dem Arzt/den Praxismitarbeiterinnen war zu entnehmen, dass die Patientin über die geplanten Gesprächsinhalte informiert war.

In K10 können vier Gesprächsphasen unterschieden werden. Neben Gesprächseröffnung und -beendigung gibt es eine Phase der Aufklärung durch A10 über anschließende therapeutische Verfahren sowie der Nachsorge. Die Gesprächsphase danach ist von Nachfragen und eigenen Themen der Patientin gekennzeichnet.

Nach kurzer Gesprächseröffnung geht es zunächst um weitere Behandlungsschritte. Dies sind Bestrahlung und Antihormontherapie. A10 stellt diese therapeutischen Maßnahmen jeweils mit Wirkungen und Nebenwirkungen vor. Weiteres Themenfeld ist die Nachsorge (verschiedene Untersuchungen und deren Frequenz). Nach diesen Erörterungen bringt P10 (ungefragt) eigene Themen und Fragen ein. Diese beziehen sich auf Sexualität, Risikofaktoren wie Rauchen und Alkohol, die Möglichkeit eines Rezidivs sowie der Entfernung des Ports. Am Ende von K10 tritt das Thema eines

möglichen Tumorwachstums unter Chemotherapie kurz in den Mittelpunkt. Dieser Gesprächsaspekt tritt mehrmals sowie unterschiedlich in Erscheinung (auch in den Interviews mit den Gesprächsbeteiligten) und wird an anderer Stelle dieser Analyse eingehender beleuchtet. Die Konsultation abschließend bittet A10 die Patientin, einen Evaluationsbogen zur Qualitätssicherung seiner Praxis auszufüllen.

A10 schließt an die Gesprächseröffnung die Frage an, ob P10 schon weiß, wie es weiter geht (K10: 22). Die Patientin gibt an, noch nicht genau informiert zu sein und berichtet von einer geplanten Vorstellung in dem Krankenhaus, in dem sie operiert wurde. Dort soll entschieden werden *„was passiert mit dem anderen Knoten in der rechten Brust“* (K10: 30-31). Der Arzt kommentiert dies mit *„Gut, auf den muss man natürlich auf jeden Fall achten.“* (K10: 33) und bezieht sich sofort auf den bereits operierten und chemotherapeutisch behandelten Tumor der linken Brust sowie der leitliniengerechten Weiterbehandlung. A10 verfolgt mit Stringenz sein Gesprächsvorhaben. Die Standardtherapie seien Bestrahlungen. Es geht im Folgenden um die Auswahl des Ortes der Behandlung, Dauer und Frequenz der Bestrahlungen sowie um Nebenwirkungen (erstaunlicherweise nicht um den Nutzen und die Wirkungsweise, deren Kenntnis wohl voraus gesetzt wird). P10 beschränkt sich auf Hör-Rückmeldungen. Als weiteres Element der Standardtherapie stellt A10 die Antihormonbehandlung vor. Er informiert die Patientin über Dauer (5 Jahre) und Wirkungsprinzip dieser Maßnahme. Nach einigen Erläuterungen schließt sich folgende Dialogsequenz an.

*A10: Und das ist ein möglicher Wachstumsstimulus, eine Anregung für die Tumorzellen, sich weiter zu teilen. Und da greift auch diese gezielte Therapie an. Wenn man diese Andockstellen an den Tumorzellen, die vielleicht noch irgendwo im Körper bei Ihnen vorhanden sind, wenn man die blockiert, mit dem Tamoxifen, das geht genau an diese Andockstellen ran, dann kann das Östrogen an dieser Stelle nicht mehr wirken und die T-Zelle kann sich auch nicht mehr teilen.*

*P10: Hmhm.*

*A10: Das heißt, man entzieht den Tumorzellen einen Wachstumsreiz.*

*P10: Okay.*

*A10: Haben Sie das verstanden?*

*P10: Ja.*

*A10: Ungefähr?*

*P10: Ja. Ist okay, hab' ich verstanden, ja ((lacht)). (K10: 135-155)*

Nachdem A10 das Wirkprinzip der Antihormontherapie erläutert hat, greift er auf ein wichtiges Merkmal gelingender Kommunikationsprozesse zurück: er versichert sich, ob P10 das Gesagte verstanden hat. Nachdem P10 dies ohne Einschränkung bestätigt hat, relativiert A10 ihre Zustimmung in *„Ungefähr?“*. Lachend wiederholt P10, dass sie es verstanden hat. Die sprachliche Intervention des Arztes verfolgt eine gute Absicht,

ist in ihrer Umsetzung aber nicht ganz geglückt: es könnte so verstanden werden, dass P10 nicht vollständig ernst genommen wird. Das Lachen von P10 könnte in diesem Zusammenhang auf Verunsicherung hinweisen oder darauf, dass P10 nicht weiß, wie sie mit der Situation umgehen soll, dass A10 ihre Aussage relativiert.

In der Konsultationsaufzeichnung finden sich keine weiteren Bemühungen um Rückversicherungen.

Die Patientin fragt anschließend zum Themenkomplex Wechseljahre im Zusammenhang mit einer operativen Entfernung der Eierstöcke, die bei ihr durchgeführt wurde. A10 beantwortet diese Fragen. Es folgt ein Dialog über eine Therapie, die für P10 nicht plausibel ist. A10 initiiert diese Erörterung.

*A10: Was bei Ihnen auf gar keinen Fall durchgeführt werden sollte, ist eine Therapie mit einem Aromatasehemmer. Diese Therapie ...*

*P10: Was ist das?*

*A10: Das ist eine, das ist 'n Medikament, was die Bildung von Östrogenen im Körper behindert.*

*P10: Hmhm.*

*A10: Das Tamoxifen setzt sich an die Andockstellen ran für Östrogen, der Aromatasehemmer behindert die Bildung von Östrogenen im Körper.*

*P10: Hmhm.*

*A10: Das ist aber nur vorgesehen für Frauen, die die Wechseljahre bereits hinter sich haben.*

*P10: Ach so. Und da ich in den Wechseljahren grade bin, sozusagen, brauch' ich det nicht. (K10: 178-197)*

Es ist nicht offensichtlich, welches Ziel A10 mit dem Einbringen dieses Themas verfolgt. P10 verharnt beim Thema der Wechseljahre. Ihr ist nicht einleuchtend, weshalb sie eine Antihormonbehandlung bekommen soll, die sie in künstliche Wechseljahre versetzt, wo ihre Eierstöcke doch bereits entfernt worden sind und auch ihre Frauenärztin gesagt hat, sie wäre nach dieser Operation in den Wechseljahren (K10: 216). Die darauf folgende Argumentation des Arztes ist beschränkt sich auf den Verweis auf leitliniengerechte Standardtherapie.

*A10: Das stimmt zum Teil. Sie sind durch die Entfernung der Eierstöcke, sind Sie in einer Situation, die den Wechseljahren entspricht.*

*P10: Aha.*

*A10: Für die Therapie hat das jetzt allerdings keine Konsequenz. Es greift trotzdem die empfohlene Standardtherapie, auch wenn man in den Leitlinien nachguckt, dann finden Sie für Ihre Situation dass man Tamoxifen geben sollte. (K10: 219-227)*

Der Bezug auf die Leitlinien kann hier die Funktion haben, den Gesprächsstrang zu beenden. Im Anschluss an diese Sequenz beschreibt A10 die Nebenwirkungen einer Tamoxifen-Therapie. Dosierung und Einnahmemodalitäten werden besprochen.

Als Preclosing durch A10 – zumindest für seine Gesprächsabsichten – könnte folgende Äußerung gelten: *„Ja, wir haben besprochen die Bestrahlung, wir haben die Antihormontherapie besprochen. Sie, wir entlassen Sie ja jetzt aus unserer spezialisierten Betreuung. Unsere Aufgabe war lediglich im Rahmen der adjuvanten Therapie nach der Operation die Chemotherapie durchzuführen. Die weitere Nachsorge regulär übernimmt Ihr Frauenarzt.“* (K10: 354-358)

A10 stellt das bisherige Gespräch zusammen fassend dar, definiert, was die Aufgabe seiner Praxis war und das diese nun beendet sei. Die weitere Nachsorge wird nicht von ihm durchgeführt werden sondern vom „Frauenarzt“ der Patientin. P10 hatte expliziert, bei einer Frauenärztin in Behandlung zu sein. Es kann nicht gesagt werden, ob A10 dies nicht gehört hat oder es sich um sprachliche (Nach)Lässigkeit handelt.

Im Anschluss daran erläutert A10 die leitliniengerechte Nachsorge. Er gibt sodann ungefragt einen Ausblick auf die Möglichkeit einer Antihormontherapie über die anvisierten fünf Jahre hinaus.

Übergangslos stellt P10 nunmehr ihre Fragen. Sie initiiert damit eine weitere Gesprächsphase, die von Fragen ihrerseits und arztseitigen Antworten gekennzeichnet ist.. Erneut greift P10 nicht zuletzt ein Thema auf, das sie schon zu Beginn der Konsultation (K10: 30/31) angesprochen hat: Tumorstadium während der Chemotherapie: *„Und wenn jetzt 'ne Knot\_ also 'n Tumor sach ich ma jetzt auf der andern Seite sein sollte und während der Chemo wächst? Wat kann man, was kann man dagegen machen oder? Wo kriegt man Hilfe her, wo erfährt man so was?“* (K10:505-508)

Neben der Antwort, dass für diese Frage in erster Linie der „Frauenarzt“ der Patientin zuständig ist, gibt A10 der Patientin den Hinweis, dass sie sich bei Bedarf wieder in der Praxis melden kann. A10 verweist einmal mehr auf die große Bedeutung von Nachsorgeuntersuchungen.

Die Patientin leitet die Phase der Gesprächsbeendigung mit ihrer Aussage: *„Gut. So, ja, sonst gibt 's von meiner Seite aus keine weiteren Fragen.“* (K10: 543) ein.

Zum dritten Mal tritt im Anschluss an diese Sequenz die Frage nach einem Tumorstadium unter Chemotherapie auf. Diesmal wird das Thema von A10 aufgegriffen, den am Ende des Gespräches dieser Aspekt zu beschäftigen scheint. Es ist typisch für die Phase der Gesprächsbeendigung, dass Themen nochmals aufgegriffen werden, die aus Perspektive eines Gesprächsteilnehmers/einer Gesprächsteilnehmerin nicht erschöpfend behandelt wurden.

A10: Ich hatte Sie hatten noch gefragt was ist, wenn ein Tumor unter der Chemotherapie wächst.

P10: Ja genau.

A10: Sie meinen den Fall, dass Sie wieder einen Tumor bekommen, Sie operiert werden und eine Chemotherapie bekommen und der Tumor wächst.

P10: Nee so nee, so mein' ick das nicht. Ick meine dat, ich bin ja operiert worden und hab' die Chemo jetzt gekriegt und nach der dritten Chemo ha\_ hat diejenige gemerkt, dass sie 'n Tumor hat, also wieder 'n Knoten.

A10: Sie haben eine Bekannte, die unter der Chemotherapie einen ...

P10: Genau.

A10: ... Knoten hatte, der weiter wächst.

P10: Genau. Dann is' se zur Frauenärztin gegangen, hat ihr das erzählt. Und da hat sie gesagt, na ja warten wir erst mal die Chemo ab. Lassen se et mal ruhen, ruhen, nicht mehr anfassen, nichts, gar nichts. So und sie hat aber denn wieder angefasst und hat gemerkt, dass er gewachsen ist. So und dann hat er wieder hat se es wieder gesagt und, wir warten erst mal ab. So ist aber keine richtige Aussage dazu.

A10: Ja, das ist ein sehr unglücklicher Fall, muss man so sagen. Dieses Ereignis ist aber wirklich sehr selten. Wir überschauen ja sehr viele Patienten, die Kollegin hat wahrscheinlich gar nicht dran gedacht, an diese seltene Konstellation. Das ist natürlich sehr unglücklich ja.

P10: Was passiert jetzt? Also nach, ist sie dann fertig gewesen mit der Chemo und was passiert dann jetzt damit?

A10: Diesen Knoten muss man selbstverständlich auch operieren.

P10: Okay. Und wenn sie jetzt sagt beide Brüste ab, müssen sie, muss der Arzt das akzeptieren oder nicht?

A10: Jetzt sind wir ja bei einem ganz andern Fall ja, der hat ja jetzt nichts mit Ihrem Fall zu tun. Ich würde mich da jetzt mit einem Ratschlag auch sehr zurückhalten, weil ich die einzelnen Details bei Ihrer Freundin nicht kenne. (Kommt jemand herein) Da muss man schauen ja. Aber dieses Ereignis ist sehr selten. Und wenn das auftritt, muss man es genauso wie einen primären Tumor natürlich behandeln, ganz klar und operieren.

P10: Gut. (K10: 545-590)

Auf bedrückende Weise bleibt unsicher, ob P10 von sich oder von einer Bekannten spricht. Besonders deutlich wird dies in ihrer Aussage: „Ick meine dat, ich bin ja operiert worden und hab' die Chemo jetzt gekriegt und nach der dritten Chemo ha\_ hat diejenige gemerkt, dass sie 'n Tumor hat, also wieder 'n Knoten.“ Auf die Nachfrage des Arztes, ob es sich um eine Bekannte handelt, bejaht P10 dies. Im Kontrast dazu steht ihre Auskunft am Anfang der Konsultation, in der sie bekannt gibt, dass ein Tu-

mor in der bisher nicht behandelten Brust in der Klink abgeklärt werden müsste. An dieser frühen Stelle der Konsultation ist A10 nicht weiter auf das Thema eingegangen. Es kann nicht abschließend geklärt werden, ob P10 von sich als Betroffener spricht, ob es um eine Freundin geht oder ob nicht nur sie, sondern auch eine Freundin gleichermaßen betroffen ist. Interessant ist, dass das Thema in den Interviews mit A10 und P10 wieder auftritt: A10 hat die unbehagliche Empfindung, die Patientin würde ihm ein Thema vorenthalten (A10: 117ff) und P10 greift das Thema zweimal auf, (1) als sie allgemein über das gerade stattgefundene Konsultationsgespräch berichtet – hier sagt sie, dass ihre Freundin betroffen ist (P10: 24); (2) als sie von der Interviewerin gefragt wird, welche Themen sie von sich aus mit A10 besprechen wollte (P10: 153-174). P10 nennt diesen Themenbereich als zweiten nach einem etwas allgemeiner formulierten Gesprächsthema, was eine hohe Relevanz des Themas erkennen lässt.

Zum Abschluss der Konsultation weist der Arzt auf einen Evaluationsbogen zur Praxisqualität hin und bittet P10, diesen auszufüllen (K10: 605-607). A10 schließt das Gespräch mit *„Gut, dann sind wir soweit erst mal fertig. Wenn Sie keine weiteren Fragen haben.“* (K10: 611) P10 bestätigt dies. Am Ende stehen guten Wünsche für die Patientin.

Die Konsultation K10 erstreckt sich über 23:41 Minuten, wovon A10 18:46 Minuten Redezeit beansprucht im Gegensatz zu P10 mit nur 4:43 Minuten. Bei P10 fallen überdies häufige sehr kurze Redebeiträge (1 Sekunde) auf, davon gibt es 44 Beiträge. Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um Hör-Rückmeldungen (z. B. K10: 171, 176, 186). Die durchschnittliche Redezeit von P10 liegt bei 00:03 Minuten (dies stellt im Sample die kürzeste durchschnittliche Redezeit dar), der längste Redebeitrag dauert 0:22 Minuten. Bei A10 überwiegen längere Redebeiträge zwischen 11 und 15 Sekunden. Der längste Beitrag von A10 währt über 1:04 Minuten, der kürzeste 00:16 Minuten.

Im Hinblick auf gegenseitige Unterbrechungen kann festgestellt werden, dass die Patientin den Arzt 12 Mal unterbricht. Hierbei handelt es sich um vorweggenommene Bestätigungen des Gehörten oder um Fragen, die sich unmittelbar auf das von A10 Gesagte beziehen (z. B. K10: 40f, 178f, 328f). A10 unterbricht die Patientin insgesamt vier Mal, auch hierbei handelt es sich um Vorwegnahmen, in diesem Fall von Satzteilen (z. B. K10: 340f). Dies hat evtl. den Effekt, den Gesprächsstrom zu beschleunigen, was auf Kontrolle der Konsultationszeit und -themen hinweisen kann. Durch die gegenseitigen Unterbrechungen kommen keine Themenwechsel oder -abbrüche zu Stande. Sie wirken sich damit nicht unmittelbar gesprächsstrukturierend aus.

Die deutliche Ungleichverteilung der Redezeit zugunsten A10 in Kombination mit den häufigen sehr kurzen Redebeiträgen von P10 stützt den Eindruck, dass A10 sein klares Konzept des Gespräches verfolgt, während P10 eher passive Rezipientin ist. Gleichwohl sich dieses in der Gesprächsphase verändert, in welcher P10 Fragen stellt, bleibt das Ausmaß ihrer aktiven Gesprächsbeteiligung bescheiden.

In der Gesprächseröffnung wird deutlich, dass A10 die Themenstruktur vorgibt und der Rahmen des Gesprächs klar ist – es handelt sich um den letzten von sechs Chemotherapie-Zyklen und davon ausgehend um die Besprechung der Weiterbehandlung sowie der Nachsorge. Den ‚Fahrplan‘ hierzu liefern für A10 die entsprechenden Leitlinien mit Vorschlägen zur Standardtherapie. Diese sehen neben Bestrahlungen eine Antihormontherapie vor. Beide Therapieverfahren erläutert A10. Er benutzt teilweise direkte Formulierungen, wie bspw.: *„Nach Brust erhaltender Operation und Entfernung des Brustknotens wäre eine Bestrahlung die Standardtherapie. D. h. wir müssen jetzt eine Anmeldung vornehmen ...“* (K10: 40–42). Die Aufklärung über die Antihormonbehandlung stellt den zweiten Themenbereich der Besprechung über die Anschlussbehandlung dar. Das letzte Drittel der Konsultation ist diversen Fragen von P10 gewidmet.

In K10 ist eine klare Strukturierung der Themen und des Ablaufs erkennbar. Diese ist von A10 vorgegeben und wird von P10 fraglos akzeptiert. Ihre Fragen (wie dem Interview mit ihr zu entnehmen ist, hat sie diese auf einem Notizzettel bereithalten, was die hohe Relevanz unterstreicht – P10: 154) platziert sie erst, nachdem A10 seine Themen abschließend dargestellt hat.

A10 hat keine Fragen an die Patientin. Er stellt wenige sachdienliche Fragen wie: *„Wissen Sie schon, wie es weiter geht?“* (K10: 22) oder *„Haben Sie das verstanden?“* (K10: 149). Erzählgenerierende Fragen an die Patientin kommen ebenso nicht vor wie Fragen nach der Patientinnen-Perspektive.

In der Konsultation K10 drückt sich eine starke Orientierung an Leitlinien und Standardtherapien aus. Die Leitlinienorientierung bzw. die Orientierung an Standardtherapieverfahren werden von A10 13 Mal während der Konsultation expliziert, d. h. er benutzt gegenüber der Patientin 13 Mal die Vokabeln Leitlinie und Standardtherapie. Das individuelle Krankheitserleben und die eigenen Relevanzstrukturen der Patientin werden nicht Themen des Gesprächs – sie spielen im Rahmen der Darlegung von Prinzipien leitliniengerechter Behandlung keine Rolle. Im Rahmen der Erörterungen über die Wechseljahre mutet es an, als würde P10 ihre individuelle Situation in den Vordergrund stellen und sich versichern wollen, dass ihrer persönlichen Krankheitskonstellation im Rahmen der Standardtherapie hinlänglich Rechnung getragen wird. Insofern vermittelt die starke Leitlinienorientierung des Arztes hier möglicherweise gerade nicht die erhoffte Sicherheit, sondern bewirkt vielleicht auch Unsicherheit im Hinblick auf die Frage, ob die einzelne (eigene) Krankheits- und Krankseinsgeschichte in den Empfehlungen genügend Berücksichtigung findet.

Die von A10 vorgegebene und von P10 fraglos akzeptierte Ordnung des Gesprächs kann ein Resultat voran gegangener Gespräche/Verabredungen sein. Evtl. wurde das Abschluss-Gespräch in seiner Struktur zu einem früheren Zeitpunkt angekündigt. Zumindest war der Patientin bekannt, dass es ein solches Abschlussgespräch geben wird. Gleichwohl handelt es sich um den Ausdruck eines paternalistischen Arzt-



Patientin-Verhältnisses, das sich in Gesprächsprozessen durch ärztliche Dominanz und patientinnenseitige Unterordnung widerspiegelt.

A10 verfolgt eine klare Gesprächsstruktur, die er bewusst nicht gegenüber der Patientin erläutert (A10: 83f). Die Gesprächstransparenz wäre für die Patientin höher gewesen, wenn es eine Verständigung darüber zwischen Arzt und Patientin gegeben hätte. Es fehlt die Information an die Patientin, dass ihre Fragen und Themen an geeigneter Stelle des Gespräches berücksichtigt werden. P10 wird auch nicht am Beginn der Konsultation ermuntert, eigene Anliegen vorzutragen. So wird gerade ihr wichtigstes Thema – die Frage nach einem Rezidiv unter Chemotherapie (das wohl bereits eingetroffen ist: P10 berichtet von einem Brusttumor in der bisher nicht betroffenen Brust) – nicht ermittelt. A10 gibt im Interview bekannt, dass er durchaus die Wahrnehmung hat, P10 würde ihm etwas vorenthalten. Er empfindet dies als Kränkung: *„Na ja man muss, natürlich fühl' ich mich erst mal gekränkt, klar. Ich möchte natürlich dass die Patientin mir offen gegenübertritt und mir auch nichts verheimlicht und das ist natürlich auch 'ne gewisse Kränkung, klar. Ich versuche mit dieser Kränkung auch sachlich umzugehen und es nicht persönlich zu nehmen, sondern eben ich sage mir, die Patientin ist in einer besonderen Situation, sie ist in einem psychischen Ausnahmezustand mit der frischen Diagnose Brustkrebs, mit dieser leben\_ lebensverändernden Situation Brustkrebs und versuche es nicht persönlich zu nehmen.“* (A10: 137f). A10 stellt keinen Bezug zu seinem Gesprächsverhalten her sondern schreibt dies einer „psychischen Ausnahmesituation“ der Patientin zu. A10 wünscht sich, dass Patientinnen ihm offen gegenübertreten. Im Gegensatz dazu verfolgt er selbst einen Plan der Gesprächsführung, den er nicht offen mit der Patientin kommuniziert. *„Ja, ich versuche das Gespräch zu strukturieren. Dass wir auch die sachlichen Punkte zunächst abarbeiten, dass wir aber auch der Patientin Zeit geben, selber Fragen zu stellen. Also mit diesem inneren Plan im Kopf gehe ich in so ein Gespräch hinein. Dadurch dass wir das sehr häufig machen, wir sind ja eine Schwerpunktpraxis für K\_ insbesondere für diese Patientinnen läuft das auch nach einem inneren Schema ab ja, von dem natürlich nach Bedarf abweichen kann. Aber ich, gehe schon mit einer festen Struktur in so ein Gespräch hinein.“* (A10: 83f).

Während des Interviewgespräches über die Konsultation fällt A10 auf, dass er den Hinweis auf psychoonkologische Nachsorge vergessen hat (A10: 165f). Die Konsultation spart letztendlich die vitale Frage von P10 aus, ob bei ihr ein Besorgnis erregendes Rezidiv vorliegt; die Anlage der Gesprächsführung erlaubt es nicht, die – mehr oder weniger stark versteckten – Sorgen von P10 zu erspüren.

### **Konsultation K8**

Die Konsultation K8 findet zwischen einem Hals-Nasen-Ohren (HNO) Arzt und einer 68jährigen Patientin statt. Anlass der aktuellen Konsultation ist, dass die Patientin zunehmend schlechter hören kann. Die Patientin war einige Tage vor der aufgezeichne-

ten Konsultation zur Durchführung verschiedener Hör-Tests in der Praxis. Die Ergebnisse der Hör-Tests liegen zur aktuellen Konsultation vor.

Die Konsultation lässt sich grob in vier Phasen unterteilen. Nach einer kurzen Begrüßung und Gesprächseröffnung stehen in der ersten Phase die aktuellen Beschwerden der Patientin im Mittelpunkt des Gesprächs. Die zweite und dritte Phase sind jeweils circa doppelt so lang wie die erste Phase. Die zweite Gesprächsphase ist vorwiegend geprägt durch ärztliche Beschreibung und Bewertung der Untersuchungsergebnisse, die dritte durch Darlegung der ärztlich-therapeutischen Empfehlung einschließlich des damit verbundenen weiteren Vorgehens. Eingebettet in die beiden Phasen sind vereinzelte Äußerungen der Patientin zum Hör-Erleben in ihrem Alltag bzw. während der Untersuchungssituation sowie zu ihren Vorstellungen über das Tragen eines Hörgerätes. Die Konsultation endet mit einer kurzen, vom Arzt eingeleiteten Schlussphase, in der das weitere Vorgehen (Aufsuchen eines Hörgeräteakustikers/einer Hörgeräteakustikerin, Auswahl eines Hörgerätes, anschließend erneute Konsultation beim HNO Arzt) nochmals zusammenfassend besprochen wird. Insoweit endet die Konsultation mit einem konkret beschriebenen „Ablaufplan“.

Im Anschluss an die Gesprächseröffnung folgen verschiedene anamnestische wie auch lebensweltbezogene Fragen des Arztes (Beginn der Beschwerden, Hörbeschwerden bei Familienangehörigen, Wohnsituation, Hörerleben im Zusammenhang mit Fernsehen, Radio, Telefon und Türklingel), die die Patientin (von einer Ausnahme abgesehen, K8: 76-82) vorwiegend mit kurzen Äußerungen beantwortet (K8: 1-137). Entlang der ärztlichen Nachfragen wird deutlich, dass die Patientin ihren Alltag an ihre Schwerhörigkeit angepasst hat (hoher Lautstärkepegel beim Fernsehen und der Türklingel). Letztlich erfolgt entlang der ärztlichen Fragen eine Erörterung des Grades erlebter Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die zunehmende Schwerhörigkeit.

Im weiteren Verlauf der Konsultation teilt der Arzt der Patientin die einzelnen Untersuchungsergebnisse mit; jenseits einer „*beginnende(n) Altersschwerhörigkeit*“ (K8: 134-135) habe sich kein weiterer medizinischer Befund gezeigt. Anschließend erläutert der Arzt – unter Hinzuziehung der entsprechenden Graphiken – detailliert die Ergebnisse der Hör-Tests. Die Erläuterungen des Arztes sind unterbrochen durch wiederholte kurze Einwürfe der Patientin (K8: 130-186).

Es folgt dann eine Sequenz, in der die Patientin nochmals Facetten ihres Hörerlebens sowie damit verbundene Alltagslösungen (z. B. den Telefonhörer grundsätzlich an das linke Ohr halten) darstellt. Der Arzt liefert medizinische Erklärungen für die von der Patientin beobachteten Phänomene und ordnet die Phänomene (und damit auch die Patientin) quantifizierend im Vergleich zu anderen Patienten/Patientinnen ein. So heißt es beispielsweise „*was auch viele Patienten mir hier schildern*“ (K8: 215-216) oder „*das wissen wir von Tausenden von Patienten*“ (K8: 235). Der Arzt vermittelt der Patientin, dass sie sich mit den von ihr beobachteten Phänomenen einreicht in eine große Anzahl von an Altersschwerhörigkeit betroffener Menschen. Einerseits erhalten

die Phänomene damit einen entängstigenden „Normalitätscharakter“, andererseits besteht die Gefahr, dass das Erleben der Patientin nicht in der Individualität sondern nur im Sinne einer Verallgemeinerung wahrgenommen wird. So antwortet die Patientin beispielsweise auf die Anmerkung des Arztes, dass Ohrgeräusche bei Altersschwerhörigkeit „*nicht ungewöhnlich*“ (K8: 229) seien, mit der Frage, ob die Geräusche mit Hilfe von Hörgeräten wieder weg gehen würden. Der Vergleich mit anderen Betroffenen scheint für die Patientin nur bedingt hilfreich zu sein, sie möchte über ihr Erleben, die von ihr beobachteten Phänomene und Beeinträchtigungen sprechen.

Die Sequenz wird durch den Arzt beendet, der das Gespräch inhaltlich wieder auf Details der Untersuchungsergebnisse (Hörkurven) fokussiert (K8: 254ff.). Er beschreibt den Grad der durch die Untersuchung erfassten Altersschwerhörigkeit. Die Patientin ist über das Ergebnis erschrocken; sie äußert sich mit den Worten „*Ach du liebe Zeit.*“ (K8: 280). Der Arzt setzt seine Ausführungen in einem quasi lehrbuchartigen Stil fort. Wiederholt gibt es kleinere „Einwürfe“ der Patientin. Es entsteht der Eindruck eines – ungewollt - komödiantischen Gesprächsverlaufs. Dazu folgendes Beispiel:

A8: *Und man sagt eigentlich, dass man bei 'ner Lautstärke von 80 Dezibel mindestens 80% der Wörter hören sollte. Und das tun Sie auf dem rechten Ohr hier auch. Also hier auf dem rechten Ohr sieht man, wenn man das jetzt mal genauso macht wie mit dem linken, dass Sie bei 'ner Lautstärke von 80 Dezibel hören Sie 80% der Wörter. Also das ist so grade noch (--) ausreichend. Insofern muss man Ihnen eigentlich ganz klar empfehlen, dass Sie Hörgeräte bekommen.*

P8: *Dann te\_ dann auch direkt in beiden Ohren.*

A8: *Und dann auch in beiden Ohren, damit das Gehirn auch direkt von beiden Ohren die ...*

P8: *Ja das muss ja umgesetzt werden irgendwie woll?*

A8: *Ja=a, genau. Die Höreindrücke werden also im Gehirn verarbeitet und die werden teilweise auch von von dem rechten Ohr auf die linke Gehirnhälfte übertragen und umgekehrt, von der linken Ohr auf die rechte Gehirnhälfte.*

P8: *Das hab' ich auch nicht gewusst.*

A8: *Das ist also wie beim, Sie müssen sich das so vorstellen, wie bei der Telekom, diese Kabelschächte. Also das ist mehrere Informationskanäle, die sowohl zur selben Hirnhälfte laufen, aber auch zur anderen Hirnhälfte.*

P8: *Im Fernsehen zeigen sie das ja auch schon mal woll, vom Gehirn so, wat da alles so so drin ist usw., wie dat dann alles nach nach allen Seiten hingeht, die ganzen. Ob dat nach da oben oder Nase oder wo auch immer ne. (K8: 282-310)*

A8 versucht, seine Themen vollständig zu explizieren, P8 bemüht sich um ein Verstehen der von ihr eher als fremd erlebten Themen. Der sich auf diese Weise entspannende Dialog hinterlässt den Eindruck, als ob die Patientin (unbewusst) den Part der Redeermutigung ihres Gegenübers einnimmt, z. B. durch Bemerkungen wie *„Das hab‘ ich auch nicht gewusst.“* (K8: 302). Der Dialog mündet in eine – im Verhältnis zur gesamten Konsultation – sehr kurzen Sequenz, in deren Rahmen die Entscheidung für das weitere Vorgehen, die Nutzung von Hörgeräten, getroffen wird.

P8: *Hm=hm. Na ja, was sein muss, muss sein. Also dat ist nu was ne. Aber ...*

A8: *Grundsätzliche Frage, die ich jetzt habe ...*

P8: *Das war mir von vornherein, war mir dat klar, dass da jetzt was geschieht.*

A8: *Also Sie könnten sich damit auch arrangieren?*

P8: *Ja=a bleibt mir ja nichts andres übrig ((lacht)).* (K8: 321-331)

Die nächste Phase im Gesprächsverlauf umschließt den weiteren Behandlungsplan. A8 beschreibt, dass P8 eine Hörgeräteverordnung bekommt. Mit dieser Verordnung solle sie zu einem Hörgeräteakustiker gehen, der weitere Untersuchungen durchführen und Empfehlungen für die Auswahl eines Hörgerätes geben wird. Der Arzt verbindet die Information mit folgender Botschaft *„Also Sie müssen jetzt nicht direkt da ein Hörgerät kaufen ...“* (K8: 341-342). Denkbar ist, dass sich der Arzt als „Beschützer“ der Patientin versteht gegenüber einem evtl. zu verkaufsinteressierten Hörgeräteakustiker (Diese Perspektive wird in der Konsultation nochmals aufgegriffen [K8: 481-498]). Während des folgenden Gesprächsverlaufs schauen sich der Arzt und die Patientin gemeinsam verschiedene Hörgerätetypen an. Der Arzt beschreibt die Vielfalt und Unterschiedlichkeit der in Deutschland erhältlichen Produkte. P8 ist hiervon beeindruckt (K8: 451). Sie bemüht sich, ihre Anliegen und Interessen in Verbindung mit einem Hörgerät zu thematisieren, z. B. dass sie es sich nur schwer vorstellen könne, ein Hörgerät zu haben, das im Ohr getragen wird (K8: 409-418). Der Arzt greift die von der Patientin vorsichtig vorgetragenen Anliegen nicht auf; vielmehr beendet er den Dialog mit einem ausführlichen Hinweis auf den Hörgeräteakustiker, der ein angemessenes Hörgerät entlang einer differenzierten Analyse der Hörstörung auswählen wird. In dem Redebeitrag des Arztes findet sich mehrmals das Wort „muss“ bzw. „müssen“, mit dem er darauf hinweist, dass die Auswahl eines Gerätes weniger vom individuellen Geschmack (Erleben) denn vielmehr von fachlichen Aspekten abhängt. *„Man muss dann im Grunde auch das richtige Hörgerät für Sie finden. Man kann jetzt nicht sagen, bloß weil mir das optisch gefällt, ist das das Optimale. Da muss man auch erst mal gucken, wie die, wie die Hörstörung oder die Hörprobleme sind, welche optimal sind.“* (K8: 458-461) Durch die Verwendung des Wortes „man“ erscheint der Auswahlprozess als ein jen-

seits der Patientin liegendes Geschehen, auf das sie keinen bzw. nur einen bedingten Einfluss nehmen kann.

Im weiteren Gesprächsverlauf thematisiert A8 verschiedene ökonomische Aspekte, die bei der Hörgeräteauswahl zu bedenken seien (K8: 15-16). Deutlich werden Unklarheiten in der Aufgabenverteilung zwischen Arzt (Ärztin) und Hörgeräteakustiker (Hörgeräteakustikerin). Einerseits verweist der Arzt darauf, dass der Hörgeräteakustiker bei der Geräteauswahl besser beraten könne als er, dass der Akustiker „*das tagtäglich macht*“ (K8: 541-542). Andererseits vermittelt der Arzt den Eindruck, indirekt auf den Auswahlprozess einzuwirken, z. B. indem er die Patientin auf ihre Rolle bei der Auswahl „vorbereitet“ und sie zugleich warnt, sich gut zu überlegen, wie viel Geld sie für ein Hörgerät ausgeben möchte.

Den Verweis des Arztes auf die beratende Aufgabe des Hörgeräteakustikers beantwortet die Patientin mit einer erneuten Thematisierung ihres Anliegens, nämlich die Befürchtung sie könne ein Hörgerät bekommen, das sich im Tragen als unangenehm störend erweist (K8: 17-18). Die Bedenken der Patientin werden vom Arzt nicht aufgegriffen bzw. als nicht zutreffend zurückgewiesen (vgl. z. B. K8: 545-550 und K8: 558-566). Ohne die Erlebensebene der Patientin aufzugreifen (hier die Erfahrungen ihrer Freundin mit Hörgeräten, K8: 573-579), wechselt der Arzt – durch erneuten Verweis auf den Hörgeräteakustiker – auf eine formale Gesprächsebene. Insoweit wird die Arbeitsteilung mit dem Hörgeräteakustiker in dieser Gesprächssituation zu einem Argument für die inhaltliche Begrenzung des Gesprächs mit der Patientin.

Die Schlussphase des Gesprächs wird von A8 eingeleitet mit dem Satz „*Nee, dann würd' ich sagen, machen wir die Hörgeräteverordnung fertig.*“ (K8: 609). Mit der Nutzung des Wortes „wir“ scheint der Arzt der Patientin signalisieren zu wollen, dass das Gespräch nun von beiden Beteiligten abgeschlossen werden soll. Der Arzt schließt die Konsultation mit der Aufforderung an die Patientin, nach dem Treffen mit dem Hörgeräteakustiker – sowie bei eventuell auftretenden Problemen – nochmals zu ihm in die Praxis zu kommen. „*Und dann sehen wir uns auch noch mal. Und dann machen wir auch noch mal 'ne Abnahmekontrolle.*“ (K8: 631-632) Mit diesem Satz beschreibt sich der Arzt – im Verhältnis zur Patientin wie auch zum Hörgeräteakustiker – im Sinne einer übergeordneten/letzten Instanz. Die Konsultation endet mit einem kurzen lebhaften Sprecher-Sprecherinnen-Wechsel.

Das Konsultationsgespräch ist weitgehend dadurch gekennzeichnet, dass A8 Kontrolle über das Gespräch behält: A8 fordert P8 zu Beginn der Konsultation auf zu erzählen, welche Beschwerden zum Aufsuchen der HNO-Praxis geführt haben. Er stellt mehrere Nachfragen zu den Ausführungen von P8. Anschließend beendet er diese Gesprächssequenz mit den Worten „*Ja gut.*“ (K8: 130) und beginnt mit der Übermittlung der Untersuchungsergebnisse (K8: 130ff.). Im Verlauf dieser Sequenz stellt P8 die Frage, ob das Tragen von Hörgeräten Ohrgeräusche reduzieren könne (K8: 232-233). A8 geht

kurz auf diese Frage ein, betont dann aber, dass er zu diesem Zeitpunkt der Konsultation über etwas anderes Sprechen möchte. „Aber so, ich glaub', so weit war ich noch gar nicht ((lachend)), Ihnen das zu sagen.“ (K8: 244-245) Trotz eines weiteren Versuchs der Patientin, Einfluss auf die Themenwahl zu nehmen – sie möchte über die Verschreibung eines Hörgerätes sprechen (K8: 247-252), setzt sich A8 mit seiner Themenwahl – eine differenzierte Betrachtung der Hör-Tests (K8: 254ff.) – durch.

A8: Also. Hm=hm. Weil es ist so 'en Erfahrungswert den wir haben, von Tausenden von Patienten, wenn die Hörgeräte tragen, dass dann auf Dauer die Ohrgeräusche auch leiser werden. Insofern muss man da sagen, da muss man erst mal abwarten ((lacht)) wie das dann sich auch entwickelt mit den Hörgeräten. Die ich Ihnen gerne verschreiben würde. Aber so, ich glaub', so weit war ich ja noch gar nicht ((lachend)), Ihnen das zu sagen.

P8: Nee, Sie sprachen aber davon ...

A8: Jaja.

P8: ... dass ich das dann verschrieben krieg' ne. Denn hier unten ist ja in diesem Monat ja vielleicht ja auch noch irgendwie 'n Bonus krieg' ne.

A8: Ich wollt' Ihnen noch mal\_ Ja. Ich wollt Ihnen noch mal was ...

P8: Ja.

A8: ... zeigen hier zu dem anderen Hörtest. Das ist 'n Hörtest mit Wörtern und Zahlen. Auch wieder für das rechte Ohr und für das linke Ohr. Auch wieder hier rechtes Ohr ... (K8: 240-261)

Die nicht gleichberechtigte Rederechtorganisation verbindet sich mit zahlreichen Redeunterbrechungen. Es fällt auf, dass die Patientin den Arzt 28 Mal unterbricht, der Arzt die Patientin hingegen nur neun Mal. Zugleich besetzt A8 mit 21:41 Minuten deutlich mehr Sprechzeit als P8 mit 10:02 Minuten. Der längste Redebeitrag von A8 erstreckt sich über 155 Sekunden, von P8 dagegen nur über 49 Sekunden. Wie lassen sich die häufigen Unterbrechungen des Arztes durch die Patientin deuten? Die Patientin strebt eine aktive Beteiligung am Gespräch an; sie stellt wiederholt Bezüge her zwischen den Informationen des Arztes und ihrem eigenen Erleben der Situation (z. B. K8: 268ff.). An anderer Stelle unterbricht sie den Arzt und setzt seinen noch nicht beendeten Satz fort (z. B. K8: 144-145). Denkbar ist, dass sie „ungeduldig“ ist bzw. dass ihr die Ausführungen des Arztes zu umfassend/zu lang erscheinen und sie mit ihren Unterbrechungen darauf aufmerksam macht, dass sie gerne über etwas anderes sprechen würde. Möglicherweise hat sie auch den Eindruck, nur durch die Unterbrechung des Arztes zu Wort zu kommen (z. B. K8: 247ff.). Umgekehrt erweckt der Arzt den Eindruck, dass er eine genaue Vorstellung vom Ablauf des Gesprächs/den Gesprächsinhalten hat. Mögliche Motive der Patientin ihn zu unterbrechen reflektiert er nicht, viel-

mehr scheint er die Idee zu verfolgen, seine geplanten Gesprächsthemen – trotz Unterbrechung – immer wieder aufzugreifen und fortzuführen (z. B. K8: 254ff.). Im Interview schildert A8 sein Erleben wie folgt: *„Was ich was mich gestört hatte, ich hatte teilweise versucht so Sachen zu erzählen, war ein Unterbrechen von der Patientin also. Ich, sie ist häufiger dann mit Fragen schon so vorgeprescht ((lachend)) und hat dann so rein gefragt. War aber dann letztlich okay. Ich hab' mich im meinem Redefluss nicht gestört gefühlt. Also ich hatte nicht das Gefühl, dass ich nicht so zu Potte komme, sondern ich hatte das Gefühl äh, dass ich schon auch so mein Anliegen bringen kann.“* (A8: 90-96)

Das Hauptthema des Konsultationsgesprächs muss vordergründig nicht verhandelt werden, da es – zumindest implizit – bereits vorab verabredet worden ist. Bei Betrachtung des Gesprächsablaufs wird ersichtlich, dass einige Themenbereiche durch das Gesprächsverhalten seitens A8 nicht (weiter) verfolgt werden:

- Der kurze Prozess der Entscheidungsfindung: Es wird ausschließlich die Option „Hörgeräte“ thematisiert. Dabei kommt nicht zur Sprache, inwieweit es Handlungsalternativen (einschließlich Nicht-Handeln als Option) gibt bzw. wie diese aussehen könnten. (K8: 321-331)
- Veränderung des Hörerlebens durch Nutzung von Hörgeräten: Die Patientin möchte wissen, inwieweit Ohrgeräusche durch die Nutzung von Hörgeräten zurückgehen. A8 nimmt die Frage auf, kehrt dann aber wieder zu „seinem“ Thema zurück. Fragen des Hörerlebens werden im Verlauf der Konsultation nicht noch mal aufgegriffen (z. B. wie lange die Gewöhnung an Hörgeräte dauert usw.). (K8: 232ff.)
- Anschaffungskosten für ein Hörgerät: P8 möchte wissen, wann sie die Hörgeräteverordnung bekommt. Sie hat bei einem Hörgeräteakustiker einen Hinweis auf eine Bonusaktion entdeckt. Da diese Aktion zeitlich begrenzt ist, möchte sie wissen, ob sie die Verordnung rechtzeitig genug erhalten wird, um den Bonus nutzen zu können. Der Arzt geht auf dieses Thema gar nicht ein. (K8: 251f.)
- Patientenseitige Bedenken hinsichtlich des Tragens von Hörgeräten: Die von P8 mehrmals formulierten Bedenken (z. B. Sichtbarkeit des Hörgerätes bei kurzen Haaren, Kitzeln/Krabbeln im Ohr, fehlendes Zusammenpassen von Brille und Hörgeräten, Praxis der Lautstärkeregelung) werden zum einen damit beantwortet, dass optische Aspekte bei der Auswahl von Hörgeräten weniger bedeutsam seien als fachliche (K8: 459-460), zum anderen mit einem Verweis auf ein notwendiges Ausprobieren von Hörgeräten beim Hörgeräteakustiker (K8: 465-479, K8: 539-543 sowie K8: 581ff.) wie auch mit einem Zurückweisen der patientenseitigen Bedenken (Es „stört nicht“ eine Brille und Hörgeräte gleichzeitig zu tragen. [K8: 545ff.]).

Fragen der Anpassung von Hörgeräten/der Gewöhnung an Hörgeräte werden ausschließlich von der Patientin eingebracht. Der Arzt greift die Bedenken/Fragen der Patientin in unterschiedlicher Art und Weise auf. Er gibt dem Thema „Anpassung/Gewöhnung“ jedoch keinen bewussten Rahmen, es wird in der Konsultation nicht als geplantes Thema platziert. Vielmehr scheint es sich durch die nachhaltigen Fragen und Anmerkungen der Patientin einen Raum zu bahnen. Letztlich wird die Patientin mit der vor ihr liegenden Krankheitsarbeit (von der Gewöhnung an die Hörgeräte bis hin zum Batteriewechsel) allein gelassen. Es bleibt offen, inwieweit der Hörgeräteakustiker dieses Thema aufgreifen wird. Die Chance, bereits im Vorfeld Barrieren einer späteren Nicht-Nutzung der Hörgeräte aufgrund von Gefühlen der Abwehr zu thematisieren (und damit ggf. auch zu verkleinern) ist im Rahmen der Konsultation verpasst worden.

Seine vorrangige Aufgabe scheint A8 in einer ausführlichen/detaillierten Informationsvermittlung zu sehen. Der Modus der Informationsvermittlung hinterlässt – zumindest teilweise – einen lehrbuchartigen Charakter. Weniger Berücksichtigung findet im Prozess der Informationsvermittlung die patientenseitige Informationspräferenz (z. B. Wunsch nach weniger ausführlichen Informationen zu den Ergebnissen der Hör-Tests). Es ist zu vermuten, dass die Haltung des Arztes auch auf die Besonderheit (Bandaufnahme) der Konsultationssituation zurückzuführen ist. Gleichwohl geht es weniger um eine partizipative Aushandlung von Informationspräferenzen und eine gemeinsame Verabredung der zu besprechenden Themen denn um eine selbstverständlich erscheinende Gegebenheit Informationen darzustellen und anzuhören (anhören zu müssen). Die zu Beginn des Gesprächs für die Patientin eröffnete Möglichkeit, über ihre Beschwerden zu sprechen, mag als ein partizipatives Element betrachtet werden. Allerdings erfolgt im Laufe der weiteren Konsultation keine weitere Gesprächsaufforderung durch den Arzt an die Patientin, zum Beispiel im Sinne von Fragen zu möglichen Bedenken hinsichtlich des zukünftigen Tragens von Hörgeräten. Möglicherweise geht der Arzt davon aus, dass eine detaillierte Information über die Untersuchungsergebnisse (= Konfrontation mit dem Grad der Altersschwerhörigkeit) und die verschiedenen Hörgerätetypen eine wesentliche (die zentrale) Voraussetzung darstellt für eine umfassende/dauerhafte spätere Nutzung der Hörgeräte.

Ausgehend vom Konsultationsgespräch verhält sich P8 durchgehend aktiv, abgeleitet aus ihren regelmäßigen Beiträgen zum Gespräch, die sich zusammensetzen aus Bestätigungen der ärztlichen Rede, Anmerkungen zum eigenen Erleben sowie in die Konsultation mitgebrachten Fragen. Obwohl sich P8 aktiv in das Gespräch einbringt, kann sie ihre Anliegen nur bedingt zum gemeinsamen Thema machen. Die begrenzten Möglichkeiten zur Erörterung ihrer Anliegen scheinen – zumindest während der Konsultation – keinen Unmut bei ihr hervorgerufen zu haben. Dem Grunde nach hat sich die Patientin bereits mit der Entscheidung für das Aufsuchen des HNO Arztes auch für ein zukünftiges Tragen von Hörgeräten entschieden. Insoweit ging es in der Konsultation nicht um die Entscheidung „Hörgeräte ja oder nein“.



Obwohl eine ausführliche Konsultation stattgefunden hat (Konsultationsdauer über eine halbe Stunde) bleibt zu hinterfragen, inwieweit die Zeit für beide Beteiligte zufriedenstellender hätte genutzt werden können. Dabei geht es zum einen um eine Verständigung über gewünschte Gesprächsinhalte und die Ausführlichkeit ihrer Erörterung. Zum anderen aber geht es auch um nicht besprochene Themen (z. B. mögliche Schwierigkeiten bei der Gewöhnung an das Tragen von Hörgeräten). Die Konsultation verdeutlicht, dass zeitliche Ressourcen allein keine generelle Lösung zur Verbesserung von Kommunikation und Interaktion darstellen.

### **Konsultation K9**

Die Konsultation K9 findet zwischen einer Gynäkologin und einer Patientin (47 Jahre alt) in einer gynäkologischen Gemeinschaftspraxis statt. Anlass der Konsultation sind Menstruationsbeschwerden der Patientin, die im Zusammenhang mit einer schwer- und langwierigen gynäkologischen Krankheitsgeschichte stehen. Ärztin und Patientin treten ausdrücklich zu einem Gesprächstermin – den die Ärztin zu bestimmten Zeiten außerhalb regulärer Termingestaltung vergibt - zusammen. Das Hauptthema des Konsultationsgesprächs muss demnach vordergründig nicht verhandelt werden, da es bereits vorab verabredet wurde und eigens der konkrete ‚Sprech-Termin‘ dazu anberaumt wurde.

Die Konsultation lässt sich in drei Phasen grob gliedern. In der ersten Phase nach einer kurzen Gesprächseröffnung werden die aktuellen Beschwerden der Patientin ausführlich thematisiert. In der zweiten und längsten Gesprächsphase werden unterschiedliche Behandlungsoptionen durch die Ärztin vorgestellt und Risiken dieser Interventionsmöglichkeiten erörtert. Eingebettet in diese Gesprächsphase sind Einsprengsel der Krankheitsgeschichte der Patientin, die der Ärztin bekannt sind, aber dennoch im aktuellen Gespräch aufgegriffen werden und Berücksichtigung finden. Es handelt sich also nicht um anamnestische Elemente. In der Schlussphase, die von einem Preclosing durch P9 gekennzeichnet ist, entwickelt P9 ihr weiteres Vorgehen im Hinblick auf eine Entscheidungsfindung. Die Konsultation endet ergebnisoffen.

An die Gesprächseröffnung schließt auf Nachfrage der Ärztin (K9: 21-22, 26-27) eine ausführliche Schilderung der Menstruationsbeschwerden von P9 an. Hierbei werden nicht nur verobjektivierte Daten heran gezogen (z. B. Hb-Wert, Frequenz, Dauer und Stärke der Menstruation usw.), sondern auch das Erleben dieser Faktoren durch P9 wie der Einfluss auf die Lebensqualität erörtert. Damit einher geht die Frage, ob eine medizinische Intervention zwingend geboten ist oder ob die Situation so, wie sie ist, beibehalten werden kann vor dem Hintergrund medizinischer Erwägungen, dem Erleben der Patientin sowie der Erwartung, dass in wenigen Jahren die Wechseljahre eintreten.

Im weiteren Verlauf der Konsultation erklärt die Ärztin verschiedene Formen in Frage kommender Interventionen. Eine besondere Stellung nimmt hierbei das Einlegen einer Hormonspirale ein, die bereits in der Gesprächseröffnung benannt wurde. Eingebettet in diese Schilderungen sind Verweise auf bekannte frühere traumatische Erfahrungen der Patientin im Zusammenhang gynäkologischer operativer Eingriffe. An anderer Stelle gibt es einen Einschub zu finanziellen Erwägungen im Hinblick auf die Hormonspirale – P9 wird die Kosten selbst tragen müssen. Schließlich wird das Brustkrebsrisiko im Kontext der Hormonspirale erörtert. Die Familienanamnese der Patientin zeigt die hohe Bedeutung des statistisch geringen Risikos für die Patientin auf und bringt die schon fast für einen vorbereitenden Test im Kontext dieser Intervention getroffene Entscheidung (K9: 643f) ins Wanken (K9: 804f).

In der Schlussphase wird das weitere Vorgehen geklärt. P9 fasst das Fazit des Gespräches für sich zusammen (K9: 825f, 834f). Die Patientin trifft am Ende der Konsultation keine Entscheidung, sondern wird dies, wie sie ankündigt, zeitverzögert tun (K9: 840). A9 beschränkt sich am Ende des Gespräches überwiegend auf bestätigende Rückmeldungen.

Schon an früher Stelle des Konsultationsgespräches wird deutlich, dass P9 ebenso wie A9 Kontrolle über das Gespräch behält: P9 erinnert an eine Frage, welche A9 gestellt hat und dann erst einmal nicht wieder aufgegriffen hat (*„Ja. Und Sie hatten gefragt, wie die Blutungen jetzt sind ne.“ K9: 54*). Insgesamt erscheint die Organisation des Rederechtes weitgehend gleichberechtigt zu verlaufen. Bei exakter Analyse fällt allerdings auf, dass die Patientin nur zweimal die Ärztin unterbricht, selbst aber 13 Mal unterbrochen wird. Folgenreich könnten insbesondere zwei Unterbrechungen sein. (1) die bereits erwähnte sehr frühe Unterbrechung der Patientin während der Gesprächseröffnung und (2) an späterer Stelle im Interview, als P9 psychische Aspekte elaborieren möchte (K9: 411f). An beiden Stellen könnte die Funktion der Unterbrechung sein, das Gespräch zeitlich begrenzt zu halten. Gleichzeitig wird in beiden Fällen die thematische Fokussierung auf eine bestimmte medizinische Intervention gelenkt (Hormonspirale); andere Themenbereiche werden möglicherweise eingeschränkt. Zumindest an diesen beiden Punkten der Konsultation wird deutlich, dass A9 mehr Kontrolle bzw. Dominanz ausübt als P9. So verwundert nicht, dass A9 mit 22:20 Minuten deutlich mehr Sprechzeit besetzt als P9 mit 14:06 Minuten. Der längste Redebeitrag von A9 erstreckt sich über 120 Sekunden, von P9 dagegen nur über 30 Sekunden.

Bei genauer Betrachtung des Gesprächsablaufs wird ersichtlich, dass einige Themenbereiche durch Vorgriffe bzw. Unterbrechungen seitens A9 nicht weiter verfolgt werden:

- Nicht-Handeln als Option wird nicht in Betracht gezogen (K9: 280f),

- psychische Aspekte werden von P9 nicht ausgeführt nach einer Unterbrechung durch A9, P9 hatte bis hierher (ohne Unterbrechung) von körperlichen Beschwerden gesprochen (K8: 411f),
- P9 will erläutern, welche Argumente aus ihrer Sicht für eine Hormonspirale als mögliche Intervention sprechen, A9 unterbricht und verweist auf eine Broschüre (K8: 551f).

Vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen erhärtet sich der Eindruck, dass A9 mehr Dominanz und Macht über die Auswahl von Gesprächsthemen ausübt als dies auf den ersten Blick sichtbar wird. P9 wird dadurch in ihrer aktiven Gesprächsbeteiligung letztlich doch eingeschränkt, eigene Themensetzungen oder Themenergänzungen können nicht ausführlich zur Sprache gebracht werden. Die Dominanz von A9 wird nicht offensiv hergestellt, sondern subtil und indirekt. Es taucht an dieser Stelle die Frage auf, inwieweit A9 das subtile bzw. indirekte Vorgehen bewusst ist. Eine offene (konfliktvolle) Aushandlung kann so nicht zustande kommen.

Ausgehend vom Konsultationsgespräch verhält sich P9 nicht ausschließlich passiv, sondern behält teilweise den Überblick und die Kontrolle über das Gespräch (z. B. K9: 54). Gleichzeitig verfolgt P9 nicht konsequent eigene Themenbereiche und Ergänzungen und nimmt Unterbrechungen durch A9 unkommentiert hin. A9 stellt für sie zwar die fachliche Autorität dar (z. B. K9: 202), Entscheidungsträgerin ist aber P9 selbst, wie sich in der Schlussphase deutlich zeigt. Somit begibt sich P9 teilweise durchaus in eine „klassische“ Patientinnen-Rolle, behält aber Entscheidungsmacht im Rahmen ihrer eigenen Relevanzstrukturen und Handlungsorientierungen. Der Erhalt patientenseitiger Entscheidungsmacht verbindet sich nicht zuletzt mit der Einschätzung von A9, dass keine Notwendigkeit für eine medizinische Intervention bestehe. A9 treibt in ihrer professionellen Rolle die Problemanalyse voran, klärt anhand ihres fachlichen Wissens über verschiedene Optionen und Risiken auf. Bei der Risikokommunikation gerät ihre professionelle Haltung erstmalig ins Wanken (s.u.). Alles in allem sind in der professionellen Haltung der Ärztin partizipative Elemente erkennbar, letztlich unterliegt sie aber wohl doch dem „klassischen“ medizinischen Interventionsdruck. Nicht-Handeln (wachtful waiting) als professionelles Handeln stellt für sie keine Option dar. Ihre Rolle als Medizinerin bleibt der Interventionslogik verhaftet.

Es handelt sich um ein Konsultationsgespräch, das auf den ersten Blick viele positive Aspekte erkennen lässt (Dauer und Rahmen der Konsultation, Ausführlichkeit der Problemanalyse, vordergründig ein Gespräch auf Augenhöhe). Auf den zweiten Blick wird der positive Eindruck gebrochen. Bestimmte Themengebiete, die P9 wichtig erscheinen, können nicht besprochen werden, weil P9 von der Ärztin unterbrochen wird. P9 wird in ihrer aktiven Gesprächsbeteiligung eingeschränkt.

Am Anfang des Gespräches steht trotz vorheriger Verabredung ein ungeklärter Auftrag – eine Rückversicherung, worum es im Gespräch gehen soll, findet nicht ausdrücklich statt. A9 folgt möglicherweise einer Vorannahme, was P9 anstrebt und lässt sich von dieser Vorannahme (Intervention in Form einer Hormonspirale) leiten. Der Einfluss des medizinischen Interventionsdrucks bestimmt letztlich das Gespräch. Im Bereich der Risikokommunikation wird die Unsicherheit der Ärztin deutlich – eigentlich hält sie die Kommunikation sehr geringer Risiken für überflüssig bzw. scheint sie keine Methoden zu kennen, diese geeignet zu kommunizieren. Dazu der folgende Ausschnitt aus dem Interview mit A9: *„Und die zweite Sache, wo ich mir unsicher bin, ob das gut gelaufen ist das ist wenn die Patientin jetzt tatsächlich den Rückzieher (hinsichtlich einer Hormonspirale; Anmerk. d. Verf.) gemacht hat wegen diesem Brustkrebsrisiko, das ich von mir aus gar nicht unbedingt angesprochen hätte, weil es definitiv zahlenmäßig so wenig relevant ist, aber es steht im Beipackzettel. Und es könnte vielleicht ein Ausmaß haben dass man sagen könnte, eins von (--) oder noch weniger, 0,5 oder weniger als 1 von h 10.000 Frauen würden vielleicht durch diese Spirale mehr Brustkrebs bekommen. Es ist so wenig relevant, aber es ist bei der Patientin das Thema Brustkrebs und man muss es ja erwähnen, weil es steht drin im Beipackzettel. Führt es dazu, dass ohh das ist gefährlich für meine Brust und Mutter hatte das, so. Also ich finde das 'n bisschen unangemessen und ich finde das schwer, wirklich solche minimalen Risiken wirklich zu vermitteln. Ich bin sonst in Bezug auf 'ne Hormontherapie postmenopausal extrem zurückhaltend. Und es kriegen bei mir ganz wenig Frauen wirklich die Hormone, weil es erstens viele gar nicht brauchen, wenn sie 'ne Ermutigung kriegen und entsprechende Informationen und zweitens viele es auch gar nicht wollen. Und ich bin nicht eine die Risiken bagatellisieren möchte um um Hormone zu verkaufen ja. Das ist da überhaupt, da bin ich eher das Gegenteil. Aber an diesem Punkt muss ich sagen, hab' ich gemerkt, wie sie (P9; Anmerk. d. Verf.) da den Rückzieher macht und dass ich da mich frage ob an dem Punkt nicht eine Risikokommunikation noch 'n bisschen besser laufen könnte.“* (K9: 140-161) Letztlich gelingt es A9 nicht, die Risikokommunikation mit P9 so zu gestalten, dass der konkreten Familienanamnese von P9 Rechnung getragen wird.

Ausdruck für eine vornehmliche Patientenzentrierung in der Kommunikation ist letztendlich, dass die Konsultation ergebnisoffen enden ‚darf‘. P9 entscheidet innerhalb ihrer Relevanzstrukturen und Handlungsorientierungen (dies ist als Ressource von P9 zu verstehen), was zunächst einmal bedeutet, dass sie sich Zeit für ihre Entscheidungen nehmen wird. Dieses geschieht im besten Einvernehmen mit A9.

## **Konsultation K12**

Die Konsultation K12 findet zwischen einer Fachärztin für Allgemeinmedizin und einer 73jhrigen Patientin in einer Einzelpraxis statt. Anlass für die aktuelle Konsultation sind kürzlich entdeckte hohe Blutzuckerwerte der Patientin. Die Ärztin hat die Patientin te-

lefonisch über das Ergebnis der Blutuntersuchung informiert und sie gebeten, baldmöglichst in die Praxis zu kommen (K12:11-12). Die Konsultationsdauer liegt mit 24:48 im Durchschnitt.

Die Konsultation lässt sich grob in vier Phasen unterteilen. Im Anschluss an die Gesprächseröffnung folgt die Festlegung des zu erörternden Themas für das Konsultationsgespräch. Im Mittelpunkt der zweiten Phase steht eine Darlegung der aus ärztlicher Sicht unabdingbar erscheinenden Behandlungsschritte, die sich auf die Elemente „*Bewegung, Ernährung und Medikamente*“ (K8: 93) beziehen. Die Phase ist unterlegt mit Fragen der Patientin nach möglichen Ursachen für den Anstieg der Blutzuckerwerte und möglichen Erklärungen für diese Entwicklung seitens der Ärztin (K12: 325ff.). Die Phase endet mit Äußerungen der Ärztin zur Notwendigkeit patientenseitiger Compliance, um „*Spätschäden (zu) verhindern*“ (K12: 275). Nach der Hälfte der Konsultation beginnt die dritte Phase, die eingeleitet wird durch eine Messung des Blutdrucks. Es folgt eine ausführliche Erörterung der medikamentösen Therapie. Ferner wird verabredet, in welchen Abständen die Patientin zur Blutzuckerkontrollmessung in die Praxis kommen soll. Am Ende der Phase thematisiert die Patientin morgendliche Sehbeeinträchtigungen, verbunden mit der Vermutung, dass diese Beeinträchtigungen eine medikamentöse Nebenwirkung darstellen. Die Ärztin greift das Thema auf und empfiehlt, die Dosis eines Medikamentes zu reduzieren. Zur weiteren Abklärung der Beeinträchtigung stellt A12 eine Überweisung zu einer Fachärztin für Lungenheilkunde aus. Die zweite und die dritte Gesprächsphase sind in etwa gleich lang. Die Konsultation endet mit einer Zusammenfassung des weiteren Vorgehens (Modus der Medikamenteneinnahme, Blutzuckerkontrollen, Eintrag ins Disease Management Programm [DMP] Diabetes Mellitus) in Form eines „Ablaufplanes“. Jedoch entsteht der Eindruck patientenseitiger Unsicherheit angesichts der folgenden Versorgungsschritte (K12: 656ff.).

Im Anschluss an die Gesprächseröffnung weist die Ärztin erneut auf die Dringlichkeit des zu besprechenden Themas – die erhöhten Blutzuckerwerte – hin. Dabei nutzt sie drastisch erscheinende Formulierungen. „*Und der (Blutzuckerwert, Anmerk. d. Autorin) war noch nie so schlecht.*“ (K12: 50) Kurz darauf betont die Ärztin, dass sie „*geschockt*“ (K12: 54) sei angesichts der gemessenen Werte. Die Äußerungen der Ärztin münden in folgendem Resümee: „*Das (die Blutzuckerwerte, Anmerk. d. Verf.) ist fast doppelt so hoch wie normal. Und der Durchschnittszucker, der war aber sehr hoch, Wir müssen also mit Medikamenten einsteigen.*“ (K12: 62-63) Sowohl die Gesprächseröffnung als auch die anschließende Gesprächsfortsetzung zeigen, dass sich die drastische Wortwahl der Ärztin mit einer direktiven therapeutischen Vorgabe verbindet, die wiederum mit dem Ziel einer möglichst hohen patientenseitigen Compliance einhergeht. So heißt es denn auch im Interview mit der Ärztin: „*So also sie sie (die Patientin, Anmerk. d. Verf.) wird auch die Tabletten nehmen. Sie ist an sich eine 'ne korrekte Person und so dass ich da ganz sicher bin, dass wir das im Vierteljahr das Problem im Griff haben.*“

(A12: 183-186). Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Ärztin versucht, die Perspektive der Patientin in Erfahrung zu bringen bzw. die Patientin durch erzählgenerierende Fragen anzuregen, über ihr Erleben zu sprechen.

Nachdem – zumindest für die Ärztin – geklärt ist, dass die Patientin eine höhere Dosis Blutzucker senkender Medikamente einnehmen ‚muss‘, stellt A12 die (allein von ihr) geplante Therapie im Überblick dar. Notwendig seien Änderungen des Lebensstils, die die Patientin zu verantworten habe (K12: 101-105) sowie eine medikamentöse Therapie, die ärztlich zu verantworten sei (*„Und Medikamente sind meine Sache.“* [K12: 97]). Ferner wird die Patientin – ungefragt – in das DMP Diabetes Mellitus eingetragen, im Rahmen dessen auch eine Ernährungsberatung bzw. Schulung geplant ist (K12: 146ff.). Der direktive Stil wird untermauert durch eine belehrende Wortwahl der Ärztin. *„Passen Sie auf, wir würden jetzt, ich mache jetzt ein\_zwei Dinge mit Ihnen.“* (K12: 80-81) Die Patientin wird zu einem passiven Objekt, mit dem etwas ‚gemacht‘ wird, d. h. der Patientin wird eine aktive Beteiligung an der Planung und Umsetzung des weiteren Versorgungsprozesses abgesprochen. Die Ärztin entscheidet allein und ohne Rückversicherung bei der Patientin, was weiter zu geschehen hat. An verschiedenen anderen Stellen innerhalb der Konsultation fällt auf, dass sowohl die Ärztin als auch die Patientin von „wir“ sprechen, z. B. *„dann nehmen wir jetzt Medikamente“* (K12: 223, Aussage der Ärztin) und *„ne halbe (Tablette, Anmerk. d. Verf.) haben wir genommen“* (K12: 78, Aussage der Patientin). Diese scheinbare Fusion zwischen Ärztin und Patientin spiegelt eine Vereinnahmung und am Ende eine – fraglos ungewollte – Entmündigung der Patientin durch die Ärztin – traditionell verbunden mit dem Ziel der Erhöhung patientenseitiger Compliance – wider.

Eingeleitet von der Ärztin setzt sich die Konsultation fort mit einem Dialog über Fragen der Ernährung im Zusammenhang mit Diabetes Mellitus. Stakkatomäßig anmutend fragt die Patientin, inwieweit es ihr erlaubt sei, bestimmte Lebensmittel und Getränke zu sich zu nehmen (z. B. *„Keine süßen Früchte?“* [K12: 170] und *„Apfel?“* [K12: 195]). Auch die Antworten der Ärztin erscheinen stakkatomäßig (z. B. *„Grapefruit, Pampelmusen.“* [K12: 201] und *„Pampelmusen, Kiwi können Sie essen.“* [K12: 205]). Der Dialog verdeutlicht, dass die Ärztin ein diszipliniertes patientenseitiges Ernährungsverhalten – im Sinne von richtig oder falsch – für scheinbar unentbehrlich hält. Auf moderne, weniger verzichtsorientierte Ernährungskonzepte im Zusammenhang mit Diabetes Mellitus wird hingegen nicht verwiesen. Der Dialog ist unterbrochen vom Versuch der Ärztin, die Wirkungsweise des Blutzucker senkenden Medikamentes zu erklären (K12: 223-231). Das Thema wird von der Patientin nicht aufgegriffen, sie thematisiert vielmehr weitere Fragen der Ernährung (K12: 223ff.). Die Ärztin beendet das Thema und beschreibt das – aus ärztlicher Perspektive – bestehende Ziel der Behandlung, das Erreichen von Werten im *„Normbereich“* (K12: 288), um auf diesem Wege potentielle *„Spätschäden (zu) verhindern“* (K12: 275). Es schließt sich ein kurzer Dialog über den Modus der künftigen Medikamenteneinnahme an (K12: 307ff.). In die-

sem Zusammenhang belehrt die Ärztin die Patientin darüber, dass eine patientenseitige Non-Compliance aufgrund der Möglichkeit der Messung von Langzeitblutzuckerwerten (HbA1c) sofort bemerkt werden würde. *„Und da nutzt es auch nicht mal, schnell drei Tage Diät zu machen, damit der Zucker runtergeht und dann zum Doktor zu gehen, wie das früher üblich war, sondern das ist 'ne Aussage, die über über 'n Vierteljahr geht ja. Und, das Siofor® nehmen wir erst mal zweimal am Tag.“* (K12: 304-308) Die Aussage der Ärztin reiht sich ein in vorab bereits dargelegte Vorgehensweisen (drastische Wortwahl, direkter, entmündigender Stil) zum Erwirken patientenseitiger Compliance. Diese Phase der Konsultation endet mit Fragen der Patientin nach möglichen Ursachen für den Anstieg der Blutzuckerwerte (z. B. zu wenig Schlaf) und möglichen Erklärungen für diese Entwicklung seitens der Ärztin (Bewegungsmangel im Winter) (K12: 329ff.).

Die dritte Phase der Konsultation wird durch eine Messung des Blutdrucks begonnen. Indirekt geht die Ärztin damit auf das Thema von P12 ein, jedoch stellt A12 keinen Bezug her zu den Blutdruck Selbstmessungen der Patientin.

A12: (...). *So jetzt messen wir noch mal den Blutdruck (11) [Manschette wird angelegt]. Und dann haben se dann schrei\_, lassen Sie die Teilnehmererklärung unterschreiben dass ich Sie in dieses andere Programm aufnehme, das und und da sind auch eben vorgeschrieben Kontrollen, einmal im Jahr zum Augenarzt.*

P12: Ja.

A12: (4) [Blutdruckmessung]. *Also der ist jetzt noch 'n bisschen zu hoch, aber es ist ja heute alles 'n bisschen aufregend.*

P12: *Heute ist, heute ist sowieso\_*

A12: *So und ähm, die die anderen Medikamente haben Sie noch?*

P12: *Das das hab' ich noch, da komm' ich hin.* (K12: 384-400)

Die Ärztin stellt fest, dass der aktuell gemessene Blutdruckwert etwas hoch sei. Dieses deutet sie als Folge der Aufregung, die die Konsultation und deren Inhalte für die Patientin mit sich bringt. Der Deutungsversuch der Patientin *„Heute ist, heute ist sowieso\_“* (K12: 395) wird von der Ärztin unterbrochen.

Es folgt eine längere Sequenz, in der zwei Themen erörtert werden: zum einen die aktuelle Gesamtmedikation einschließlich der Art und Weise der Einnahme der einzelnen Medikamente sowie evtl. benötigter Rezepte und zum anderen die Aufforderung, einmal wöchentlich (im Wechsel vor- und nachmittags) zur Blutzuckerkontrolle in die Praxis zu kommen. Im Rahmen dieser Sequenz kommt es zu Irritationen und Missverständnissen. Die Patientin weiß nicht, ob sie ein- oder zweimal wöchentlich zur Blutzuckerkontrolle kommen soll (*„Zweimal die Woche?“* [K12: 470]). Die Erläuterungen der Ärztin (*„Und die nächste Woche dann noch mal nachmittags. Da ist sie [die*

*Praxismitarbeiterin, Anmerk. d. Verf.] aber, doch ist auch drei\_zweimal.“ [K12: 467-468]), an einem von zwei möglichen Nachmittagen zur Blutuntersuchung in die Praxis zu kommen, ist für die Patientin nicht verstehbar. So beschreibt P12 auch im Rahmen des Interviews: „Jetzt wollen wir das denn so machen, dass ich in der Woche zweimal ja komme zum Zucker messen bzw. den Zucker.“ (P12: 39-40).*

Das Gespräch über die Einnahme der Blutzucker senkenden Medikamente hinterlässt einen ‚ungeordneten‘ Eindruck. Zunächst ist die Rede davon, dass die Patientin das Blutzucker senkende Medikament, das sie bereits einnimmt auch zukünftig weiter nehmen soll, jedoch in höherer Dosierung. Beide (Patientin und Ärztin) überlegen, ob ein neues Rezept erforderlich ist. Dann ändert die Ärztin ihre Meinung und spricht von einem Kombinationspräparat, in dem das Blutzucker senkende Medikament mit enthalten sei. Dieses Präparat bekommt die Patientin als Probepackung mit. Die Rückfragen der Patientin verdeutlichen ihre Verstehensschwierigkeiten im Hinblick auf den zukünftigen medikamentösen Behandlungsplan. „Von diesen. Und trotzdem von denen, die ich hab’?“ (K12: 513) „Und vor oder nach ’em Essen?“ (K12: 517-518) Die Verstehensschwierigkeiten dürften sich nicht zuletzt auf sich widersprechende Aussagen der Ärztin gründen. Auf die Frage nach dem Zeitpunkt der Medikamenteneinnahme sagt sie einmal „Vor ’m Essen.“ (K12: 520) und wenig später „Können Sie auch während des Essens nehmen. Also das ist egal.“ (K12: 528). Am Ende dieser Sequenz gibt es weder rückversichernde Fragen seitens der Ärztin noch wird ein Zwischenergebnis festgehalten. Vielmehr teilt die Ärztin der Patientin mit, dass keine Nebenwirkungen zu erwarten seien („Und denn wenn Sie ’s nicht vertragen, was nicht zu erwarten ist, nee also die sind wirklich sehr gut verträglich.“ [K12: 538-539]).

An dieser Stelle der Konsultation greift die Patientin das Thema Nebenwirkungen auf und äußert ihre Vermutung, dass eines ihrer Medikamente zu morgendlichen Sehstörungen führe. Sie hat ein Präparat in Verdacht (Digoxin). Dieser Verdacht wird von der Ärztin nicht geteilt; vielmehr vermutet sie, dass die Einnahme eines Sprays die Ursache darstellen könnte. In dieser Gesprächsphase – kurz vor dem Ende der Konsultation – stellt die Ärztin die erste (und einzige) offene und damit auch erkenntnisinteressierte Frage an die Patientin: „Haben Sie denn Sehstörungen oder oder was haben Sie denn?“ (K12: 584). Die Ärztin ordnet eine Reduktion der Dosierung des Sprays an und fragt die Patientin, wann sie das nächste Mal – aufgrund der bekannten obstruktiven Lungenerkrankung – zum Pulmologen müsse (K12: 619f.). Es stellt sich heraus, dass die Patientin seit mehr als einem Jahr nicht mehr bei der Fachärztin für Lungenheilkunde gewesen ist. So entspannt sich der folgende Dialog:

A12: Und warum nicht?

P12: Warum nicht, weil ich nichts gesagt hab’, dass ich was haben will, Überweisung.

A12: Ich kann nicht an alles denken.

P12: Ja, das glaub’ ich. (K12: 625-632)



Ärztlicherseits wird nach der Schuld für das Versäumnis gesucht und – zumindest indirekt – bei der Patientin verortet. Die Patientin erhält dann (ungefragt und ungewünscht) einen Überweisungsschein und den Auftrag, innerhalb der nächsten Tage zur Fachärztin für Lungenheilkunde zu gehen. Der Wunsch der Patientin, dieses erst im nächsten Quartal zu tun (d. h. frühestens in einer Woche) wird von der Ärztin nicht akzeptiert (K12: 639ff.).

Die Schlussphase des Gesprächs ist gekennzeichnet durch den Versuch einer Zusammenfassung des mehr oder weniger verabredeten Vorgehens. Die Ärztin leitet diese Phase ein mit den Worten „(...), so dann ha\_ nehmen Sie diese (Gernomed[?]) früh und abends eine während des Essens oder auch nach 'm Essen“ (K12: 656-658). Während es bisher hieß, dass die Medikamente vor dem Essen (K12: 520) oder auch während des Essens (K12: 528) eingenommen werden können, folgt nun eine dritte Option, die Einnahme nach dem Essen. Nochmals ist die Rede von wöchentlicher Kontrolle der Blutzuckerwerte und dem Einschreiben ins DMP Diabetes Mellitus (K12: 666ff.). Es folgt die Frage der Patientin „So wir sind jetzt fertig?“ (K12: 682), die von der Ärztin bejaht wird „Wir sind jetzt fertig.“ (K12: 682). Die Frage spiegelt die angesichts der Konsultation aufgeworfenen Irritationen wider. Die Patientin weiß nicht, ob sie alle Informationen erhalten hat, zugleich hat sie noch ein Anliegen. Erst jetzt, nach dem bestätigten ‚offiziellen‘ Ende der Konsultation kann die Patientin ihre Ängste angesichts der erhöhten Blutzuckerwerte zum Ausdruck bringen. „Hoffentlich klappt das ja mit dem Zucker auch. Das war doch immer so gut gewesen.“ (K12: 690-691)

Erst zu diesem späten Zeitpunkt in der Konsultation formuliert die Ärztin (mehr oder weniger) beruhigende Äußerungen. „Frau X da bin ich überhaupt, da hab' ich keine Probleme.“ (K12: 693) Und etwas später heißt es: „Wir sehen, das kriegen wir in Griff. Wir müssen nur was tun ja.“ (K12: 698). Die Botschaft lautet, dass nichts zu befürchten sei, sofern die ärztlichen Anordnungen befolgt werden und die Patientin sich als compliant zeigt. Damit schließt sich der Kreis zum Anfang der Konsultation, im Rahmen dessen die Ärztin eine drastische Wortwahl genutzt hat, um die – aus ärztlicher Perspektive – hohe Relevanz des Befundes zu verdeutlichen, mit dem Ziel patientenseitige Compliance zu befördern. Für die Patientin scheint das Thema hingegen noch nicht abgeschlossen zu sein. Sie greift nochmals die Frage auf, wann sie zur Blutzuckerkontrolle in die Praxis kommen soll.

Das Konsultationsgespräch ist weitgehend dadurch gekennzeichnet, dass A12 Kontrolle über das Gespräch behält. Bereits im Rahmen der Vereinbarung des Konsultationsthemas wehrt A12 das von P12 eingebrachte Thema (selbst gemessene Blutdruckwerte) ab und legt fest, dass ihr ärztliches Anliegen (Ergebnis der Blutzuckermessung) vorrangiges Konsultationsthema sein soll (K12: 1ff.). Auch an einer weiteren Stelle in der Konsultation bleibt das Bemühen der Patientin, ihr Thema in das Gespräch einzubringen, erfolglos. So entscheidet die Ärztin, dass die Patientin aus dem DMP COPD herausgenommen und in das für Diabetes Mellitus eingetragen wird.

Abgesehen davon, dass die Ärztin die Patientin nicht danach fragt, ob diese Entscheidung ihre Zustimmung findet, unterbricht sie P12, als diese – anknüpfend an das Thema COPD – versucht mitzuteilen, dass sie zwei Mal im Jahr zu einer Untersuchung der Atemwegsorgane gehen soll.

*P12: Da muss ich noch mal wieder hin. Da soll ich alle halbe Jahr ...*

*A12: Ja, das können Sie ja machen. Aber wir nehmen Sie jetzt ins DMP Diabetes auf, weil das für Sie jetzt wichtiger ist. (K12 151-155)*

Insbesondere in der ersten Hälfte der Konsultation scheinen kurze, die Ausführungen der Ärztin wiederholende oder bestätigende Kommentare der Patientin auf (z. B. „Ja, das mach' ich.“ [K12: 3-4], „Ja, ja ja.“ [K12: 25], „Das stimmt.“ [K12: 124], „Das ist wichtig.“ [K12: 144]). Ergänzend dazu stellt die Patientin rückversichernde, zum Teil stakkatomäßig anmutende Fragen (z. B. „Keine süßen Früchte?“ [K12: 170], „Apfel?“ [K12: 195], „Von den Tabletten, die ich hab?“ [K12: 310]). Dieses Sprechverhalten deutet auf eine angepasste und sich unterordnende Patientinnenrolle hin.

Im zweiten Drittel der Konsultation gelingt es der Patienten das erste Mal, Einfluss auf die Themenwahl zu nehmen. Nach einer Erörterung von Ernährungsfragen wechselt die Ärztin das Thema und erläutert die Wirkungsweise des Blutzucker senkenden Medikamentes, das sie P12 verordnen möchte. Die Patientin ignoriert die ärztlichen Erläuterungen und setzt die Erörterung von für sie noch offenen Ernährungsfragen fort (K12: 223ff.). Wenig später greift P12 nochmals in die Themenwahl ein. Erneut beendet sie die ärztlichen Ausführungen zur medikamentösen Therapie bei Diabestes Mellitus und fragt nach potentiellen Ursachen ihrer erhöhten Blutzuckerwerte. „Wie kommt das? Da bin ich richtig\_ ich vermute, dass jetzt der Winter ,ne große Rolle ...“ (K12: 329-330) Und wenig später heißt es „Mit schlafen, was hat 'n das mit schlafen jetzt auf sich?“ (K12: 337) Die Ärztin schließt einen Zusammenhang zwischen dem Schlafverhalten der Patientin und dem Anstieg ihrer Blutzuckerwerte aus. Zugleich teilt sie ihr mit, dass es ausreiche sechs bis sieben Stunden pro Nacht zu schlafen. Die ärztlichen Anmerkungen zum patientenseitigen Lebensstil verdeutlichen eine Orientierung am ‚Richtig-Falsch-Paradigma‘, das sich auf eine vermeintliche Allwissenheit (auch auf der Ebene subjektiven Erlebens) zu gründen scheint. Demgegenüber sind der Sequenz keine Fragen zu entnehmen, die getragen sind vom ärztlichen Anliegen, die Patientin (anders) verstehen zu wollen. So fällt im Hinblick auf die gesamte Konsultation auf, dass es seitens der Ärztin – von einer Ausnahme abgesehen – keine Fragen nach dem Befinden und Erleben der Patientin gibt.

Die insgesamt nicht gleichberechtigte Rederechtorganisation verbindet sich mit zahlreichen beiderseitigen Redeunterbrechungen. Es fällt auf, dass die Patientin die Ärztin 25 Mal unterbricht und die Ärztin die Patientin 26 Mal. A12 besetzt mit 14:57 Mi-

nuten circa doppelt so viel Sprechzeit wie P12 mit 07:43 Minuten. Der längste Redebeitrag von A12 erstreckt sich über 108 Sekunden, von P12 dagegen nur über 33 Sekunden. Eine Betrachtung der Einzelredezeiten zeigt, dass sowohl die Patientin als auch die Ärztin sehr viele kurze Äußerungen zur Konsultation beigetragen haben. 69 Beiträge der Ärztin liegen zwischen einer und vier Sekunden, bei der Patientin sind es sogar 93 Beiträge. Wie lassen sich diese Zeiten deuten? Die zahlreichen kurzen Beiträge veranschaulichen den stakkatomäßig erscheinenden Gesprächsstil, der – obwohl die Konsultation über 20 Minuten gedauert hat – den Eindruck von Zeitknappheit und Zeitdruck suggeriert. Letztlich handelt es sich um eine zwanzigminütige Konsultation im ‚Fünf-Minuten-Stil‘. Die zur Verfügung stehende Zeit ist nicht genutzt worden, um entlang längerer Beiträge ein wechselseitiges Verstehen herbeizuführen. Immer wieder tauchen Unklarheiten auf, und es sind – insbesondere von Seiten der Patientin – Rückfragen bzw. Verständnisfragen erforderlich. Diese Unklarheiten bleiben bis zum Ende des Gesprächs erhalten. So fragt P12 in der Schlussphase nochmals danach, in welchem Modus sie die verordneten Medikamente einnehmen (K12: 660) und wann sie das nächste Mal zur Blutzuckerkontrolle kommen soll (K12: 700-717). Ein wechselseitiges Verstehen ist entlang des direktiv anmutenden Interaktionsstils der Ärztin offenbar nicht gelungen.

Es handelt sich um ein Konsultationsgespräch, das vorrangig geprägt ist durch einen direktiven ärztlichen Interaktionsstil, der sich verbindet mit dem Ziel, größtmögliche patientenseitige Compliance zu erwirken. Der direktive Stil kommt zum Ausdruck durch eine drastische Wortwahl in der Beschreibung der gemessenen Blutzuckerwerte, in der Festlegung der Relevanz zu besprechender Themen, in der fraglos erscheinenden Vorgabe des gesamten Behandlungsplans sowie in Form einer Rüge der Patientin hinsichtlich der Nichteinhaltung eines Versorgungsschrittes (regelmäßiges Aufsuchen einer Fachärztin für Lungenheilkunde). Vor allem gibt es keine Aushandlung zu und Berücksichtigung von patientenseitigen Informations- und Partizipationspräferenzen. Die Patientin scheint sich dem direktiven Stil anzupassen, zumindest äußert sie keine vordergründig erkennbare Kritik. Verschiedentlich bemüht sie sich um die Vertiefung angesprochener Themen, indem sie rückversichernde wie auch um ergänzende Informationen bittende Fragen stellt (z. B. zum Thema „Essen und Trinken“, zum Modus der Medikamenteneinnahme, zu den kommenden Kontrolluntersuchungen). Erst zum Ende der Konsultation gelingt es der Patientin, ein für sie relevantes Thema (vermutete Nebenwirkung eines Medikaments) erfolgreich einzubringen.

Charakteristisch für das Gespräch sind stakkatomäßig anmutende, häufige Sprecherinnenwechsel, wodurch ein Eindruck notwendiger Eile und unvermeidbarer Zeitnot entsteht. Letztlich hinterlässt der Gesprächsstil – auf Seiten der Patientin – bis zum Ende der Konsultation offene Fragen, so dass verschiedene thematische Facetten mehrfach besprochen werden müssen.

### **5.1.3 Zusammenfassung zu Themenfindung und Gesprächsverläufen im Kontext der Konsultationsanalysen**

In den voran gegangenen Abschnitten wurden die Ergebnisse der Konsultationsanalysen zu den Bereichen „Themenfindung“ und „Gesprächsverläufe“ dargestellt.

#### **Themenfindung: Verständigung von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin über die zu besprechenden Themen**

Die Auswertungsergebnisse zeigen, wie folgenreich es sein kann, wenn zu Beginn eines Konsultationsgespräches keine Verständigung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin darüber stattfindet, welche Themen besprochen werden sollen. Dass dieser Verständigungsprozess selbst dann nicht vernachlässigt werden darf, wenn die Themenwahl in vorhergehenden Gesprächen einvernehmlich verabredet wurde, wird in der Analyse einiger Konsultationsgespräche ersichtlich. Auch wird im Rahmen der Analyse aufgezeigt, dass Verabredungen von Gesprächsinhalten, die zeitlich vor dem betreffenden Konsultationsgespräch erfolgten, eine aktuelle Vereinbarung von Themenbereichen nicht ersetzen können (Kap. 5.1.1.1). Patientenseitige Anliegen können in der Zwischenzeit neu entstanden sein, Prioritäten können sich verändert haben oder patientenseitige Anliegen sind unter Umständen auch im Vorfeld nicht genügend berücksichtigt worden. In den aufgezeichneten Konsultationen finden sich u. a. folgende Beispiele:

Am Beispiel K1 wurde gezeigt, dass fehlende Aushandlungsprozesse zur Themenwahl am Anfang der Konsultation als Gesprächshindernis wirksam werden. Es ist deutlich geworden, dass – selbst wenn Themen bereits im Vorfeld verabredet wurden – es von großer Bedeutung ist, am Beginn einer Konsultation einen offenen Raum zu schaffen, in dem patientenseitige Anliegen formuliert werden können. Die Agenda des geplanten Gespräches muss gegebenenfalls entsprechend aktualisiert werden, um Verläufe wie in K1 gesehen zu vermeiden. Dass K1 insgesamt relativ unstrukturiert verlaufen ist, kann auch als Ausdruck dieser fehlenden Verständigungen begriffen werden.

In Konsultation K3 wird das Thema der Unterredung durch das Vorliegen eines PE Befundes weitgehend strukturiert. Analytisch betrachtet fällt in K3 auf, dass ein Ermuntern des Patienten, eigene Anliegen vorzutragen, zu einer stärkeren Beachtung wichtiger patientenseitiger Anliegen hätte beitragen können. Diese Anliegen sind für den Patienten schwerwiegend, es handelt sich neben der Reflexion der letzten Operation um die Auseinandersetzung mit der potentiell lebensbedrohenden Diagnose. Erst in der Schlussphase gelingt es P3, ein eigenes Thema einzubringen: das Erleben sei-

ner letzten Operation. Diese Episode des Gespräches wird von A3 nach wenigen Wortwechseln konsequent abgeschlossen, was auch auf die Kontrolle der Konsultationszeit hinweisen kann.

In der Konsultation K8 beginnt das Gespräch mit einer ärztlichen Aufforderung an die Patientin, ihre Beschwerden darzustellen. Eine wirkliche Klärung der Anliegen der Patientin und des Arztes im Hinblick auf die bevorstehende Konsultation findet nicht statt. Im weiteren Verlauf der Konsultation wird die Patientin kein weiteres Mal aufgefordert, ihre Sicht der Dinge zu formulieren oder ihre Anliegen zu schildern. In Folge erhält die Patientin Informationen, die vermutlich nicht ihren Informationspräferenzen entsprechen. Zugleich erhält sie keine weiteren Aufforderungen, ihre Gedanken und Gefühle (zu den Untersuchungsergebnissen und zum Tragen von Hörgeräten) zu verbalisieren.

Am Anfang des Gespräches K9 steht trotz vorheriger Verabredung ein ungeklärter Auftrag – eine Rückversicherung, worum es im Gespräch gehen soll, findet nicht ausdrücklich statt. A9 folgt möglicherweise einer Vorannahme, was P9 anstrebt und lässt sich von dieser Vorannahme (Intervention in Form einer Hormon-Spirale) leiten. Der Einfluss des medizinischen Interventionsdrucks wird schließlich gesprächsbestimmend. Die Frage, inwieweit A9 sich darüber bewusst ist oder nicht, muss unbeantwortet bleiben.

Im Rahmen der Konsultation K10 fällt auf, dass die Information an die Patientin, dass ihre Fragen und Themen an geeigneter Stelle des Gespräches berücksichtigt werden, fehlt. P10 wird auch nicht am Beginn der Konsultation ermuntert, eigene Anliegen vorzutragen. So wird gerade ihr wichtigstes Thema – die Frage nach einem Rezidiv unter Chemotherapie (das wohl bereits eingetroffen ist; P10 berichtet von einem Brusttumor in der bisher nicht betroffenen Brust) – nicht ermittelt.

### **Themenfindung: Nichtbeachtung patienten- und patientinnenseitiger Themen**

Weitreichende Folgen für Verlauf und Ergebnis von Gesprächen zeigt in besonderem Maße die Nicht-Beachtung geäußerter patientenseitiger Themen (Kap. 5.1.1.2):

Mit seiner Bemerkung „(...), *aber ich hatte auch gedacht es ging um den Blutdruck*“ (K4: 6-7) gibt bspw. P4 seine Anpassung an die ärztliche Priorisierung der Themen sowie der damit verbundenen Themenwahl an. Es erfolgt keine Verabredung darüber, wann die anderen Themen besprochen werden können und sollen. In der Schlussphase der Konsultation greift der Patient seine weiteren Anliegen erneut auf: „*Dann haben wir noch diese Geschichte mit der Krankengymnastik.*“ (K4: 350) und „*Wie machen wir in Sachen Knie weiter? Sie hatten bei meinem vorletzten Besuch mal so verschiedenes untersucht, bewegt, gemacht, getan.*“ (K4: 354-355). Anders ausgedrückt:

Nicht zuletzt aufgrund der patientenseitigen Beharrlichkeit und des ärztlichen Interesses am Patienten steht zu vermuten, dass die offen gebliebenen Themen in Folgekonsultationen erörtert werden. In der Konsultation K12 bestimmt in der Phase der Gesprächseröffnung allein die Ärztin, welches Thema nachfolgend besprochen werden soll und welches nicht. In der Phase der Gesprächseröffnung finden sich keine ärztlichen Fragen zur Ermunterung der Patientin, ihre Anliegen zur Sprache zu bringen. Erst zum Ende der Konsultation gelingt es der Patientin, ein für sie relevantes Thema (vermutete Nebenwirkung eines Medikamentes) erfolgreich einzubringen (K12: 557f.). Letztlich hinterlässt der Gesprächsstil – auf Seiten der Patientin – bis zum Ende der Konsultation offene Fragen, so dass verschiedene thematische Facetten mehrfach besprochen werden müssen.

Die außergewöhnliche Länge der Konsultation K14 steht in deutlichem Widerspruch zum Gehalt des Gesprächs. Es ist ein Beispiel für „verpasste Chancen“, hier konkret das Nutzen der Zeit für ein genaueres Eingehen auf die Hauptsorge des Patienten, nämlich eine bedrohliche massive Behinderung des Aktionsradius durch seine Rückenerkrankung zu erleiden, welche den Erfolg der Herz-OP für ihn zunichtemachen könnte. Die Ärztin geht lediglich beschwichtigend darauf ein und räumt dem Thema keinen eigenen, in sich ruhenden Raum ein. Stattdessen ist die Konsultation gekennzeichnet durch das Abhaken einer gewaltigen ärztlichen Agenda zu Risikofaktoren, möglicher Änderung der Medikation und einem nicht weiterführenden Sinnieren über Kommunikationsmängel zwischen Klinik, Kardiologie und Hausärztin.

### **Themenfindung: Konsultationen ohne erkennbares Thema**

Eine besondere Form von Konsultationsgesprächen stellen Gespräche dar, die keinem erkennbaren Thema folgen (5.1.1.3).

Die Eröffnung der Konsultation K5 wirft die Frage auf, wie Ärzte/Ärztinnen damit umgehen, wenn der eigentliche Anlass für die Konsultation nicht gegeben ist bzw. wie im konkreten Beispiel, dass ein angestrebtes neurologisches Konsilium nicht wie geplant bereits stattgefunden hat. In der Konsultation K5 wird auf Nachfrage des Arztes eine umfangreiche Problemschilderung evoziert, die von A5 durch Fragen und Hörerrückmeldungen befördert wird. Im Wesentlichen handelt es sich um psychosoziale Problemlagen (Erziehungsprobleme, Arbeitgeber, andere familiäre Belastungen), über die P5 spricht. Diese Themenbereiche sind A5 bereits bekannt. Es werden im Rahmen der lang andauernden Schilderungen weder neue Erkenntnisse erworben noch neue Lösungsansätze diskutiert. Dabei wird deutlich, dass für P5 das Thema der Psychotherapie nicht befriedigend im Gespräch berücksichtigt wird. P5 versucht darauf hin (erfolglos), dieses Thema in der Schlussphase erneut aufzugreifen.

Zusammenfassend betrachtet zeigt sich anhand der verschiedenen Beispiele, wie wichtig es ist, dass sich Arzt/Ärztin und Patient/Patientin zu Beginn eines Konsultationsgesprächs darüber austauschen, wer welchen Informations- und Gesprächsbedarf hat. Dabei bietet es sich an gemeinsam festzuhalten, in welcher Reihenfolge und auch in welchem Umfang die zur Erörterung stehenden Themen besprochen werden sollen, so dass beide Beteiligten eine Vorstellung vom Gesprächsverlauf gewinnen können. Problematisch im Sinne partizipativ orientierter Gespräche erweist sich hingegen die allein ärztliche Festlegung eines Themas sowie die Nichtbeachtung patientenseitig eingebrachter bzw. erwünschter Themen.

Von wesentlicher Bedeutung erscheint ferner, dass der beteiligte Arzt/die beteiligte Ärztin erzählgenerierende Fragen stellt, zum einen, um auf diesem Wege das Erleben des Patienten/der Patientin in Erfahrung zu bringen und zum anderen, um eine patientenseitige Partizipation am Versorgungsgeschehen zu befördern. Das Einbringen erzählgenerierender Fragen ist während des gesamten Konsultationsgesprächs (und nicht nur an seinem Anfang) erforderlich, z. B. um zu ergründen, wie der Patient/die Patientin die Übermittlung einer Diagnose oder einer ärztlich empfohlenen Therapie erlebt (Elwyn et al. 2000, Towle & Godolphin 1999).

Die Ermutigung von Patientinnen und Patienten, ihre Anliegen vorzubringen, ohne von ärztlicher Seite frühzeitig unterbrochen zu werden, wird in relevanten Publikationen zur Arzt-Patient-Kommunikation als wesentliches Merkmal gelingender Kommunikationsprozesse ausgewiesen (z. B. Simpson et al. 1991). Die Ergebnisse der Analysen der hier vorgestellten Konsultationsgespräche bestätigen diesen Aspekt eindringlich. Der Gesprächseröffnung muss bei der Themenfindung eine besondere Bedeutung beigemessen werden.

### **Gesprächsverläufe: Unstrukturierte und strukturierte Gesprächsverläufe**

Die Ergebnisse der Konsultationsanalysen zeigen, dass sich eine nicht hinreichende Aufmerksamkeit gegenüber einer Gesprächseröffnung als folgenreich für den weiteren Gesprächsverlauf herausstellen kann. Bezogen auf die vorliegende Untersuchung wurde der Gesprächsverlauf ausgewählter Konsultationsgespräche anhand der analytischen Kategorien Rederechtororganisation, Themenstruktur, Unterbrechungen und patientenseitige Anliegen dargestellt (vgl. dazu auch Kap. 3).

Das Rederecht stellt ein zentrales Element im sprachlichen Ablauf einer Konsultation dar. Es wird häufig über Unterbrechungen und andere Formen der Dominanz organisiert. In der Folge kommt es zu einer entsprechenden Verteilung der Redezeit. Im Kontext des aufgezeichneten Gesprächsverlaufs ist ferner das Aufweisen der Themenstruktur möglich. Mit Themenstruktur ist der inhaltlich-thematische Verlauf des Konsultationsgesprächs gemeint. In diesem Zusammenhang wird ersichtlich, ob und in welchem Umfang patientenseitige Themen erfragt und aufgegriffen werden. Das Ende von Konsultationsgesprächen ist häufig von lebhaftem Sprecher- und Sprecherinnenwech-

sel gekennzeichnet. Durch das nahende Ende werden mögliche gegenläufige Motivationen und Gesprächsziele direkt oder indirekt artikuliert. Gesprächsteilnehmende versuchen in der Endphase, für sie nicht hinreichend kommunizierte Inhalte erneut aufzugreifen.

Die ausführlich vorgestellten Gesprächsverläufe von Konsultationen wurden in unstrukturierte (5.1.2.1) und strukturierte (5.1.2.2) Gesprächsverläufe gegliedert. Umstände für unstrukturiert verlaufende Gespräche liegen bspw. in der fehlenden Verständigung über das Thema. Weitere Gründe für eine fehlende Gesprächsstrukturierung können z. B. sein, dass der Anlass der vereinbarten Konsultation nicht gegeben war (hier z. B. das Aufsuchen eines Facharztes in der Konsultation 5); auch die konsequente Nicht-Beachtung patientenseitiger Themen, Fragen und Sorgen kann ein unstrukturiert verlaufendes Gespräch nach sich ziehen. Auf einen Nenner gebracht kann konstatiert werden, dass das fehlende Abgleichen der Gesprächsabsichten der Beteiligten zu Beginn der Konsultation zu unstrukturierten Gesprächen führen kann.

### **Beispiele für unstrukturierte Gesprächsverläufe**

Für die Konsultation K1 kann konstatiert werden, dass A1 mittels seiner halboffenen Gesprächseröffnung die Kontrolle über das Gespräch übernimmt. Dieser Vorgang wird noch davon unterstrichen, dass A1 nur eines von insgesamt vier der von P1 vorgetragenen Themen aufnimmt. Dabei greift er den Themenbereich auf, den er selbst insistiert hatte. Verbunden mit dem starken Ungleichgewicht der Redezeit wurde festgestellt, dass A1 die Rederechtsorganisation übernommen hat und P1 sowie bei der Konsultation ebenfalls anwesende Ehefrau des Patienten (F1) wirkungsvoll begrenzt, sowohl was die Redezeit angeht als auch die Themenwahl.

Im Konsultationsgespräch K5 macht sich nicht vordergründig, sondern subtil die Dominanz des A5 bemerkbar. Durch abrupte Themenwechsel seitens A5 wird P5 in eine passive Rolle gedrängt. Eine aktive Gesprächsbeteiligung des P5 wird insoweit trotz reichlich bemessener Redezeit erschwert. Eine eigene Themenwahl durch P5 wird von A5 ohne den Versuch einer Rückversicherung abgekürzt. Insofern bleibt P5 in seinen sprachlichen Gestaltungsmöglichkeiten eingeschränkt, auch wenn die lange Redezeit auf den ersten Blick das Gegenteil vermuten lässt.

### **Beispiele für strukturierte Gesprächsverläufe**

Die vorgestellten Verläufe von strukturierten (5.1.2.2) Konsultationsgesprächen weisen eine gezielte Gesprächs-Entwicklung auf. Die Strukturierung des Gespräches geht dabei von der Ärztin/dem Arzt aus. Patientenseitige Themen werden nicht systematisch berücksichtigt.



Das Konsultationsgespräch, das zwischen A3 und P3 geführt wird, verläuft auf den ersten Blick stimmig. Es sind (fast) keine Unterbrechungen und keine offenen Konflikte erkennbar. In der konversationsanalytischen Betrachtung fallen dagegen mehrere Beobachtungen auf. (1) A3 dominiert das Gespräch in Struktur und Inhalten durch deutlich längere Redezeit und eine stark einseitige Themenstrukturierung. (2) A3 wendet – de facto - starke Machtmittel an, um die Compliance des P3 zu befördern. (3) Am Ende der Konsultation werden unterschiedliche Erwartungen von A3 und P3 an das Konsultationsgespräch deutlich. Diese werden von A3 nur kurz aufgegriffen. Dass diese Konsultation dennoch vordergründig reibungslos verläuft (und so auch in den anschließenden Interviews weitgehend evaluiert wird), kann auf eine ungebrochene Rollenübernahme beider Beteiligten zurück zu führen sein. Die Unstimmigkeiten und Brüche in der Kommunikation sind trotzdem in der Analyse sprachlich sichtbar. Vor dem Hintergrund der Debatte um Patientenzentrierung ist besonders zu beachten, dass ein zentrales Element – die Förderung einer aktiven Gesprächsbeteiligung des Patienten – durch diese Art der Kommunikation konterkariert wird.

Bei dem Konsultationsgespräch K12 handelt es sich um ein Gespräch, das vorrangig geprägt ist durch einen direktiven ärztlichen Interaktionsstil, der sich verbindet mit dem Ziel, größtmögliche patientenseitige Compliance zu erwirken. Der direktive ärztliche Stil kommt zum Ausdruck durch eine drastische Wortwahl in der Beschreibung der gemessenen Blutzuckerwerte, in der Festlegung der Relevanz zu besprechender Themen, in der fraglos erscheinenden Vorgabe des gesamten Behandlungsplans sowie in Form einer Rüge der Patientin hinsichtlich der Nichteinhaltung eines Versorgungsschrittes (regelmäßiges Aufsuchen einer Fachärztin für Lungenheilkunde). Ärztliche Fragen zum Befinden der Patientin, zu ihren Deutungen des Geschehens, zu ihren Anliegen und Wünschen sind im Rahmen der Konsultation – von einer Ausnahme abgesehen – nicht zu finden. Die nicht gestellten Fragen spiegeln ein fehlendes Interesse am Erleben der Patientin wider. Letztlich gibt es keine Aushandlung zu und Berücksichtigung von patientenseitigen Informations- und Partizipationspräferenzen. Die Patientin scheint sich dem direktiven ärztlichen Stil anzupassen, zumindest äußert sie keine vordergründig erkennbare Kritik am Vorgehen der Ärztin. Verschiedentlich bemüht sie sich um die Vertiefung angesprochener Themen, indem sie rückversichernde wie auch um ergänzende Informationen bittende Fragen stellt. Erst zum Ende der Konsultation gelingt es der Patientin, ein für sie relevantes Thema (vermutete Nebenwirkung eines Medikamentes) erfolgreich einzubringen. Charakteristisch für das Gespräch sind stakkatomäßig anmutende, häufige Sprecherinnenwechsel, wodurch ein Eindruck notwendiger Eile und unvermeidbarer Zeitnot entsteht. Letztlich hinterlässt der Gesprächsstil – auf Seiten der Patientin – bis zum Ende der Konsultation offene Fragen, so dass verschiedene thematische Facetten mehrfach besprochen werden müssen.

Die Konsultation K8 beginnt mit einer ärztlichen Aufforderung an die Patientin, ihre Beschwerden darzustellen. Eine wirkliche Klärung der Anliegen der Patientin und des Arztes im Hinblick auf die bevorstehende Konsultation findet nicht statt. In Folge bekommt die Patientin Informationen, die vermutlich nicht ihren Informationspräferenzen entsprechen. Zugleich erhält sie keine weiteren Aufforderungen, ihre Gedanken und Gefühle (zu den Untersuchungsergebnissen/zum Tragen von Hörgeräten) zu verbalisieren. Diese fehlende Aufforderung ist nicht zuletzt daran ablesbar, dass der Arzt – von der Einstiegsphase des Gesprächs abgesehen – nur noch eine einzige Frage stellt. Er möchte wissen, ob sich die Patientin mit dem Tragen von Hörgeräten arrangieren kann (K8: 329). Obwohl eine ausführliche Konsultation stattgefunden hat (Konsultationsdauer über eine halbe Stunde) bleibt zu hinterfragen, inwieweit die Zeit für beide Beteiligte zufriedenstellender hätte genutzt werden können. Dabei geht es zum einen um eine Verständigung über gewünschte Gesprächsinhalte und die Ausführlichkeit ihrer Erörterung. Zum anderen aber geht es auch um nicht besprochene Themen (z. B. mögliche Schwierigkeiten bei der Gewöhnung an das Tragen von Hörgeräten). Die Konsultation verdeutlicht, dass zeitliche Ressourcen allein keine generelle Lösung zur Verbesserung von Kommunikation und Interaktion darstellen.

Bei der Betrachtung von Gesprächsverläufen kann konstatiert werden, dass Ärzte und Ärztinnen ihr Rederecht wiederholt durch Selbstwahl der Themen oder auch durch direkte Unterbrechungen herstellen. Diese Formen der Dominanz werden von Patientinnen und Patienten mehr oder weniger hingenommen. Patientinnen und Patienten dagegen erhalten das Rederecht meist durch Zuweisung des Wortes durch die Ärztin oder den Arzt bzw. durch Fragen. Vor diesem Hintergrund wird der inhaltlich-thematische Verlauf der vorgestellten Konsultationsgespräche in starkem Maße vom Arzt/von der Ärztin geprägt. Ein wesentliches Motiv für die ärztliche Dominanz im Hinblick auf Rederechtsorganisation, Themenstruktur und Unterbrechungen scheint das Moment patientenseitiger Compliance zu sein. Diese zu erwirken wird offenkundig nach wie vor als eine zentrale Aufgabe ärztlichen Handelns betrachtet, obwohl das Compliance Konzept den aktuellen Bestrebungen nach einer Erhöhung patientenseitiger Partizipation entgegensteht (vgl. dazu auch Kap. 5.1.4).

Naheliegender ist, die im Zusammenhang mit den vorab analysierten Kategorien (Themenwahl und Gesprächsverläufe) zu Tage getretenen Kommunikationsfragen und Kommunikationsprobleme sowie die in Verbindung mit Prozessen gelingender Kommunikation erforderlichen Kommunikationskompetenzen wiederholt zum Thema medizinischer Aus-, Fort- und Weiterbildung zu machen. Dieses Thema wird im Schlusskapitel des Berichtes nochmals aufgegriffen.

Im folgenden Kapitel (5.1.4) wird ein weiterer Blick auf die Konsultationsanalysen geworfen und zwar unter dem spezifischen Gesichtspunkt der Gestaltung von Entscheidungsprozessen sowie einem damit verbundenen ärztlichen wie auch patientenseitigen Rollenverständnis. Dem Kapitel schließt sich die Auswertung der Interviews mit den Patienten und Patientinnen (5.2) sowie mit den Ärzten und Ärztinnen (5.3) an.

#### **5.1.4 Gestaltung von Entscheidungsprozessen sowie damit verbundenes ärztliches wie auch patientenseitiges Rollenverständnis**

Ein zentrales Thema in der Betrachtung von Konsultationsgesprächen ist der Modus der Gestaltung von Entscheidungsprozessen, der von direktiven ärztlichen Vorgaben über partizipativ orientierte Formen der Aushandlung von Diagnostik und Therapie bis hin zu einer ausschließlich durch den Patienten/die Patientin getroffene Entscheidung reichen kann (Charles et al. 1997, 1999). Welche Modi der Gestaltung von Entscheidungsprozessen lassen sich den im Rahmen des Projektes aufgezeichneten Konsultationen entnehmen? Aufgezeigt werden zum einen Entscheidungen mit mehr oder weniger direktiven ärztlichen Vorgaben (Kap. 5.1.3.1) und zum anderen (aus unterschiedlichen Gründen) offen belassene, auf einen späteren Zeitpunkt verschobene Entscheidungen, die teilweise durch einen partizipativen Charakter gekennzeichnet sind (Kap. 5.1.3.2)<sup>17</sup>. Eng verbunden mit der Frage der Gestaltung von Entscheidungsprozessen ist wiederum die Wahl eines Interaktionsstiles und dem damit einher gehenden Rollenverständnis von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin. Auch dieser Aspekt wird nachfolgend beleuchtet. Anknüpfend an die in den beiden vorherigen Kapiteln bereits ausführlich dargestellte Analyse der Konsultationen (Kap. 5.1.1 und 5.1.2) werden im nächsten Textabschnitt einzelne Ausschnitte aus exemplarisch ausgewählten Konsultationen – verstanden als Belege für die jeweiligen Entscheidungs- und Interaktionsstile – dargelegt.

##### **5.1.4.1 Direktive ärztliche Vorgaben**

Direktive ärztliche Vorgaben, so zeigt die Analyse der aufgenommenen Konsultationen, können – aus ärztlicher Perspektive – unterschiedlich begründet bzw. motiviert sein und damit verbunden auch auf unterschiedliche Weise in der Begegnung mit einer Patientin oder einem Patienten präsentiert werden. So zeigt die Analyse der Konsultationen, dass Leitlinien eine neue Begründung für direktives ärztliches Vorgehen darstellen (z. B. K3, K10), sie zeigt aber auch eher „paternalistisch“ orientierte Vorgehensweisen, bei der sich ein quasi selbstverständlich erwartetes patientenseitiges Befolgen ärztlicher Vorgaben aus der traditionell begründeten Rolle eines Arztes/einer Ärztin ableitet (z. B. K12). Nachfolgend wird exemplarisch ein Beispiel für ein durch Leitlinien begründetes direktives Vorgehen erörtert. Auf eine Darstellung der traditionell „paternalistisch“ begründeten direktiven Vorgehensweise wird an dieser Stelle verzichtet, da sie bereits im Kapitel 5.1.2.2 (Konsultation 12) ausführlich dargelegt worden ist. Unabhängig da-

<sup>17</sup> Die im Rahmen des Projektes aufgezeichneten Konsultationen umfassen keine Hinweise auf Entscheidungsprozesse, die – auf der Basis der von Ärzten/Ärztinnen mitgeteilten Informationen – allein von einem Patienten/einer Patientin getroffen worden sind. Es ist davon auszugehen, dass eine Betrachtung von Entscheidungen im Sinne eines „Informed Choice“ (Charles et al. 1997, 1999) eines anderen Studiendesigns (z. B. Interviews mit Patienten und Patientinnen jenseits von Konsultationen in ärztlichen Praxen) bedarf.

von, wie das direktive Vorgehen motiviert ist (begründet mit Leitlinienempfehlungen oder abgeleitet aus einem traditionellen ärztlichen Rollenverständnis), scheint das Hauptziel im Erwirken größtmöglicher patientenseitiger Compliance zu liegen (vgl. dazu Kap. 2, vgl. auch Stamer 2011).

### **Leitlinien als neue Begründung für ein direktives ärztliches Vorgehen**

Im Rahmen einer urologischen Konsultation (K3) teilt der an dem Gespräch beteiligte Facharzt für Urologie (A3) seinem Patienten (P3) mit, dass sich das vor kurzem aus der Blase entfernte Gewebe als bösartig erwiesen hat<sup>18</sup>. Bereits während der Operation, so der Arzt, habe er ein bestimmtes *„Medikament in die Blase gespritzt“* (K3: 51), um ein erneutes Wachstum bösartiger Polypen möglichst zu verhindern. Anschließend legt er die aus seiner Sicht unabdingbare Therapie dar: *„Eine solche Installation eine solche Spülungsbehandlung wird man in Zukunft regelmäßig machen müssen, und zwar für mindestens ein Jahr (--) damit ...“* (K3: 53-55). Neben regelmäßigen Blasen-spülungen, so A3, sei eine weitere medizinische Intervention erforderlich: *„(...) Aus der Situation von jetzt müssen wir noch sagen, wir müssen in ca. vier bis sechs Wochen noch mal reingucken und gucken ob aus dem Randbereich, der Stellen wo jetzt die Polypchen gesessen haben, noch was nachwächst. So dass man das an der Stelle auch noch mal abtragen würde. (--) Das ist im Prinzip, die Botschaft für die jetzige Situation. Ist das so weit klar?“* (K3: 78-83). Der Patient antwortet auf die vom Arzt gestellte, geschlossene Frage mit *„Ja.“* (K3: 85). Aus Perspektive des Arztes scheint die vorgegebene Therapie fraglos zu sein, so spricht er davon, dass die Blasen-spülungen wie auch die Blasen-spiegelung gemacht werden *„müssen“*. Er fragt den Patienten nicht danach, ob er sich die dargelegte Behandlung vorstellen könne sondern lediglich danach, ob er die ärztliche *„Botschaft“* verstanden habe. Zusammenfassend wird deutlich, dass die Gestaltung des Entscheidungsprozesses in Form einer direktiven ärztlichen Vorgabe, unter Verzicht auf Fragen zur Anregung des Patienten am Prozess zu partizipieren, erfolgt. Erkennbar ist lediglich eine rückversichernde Verständnisfrage (*„Ist das soweit klar?“*).

Wenig später im Verlauf der Konsultation fasst der Arzt die vorab formulierten therapeutischen Vorgaben im Sinne einer Ergebnissicherung nochmals zusammen. An dieser Stelle des Gesprächs begründet er die Notwendigkeit der Behandlung mit der ansonsten bestehenden Gefahr einer gesundheitlichen Verschlechterung. *„Für die Zukunft, wir werden in jedem Falle, regelmäßige Blasen-spülungen machen müssen, um ein weiteres Tumorwachstum, ein weiteres Schlechter werden dieser Bösartigkeit zu verhindern. Denn eins steht dahinter und das ist leider muss man auch ganz offen an-*

<sup>18</sup> Weitere Angaben zur Konsultation bzw. den an der Konsultation beteiligten Akteuren/Akteurinnen sind in den Tabellen 6 und 7 (Kap. 3) zusammengestellt.

sprechen (--) wenn der (Tumor, Anmerk. d. Verf.) auch nur einen Tacken schlechter wird, dann muss die ganze Blase rausgenommen werden.“ (K3: 95-100) Auf diese ärztliche Botschaft reagiert der Patient mit der Frage nach einer möglichen Alternative (K3: 102). Unter Bezugnahme auf bestehende Leitlinien begründet A4 in seiner Antwort auf die Frage nach einer potentiellen Alternative das von ihm empfohlene therapeutische Vorgehen. Indirekt gibt er damit zum Ausdruck, dass keine Alternative zu seinen ärztlichen Empfehlungen existiert. „Dazu, also nach den Leitlinien, es gibt in, die Urologen in der Welt haben sich zusammengesetzt und in Europa, in USA und so und haben so genannte Leitlinien entwickelt ja, aus der Erfahrung von großen Statistiken gesehen, dass wenn man einen Tumor in dieser Eigenart, so und so behandelt, dass der dann, dass dann die Patienten besser davonkommen, als wenn man es anders macht. Dazu hat man die Literatur sich angeguckt, hat genau geschaut, wenn man 100 Leute so und 100 Leute so behandelt, wie, wie entwickelt sich die Erkrankung. Und, diese Ergebnisse sind in solchen Leitlinien eben zusammengefasst und die empfehlen für Ihre Situation, dass man, in dem Zustand wo wir jetzt sind, es genau so macht wie wir gerade besprochen haben. Aber wenn's schlechter wird empfehlen die, die ganze Blase rauszunehmen und aus der Blase, aus der aus einem Stück Darm macht man dann eine neue Blase.“ (K3: 104-116) Auf diese Ausführungen antwortet der Patient mit den Worten „Ach so.“ (K3: 118).

Die vorab skizzierten Sequenzen der Konsultation K3 zusammenfassend betrachtet, wird deutlich, dass der Arzt sich vorwiegend in der Rolle des Informationsvermittlers, sowohl im Hinblick auf den erhobenen Befund als auch im Hinblick auf die fortan durchzuführende Therapie, versteht. Der Patient hingegen begreift sich vorwiegend als Informationsempfänger, der bestätigende Hörerrückmeldungen wie z. B. „Ach so.“ oder „Ja.“ gibt. Allein seine Frage nach einer möglichen Alternative von Krankheitsverlauf und/oder Therapie zeigt eine aktivere patientenseitige Teilhabe am Gespräch. Verstärkt werden die von den beiden Akteuren übernommenen Rollen bezüglich der Umsetzung des vorgegebenen Behandlungsschemas: Der Arzt erscheint nicht nur als Informationsvermittler sondern auch als die Person, die die Entscheidung über die umzusetzende Therapie trifft. Um die Compliance des Patienten nachhaltig zu erhöhen, greift er dessen Angst, an der Krebserkrankung sterben zu können, auf und verknüpft sie mit der Notwendigkeit einer strikten Einhaltung der Therapie, der auch bekannte Urlaubspläne des Patienten unterzuordnen seien (K3: 143ff. – dieses Thema wird ausführlich in Kapitel 5.1.1.2 dargelegt). Der Patient hingegen erscheint passiv und nimmt die direktiv erscheinenden ärztlichen Behandlungsvorgaben quasi fraglos und unkommentiert auf. Hintergrund der Interaktion zwischen Arzt und Patient sind die vom Arzt beschriebenen Leitlinieninhalte, die – gemessen an der ärztlichen Darstellung – alternativlos sind.

Denkbar ist, dass sich traditionelle Rollenausprägungen – eine eher aktive ärztliche Rolle und eine tendenziell passive patientenseitige Rolle – durch einen Bezug auf quasi alternativlos erscheinende Leitlinienvorgaben oder Leitlinienempfehlungen neu konstituieren<sup>19</sup>. Eine Festigung der traditionellen Rollen erfolgt ferner durch einen Verzicht auf erzählgenerierende Fragen. So wäre es – bezogen auf die vorab skizzierte Konsultation K3 – z. B. denkbar gewesen, den Patienten zu fragen, wie es ihm hinsichtlich des empfohlenen Behandlungsplanes geht. Vorstellbar ist ebenso, ein Gespräch über die Abstimmung von Urlaubs- und Therapieplänen zu führen und nicht mehr oder weniger selbstverständlich das eine dem anderen unterzuordnen. Explizit über die Möglichkeit der Formulierung erzählgenerierender Fragen (z. B. Was ist Ihnen besonders wichtig, wenn Sie an das vor Ihnen liegende Jahr denken?) bestünde die Chance einer Loslösung von den traditionellen Rollen in der Arzt-Patienten-Interaktion hin zu mehr patientenseitiger Partizipation und mehr ärztlicher Begleitung im Prozess der Entscheidungsfindung und Entscheidungsumsetzung.

#### **5.1.4.2 In der Konsultation offen belassene Entscheidungen**

Entscheidungen werden – bezogen auf die im Rahmen der vorliegenden Studie aufgezeichneten Konsultationen – aus unterschiedlichen Motiven oder Gründen offen belassen. Nachfolgend erörtert werden zwei verschiedene Varianten: eine offen belassene Entscheidung, die sich aus ärztlicher Perspektive verbindet mit der Idee einer auf diesem Wege zu erwirkenden Compliance bezüglich einer potentiellen Pharmakotherapie (K4) und eine offen belassene Entscheidung, die einher geht mit dem Wissen, dass aktuell keine medizinische Handlungsnotwendigkeit besteht (K9). Abschließend diskutiert wird die Frage, inwieweit ein offen lassen von Entscheidungen zu einem Anstieg an patientenseitiger Partizipation beitragen kann.

#### **Entscheidungsoffenheit mit dem Ziel der Vorbereitung patientenseitiger Compliance**

Im Rahmen einer allgemeinmedizinischen Konsultation (K4) erörtern der an dem Gespräch beteiligte Facharzt für Allgemeinmedizin (A4) und der Patient (P4), wie die wiederholt gemessenen, erhöhten Blutdruckwerte zu deuten und welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen aus den Messergebnissen unter Umständen abzuleiten seien<sup>20</sup>. Als zentrales Thema der Konsultation ist die Abwägung der Notwendigkeit einer potentiellen Pharmakotherapie zur Senkung der Blutdruckwerte zu verstehen.

<sup>19</sup> Ein weiteres Beispiel für eine quasi alternativlos erscheinende Behandlungsvorgabe aufgrund bestehender Leitlinienempfehlungen stellt die Konsultation K10 dar (vgl. dazu auch Kap. 5.1.2.2)

<sup>20</sup> Weitere Angaben zur Konsultation bzw. den an der Konsultation beteiligten Akteuren/Akteurinnen sind in den Tabellen 6 und 7 (Kap. 3) zusammengestellt.

Die Thematisierung einer potentiellen medikamentösen Therapie reicht von der direkten Frage des Arztes nach der patientenseitigen Bereitschaft zur dauerhaften Tabletteneinnahme (trotz möglicher Nebenwirkungen) (K4: 144-151) über die Erläuterungen zu den Wirkungsweisen der verschiedenen Substanzen (auf Nachfrage des Patienten) (K4: 188ff.) bis hin zur ärztlichen Bemerkung, dass ein anderer Arzt dem Patienten vermutlich sofort ein Blutdruck senkendes Mittel verordnen würde. *„Folgendes, es bestätigt sich, es bestätigt sich, der Eindruck den Sie bei Ihren Messungen haben, dass nämlich insgesamt das Niveau vom Blutdruck etwas fällt. Und das ist, wenn Sie also bei 'nem klassischen Internisten sind, hat der schon die Pille in der Hand, das ist schon ganz klar. Also das ist eine behandlungsbedürftige Situation, da will man was machen. Aber ich denk, wir haben da Zeit und können sehen, wie sich das entwickelt.“* (K4: 231-236) Zum einen scheint das Ziel von A4 eine Beruhigung bzw. Entängstigung des Patienten zu sein, indem er betont, dass die erhöhten Blutdruckwerte – zumindest kurzfristig – keine gesundheitliche Gefahr darstellen würden. Zum anderen betont der Arzt die Notwendigkeit, potentielle langfristige Gefahren abzuschätzen und ggf. präventiv tätig zu werden. So empfiehlt er zur besseren Gefahrenabschätzung u. a. eine Untersuchung der Blutgefäße (K4: 173ff.). Letztlich kommt A4 zu dem Schluss: *„Insofern ist es gar nicht so leicht, das Risiko zu bestimmen, das Sie überhaupt haben, und es ist 'ne sehr schwere Entscheidung zu überlegen, ob man Ihnen jetzt 'n Leben lang Chemie aufs Auge drückt, wo vielleicht noch gar nix zu behandeln ist, wo noch gar kein Schaden da ist“* (K4, 124-127). Zusammenfassend betrachtet, beinhaltet die ärztliche ‚Botschaft‘ die folgenden zwei Aspekte: einerseits bestehe keine akute gesundheitliche Gefahr und damit auch kein sofortiger Handlungsbedarf, andererseits hätten Arzt und Patient eine *„schwere Entscheidung“* – im Hinblick auf präventive medikamentöse Maßnahmen – zu treffen.

Obwohl A4 von der Schwierigkeit kardiovaskulärer Risikoeinschätzung bezogen auf den Patienten P4 spricht, geht er zugleich davon aus, dass es eine Frage der Zeit sei, bis die Verordnung eines Blutdruck senkenden Medikamentes unumgänglich erscheine. Vor diesem Hintergrund fragt er den Patienten, wie er einer (dauerhaften) Einnahme von Medikamenten gegenüberstehe. Daraus entsteht der folgende Dialog:

*A4: Ich frag aber jetzt mal grundsätzlich, weil irgendwann das Thema, das können wir rausschieben, aber irgendwann holt uns das, holt uns das ja wieder ein. (...). Was haben Sie für eine Einstellung zu zu Medikamenten? Die haben ja einen Beipackzettel von 'nem halben Meter. Da steht dann alles drin von Haarausfall, Impotenz und und und Knochenmarksdepression. Gehen Sie da relativ unbefangen mit um, denken Sie der Arzt weiß das schon, der mir das gibt, oder haben Sie da schon Muffe vor, so was zu nehmen?*



P4: *Also langfristig auf jeden Fall. Wenn ich kurzfristige Beschwerden habe, kürzlich, da war so 'ne Infektion aufgrund eines Insektenstichs, da hat ich mal 'ne Zeitlang Antibiotika zu nehmen, obwohl der Beipackzettel da noch fast noch länger ist.*

A4: *Ja. Ja genau.*

P4: *Da habe ich eigentlich weniger Probleme damit. Aber bei so 'ner Dauermedikamentation wär' ich dann schon eigentlich dazu geneigt sich was anderes einfallen zu lassen, wenn es was anderes gibt.*

A4: *Wenn 's was gibt ne.*

P4: *Ja.“ (K4: 144-166)*

Entlang des Dialoges wird deutlich, dass der Patient eine kurzfristige Medikamenteneinnahme für unproblematisch hält, er von einer dauerhaften Einnahme Blutdruck senkender Medikamente hingegen lieber absehen und zuvorderst andere Möglichkeiten der Blutdrucksenkung nutzen würde. Die Skepsis des Arztes, dauerhaft ohne eine antihypertensive Therapie auszukommen, ist in der Sequenz den Worten „*Wenn 's was gibt ne.*“ zu entnehmen. So lässt sich in Verbindung mit Aussagen aus dem ärztlichen Interview die wiederholte ärztliche Thematisierung von Fragen der Pharmakotherapie als ein Weg zur Vorbereitung einer zukünftigen patientenseitigen Compliance deuten. Danach gefragt, worin A4 das entscheidende Ergebnis des Konsultationsgesprächs sieht, heißt es im Interview: „*Medizinisch? Ja das entscheidende Ergebnis des Gespräches ist, dass ich den (Patienten, Anmerk. d. Verf.) darauf vorbereitet hab, wenn der Tag X kommt und ich verschreib dem Ant\_ ein Antihypertensivum, dass ich dann nicht damit rechnen muss, dass der bei dem nächsten Kaffeeklatsch oder wenn seine Frau den Beipackzettel rausfiddelt, dass er das Medikament dann in die Ecke wirft. Wenn wenn ich dem 'n Medikament verschreibe, kann ich davon ausgehen, dass er das auch nimmt. Das ist für mich das, das ist die entscheidende Funktion dieses Gespräches gewesen.*“ (A4: 302-309)

In der Schlussphase des Konsultationsgesprächs formuliert der Arzt eine zusammenfassende Bilanz hinsichtlich des von ihm empfohlenen diagnostischen Vorgehens und eines weiteren Überdenkens des patientenseitigen Risikoprofils. Auf der Basis der angiologischen Untersuchungsergebnisse einerseits und der kardiovaskulären Risikoabschätzung andererseits solle dann bei einem nachfolgenden Gespräch eine Entscheidung über eine potentielle Pharmakotherapie getroffen werden. D. h. dass die Entscheidung in der aktuellen Konsultation offen belassen wird, was nicht zuletzt möglich ist, da die gesundheitliche Situation des Patienten aus ärztlicher Perspektive als nicht sofort behandlungsbedürftig eingeschätzt wird. Die weitere Versorgungsvereinbarung stellt sich aus Sicht des Arztes wie folgt dar: „*Gut, dann haben wir einige Indizien gesammelt, haben das mal 'n bisschen vorgecheckt. Sie machen noch 'n bisschen Hausaufgaben mit dem Angiologen, die Gefäße gucken wir uns an. Sie gucken sich die*

*Risiken an, die Risikosituation überprüfen Sie noch mal. Und dann machen Sie vorne 'nen Termin wenn Sie rausgehen und überlegen mal.“ (K4, 316-321)*

Zur detaillierten Risikoabschätzung empfiehlt der Arzt dem Patienten, sich mit Hilfe einer speziellen Internetseite zu informieren. *„Und Sie finden im Internet einen Risikobewertungsscore, der ist ganz clever, der heißt PROCAM. Gucken Sie mal unter PROCAM und schauen sich den Score an, da können Sie ihre spezielle Risikosituation 'n bisschen genauer noch überprüfen so.“ (K4: 259-263)* Anders ausgedrückt: Während im Rahmen der Konsultation keine Betrachtung des kardiovaskulären Gesamtrisikos – einschließlich Abschätzung einer möglichen absoluten und relativen Risikoreduktion durch eine medikamentöse Therapie – erfolgt, wird der Patient aufgefordert, sich mit diesem – für die Entscheidungsfindung als zentral betrachteten – Thema eigenständig und damit zugleich allein zu beschäftigen. Zugleich betont A4, dass es ärztliche Aufgabe sei, den Patienten bei der Risikobewertung zu begleiten. *„Und dann ist die spannende Frage, wie bewertet der betreuende Arzt und wie bewertet der Patient selber sein absolutes und relatives Risiko, was heißt das für den. Was heißt es für ihn, erhöhte Blutdruckwerte zu haben. Und bei der, bei dieser Frage müssen wir ihn halt, müssen wir ihn halt begleiten.“ (A4: 29-33)* Relativierend zu erwähnen bleibt, dass der Arzt den Patienten dazu anregt, offen gebliebene Fragen im Rahmen der nächsten Konsultation zu stellen (vgl. K4: 258-259).

Zusammenfassend betrachtet handelt es sich bei K4 um ein Konsultationsgespräch, das vordergründig verschiedene Elemente eines partizipationsorientierten Interaktionsstils zeigt: der Patient wird nach seinem Erleben und seinen Vorstellungen wie auch nach bereits recherchierten Informationen zum Thema Bluthochdruck gefragt (K4: 22ff.), der Arzt informiert über das Thema, geht auf verschiedene Fragen des Patienten ein und formuliert Empfehlungen zum weiteren Vorgehen (K4: 64ff.). Eine Förderung erfährt der partizipationsorientierte Interaktionsstil durch die Begebenheit, dass kein akuter medizinischer Behandlungsbedarf konstatiert wird. So formuliert auch der Patient in dem mit ihm geführten Interview folgendes: *„(Die Untersuchungsergebnisse, Anmerk. d. Verf.) (w)aren jetzt nicht nach oben so weit ausgerissen, dass jetzt auf einmal schlagartig dann doch so 'n massiver Behandlungsbedarf bestünde, aber es hat eben, halt 'n erhöhter Druck da und da müssen wir was machen. Aber wie gesagt, an dem ist nicht direkt so dramatisch. Das wäre so die Situation gewesen, wo dann das Gespräch vielleicht in etwas bedenklichere Richtung gelaufen wäre. Aber das ist nicht passiert.“ (P4: 137-142)* Verbunden mit dem partizipationsorientierten Interaktionsstil wird erkennbar, dass Arzt und Patient die traditionellen Rollen partiell verlassen: der Arzt ist nicht nur Informationsvermittler, er ist zugleich interessiert an den Erzählungen des Patienten und stellt erzählgenerierende Fragen. Umgekehrt ist der Patient nicht nur Informationsempfänger, er bringt sich aktiv in das Gespräch ein und formuliert seine Anliegen, Vorstellungen und Fragen zum weiteren Behandlungsprozess.

Hintergründig ist die Konsultation durchzogen von dem als mehr oder weniger ‚heimlich‘ zu bezeichnenden Thema des Arztes, den Patienten auf eine zukünftige Pharmakotherapie sowie eine patientenseitige Compliance vorzubereiten. Damit verbunden ist die Annahme, dass es nicht um die Frage ging, ob eine Pharmakotherapie erforderlich ist sondern eher darum, ob sie sofort oder später begonnen werden soll. Insoweit ist der Entscheidungsprozess nicht im Sinne einer noch ergebnisoffenen, partizipativen Entscheidungsfindung zu verstehen, sondern vielmehr im Sinne einer ärztlichen Vorbereitung des Patienten auf einen bestimmten (ärztlich definierten) Versorgungsweg.

Während mit der Konsultation eine Erörterung von Fragen der Pharmakotherapie erfolgt ist, bleibt zu bedenken, inwieweit eine strukturierte Risikokommunikation, also eine Beschäftigung mit der Frage der Einschätzung des Risikos eher kurz geraten ist. So wird der Patient mit der Aufgabe der Betrachtung seines Risikoprofils mit Hilfe eines sog. Risiko Scores zunächst alleine gelassen. Auch sind der Konsultation keine Fragen nach dem patientenseitigen *Risikoerleben* zu entnehmen. Anders ausgedrückt: Im Rahmen der Konsultation ist eine Einbeziehung des Patienten in den Versorgungsablauf zu konstatieren. Der Auftrag an den Patienten, sich im Internet selbst zu informieren, mag als Partizipation und zugleich als ein Schritt des Teilens von Verantwortung verstanden werden. Zugleich aber wird der Patient mit einem für die Entscheidungsfindung relevanten Moment – der Auseinandersetzung mit absoluter und relativer Risikoreduktion – vorerst alleine gelassen. Jedoch ist zu vermuten, dass das Thema in der Folgekonsultation von Arzt und Patient erörtert wird. Dafür sprechen das Interesse des Arztes am Patienten und die Beharrlichkeit des Patienten, seine Anliegen im Rahmen der Konsultation zu platzieren.

### **Entscheidungsoffenheit ohne (aktuelle) medizinische Handlungsnotwendigkeit**

Im Rahmen einer frauenärztlichen Konsultation (K9) sprechen die beteiligte Fachärztin für Gynäkologie (A9) und die Patientin (P9) über unterschiedliche Varianten der Behandlung bei Menorrhagie, z. B. die operative Entfernung der Gebärmutter oder das Einsetzen einer Spirale<sup>21</sup>. Explizit geht es in dem Gespräch auch um potentielle Nebenwirkungen denkbarer Behandlungswege. Als bedeutsam für die Gestaltung des Entscheidungsprozesses erscheint, dass die Ärztin aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse aktuell keine medizinische Handlungsnotwendigkeit sieht (K9: 39ff.). In der Schlussphase der Konsultation greift P9 die ärztliche Einschätzung, dass aus medizinischen Gründen weder eine Entfernung der Gebärmutter noch eine andere Intervention zwingend erforderlich sind, nochmals auf.

<sup>21</sup> Weitere Angaben zur Konsultation bzw. den an der Konsultation beteiligten Akteuren/Akteurinnen sind in den Tabellen 6 und 7 (Kap. 3) zusammengestellt.

- P9: *Ja. Und wenn ich jetzt sage, ich mach' weiterhin erst mal so wie es ist, würde von Ihrer Seite aber kein Bedenken oder nicht eben dieser Rat bestehen, eine OP zu machen. D. h. wenn ich jetzt sag' ok, ich möcht' noch mal drüber schlafen, ob ich auch 'ne Gebärmutter 'ne Spirale mache und entscheide mich letztendlich vielleicht gegen alles, mache so weiter wie, dann ist es aus Ihrer Sicht medizinisch kein Problem?*
- A9: *Kein Problem. Es ist kein Problem. Sie können so weitermachen, halbjährlich die Größe der Myome kontrollieren und Sie können vielleicht noch das eine oder andere probieren wodurch Sie vielleicht, oder vielleicht ändert sich ja die Blutung sowieso, weil die jetzt nur noch alle fünf sechs Wochen kommen, dann sind Sie halt nur noch halb so oft damit beschäftigt.*
- P9: *Das dachte ich jetzt ne, weil das jetzt schon wieder so lange ist. Deswegen mhm muss man gut abwägen. Also ich würde sagen mhm ich hab' jetzt viel gehört von Ihnen, was es für Möglichkeiten gibt. Ich würd' da gern drüber schlafen, ich würde mir das gern durch den Kopf gehen lassen und dann entscheiden.*
- A9: *Ja, Sie haben ja Zeit genug, Sie können das jederzeit machen ne. Diese diese Entscheidung läuft Ihnen ja überhaupt nicht weg. Und Sie können die Entscheidung ja auch jederzeit sagen wir mal, wenn Sie jetzt sagen, ich will mal abwarten und dann stellen Sie fest im nächsten Sommer dass es Sie aber absolut nervt, da können Sie jederzeit sagen jetzt reicht 's mir jetzt will ich die Spirale haben.*
- P9: *Ja, das ist mir glaub' ich am nächsten so vom, Gefühl her. Ja, würde ich gern so machen.*
- A9: *Gut. (K9: 767-797)*

Ohne an dieser Stelle auf Einzelheiten der Gesprächsverlaufs der Konsultation K9 eingehen zu wollen – diese werden ausführlich in Kapitel 5.1.2.2 entfaltet – zeigt sich entlang der vorab zitierten Sequenz, dass P9 ihre Ärztin zwar als fachliche Autorität wahrnimmt, sie als Patientin aber zugleich Entscheidungsträgerin bleibt. Die Ärztin übernimmt zum einen die Rolle als Informationsvermittlerin (z. B. 218ff.), zum anderen stellt sie für die Patientin aber auch die „Instanz“ dar, die die Frage einer eventuellen medizinischen Interventionsnotwendigkeit beantwortet. Erst vor dem Hintergrund der ärztlichen Antwort entfaltet sich für die Patientin die Option, für sich selbst eine Entscheidung zum weiteren Vorgehen zu treffen. Somit begibt sich P9 teilweise durchaus in eine „klassische“ Patientinnen-Rolle, behält aber Entscheidungsmacht im Rahmen ihrer eigenen Relevanzstrukturen und Handlungsorientierungen.

Obwohl in der Feinanalyse der Konsultation offenbar wird, dass A9 weit mehr Dominanz und Macht ausübt als angesichts der aktiven Teilhabe der Patientin am Gespräch und am Entscheidungsprozess zunächst angenommen wird (vgl. dazu Kapitel

5.1.2.2), erscheint es als Ausdruck für eine ausdrückliche Patientenzentrierung in der Kommunikation, dass die Konsultation ergebnisoffen enden ‚darf‘. P9 entscheidet innerhalb ihrer Relevanzstrukturen und Handlungsorientierungen (dies ist als Ressource von P9 zu verstehen), was zunächst einmal bedeutet, dass sie sich Zeit für ihre Entscheidungen nehmen wird. Dieses geschieht im besten Einvernehmen mit der an der Konsultation beteiligten Ärztin.

Im Rahmen der aufgezeichneten Konsultationen ist deutlich geworden, dass die Verschiebung einer Entscheidung zunächst darauf basiert, dass aus ärztlicher Sicht kein akuter medizinischer Handlungsbedarf besteht. Darauf aufbauend gibt es aus ärztlicher Perspektive unterschiedliche Motive, dass Entscheidungen im Rahmen von Konsultationen (zunächst) offen belassen werden. So besteht beispielsweise die Vorstellung, dass Patienten/Patientinnen sich über den Verlauf des Entscheidungsprozesses – also der Zeit, in der noch keine abschließende Entscheidung getroffen wurde – an eine (ärztlich bevorzugte) Entscheidungsvariante (z. B. eine dauerhafte Pharmakotherapie), die sie per se nicht favorisieren, langsam annähern oder „gewöhnen“. In diesem Sinne ist die Vertagung einer Entscheidung auf einen späteren Zeitpunkt als eine – im Vergleich mit direktiven Vorgehensweisen – moderne Variante der Vorbereitung zukünftiger patientenseitiger Compliance zu verstehen. Obwohl diese Vorstellung nicht mit den Grundgedanken des Konzeptes „Shared Decision Making“ (Charles et al. 1997, 1999, Elwyn et al. 2000, 2005) übereinstimmt, impliziert die Vertagung von Entscheidungen die Möglichkeit für Patienten und Patientinnen, sich auf jeweils individuelle Art und Weise mit dem Prozess der Entscheidungsfindung zu befassen. Denkbar ist eine ärztliche Unterstützung der Patienten und Patientinnen in diesem Prozess, z. B. durch die Formulierung erzählgenerierender Fragen, durch aktives Zuhören sowie durch eine gemeinsame Abwägung von medizinisch beschriebenen Risiken ebenso wie von individuellen Risikoempfindungen.

Was bedeutet welches Risiko für wen? Diese Frage erweist sich für alle Beteiligten – also sowohl für Patienten und Patientinnen als auch für Ärzte und Ärztinnen – als bedeutsam auf dem Weg von der Formulierung von Entscheidungsempfehlungen bis hin zum Treffen einer Entscheidung (Stamer 2011). Um die Chancen, die in einer gemeinsamen Abwägung potentieller Handlungsalternativen liegen können, umfassend zu nutzen, bleibt im Hinblick auf jede Versorgungsentscheidung zu überdenken, inwieweit sie – aus medizinischen wie auch aus personenbezogenen Gründen – (mehr) zeitliche Spielräume zulässt, um Prozesse partizipativer Entscheidungsfindungen zu befördern. Dabei ist zu bedenken, dass Partizipation nicht zwangsläufig dazu führt, dass Patienten und Patientinnen die ärztlich favorisierten Behandlungsempfehlungen annehmen.

## **5.2 Interviews mit den Patienten und Patientinnen**

Im Mittelpunkt des folgenden Kapitels steht eine Auseinandersetzung mit der Frage, wie Patienten und Patientinnen ihre ärztliche Konsultation erlebt haben. Vorgegeben durch die Struktur des Leitfadens sind die interviewten Patienten und Patientinnen gebeten worden, über den Gesprächsanlass mit ihrem jeweiligen Arzt/der jeweiligen Ärztin zu berichten. Daran knüpft der erste Abschnitt dieses Kapitels an, in dem die patientenseitigen Ziele bzw. Themen der Konsultation dargestellt werden (Kap. 5.2.1). Anschließend wird ein wesentlicher Schwerpunkt der den Interviews entnommenen Ausführungen beschrieben, in dem es um die Zufriedenheit mit der aktuellen Konsultation aus Sicht der Interviewpartner und -partnerinnen im Rahmen von Versorgungsprozessen geht (Kap. 5.2.2). In dem letzten Themenfeld werden die Wünsche und Bedürfnisse aus Patientenperspektive erörtert, wobei in diesem Kontext auch die patientenseitigen Äußerungen über die Einbindung in Entscheidungsprozesse aufgegriffen werden (Kap. 5.2.3).

### **5.2.1 Patientenseitige Ziele/Themen der Konsultation**

In diesem Abschnitt soll aufgezeigt werden, inwieweit entlang der Patientinnen- und Patienteninterviews deutlich wird, ob Patienten und Patientinnen dieselben oder auch andere Konsultationsthemen haben als Ärzte und Ärztinnen. Wo gibt es unterschiedliche Themenschwerpunkte zwischen den Interaktionspartnern und Interaktionspartnerinnen und wie kommen diese sprachlich zum Ausdruck, wenn die thematischen Interessen zwischen Patientinnen und Patienten sich von denen der Ärzte und Ärztinnen unterscheiden. Wird in den Interviews deutlich, ob Patienten und Patientinnen eigene Themen oder Ziele für die Konsultation haben? Und inwiefern gab es möglicherweise eine vorab festgelegte Themendefinition seitens der Ärzte oder Ärztinnen? Des Weiteren soll dargestellt werden, in welchem Maße es Hinweise auf Differenzen in der Themenpriorität zwischen den beteiligten Akteuren und Akteurinnen gibt. Wie äußern sich Patienten und Patientinnen dazu, wenn aus ihrer Sicht bedeutende Themen in der Konsultation nicht ausreichend beleuchtet wurden und sie nicht über wichtige patientenseitige Anliegen sprechen konnten. Im Folgenden wird zu diesen Punkten beschrieben, wie sich die Themenfindung aus Sicht der Patienten und Patientinnen in den Interviews abgebildet hat.

#### **Im Vorfeld der Konsultation definiertes Thema**

Vor dem Hintergrund des Projektdesigns war letztendlich jede Konsultation ein verabredetes Gespräch zwischen den Interviewteilnehmern und -teilnehmerinnen. Doch inwieweit war es im Vorfeld für die Patienten und Patientinnen klar, welche Themen in der Konsultation erörtert werden? Gab es unter Umständen neben dem gemeinsam

verabredeten Thema eigene patientenseitige Anliegen? Verabredete Gespräche gab es beispielsweise in der Gestalt von Abschlussgesprächen nach einer Chemotherapie oder in Form der Mitteilung von Untersuchungsergebnissen. So auch im Fall des Patienten P4, bei dem ein neu aufgetretener Bluthochdruck im Rahmen der letzten Konsultation diagnostiziert wurde. Im Anschluss daran hatte der Patient sich mit seinem Hausarzt auf einen zweiten Termin verständigt, wodurch die Themen des kommenden Gesprächs für den Patienten gemeinsam verabredet wurden. So bestand bei ihm Klarheit darüber, welche Themen in der Konsultation zur Sprache kommen: *„Gut. Das kann ich glaub ich nur erklären, wenn es halbwegs klar ist, worum es ging. Es ging um einen erhöhten Blutdruck. Das war jetzt vor kurzem mal beim Check-up aufgefallen, dass der erhöht ist. Und wir haben jetzt in der Zwischenzeit Langzeit-EKG und Langzeit-Blutdruck-Messung gemacht. Und jetzt ging's halt eben darum, wie sollte es jetzt weitergehen. Das Gespräch ist für mich aus meiner Sicht sehr gut verlaufen. Alle meine Fragen sind beantwortet. Es ging darum, Chemie einsetzen oder nicht. Was kann man noch machen im Vorfeld bevor man Chemie einsetzt. Welches sind die Gründe, warum Blutdruck überhaupt erhöht ist. Was kann man im Einzelnen dagegen machen. Herr Y hat mir die wirksamen oder die Wirkungsweise von drei verschiedenen Medikamentengruppen erklärt. Und, damit bin ich jetzt im Moment erst mal soweit klar.“* (P4: 10-21)

Für den Patienten handelt es sich um einen verabredeten Gesprächstermin. Er fühlt sich über die Behandlungsmöglichkeiten des Hypertonus gut informiert. Das Hauptanliegen des Patienten war es zu erfahren, welche Möglichkeiten es neben einer medikamentösen Therapie gibt, den Blutdruck zu senken. Ferner war es für den Patienten wichtig zu wissen, wie risikoreich der erhöhte Blutdruck medizinisch bewertet wird. Im weiteren Verlauf des Interviews formuliert der Patient das Ziel, über ärztliche Informationen darüber eine Auskunft zu bekommen, ob es überhaupt einen medikamentösen Interventionsdruck zur Behandlung von Bluthochdruck gibt. Der Patient hat die Hoffnung, selber noch positiv den Blutdruck zu beeinflussen (z. B. durch Lebensstiländerungen), um so das Einsetzen von „Chemie“ zu umgehen: *„Und heute sollte es in dem Gespräch drum gehen zu gucken, ist das schon in irgendeiner Weise bedenklich, oder lässt sich das durch Änderung der Lebensumstände in irgend 'ner Weise in Griff kriegen. Zur Frage ob's bedenklich ist wie gesagt die Geschichte mit dem Angiologen, oder muss man da jetzt schon mehr oder weniger massiv auch chemisch eingreifen, dass das nicht irgendwie aus dem Ruder läuft. Das war genau die Verabredung fürs heutige Gespräch, das zu diskutieren, zu besprechen.“* (P4: 48-54)

Der Patient befindet sich in einer Frühphase, in der er sich mit der „Diagnose Bluthochdruck“ auseinandersetzt. Aus der Perspektive des Patienten ist es bisher ein „komischer“ Befund, der die Frage aufwirft, ob er sich selber schon als Patient sieht. Er beschreibt seine aktuelle Situation demnach sachlich und fast von sich wegschiebend (*„Was kann man noch machen im Vorfeld bevor man Chemie einsetzt.“* [P4: 16-17]).

Obwohl der Patient scheinbar umfangreich von dem Arzt über die medikamentösen Therapieansätze informiert wurde, wird ein weiteres wichtiges Anliegen vermutlich nicht ausreichend für den Patienten angesprochen. Aus Sicht des Patienten wurden in dem Gespräch mit dem Hausarzt kaum andere Therapiemöglichkeiten neben einer Medikamenteneinnahme erörtert, was er aber nicht kritisch anmerkt. Auf Nachfrage inwieweit nichtmedikamentöse Einflussmöglichkeiten ein Thema der Konsultation waren, antwortet der Interviewpartner: *„Das war etwas weniger, hat man darüber gesprochen, halt die berufliche Situation. Dahin gehend so ändern, dass die Stressbelastung sinkt. Und halt eben auch dann wieder doch mehr Bewegung versuchen, um so auch mehr Stress wieder abbauen zu können.“* (P4: 244-250)

Für die Interviewpartnerin P9 stand das Thema für die Konsultation von vornherein fest. Aufgrund rezidivierend auftretender Myome ist die Patientin bereits jahrelang in gynäkologischer Behandlung. Zurzeit stehen für sie die stärker und unregelmäßiger gewordenen Blutungen im Vordergrund der Behandlung: *„Ja. Ich hab' seit vielen vielen Jahren Jahrzehnten, leide ich unter Myomen. Ich hab' schon fünf Bauchschnitte hinter mir, schon als junge Frau operiert worden und das Thema zieht sich durch mein Leben und ist seit 'nem halben, dreiviertel Jahr so, dass die Blutungen unregelmäßiger und stärker geworden sind und die Myome die ich hab', sind sehr viele, wir zählen die auch schon gar nicht mehr, auch wieder gewachsen sind. Und dann hat Frau Dr. X mit mir ein Gespräch angeboten, um die verschiedenen Möglichkeiten zu erwägen, was kann man tun. Und dafür haben wir heute das Gespräch geführt.“* (P9: 39-47)

Das Gesprächsangebot der behandelnden Ärztin erfolgte angesichts eines gesundheitsbezogenen Problems, dass mehrere Therapieentscheidungen offen lässt. Das Hauptthema der Konsultation bestand aus Sicht der Patientin darin, über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten informiert zu werden und gemeinsam mit der Ärztin einen möglichen Handlungsbedarf abzuwägen. Die Patientin geht aufgrund ihrer Beschwerden regelmäßig zu ihrer Ärztin. Um besonderen Gesprächswünschen zu begegnen, bietet die Gynäkologin eine spezielle Sprechstunde „außer der Reihe“ an. Dieses Angebot wird im Vergleich mit anderen ärztlichen Kontakten als etwas Besonderes wahrgenommen: *„Darum komm' ich ja auch sehr engmaschig und sie bestellt mich dann ja auch alle 3 bis 6 Monate. Und das ist ja auch 'n gutes Gefühl. Und wenn wir merken es ist jetzt gut von den Werten auch und so, dann machen wir 's jetzt halbjährlich. Und dann ist es immer wieder Thema. Also und das weiß ich kann mich auch immer wieder ansprechen und darüber mit ihr reden. Und wenn zu viele Fragen sich aufhäufen, so wie das jetzt letztlich ja war, dann bietet sie ja einen speziellen Sprechtermin an so wie heute. Und das ist ja ein unheimlich gutes Gefühl, weil ich kenn' das aus der vorherigen Praxis bei Ärzten nur so, man hat die Viertelstunde oder die zehn Minuten. Und da will man alles reinpacken. Und danach merkt man, kratzt der Arzt schon mit 'm Stift und als X-Krankenkassen-Patient muss man dann auch gehen. Und das find' ich hier ganz hervorragend so. Und deswegen knüpfen wir in unsern in den*



*Untersuchungsgesprächen immer wieder an, an die Beschwerden. Aber haben eben die Möglichkeit auch dieses dieses Gesprächs ja. Das find' ich hier gut, sehr gut find' ich das hier in dieser Praxis. Hab' ich auch vorher noch nie irgendwo so erlebt.“ (P9: 169-184)*

Die Patientin erlebt im Gegensatz zu früheren Gesprächen mit anderen Ärzten und Ärztinnen eine höhere Wertschätzung durch die Gynäkologin, die ihr das Gefühl vermittelt, ohne Zeitdruck mit allen Fragen und Problemen bzgl. ihres individuellen Problems zu ihr zu kommen. Die Ärztin begleitet die Patientin und nimmt ihren Gesprächsbedarf an. Der positive Eindruck wird durch vorab als negativ erlebte Erfahrungen in anderen ärztlichen Konsultationen verstärkt (vgl. Kap. 5.2.2).

### **Kein vorab verabredetes Thema für die Konsultation**

Gerade im Rahmen langjähriger Arzt-Patient-Beziehungen scheinen Themen nicht immer explizit für Konsultationen vereinbart zu werden. So ist davon auszugehen, dass bei chronischen Erkrankungen von Patienten und Patientinnen entlang von Routeterminen mit den jeweiligen Hausärzten und -ärztinnen nicht jedes Mal ein patienten-seitiges Gesprächsanliegen besteht. Daher existiert die Möglichkeit, dass die ärztlichen Themen der Konsultation als eigene Themen übernommen werden. So berichtet der Patient P7 auf die Frage, mit welcher Idee er in die Hausarztpraxis gekommen ist: *„Mit welcher Idee? (--) Eigentlich gar keine Idee ((lacht)). Ganz normaler Patientengespräch gewesen. Sagen wir mal Kontrollgespräch, um die Werte zu kontrollieren. Blutdruck und Zucker.“ (P7: 35-37)* Der Patient mag vielleicht eine Erwartung an das Arztgespräch haben, kann sie aber nicht in Worte fassen, was im weiteren Verlaufs des Interviews deutlich wird: *„Gefühle? (--) ((lacht)) Was soll ich 'n da sagen? Ich hab' keine Gefühle gehabt. Ganz normaler, ganz normaler Arzttermin sag' ich mal.“ (P7: 42-43)* Diese Nichterwartung ist eventuell durch eine eingeübte Gesprächskultur in der Praxis entstanden. Der Patient ist seit 18 Jahren in der Praxis und kennt vermutlich daher keine andere Form von Gesprächsangeboten. Obwohl der Patient erst vor kurzem die „Diagnose Bluthochdruck“ bekommen hat, benennt er keine eigenen Anliegen. Stattdessen gibt der Patient als gemeinsames Ziel die Normalisierung der ärztlich definierten Werte (Blutdruck, Blutzucker) an und übernimmt somit das Thema der Ärztin: *„Na ja der Plan ist, den Zucker unter Kontrolle zu halten. Und den Blutdruck zu senken. Das ist der Plan. Und beim Zucker hat et ja schon geklappt. Aber beim Blutdruck noch nicht. Der muss noch 'n bisschen runter. Der ist bei 170/100 und das und das Ziel was wir haben war, weiß ich gar nicht, 130/80. Ich glaube ja 130/80. Das ist das Ziel. Ja und das hoff' ich, dass wir das schaffen.“ (P7: 67-75)*

In einem ähnlichen Beispiel berichtet die Patientin P6 über die Konsultation mit ihrem langjährigen Hausarzt, in der über ihre Blutdruckmedikation und Blutzuckerwerte gesprochen wurde. Angesichts der Kürze der Konsultation (04:57 Minuten) war es vermutlich ein allgemeines Gespräch ohne spezifischen Anlass, da es für die Patientin

keine neuen Erkenntnisse über ihre Erkrankungen gab: *„Ja weil ich mit dem Bluthochdruck immer zu tun hab und mit 'm Zucker zusammen ne. Und da sagte er, da (--) könnte man mal drüber reden, ob da Neueinstellung ist. Aber et is' ja im Moment so weit alles in Ordnung. Und deshalb sind mir da drauf gekommen, durch dat Gespräch.“* (P6: 36-39) Die Patientin hatte kein eigenes Anliegen und ist ohne eine besondere Erwartung in die Konsultation gegangen: *„Nee (--) weil weil ich ja weiß, wat ich nehme und wie ich mich verhalten muss und.“* (P6: 55-56) Durch das Gespräch sind für die Interviewpartnerin keine Neuerungen für die Therapie entstanden. Gerade wegen langjährig bekannter Diagnosen hat die Patientin kein eigenes Thema für die Konsultation. Angesichts chronisch erhöhter Blutzucker- und Blutdruckwerte sowie mehrmaliger Folgegespräche mit dem Arzt hat die Patientin bereits ein Krankheitswissen entwickelt, wodurch sie keine Erwartungen an das Gespräch zu haben scheint, da sie weiß, was sie erwartet. Insofern war das Thema nicht verabredet, sondern hat sich quasi aus der Konsultationssituation heraus ergeben.

Zwischen Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen gibt es Situationen, in denen ein Gesprächstermin verabredet wurde, es aber nicht für beide Akteure gleichsam deutlich wird, über welches spezifische Thema man in der Konsultation eigentlich sprechen möchte. Dieser „Sonderfall“ gestaltet sich im Rahmen einer bereits länger andauernden Substitutionstherapie (ca. 3,5 Jahre) des Patienten P13, in der das Hauptthema der Konsultation allein von der betreuenden Hausärztin festgelegt worden ist. In dem Gespräch ging es in erster Linie um die Erörterung zur Wiederaufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung, die der Patient in der Vergangenheit zweimal vorzeitig abgebrochen hat: *„Und es geht halt eben darum und das war auch Inhalt des Gespräches jetzt die Fortführung oder die zukünftige Handhabung na dieser Behandlung, ja was ich mir da vorstelle. Es gibt ja von Frau X halt aufgeführt verschiedene Möglichkeiten, die mir da offen stehen. Das sind natürlich Langzeittherapien, ambulante Therapien und dann halt eben gibt 's ganz spezifische Sachen die halt eben nicht so lange sind, aber trotzdem halt sehr intensiv und die versucht Frau X mir halt eben, na zu erklären und zu beschreiben was da da passiert ja.“* (P13: 23-31)

Im Rahmen der Substitutionstherapie des Patienten handelte es sich um einen regelmäßig stattfindenden und damit vorgegebenen Pflichttermin mit der Ärztin. Dem Patienten ist bewusst, dass er ein „besonderer Fall“ ist und es daher regelmäßige ärztliche Kontrollen geben muss, um rechtzeitig Probleme mit der Entzugstherapie zu besprechen: *„Ich hatte gerade das Gespräch mit meiner Ärztin und ich bin ja hier in Behandlung in einem besonderen Fall. Das ist eine Substitution, die wo es sich hier um den medizinischen Bereich also wo 's sich hier darum gekümmert wird, in dem medizinischen Bereich, wo auch die medikamentöse Ausgabe halt eben halt stattfindet.“* (P13: 11-15)

Obwohl der Patient weiß, dass das Thema Psychotherapie schon mehrfach auf der Agenda der Ärztin stand, hat sie den Patienten im Vorfeld der Konsultation nicht

deutlich informiert, dass sie heute nochmals mit ihm darüber sprechen möchte. Auf der einen Seite formuliert der Patient zwar eigene Themen: *„Ja für mich sind die Sachen wichtig, also da sind, ist die Frage, wie stabil bin ich und wie, oder oder nicht halt ((lacht)). Und, wie lange mache ich die Substitution und wann versuche ich rauszugehen.“* (P13: 193-196), sieht aber auf der anderen Seite ein, dass die Ärztin zu einer Themenvorgabe gezwungen ist und stellt somit die Bedeutung seiner Fragen in den Hintergrund: *„Also so, also mit Fragen was jetzt diese Behandlung, also die Substitution betrifft hatt' ich keine, konkreten Fragen. Entweder ergeben sich welche im Gespräch oder, ich sag 's mal anders, es ist dann so, dass das ja auch 'n Pflichttermin ist, muss ja auch regelmäßig kontrolliert werden ja. Also da wird denn nicht gewartet, bis dann irgendwelche Probleme auftreten und man die dann mit der Ärztin bespricht sondern es muss auch regelmäßig geschaut werden, die Ärztin muss einen auch sehen, dass da auch alles gut läuft.“* (P13: 57-65)

Da der Patient eine psychotherapeutische Behandlung bereits mehrfach abgebrochen hat, scheint dieses Thema für ihn im Gegensatz zur Ärztin nicht so relevant zu sein. Doch im Lichte des Zwangskontextes und der Abhängigkeit zu der Praxis bzw. den Substitutionsmedikamenten übernimmt der Patient die Notwendigkeit des ärztlichen Themas der Psychotherapie: *„Ja also die dass, die the\_therapeutische Behandlung bei mir wichtig ist, das weiß ich auch das ist natürlich auch 'n sehr großer Teil.“* (P13: 199-201)

### **Patienten und Patientinnen haben eigene Themen für die Konsultation**

In dem Interview mit dem Patienten P14 wird deutlich, dass zwei von ihm eingebrachte Themen aus seiner Perspektive eine hohe Relevanz darstellen. Bei einem ersten Kontrolltermin nach einem Krankenhausaufenthalt wurden bei dem Patienten die Fäden nach einer Herzoperation entfernt. Die vorgegebenen Themen war demnach das Fäden ziehen und die Wundkontrolle sowie die Besprechung der weiteren medizinischen Kontrollen. Aus Sicht des Patienten war es aber vor allem wichtig, etwas über die Wirkung der Herzoperation zu erfahren, weil er sich durch den Effekt dieses Eingriffs eine Steigerung seiner Lebensqualität erhofft: *„Naja aber Frau X, in 14 Tagen muss ich wieder zur Uniklinik. Und da wird denn festgelegt, ob dieses Gerät wie wie ich das betätigen kann ich weiß jetzt noch nicht mal von der Uniklinik aus, ob das Gerät schon wirksam ist. Ob jetzt erst mal die Wundheilung hier in erster Linie stand und weil ich in 14 Tagen soll' ich wieder in die Uniklinik kommen.“* (P14: 79-83) Zu der Unsicherheit über das Gelingen der Herzoperation kommt ein bekanntes Problem der Rückenschmerzen hinzu, welches der Patient belastender erlebt als die eigentliche Operation. Vermutlich wurde durch die postoperative Immobilität bei dem Patienten die Symptomatik einer Spinalkanalstenose verstärkt, wodurch er die Sorge hat, dass der Erfolg der Herzoperation infrage gestellt werden könnte. Daher ist es für den Patienten ein großes Anliegen, dieses Thema in der Konsultation anzusprechen: *„Also für mich ist entscheidend*

*dieses hier sagen wir mal jetzt diesen Eingriff, den hab' ich jetzt für mich schon fast abgehakt, aber dieser Spinalkanal, das ist 'ne Sache woll 'n mal sagen, den spür' ich jede Minute jeden Tag, also wenn das nicht hinhaut, denn hab' ich Beschwerden beim Gehen und das fängt an bei fünf sechs Schritten beginnt das, so. Und dass ich da Beschwerden bekomme wo ich sagen muss hinlegen oder so, aber das ist jetzt, ich sag' mal einfach eigentlich nicht der Zeitpunkt dass man sich jetzt bei dem Wetter was jetzt kommt, hinlegen muss und auch nicht für die nächste Zeit.“ (P14: 139-147)*

Nach Überstehen der Herzoperation hat der Patient Angst vor Passivität, da die Folgen der Spinalkanalstenose ihn in seiner Mobilität zurzeit deutlich einschränken. Die erwünschte Wirkung der Aktivitätssteigerung lässt den Sinn des chirurgischen Eingriffs für den Patienten in einem anderen Licht erscheinen, wenn die Rückenbeschwerden nicht zurückgehen. Für den Interviewpartner ist das Problem der Rückenschmerzen das zentrale Thema des Gesprächs mit seiner Ärztin gewesen, welches für sie vermutlich nicht vorhersehbar gewesen ist. Für den Patienten stellt sich eine Linderung der Rückenschmerzen zukunftsweisend für die weitere medizinische Versorgung dar: *„Ja, das ist so 'n wollen wir mal sagen, wenn man als Patient nicht gehen kann, was nützt das wenn ich 'n Herz habe was das zulässt, dass ich gehen könnte, aber der Spinalkanal, die Bandscheiben das nicht ermöglichen. Denn hab' ich ich sag' mal von dem bisschen besseren Herz muss ich auch sagen hab' ich nichts davon wenn ich im Sessel sitze dann kann das Herz noch fünf Punkte weniger bringen, aber denn dann muss ich sagen, denn würde dieses Gerät sagen wir mal eigentlich nicht das bringen, was ich mir davon erhofft habe.“ (P14: 206-213)*

In einem anderen Beispiel spricht Frau P15 von einem *„prägnanten Abschlussgespräch“* (P15: 11) nach Beendigung einer Chemotherapie, in der sie über ihre Krankheitssituation und das weitere therapeutische Vorgehen informiert wurde: *„Also ich sag' mal so, es war ein, prägnantes Abschlussgespräch mit sehr vielen Informationen für mich, ausgehend von der Befindlichkeit nach der abschließenden Chemotherapie, was da noch für mögliche Nebenwirkungen sind, wie ich denen noch entgegenwirken könnte und wie sich das dann jetzt weiter so der Prozess für mich gestaltet, mit welchen Dingen ich rechnen kann, mit Empfehlungen, wie ich mich da selber einbringen kann oder welche Medikamente da noch zur Verfügung stehen, ja das war alles recht kurz, prägnant und informativ.“ (P15: 11-18)* Das Hauptthema der Patientin wird im weiteren Verlauf des Interviews deutlicher. Die Interviewpartnerin hat das Anliegen von der Ärztin zu erfahren, wo sie im Krankheitsprozess steht. Des Weiteren möchte die Patientin die Einschätzung der Ärztin erfahren, wie die Chemotherapie verlaufen ist: *„Das war jetzt noch mal so die Zusammenfassung dieser Behandlungsetappe und ich weiß, dass ich noch mehrere weitere Therapien erhalten werde und es war schon in Zukunft, also weniger darum, wie ist das jetzt in dieser Zeit gelaufen, sondern einfach auch von der Einschätzung der Ärztin her, dass es mir doch ganz gut gelungen ist,*

*diese Phase erst mal für mich so hinzubekommen und nun müssen wir weitergucken und wie es denn weitergehen wird vom Zyklus her.“ (P15: 27-34)* Die positive Bewertung der Ärztin stellt für die Patientin einen Beleg von „Außen“ dar, dass sie diese Therapiephase gut überstanden hat. Es wird deutlich, dass die Patientin einen Bedarf an Unterstützung ihrer Krankheitsarbeit hat. Obwohl sie auf die positive Einschätzung ihrer Ärztin hinweist, ist dem Interview auch zu entnehmen, dass sie im Hinblick auf eine Unterstützung ihrer Krankheitsarbeit einen Bedarf hat, der über das schulmedizinische Angebot hinausgeht und der für sie ergänzend im Bereich alternativer Heilverfahren zu finden ist (vgl. P15: 39-57 und 79-89).

### **Patientenseitige Themen werden nicht ausreichend beleuchtet**

Patienten und Patientinnen können eigene Themen in das Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin einbringen, die aus ihrer Perspektive eine hohe Relevanz darstellen. Dabei kann es aber geschehen, dass die Priorität ihrer Themen sich von denen der Ärzte und Ärztinnen unterscheiden. In dem Interview mit dem Patienten P5 wurden beispielsweise mehrere Themen angesprochen, die für ihn wichtig erschienen. In dem Gespräch mit seinem Hausarzt ging es über die Möglichkeiten neue Therapieansätze zu finden, um einer diagnostizierten Depression zu begegnen: *„Ja er hat mich eben drauf angesprochen, warum ich auch hier bin eben, ich ja ich leide halt zurzeit unter einer Depression, seit einigen Monaten. Rührt aus einer, aus Mobbing heraus von meinem Arbeitgeber. Ja da hat er mich, hat Herr Dr. X mich gefragt, was sich getan hat, wie es mir geht, ja. Muss einleitend dazu noch sagen, ich bin allein erziehender Vater von zwei minderjährigen Kindern. Im Alter von 15 und 11 Jahren alt. Ja und muss natürlich da auch da alles unter einen Hut bringen. Also was gar nicht einf\_ nicht ganz so einfach ist. Und eben durch so 'ne durch die ganzen Folgen von Depression und sonst was ist das natürlich nicht ganz so einfach zu bewerkstelligen. Da steht man da auch öfters mal was soll ich jetzt tun, was soll ich machen usw. wie soll ich das überhaupt noch hinkriegen ne. Da ist eigentlich Ratlosigkeit ne. Ja und ja nun ja wir haben uns darüber unterhalten. Ich habe gefragt, welche Möglichkeiten es gibt. Wir sprachen auch über Psychotherapie, dass mir da auch rüber, über meinen Neurologen dann geholfen werden kann. Weiterhin dass auch der Herr Dr. X sich dann auch zur Verfügung stellt, wenn ich mal Gesprächsbedarf habe, wenn es mal schlimm wird mit der Depression.“ (P5: 42-59)*

Der Patient hat einen Gesprächsbedarf im psychosozialen Bereich geäußert und konnte seine Probleme „los“ werden bzw. von Seele sprechen. Für den Interviewpartner ist es scheinbar wichtig, mit dem Hausarzt einen konstanten Ansprechpartner zu haben, um seinen Redebedarf zu befriedigen. Ein großes Thema für den Patienten sind neue Wege aus der Perspektiv- und Ratlosigkeit zu erhalten, die ihn im Umgang mit dem Berufs- und Familienleben belasten. Der Hausarzt bietet dem Patienten eine kontinuierliche Plattform an, die im Zusammenhang mit der Depression sehr bedeut-

sam erscheint. Obwohl der Patient eigene Anliegen ansprechen kann, wird aus seiner Sicht ein Thema nicht ausreichend beleuchtet: *„Ich hab zwar auch gefragt, weil Psychotherapie nur alle zwei Wochen ist, für ¾ Stunde, ist ja nicht viel ne so. Und dann habe ich auch 'n bisschen die Angst dann, reicht das ne oder was kann ich sonst noch machen oder was gibt 's andere Möglichkeiten ne.“* (P5: 191-195) Der Umfang der Psychotherapiestunden wird von dem Patienten als nicht ausreichend erlebt. Er möchte wissen, ob es eine Möglichkeit gibt, diesen Therapieansatz auszuweiten, da er Angst hat, zu wenig gegen die Depression zu tun. Aus Sicht des Patienten hat der Hausarzt allerdings sein Anliegen nicht ausreichend zum Thema gemacht. Der Arzt verweist dagegen in der Konsultation auf einen noch nicht stattgefundenen Termin mit einem Neurologen. Dagegen möchte der Patient durch mehr Psychotherapie einen Hoffnungsschimmer bekommen, da dies für ihn mehr Zeit bedeutet und andere Themen zur Sprache kommen: *„Aber auch für die meine eigene Sache jetzt mal, was kann ich machen, neben der Psychotherapie, die jetzt ja begonnen werden soll. Dass ich da irgendwo einen neuen Hoffnungsschimmer kriege also. Sozusagen ein Punkt es auch gibt, da kannst du noch mal anpacken, anknüpfen.“* (P5: 177-180)

Insofern ist aus Patientenperspektive das Thema Psychotherapie nicht genügend angesprochen worden. Doch obwohl das Anliegen des Patienten nicht vom Arzt aufgegriffen wurde, zeigt sich P5 im Rahmen der erwarteten Möglichkeiten zufrieden: *„Nee für die Zeit dieser Sprechstunde jetzt mal denk ich da kann man nicht mehr viel draus draus machen. Klar ich mein, wenn man in der Psychotherapiestunde ist, ist es 'en anderes Thema. Dann hat man auch mehr Zeit auch, auch 'n ganz anderes Thema dann auch.“* (P5: 231-234)

In dem Fall des Patienten P1 war das Hauptthema der Konsultation mit dem behandelnden Hausarzt ein neu aufgetretener Diabetes mellitus. Es wurden Untersuchungsergebnisse erörtert und über die zukünftige Versorgung gesprochen. Für den Interviewpartner war es wichtig zu wissen, welcher Typ von Diabetes bei ihm vorliegt, weil sich daran das weitere medizinische Procedere orientiert. Nachdem geklärt war, dass die weitere Versorgung beim Hausarzt stattfinden würde, wurde gemeinsam ein Plan entworfen, wie sich die nächsten Wochen für den Patienten gestalten: *„Ja summa summarum haben wir jetzt schon mal den Weg soweit festgelegt, wie wir die nächsten Schritte gehen. Nicht mit Insulinspritzen, sondern mit Tabletten, was mir als nicht Medikament Nehmender, als nicht arztversierter Patient eigentlich auch ganz ganz lieb ist, dass wir im Moment mit einem ja Tablettenweg anfangen, find ich so – den angenehmeren Weg ja.“* (P1: 49-54) In einer späteren Interviewsequenz spricht der Patient über ein weiteres für ihn wichtiges Thema. Neben der Information über die genaue Diagnose war es für den Patienten vor allem ein Anliegen zu erfahren, was der Diabetes für ihn im Alltag bedeutet: *„Ja dass ich so normal lebe und leben kann wie nur eben möglich, und ja nicht am laufenden Band Situationen erlebe ja, wo ich mich aufgrund von ganz strikten Spielregeln der Ernährung oder sonstiges eigentlich immer wieder aus-*

*gegrenzt fühle. Dass ich so am täglichen Leben in allen Situationen so unkompliziert wie nur möglich hoffentlich dran teilnehmen kann, ohne dass ich mir immer wieder vor Augen führe, ich bin anders als die andern. Das wäre mir im Moment das Wichtigste dabei.“ (P1: 180-191)* Der Patient möchte trotz seiner Erkrankung keine Einschränkungen im Alltag haben, er möchte am Leben „teilnehmen“. Wenn möglich soll die Lebensqualität des Patienten nicht beeinflusst werden und eine Ausgrenzung aufgrund des Diabetes vermieden werden. Er äußert die Sorge, dass die Erkrankung eine Stigmatisierung hervorrufen könnte und ihm dadurch immer wieder gezeigt wird, dass er an einer chronischen Krankheit leidet. Inwieweit diese Themen auch Themen der Konsultation waren, lässt sich allerdings aus dem Patienteninterview nicht entnehmen. Jedoch geht aus dem Interview hervor, dass der Interviewpartner dankbar und erleichtert ist, nicht zu viele Informationen bekommen zu haben, die ihn überfordern oder verunsichern würden: *„Ich will dich als Patienten jetzt nicht voll schütten mit mit 1000 Dingen, da sind sowieso schon 1000 Dinge, die jetzt neu auf einen zukommen. Aber nur step by step eben in der Reihenfolge, die er für richtig hält. Und das finde ich auch sehr sehr gut, weil ja er hätte sich sicherlich eine halbe Stunde noch mehr Zeit nehmen können, rein theoretisch und mich voll blasen mit allen möglichen Informationen. Aber dann geh ich wahrscheinlich ja genau mit dem raus zu sagen, huff was war das denn jetzt alles. Jetzt muss ich noch mehr verarbeiten und kann das gar nicht mehr sortieren, am besten hätte ich Steno mitschreiben müssen. Das kann's ja au nicht sein. Also ich find den Weg mit dem fühl ich mich im Moment auch wohl.“ (P1: 89-99)*

### **Patienten und Patientinnen haben versteckte Thematisierungen**

Wenn Patienten und Patientinnen die für sie relevanten Themen nicht offen ansprechen können, besteht die Möglichkeit, dass sie ihre Anliegen versteckt präsentieren. So hat die Patientin P10 im Rahmen einer Brustkrebserkrankung ein abschließendes Bilanzierungsgespräch nach Beendigung einer Chemotherapie mit dem behandelnden Gynäkologen. Aus Sicht der Patientin war es bedeutend zu erfahren, wie ihre Heilungschancen nach der Therapie sind und welche weitere medizinische Versorgung geplant ist. Im Erleben der Interviewpartnerin konnten ihre Fragen zufriedenstellend beantwortet werden, wobei sie aber ein Thema nicht offen präsentieren konnte. Die Patientin spricht gleich zu Beginn des Interviews das Thema eines möglichen Tumorstadiums unter der Chemotherapie an, was die mögliche Relevanz aus ihrer Perspektive verdeutlichen kann: *„Es ging auch darum ich hab' ihn gefragt ebend halt, weil meine Freundin ebend halt da auch Brustkrebs gehabt hat und halt dass sie unter der Chemo 'n Knoten gekriegt hat auf der anderen Seite. Wollt' ich ihm, hab' ich ihn gefragt wie es aussieht, warum und weshalb. Und da hat er ebend gesagt, das kann passieren. Es ist aber sehr sehr selten dass es passiert unter der Chemo dass man noch auf der andern Seite 'n Tumor bekommt. Ja darüber haben wir uns denn immer unterhalten. Hat mir auch sehr geholfen, was ich denn ebend halt weitersagen kann an meiner*

*Freundin.*“ (P10: 24-32) In Verbindung mit einer Aussage der Patientin in der Konsultation (*„Ick meine dat, ich bin ja operiert worden und hab' die Chemo jetzt gekriegt und nach der dritten Chemo ha\_ hat diejenige gemerkt, dass sie 'n Tumor hat, also wieder 'n Knoten.“* [K10: 553-555]) kann es sein, dass P10 in der vorab zitierten Sequenz aus dem Interview indirekt von sich selbst spricht, letztlich bleibt es jedoch unklar, ob P10 von sich als Betroffener spricht, ob es um eine Freundin geht oder ob nicht nur sie, sondern auch eine Freundin gleichermaßen betroffen ist.

Weiterhin ist nicht zu erkennen, was genau der Patientin im Zusammenhang mit dem Gespräch geholfen hat. Man könnte annehmen, dass das Sprechen über die Situation für die Patientin eine Hilfe war, um damit Klarheit über ihren Zustand zu bekommen. Allerdings wird deutlich, dass sie angesichts eines neu getasteten Knotens (unabhängig davon, ob es die Patientin oder eine Freundin betrifft) Todesängste hat, die sie nicht transparent darstellen kann. Auf Nachfrage, welche Wünsche die Patientin aus ihrer Sicht hatte, spricht sie zum zweiten Mal in dem Interview das Thema an:

*I: Wir hatten ja bevor Sie mit dem Arzt Ihr Gespräch hatten, haben wir ja kurz zusammen gesessen und da hatten Sie so einen kleinen Notizzettel dabei für sich, was Sie alles mit Ihrem Arzt besprechen wollten. Welche Wünsche hatten Sie denn für das Gespräch? Was wollten Sie gerne von sich aus mit dem Arzt besprechen?*

*P10: Ich wollte mit dem Arzt darüber sprechen, was eigentlich nach der Chemotherapie mit mein' Körper passiert. Ob ich ebend halt aufpassen muss auf Dinge, wie z. B. ob ich rauchen darf, trinken darf. Gut, ich tu 's nicht, ich hab' damit aufgehört, schon lange ((lacht)), aber ebend halt allgemein, ob man ebend halt rauchen und trinken kann. Er meinte also, man sollte es sein lassen, es wäre nicht so günstig, weil dadurch würden die Erreger im Körper wieder angeregt werden und könnte wieder neu ausbrechen der Krebs. Gut und dann wollte ich noch wissen ebend halt, was wir ist wenn während der Chemo ebend halt 'n Tumor wieder auftaucht. Hat er mir auch Fragen, also Frage beantwortet. Ist sehr sehr selten, dass so was passiert. Es kann passieren, aber es halt selten. So. (P10: 153-169)*

Gleichwohl der Arzt wichtige patientenseitige Fragen beantwortet hat, bleibt die Sorge um das Hauptanliegen der Patientin bestehen: *„Na eigentlich wie et halt weitergeht. Und ob man überhaupt noch mal geheilt wird, vom Brustkrebs.“* (P10: 97-98) Die Patientin möchte erfahren, wo sie im Versorgungsprozess steht, kann aber ihre Ängste aufgrund der schweren Erkrankung nicht offen präsentieren. Vielleicht kann es dadurch erklärt werden, dass die Interviewpartnerin den Gynäkologen noch nicht lange kennt (Anm.: Die Patientin ist nur für die Chemotherapie in der Praxis) und in Folge dessen keine Vertrauensbasis aufbauen konnte, was aus ihrer Perspektive ein grundlegender Aspekt einer Arzt-Patient-Beziehung darstellt (vgl. Kapitel 5.2.3).



Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich patientenseitige Themen und Ziele von denen der Ärzte und Ärztinnen durchaus unterscheiden können. Wie die Patienten und Patientinnen die Themenfindung in den Konsultationen erlebt haben, gestaltete sich in den Interviews recht unterschiedlich und individuell. So wurde auf der einen Seite über ärztlicherseits festgelegte Themen gesprochen, auf der anderen Seite haben Patienten und Patientinnen aber auch eigene Gesprächsthemen in die Konsultation eingebracht. Keiner der Patienten und Patientinnen hat allerdings deutlich zum Ausdruck gebracht, dass ihren Themen zu wenig oder kein Raum in der Konsultation gegeben wurde. Es stellt sich insofern im Folgenden die Frage, wie patientenseitig über Zufriedenheit mit der Konsultation gesprochen wird.

### **5.2.2 Patientenseitige Zufriedenheit im Rahmen von Versorgungsprozessen**

Wenn Patienten und Patientinnen sich zufrieden in den Interviews geäußert haben, muss berücksichtigt werden, dass es sich um einen punktuellen Ausschnitt einer erlebten ärztlichen Versorgung handelt. In den Interviews wurde nach dem Grad der Zufriedenheit der aktuellen Konsultation gefragt. Dabei kam zum Ausdruck, dass die Interviewpartner und Interviewpartnerinnen die aktuelle Versorgungssituation im Vergleich zu vorherigen Ereignissen gedeutet haben. Daraus ist abgeleitet worden, dass Patientenzufriedenheit sich nicht allein aus der aktuellen Situation begründen lässt, sondern im Lichte von vielfältigen Blicken auf das Versorgungsgeschehen zu deuten ist. Die Interviews erlauben die Erlebnisse von Patienten und Patientinnen im Prozess zu betrachten, die Rückschlüsse auf Motive erlebter patientenseitiger Zufriedenheit geben können. Im Folgenden werden demnach unterschiedliche „Arten“ der Zufriedenheit aus Patientensicht dargestellt, um trotz der konversationsanalytisch aufgezeigten Probleme in der Arzt-Patient-Kommunikation zu erklären, warum sich die Mehrheit der in diesem Projekt interviewten Patienten und Patientinnen zufrieden mit dem erlebtem ärztlichen Gespräch bzw. der ärztlichen Versorgung geäußert haben. Des Weiteren kann man vielleicht auch eine bessere Vorstellung davon bekommen, warum es aus Patientenperspektive kaum kritische Anmerkungen zu den in diesem Projekt interviewten Ärzten und Ärztinnen gibt.

#### **Zufriedenheit im Lichte bedrohlicher Erlebnisse**

In akuten und als belastet erlebten Erkrankungssituationen haben Patienten und Patientinnen unterschiedliche Ansprüche und Erwartungen an eine zufriedenstellende ärztliche Versorgung. In der Konsultation bei einem Urologen ging es bei dem Patienten P3 um die Befundmitteilung von Gewebeproben aus der Harnblase, in der „*bösartige Zellen*“ (A3: 2-3) gefunden wurden. Aus Sicht des Patienten wird das Ergebnis als Bedrohung erlebt, da er in der Vergangenheit bereits mehrere negative Diagnosen erhalten hat (Z. n. Prostata-CA, vorheriger Befund an der Blase). Der jetzige Befund wird als ein neuer Schicksalsschlag wahrgenommen, der ihn emotional aufwühlt: „*Das Ergebnis*

ist zwar immer 'en bisschen schockierend, aber (--) wenn sie schon mal was gehabt haben, ist der Schock nicht mehr so. Sagt man sich nur immer, ach schon wieder.“ (P3: 400-403) Obwohl der Patient strenge ärztliche Zeit- und Therapievorgaben erhalten hat, denen psychosoziale Bedürfnisse wie Urlaub zu unterwerfen seien („Und deswegen muss man kontrollieren. Dass man unter Umständen auch die Urlaubspläne so 'n bisschen abstimmt, dass man in den, in den Intervallen und den Zeitabständen genau passend nix versäumt.“ [A3: 165-167]), ist der Interviewpartner mit der ärztlichen Versorgung zufrieden. Ihm gefällt, dass er eine transparente Information über seinen Befund bekommen hat, denn ein langes Abwarten ohne eine Intervention hätte den Patienten hingegen weiter verängstigt: „Ja=a. Ohne groß drum rum zu reden, immer gleich so is' es und. Und wenn es so is, dann kann man ja nichts mehr machen, wenn da was gefunden wird, muss man in den sauren Apfel beißen. Und geholfen ist mir immer direkt.“ (P3: 22-24) Auf der einen Seite bleibt dem Patienten nichts anderes übrig, als sich an die Vorgaben des Arztes zu halten, auf der anderen Seite stellt ihn das schnelle Vorgehen und der Gedanke „Wir haben etwas gemacht und können jetzt sofort handeln“ zufrieden: „Könnt ich nicht, denn ich war Freitag hier zur Blasenspiegelung, da wurde das festgestellt, und am Montag war ich direkt, weil gar nicht erst auf lange Bank schieben. Und heute hab ich das Ergebnis. Also ich war, in dem Moment war ich ja zufrieden.“ (P3: 78-81) Die Zufriedenheit ist im Lichte eines leidgeprüften Patienten zu sehen, der sich seinem Schicksal hingibt und daher für jede medizinische Hilfe dankbar ist.

Die Patientin P9 ist mit ihrer behandelnden Gynäkologin zufrieden, die sie im Vergleich mit zurückliegenden Arztkontakten als sehr nett erlebt. Im Interview berichtet Frau P9 von ihren traumatischen Erfahrungen in der Gynäkologie, wo sie nicht als Patientin gesehen und gehört wurde: „Und ich muss sagen, wenn ich da heut' zurückblicke, wird 's mir schlecht, weil für so 'ne junge Frau, wie ich damals war sind solche Ergebnisse niederschmetternd. Es wurde gesagt, das haben sie das ist ganz schrecklich, man es kann sein, dass da was Schlimmeres hinter steckt zack. Und dann genau dieses diese Sache, man hat zehn Minuten, man geht in 'ne Kabine, wird untersucht, dann kommt der Arzt und sagt das liegt vor, es kann sein dass da was Schlimmeres hinter steckt wir melden uns bei ihnen, sie müssen innerhalb von zwei Wochen im Krankenhaus 'n Termin machen alles Gute auf Wiedersehen so, so geht das schon los. Obwohl das wirklich 'n normal netter Arzt, das war jetzt irgendwie kein [unverständlich, 1 Wort] ne, auch 'n jüngerer Arzt war. Aber überhaupt nicht auf diese Thematik Angst Ängstlichkeit, was ist überhaupt los, was heißt das wie Myome oder wie schnell wachsende Myome. Wieso, warum, wieso bei mir, hab' ich irgendwas falsch gemacht. Völlig alleingelassen, total alleine so, dann ins Krankenhaus kam. Und das setzt sich, im Krankenhaus setzte sich das fort.“ (P9: 229-245) Die Patientin beschreibt eine Situation, in der sie nicht offen über ihre Ängste und Bedenken kommunizieren konnte, wodurch Selbstzweifel und Unsicherheiten entstanden. Aus Sicht der Patientin beruhen

die negativen Erlebnisse auf ein autoritär-dominantes ärztliches Auftreten, welches durch eine subtile Form der Machtausübung die vorhandenen Ängste der Interviewpartnerin verstärkten und ihr ein Gefühl vermittelten, ein Objekt der Medizin zu sein: *„Ich hatte dann immer 'ne Riege von acht sechs acht Ärzten da stehen, musste mein Nachthemd hochheben und das immer wieder zeigen. Grauenhaft. Ich hab' überhaupt nicht das ganze irgendwie verkraftet. Weder den Befund noch die Operation als solche.“* (P9: 258-262) In der folgenden Interviewsequenz schildert die Patientin ein in ihrer Erinnerung dramatisches Gespräch. Im ärztlichen Beratungskonzept wurden weder Gesprächsangebote gemacht, noch wurden an welche gedacht. Stattdessen empfindet die Patientin die Form der ärztlichen Aussagen als Drohgebärden, die sie sprachlos gemacht haben: *„Und dann wurde ich mit Drei\_ 33 schwanger. Und ja dann hatte ich natürlich immer das im Ohr. Sie können das nicht, das geht nicht, das darf nicht. Dann werden sie ganz viel liegen müssen. Also immer dieses auch was alles passieren wird. Es wurde nie wie die Frau X [aktuelle Ärztin, Anm. d. Verf.] das macht ge\_ gefragt oder gesagt, ja aber sie haben ja auch dann was erreicht und es ist gut so wie 's ist und das kann man so belassen oder. Überhaupt mal gefragt, wie das für mich ist. Es wurde einfach darüber weggefeigt, das und das ist medizinisch notwendig, danach haben sie sich zu richten, ob ihnen das passt oder nicht so.“* (P9: 281-289) Im vorangegangenen Zitat wird deutlich, dass die Patientin die Ärztin schätzt, weil sie das Gefühl hat, einen Raum zum Sprechen zu bekommen, um ihre Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen. Die Patientin fühlt sich wiederholt als „Spielball“ ärztlicher Dominanz. Ihre negativen Erfahrungen beruhen hauptsächlich auf Begegnungen mit Ärzten (d. h. mit Männern) im Versorgungsprozess ihrer Erkrankung. Die erlebte Kommunikation und Gesprächsführung erzeugte bei der Patientin ein negatives Bild von männlich-ärztlichen Verhalten. Im Gegensatz dazu ist sie jetzt bei einer Ärztin in Behandlung. Im Lichte der traumatischen Erlebnisse ist die Patientin mit der Gynäkologin sehr zufrieden, da sie ihre Krankheits- und Körperkonzepte respektiert. Die Interviewpartnerin erlebt durch das Miteinander von „Frau zu Frau“ eine Erleichterung des Kommunikationsprozesses: *„Und wenn ich, wie ich dann zu Frau Dr. X kam, wie gesagt, wenn man hier schon reinkommt, das ist 'ne ganz andere Art. Ich finde Frauen sollten Frauen unterstützen. Und Frauenkörper ist was anderes wie 'n Männerkörper. Und ich möchte auch dass Frauen im Gespräch, alleine schon im Gespräch im Arztgespräch ernst genommen werden. Und das werden sie oft nicht. Es wird weggefeigt darüber. Aus männlicher medizinischer Sicht. Und ich würd' gerne alle Frauen ermutigen, auch das eigene als Kraft zu nehmen so. Und das macht sie, das ist in dieser Praxis, wird das absolut gelebt.“* (P9: 325-333)

### **Zufriedenheit im Lichte hoher Dankbarkeit**

In den Interviews berichten Patienten und Patientinnen von prägenden Ereignissen oder Situationen zurückliegender ärztlicher Kontakte, wodurch sich im Nachhinein eine

große Dankbarkeit mit dem jeweiligen Arzt/der jeweiligen Ärztin begründet. So auch in dem Beispiel der Patientin P6, die sich insgesamt zufrieden zu ihrem Hausarzt äußert. Zum einen konnte die Patientin über einen langen Zeitraum der Begegnung ein großes Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt aufbauen. Zum anderen speist sich diese Zufriedenheit vermutlich auch aus zwei haften gebliebenen Schlüsselerlebnissen, die für die Patientin positiv in Erinnerung geblieben sind:

*P6: Ich bin morgens aufgewacht und da kriegte ich meinen Fuß nit mehr, da hatt' ich keine Gewalt mehr drüber. Und bin direkt hier rüber. Und da sagt er: ‚Mit Schlaganfall, Sie müssen sofort ins Krankenhaus.‘ Mein Mann war krank, ich hab 'n Hund. Mein Mann konnte nie mit 'm Hund gehen. Wir wohnen auf der 4. Etage. Ich sag: ‚Sie können mit mir machen was Sie wollen aber ins Krankenhaus geh ich nit.‘ Ich sag: ‚Ich lass mein Bein hinter mir her, dat ist mir egal, aber im Moment kann ich nit ins Krankenhaus.‘ Und dann hat er alle Hebel in Bewegung gesetzt, dat ich zum [Facharzt] schnell konnte, dat ging ruckzuck. Und die haben dann untersucht und Gott sei Dank war es kein Schlaganfall, sondern mit der Bandscheibe. Obwohl ich da keine Schmerzen hatte ne.*

*I: Und da ging das wieder weg.*

*P6: Nach paar Wochen war et weg, Gymnastik und so. Und dat sind dann so Situationen, wat ich vielleicht mit 'nem andern Arzt gar nit machen könnte. Er sagt sie müssen, ich sag nee, ich muss nit. Und dann reagiert er direkt und sucht dat Beste raus, wat wir im Moment machen können. (P6: 225-242)*

Nach der Beschreibung der Patientin hat der Arzt einen „Stein im Brett“ bei ihr, denn sein scheinbar etwas unkonventionelles Handeln in einer etwaigen Notfallsituation war ein außergewöhnliches Ereignis für die Patientin, die eine stationäre Einweisung aufgrund besonderer Umstände abgelehnt hat. Im Erleben der Interviewpartnerin ist der Hausarzt auf ihren Wunsch eingegangen, um dann zugleich gemeinsam eine Lösung der unklaren Beschwerden zu suchen und umzusetzen. Eine weiteres Erlebnis war die Versorgung der Mutter, die aufgrund einer Diabeteserkrankung eine Komplikation erlitten hatte: „Ja überlegt wurde nit aber wo er mir sehr mit geholfen hat, ist zwar nit von mir, dat war meine Mutter, die war sehr zuckerkrank und wir hatten 'n Häuschen im X-Wald und wir waren am Wochenende und so da. Und sie hatte 'n Zuckerschock oder irgendwas. Und da rief der natürlich da an, dat wa sofort kommen müssen und hat sich drum gekümmert dat meine Mutter direkt da hingegangen und da, also.“ (P6: 274-279) Die für die Patientin dramatisch erlebte Situation wurde von dem Hausarzt aus ihrer Sicht gut und direkt gelöst. Diese Begegnung hat die Arzt-Patient-Beziehung weiter zusammengeschweißt und intensiviert. Die gemeinsam durchgestandenen Erlebnisse scheinen bedeutsam zu sein für die im hohen Maße empfundene zufriedenstellende

ärztliche Versorgung: *„Und ich konnte ja wirklich die ganzen Jahre zufrieden sein, wie er mich begleitet hat mit Medikamenten und mit Fragen und mit allem also. Daher weiß ich, bei meinem Doktor immer alles in Ordnung ist, also für mich. Und man muss ja auch Vertrauen zueinander haben. Also ich kann nur sagen, dass ich wirklich 100%ig zufrieden bin.“* (P6: 12-17)

Auch der Patient P14 ist dankbar für das erlebte ärztliche Engagement, das ihm von seiner aktuellen Hausärztin entgegen gebracht wurde. Er ist erleichtert, dass die für ihn wichtigen Themen in der Konsultation zur Sprache kamen und er seine Fragen platzieren konnte. Der Ärztin ist scheinbar eine Entängstigung gelungen, da der Patient die Sprechstunde mit einem beruhigten Gefühl verlassen hat: *„Doch es geht einem nach so 'm Gespräch würde mal sagen geht 's einem eigentlich immer 'n bisschen besser, also man merkt man hat Probleme, und wenn die Probleme hier zur Zufriedenheit des Patienten der Ärztin abgehandelt sind, ich muss sagen geht man mit 'm beruhigten Gefühl nach Hause.“* (P14: 301-305) Aufgrund der häufigen Verwendung des unpersönlichen Wortes „man“ im Verhältnis zum Wort „ich“ entsteht der Eindruck einer relativen Zufriedenheit. Des Weiteren ist die Zufriedenheit im Lichte eindrücklicher Erlebnisse zu beurteilen, durch die sich eine hohe Dankbarkeit mit dem ärztlichen Engagement begründet. Der Patient hatte initial im Rahmen seiner schwerwiegenden koronaren Herzkrankheit negative Erfahrungen mit medizinischer Versorgung gemacht, da ein schwerer Herzinfarkt bei seinem früheren Hausarzt nicht erkannt wurde: *„Und 'en paar Stunden vorher saß ich hier drei Stunden in dem Wartesaal saß ich in 'ner in 'ner Warteschleife und mein Hausarzt konnte nicht mal feststellen, Verdacht auf Herzinfarkt konnt' er nicht feststellen und der nächste Arzt fünf Minuten später sagt, er hat mich bloß angeguckt, gesagt sie haben gestern Abend 'n Herzinfarkt gehabt. Ich sag' weiß ich nicht. Mir geht 's bloß ganz komisch ja. Das hat sagen wir mal wo, wo ich immer wieder sagen würde den Rest meines Lebens bestimmt, man gut dass es so gut abgegangen ist. Ich hätte auf dem Weg von einem Arzt zum andern auf der Straße tot umfallen können.“* (P14: 504-512) Der Interviewpartner reflektiert, dass er sich in einem kritischen Zustand befand. Der Patient ist im Nachhinein unendlich dankbar mit der ärztlichen Versorgung, da die Ärzte und Ärztinnen ihm aus seiner Perspektive das Leben gerettet haben: *„Aber ich bin noch am Leben und da soll ich immer irgendjemand dankbar sein. Ich bin den Ärzten dankbar, dem auf jeden Fall, der sofort gesehen hat, der hat 'n Herzinfarkt.“* (P14: 528-531) Diese Dankbarkeit wird durch eine Begegnung mit einem Professor verstärkt, der den Patienten in einer für ihn scheinbar kritischen und ausweglosen Phase seiner schweren Erkrankung neue Hoffnung und Lebensmut wiedergegeben hat. Aus Perspektive des Patienten werden die Gespräche als offen und partnerschaftlich erlebt, wodurch der Arzt anscheinend dem Patienten den Glauben an eine Genesung vermitteln konnte. Der Interviewte empfindet ein Gefühl der Sicherheit im Umgang mit dem Arzt, der für ihn eine rettende „Vater-Figur“ darstellt: *„Da das, muss ich aber sagen, der hat, der Mann hat mir innerhalb von zwei Minuten das*

*gegeben, dass ich gesagt habe hier bist du an 'ner richtigen Stelle, der der Mann tut was für mich und wenn ich Glück habe zweimal hatte ich nicht so 'n Glück, wenn ich diesmal Glück habe, denn kann ich vielleicht noch viele Jahre leben. Und dann hat er gesagt, (was sie nicht vergessen sollen[?]), der ist 'n paar Jahre älter wie ich und auch die körperliche Fi\_ Statur und so was ähnelt irgendwie. Da sagt der wenn ich sie so ansehe muss ich einfach sagen sie müssten eigentlich noch leben.“ (P14: 588-597)* Es ist davon auszugehen, dass die zurückliegenden Ereignisse eine Deutungsgrundlage bei der Betrachtung des Erlebens der aktuellen Versorgungssituation darstellen.

### **Zufriedenheit im Lichte von Versorgungsprozessen ohne Entscheidungsdruck**

Wenn Patienten und Patientinnen in dem Gespräch mit dem Arzt bzw. der Ärztin ein Gefühl vermittelt bekommen, sich nicht sofort für oder gegen eine bestimmte therapeutische Maßnahme im Versorgungsprozess entscheiden zu müssen, scheint die erlebte Freiheit der Entscheidungsfindung zur patientenseitigen Zufriedenheit beizutragen.

Vor dem Hintergrund eines neu diagnostizierten Bluthochdrucks erlebt der Patient P4 eine Konsultation mit dem Hausarzt, in der ihm aus seiner Perspektive eine undramatische Behandlungssituation des Krankheitsgeschehens vermittelt wurde: *„Wie gesagt, dieser erhöhte Blutdruck ist lange ein einziges Mal festgestellt worden. Ich hab's danach selber noch mal wieder kontrolliert. Der ist im Moment einfach erhöht. Das hat sich also abgezeichnet. Also insofern war jetzt da nix Neues. War also nicht so wie hab ich nun Krebs oder hab ich ihn nicht. So was war da jetzt nicht so zu erwarten. Mir war schon klar, der ist im Moment erhöht, es ging im Wesentlichen darum was kann man dagegen unternehmen.“ (P4: 62-68)* Der vom Patienten beschriebene Unterschied zwischen der Diagnose Krebs und Hypertonus verdeutlicht, dass der Interviewpartner sich als jemanden sieht, der weniger schlimm betroffen ist. Wenn möglich, möchte der Patient vorerst auf die Einnahme von Medikamenten verzichten. Im Vergleich zu den beiden Diagnosen beruhigt sich der Patient auch selbst, einen für ihn nicht so dramatischen Befund zu haben. Für den Patienten bedeutet Krebs eine Diagnose zum sofortigen Handeln, wohingegen die „Diagnose Bluthochdruck“ eine weniger interventionsbedürftige Situation darstellt, in der erst einmal abgewartet werden kann: *„Meine Nachfragen, was jetzt diese beiden Langzeitgeschichten [Langzeit-Blutdruckmessung/ Langzeit-EKG, Anm. d. Verf.] ergeben haben sind beantwortet. Die blieben in dem Rahmen der erwartet war. (--) Waren jetzt nicht nach oben so weit ausgerissen, dass jetzt auf einmal schlagartig dann doch so'n massiver Behandlungsbedarf bestünde, aber es hat eben, halt 'en erhöhter Druck da und da müssen wir was machen. Aber wie gesagt, an dem ist nicht direkt so dramatisch. Das wäre so die Situation gewesen, wo dann das Gespräch vielleicht in etwas bedenklichere Richtung gelaufen wäre. Aber das ist nicht passiert.“ (P4: 135-142)* Der Patient erlebt keinen Druck, eine bestimmte therapierelevante Entscheidung mit treffen zu müssen. Stattdessen konnte die Planung über das weitere medizinische Vorgehen vertagt werden. In der Konsulta-

tion wurde gemeinsam mit dem Arzt sich darauf verständigt, dass der Patient bis zu einem nächsten Gesprächstermin sich über die Erkrankung informieren kann (u. a. ärztlicher Hinweis auf [www.netdokter.de](http://www.netdokter.de) und PROCAM-Score), um anschließend die weitere Versorgung zusammen zu planen. Der Patient deutet die Informationen und Aussagen des Hausarztes als eine Entdramatisierung seines Krankheitsgeschehens. Eine medikamentöse Intervention steht zurzeit nicht auf der Agenda des Patienten, da er zunächst „andere“ Behandlungsmaßnahmen bevorzugt: *„Er hat mir erklärt, welche Möglichkeiten es gibt. Und würde ich auch durchaus zum Einsatz bringen. Wenn dann eben die anderen Maßnahmen nicht vernünftig funktionieren. Also da ist es nicht irgendwie so ein Horrorszenario dadurch entstanden, bloß nicht und und ...“* (P4: 225-228)

Die Patientin P9 beschreibt eine als gelungen erlebte Konsultation. Sie fühlt sich von ihrer Ärztin wertgeschätzt und respektiert, da ihre Anliegen in ausreichender Zeit besprochen werden konnten. Die Interviewpartnerin hat nicht den Eindruck vermittelt bekommen, eine bestimmte Therapieentscheidung eingehen zu müssen. Angesichts zurückliegender traumatischer Erfahrungen mit Ärzten und Ärztinnen hat die Patientin die Entscheidungsfreiheit möglicher Therapieoptionen vermutlich noch nie so offen empfunden. In den Gesprächen mit ihrer Gynäkologin wird sie nicht in ihren Entscheidungswegen „manipuliert“ und zu einer Entscheidung gedrängt: *„Und ja, gut Frau Dr. X nimmt sich die Zeit und vor allem fühle ich mich immer ernst genommen mit meinen Belangen. Und ichühl' mich nicht so, dass jemand mir etwas aufzwingen möchte, dass sie mir etwas ja (--) aufzwingen möchte aus, von ihrem Standpunkt das kenne ich oft v\_ aus anderen Bereichen. Dass man so über den Mund gefahren bekommt oder irgendwie manipuliert wird und. Das hab' ich bei ihr überhaupt nicht. Es ist wirklich sehr viel Beratung, alle verschiedenen Punkte werden erläutert, was gibt es für Möglichkeiten. Man hat das dann wirklich so vor vorm Auge, aha a, b, c hm=hm gut. Und dann, was gibt 's für Vorteile für Nachteile. Und das wird sehr ausgiebig auch geschildert.“* (P9: 16-26) Die Patientin hatte in der Vergangenheit bereits mehrere Operationen an der Gebärmutter erlebt und hat vor einem weiteren Eingriff große Angst. Diese Ängste werden von der Ärztin offenbar gut aufgenommen, indem sie die Patientin berät und ihre Fragen zufriedenstellend beantwortet. Allerdings geschieht die Entängstigung erst durch die positive Bewertung des Befundes durch die Gynäkologin. Die erlebte Entscheidungsfreiheit für die Patientin entstand, als gesagt wurde, dass aus medizinischer Sicht keine Indikation zur Operation der Myome besteht. Dies wäre beispielsweise anders gewesen, wenn die Patientin einen niedrigen Hämoglobin-Wert hätte. Aus Sicht der Patientin wurden dagegen die Therapieentscheidungen früher in erster Linie durch Ärzte und Ärztinnen gefällt. Bei ihrer aktuellen Ärztin nimmt die Patientin erstmalig wahr, dass sie selber über ihren Körper bestimmen kann, womit sie sich hoch zufrieden zeigt: *„Und dann merke ich wo sie dann sagte nein, also aus medizinischer Sicht kann man das auch weiter so verfolgen, wie wir das machen, ganz engmaschig, ich bin*

*ja alle 3-6 Monate bei ihr, schon seit vielen Jahren, dass ich das so weiterlaufen lassen kann. Dann wurd' das wieder ruhiger bei mir, vom Gefühl, dass ich so entspannter wurde und dachte ach ja gut, d. h. ich hab' eigentlich die Wahl, ich bin, muss jetzt nicht mich etwas unterziehen wieder, sondern ich kann sagen, nein ich werde das oder ich werde das oder ich werde das. Diese Option hab ich 's erste Mal in meinem Leben. Und das ist eigentlich auch 'n sehr gutes Gefühl. Weil 's früher immer so war, dass gesagt wurde, dass musst du, das müssen sie jetzt machen, das ist lebensnotwendig. Und jetzt ist es so eigentlich dass ich da bin und dass halt, also ich kann die Wahl treffen. Und das find' ich ganz toll. Also merkte so zum Schluss des Gesprächs auch dass ich froh bin und dass ich mich gut fühle und dass ich ihr dankbar bin auch dafür.“ (P9: 87-101)*

### **Zufriedenheit im Lichte geringer Erwartungshaltung**

Sofern Patienten und Patientinnen hohe Erwartungen an das Gespräch mit dem Arzt haben, ist es für sie ungleich schwieriger eine zufriedenstellende Konsultation zu erleben, in der ihre Ansprüche vollkommen erfüllt werden. Auf der anderen Seite zeigen sich die Akteure und Akteurinnen zufrieden, wenn sie geringe Erwartungen an das Gespräch benennen. So geht der Patient P1 verhältnismäßig „unbedarf“ in die Konsultation mit seinem Hausarzt, indem er sich als Nicht-Patient darstellt, der selten zum Arzt gehe und nicht erfahren sei im Umgang mit ärztlichen Kontakten: *„Ich bin ein Patient, der in den letzten 44 Jahren selten zu Ärzten gegangen ist, so selten wie nur irgend möglich abgesehen vom Zahnarztbesuch reduziert sich ja das Kennen lernen von Ärzten auf ja innerhalb der letzten zehn Jahre drei, maximal vier Besuche. Also so selten wie nur irgend möglich. Ja da ich nicht so versiert bin in in Zahn\_ in Arztbesuchen, brauche ich also auch unbedingt immer einen Partner, der ja mir gegenüber die nötige Ruhe ausstrahlt. Das tut Herr A1 (Name des Arztes) eindeutig.“ (P1: 11-18)* Der Patient präsentiert seine Angst versteckt, in der Folge, dass er sich als naiver Nicht-Patient beschreibt. Dadurch versucht er die Verantwortung für die Situation an den Arzt abzugeben. In einer weiteren Interviewsequenz wird deutlich, dass er kaum bewusste Erwartungen an das Gespräch hatte. Ihm ist allerdings wichtig, bei dem Hausarzt weiter behandelt zu werden, da er im Rahmen des neu diagnostizierten Diabetes mellitus vor dem weiteren Procedere Angst hat. Die geringe Erwartungshaltung könnte eine Form sein, seine Ängste zu überspielen, zudem er sich weiter als unbedarfter und ungeübter Patient darstellt. Auf Nachfrage, welche Erwartungen er an das Gespräch hatte, antwortet Herr P1: *„Eigentlich gar keine. Also ich hatte die Erwartung ja ist es die 1, ist es die 2? Ist er mein behandelnder Arzt in der Zukunft oder ein Facharzt? Weil wir das letzte Woche schon ansprachen, wenn es denn Typ 1 ist, wird er mich überweisen an einen Facharzt. Letzteres fand ich jetzt nicht so schön, wenn denn das dazu gekommen wäre. Oder andersrum gesprochen, bin ich ganz froh, dass es jetzt eben mit ihm weitergeht, weil nach zwei Arztbesuchen bei so einem nicht Arztgänger schon*



wieder den nächsten Facharzt aufsuchen, hätte ich als ja ein wenig störend empfunden. Aber auch damit hätte man sich abgeben müssen, ja okay. Nein aber ansonsten Erwartungen. Meine Erwartung war so, ja dass ich ihn hoffentlich so erlebe, wie beim ersten Mal, wie letzte Woche, als einen ruhigen, gelassenen netten Typen, den man gerne auch als seinen Arzt bezeichnet. Und das hat er heute auch wieder unter Beweis stellen können.“ (P1: 126-143) Die Angst zeigt sich in den folgenden Worten, wo er von seiner „Unruhe“ spricht, die nach der Diagnosemitteilung nach dem letzten Termin aufgetreten ist: „Eine Menge Unruhe. Weil er hat es ja letzte Woche natürlich auch geschafft trotz netter Worte mich in eine ganz ordentlich Unruhe hineinzufüllen. Jemand der sonst Arztbesuche gar nicht kennt und dann gesagt bekommt, dass man sich jetzt mit einer chronischen Krankheit auseinander zu setzen hat und mit regelmäßigen Arztbesuchen, mit regelmäßigen Medikamenten, in welcher Form auch immer, dann ist das natürlich irgendwo eine neue Zeit, die für mich anbricht.“ (P1: 63-69) Der Patient hat Angst vor der Zukunft, da er nicht weiß, was auf ihn zukommt. Ärzte, die Ruhe und Gelassenheit ausstrahlen können seine Sorgen eher mildern. Letztendlich bekommt er Hilfe von einem als kompetent erlebten Arzt, welches ihn die Unsicherheit nimmt und damit zufrieden macht.

Der Patient P5 wirkt auf den ersten Blick mit dem Gesprächsverlauf zufrieden, äußert bisweilen jedoch auch leise Kritik an der zurückliegenden Sprechstunde. So wird der Wunsch nach mehr Psychotherapie von dem Hausarzt nicht aufgegriffen (vgl. Kap. 5.2.1). Der Arzt grenzt nicht genau ab, wo der thematische Unterschied in seinen Sprechstunden im Vergleich zur Psychotherapie-Sprechstunde liegt. Der Patient erlebt demnach eine zeitliche Begrenzung alle seine Themen dem Hausarzt mitzuteilen: „So. Ich bin mit dem Herrn Dr. X auch zufrieden. Aber, man hat nur eben seine zeitliche Begrenzung ne. Dass ich da auch ja, es ist schwierig, alles irgendwo reinzupacken und zu sagen wir haben jetzt aber Zeit ne. Wie gesagt, wenn er mit mir jetzt mal 'ne Stunde Zeit hätte, wär' das schön ne. Aber ist ja nicht der Fall ne. Dann hat man vielleicht 10 Minuten, 15 Minuten vielleicht mal, aber das war 's dann auch schon ne. Aber wie weit man so was ändern kann, ist ja auch 'ne Sache der Politik ne.“ (P5: 451-458) Jedoch ist der Patient aber im Verhältnis zu den Möglichkeiten, die er in einer hausärztlichen Sprechstunde erwartet, zufrieden: „Aber so für die Vielzahl dieser verschiedenen Themen bin ich voll zufrieden damit. Hab auch nicht mehr nicht mehr nicht mehr davon erwartet.“ (P5: 236-238) Im Vergleich mit anderen ärztlichen Kontakten ist der Patient mit dem Hausarzt zufrieden, da er ihn ernst nimmt und zuhört. Er hat die Erfahrung gemacht, dass Gespräche bei anderen Ärzten durchaus schlechter sein können. Doch das Relativierungswort „eigentlich zufrieden“ in der nächsten Interviewsequenz lässt dennoch vermuten, dass der Patient zwar im Rahmen einer geringen Erwartungshaltung zufrieden ist, sich jedoch vermutlich mehr von der Konsultation versprochen hätte: „Einmal, die Ärz\_ die Ärzte sollten ja auch auch ernst nehmen, warum der Patient auch da ist ne. Ich hab auch andere Erfahrungen sicherlich ne also. Das ken-

*nen se sicherlich auch. Wobei ich mit dem Herrn Dr. X eigentlich auch sehr zufrieden bin, weil ich weiß er nimmt mich auch ernst und er sagt nicht einfach ja, ja wunderbar, Platz, Rezept und Tschüss, sondern eben er macht sich auch wirklich Gedanken darum so.“ (P5: 312-317)*

### **Hinweise auf Unzufriedenheit**

Dass Patienten und Patientinnen sich ausdrücklich kritisch zu dem Gespräch mit dem Arzt oder der Ärztin äußern, bleibt in den durchgeführten Interviews des Projekts die Ausnahme. Wenn Hinweise auf Unzufriedenheit aufgetaucht sind, sind sie vorsichtig oder in abgeschwächter Form formuliert worden. Beispielsweise im Falle des Patienten P13, der eine partielle Stigmatisierung seiner Person bzw. der Patientengruppe der Abhängigkeitserkrankten in der Arztpraxis anmerkt. Der Patient scheint die Erwartung zu haben, dass die Ärztin ihm vertraut. Allerdings ist aus Perspektive des Patienten ein Vertrauensaufbau zu der Ärztin und den Praxismitarbeiterinnen schwieriger herzustellen als etwa zu einem Patienten mit somatischen Beschwerden, da mit seiner Erkrankung gewisse Stigmata und Vorurteile verbunden sind. Der folgende Interviewausschnitt macht deutlich, wie vorsichtig und schon fast rücksichtsvoll der Patient seine Kritik zur Sprache bringt:

*I: Was ist für Sie wichtig an ärztlicher Versorgung? Was ist Ihnen wichtig an der Ärztin, am Arzt?*

*P13: Ja dass die natürlich ne 'n gewisses Vertrauen natürlich auch mir gegenüber hat ja. Und was auch in meinem Bereich hier auch immer wieder die Gefahr ist ja, die man auch manchmal 'n bisschen spürt also jetzt nicht nur, also jetzt nicht von der Ärztin alleine oder von irgendeiner bestimmten Person, ist oft so 'ne ja manchmal so 'ne na so 'ne Grund\_ ja wie soll ich sagen, 'ne Grundverdächtigung, ja das passiert sehr schnell ja und, ja dann braucht man dann halt in meiner Posi\_ also in meiner Position eben auch eine etwas dickere Haut, darf man auch nicht so empfindlich sein, ja.*

*I: Haben Sie ein Beispiel dafür?*

*P13: Ja ja man kommt, man kommt ja morgens, also zumindest bei mir, einen Tag in der Woche und holt sich sein Rezept ab für seine Tabletten. Und, ja da wird man schon dann manchmal wenn 's ganz, ganz besonders stressig ist, und ich spür' das ja auch, ich arbeite auch im stressigen Beruf, da kann ich das auch ganz schön nachempfinden. Na dass sie dann schon manchmal genervt gucken ne ja. Und, ja manchmal, also ich glaube das kriegen denn, kriegt dann unsere Patientengruppe dann schon 'n bisschen eher ab, weil sie dann weil wir auch regelmäßig da sind, ne das, jeder muss ja auch regelmäßig kommen, das ist bei einem andern Patienten ja nicht so, der kommt dann einmal im halben Jahr oder*

*so. Aber es ist jetzt eine Anmerkung und keine Kritik, weil jeder ist ja es ist ja jeder menschlich und ich weiß das es in diesem Beruf ja auch manchmal sehr unmenschlich auch zugehen kann. Ich bin in der A-Berufsgruppe tätig und da weiß man das, dass es sehr stressig ist. (P13: 267-296)*

Der Patient möchte respektvoll behandelt werden, vermisst aber eine Wertschätzung seiner Person. So hat er manchmal ein unangenehmes Gefühl während der Ausgabe der Substitutionsmedikamente, was der Patient mit der regelmäßigen Anwesenheit seinerseits begründet. Aber er hat auch den Verdacht, dass die wahrgenommene Missmutigkeit der Praxismitarbeiterinnen etwas mit seiner ehemaligen Drogenabhängigkeit zu tun haben könnte. Die versuchte Relativierung seiner Kritik ist ein Zeichen für das Abhängigkeitsempfinden des Patienten von der Praxis.

Die Patientin P15 gibt zu der Frage nach gelungenen Anteilen des Gesprächs mit ihrer Gynäkologin nur eine kurze diplomatische Antwort: *„Also sie hat ja 'n guten Kontakt hergestellt und sie hat sich och sehr bemüht, mir alles gut zu erklären.“ (P15: 95-96)* Im Vergleich zu anderen Interviews mit Patienten und Patientinnen in diesem Projekt lässt sich die Kürze dieser Sequenz als ein Beleg dafür deuten, das es der Interviewpartnerin nicht so gut gefallen hat und für sie das Gespräch nicht zu ihrer Zufriedenheit gelaufen ist. Auf der einen Seite wurde die Patientin informiert und ihre Fragen wurden beantwortet, auf der anderen Seite vermisst sie aber die Empathie und Menschlichkeit im Rahmen des ärztlichen Kontakts. Abgeleitet aus den Gründen ihrer Unzufriedenheit benennt die Patientin konkrete Bedürfnisse, die sie in dieser Ärztin-Patientin-Beziehung nicht erlebt hat (vgl. Kap. 5.2.3). Die Interviewpartnerin versucht allerdings mit ihrer Kritik vorsichtig zu sein und zeigt Verständnis für den Zeitdruck der Ärztin: *„Na ja ich sag' mal so, Mangelerscheinung insgesamt auch auch im Therapieverlauf ist ebend, dass die behandelnde Ärztin auch sehr arg unter Zeitdruck ist, sie kann sich nich' die Zeit nehmen, die sie vielleicht gerne nehmen möchte oder die ich als Patient auch gerne in Anspruch genommen hätte, also das beschränkt sich dann überwiegend auf die wichtigen informativen Sachen, die der Patient wissen muss, ein wenig am Rande, na wie sind denn nun im Moment die Befindlichkeiten, aber das ist dann schon der Kreis, der sich dann schon schließt also, das ist das, ja es ist eben, ich versteh' das och und ich will 's um Gottes Willen och nicht kritisieren, weil sie dafür auch keine Zeit hat und man ja auch selber im Rahmen der Therapie dann och gemerkt hat wie sehr sie als behandelnde Ärztin unter Druck ist immer wieder zwischen zwei verschiedenen oder manchmal auch drei verschiedenen Sachen hin, hin und her zu hüpfen, aber ich denke mal schon, des ist schon 'ne Sache, die insgesamt bei den Therapien nicht ausreichend berücksichtigt wird, das ist einfach dieser menschliche Faktor.“ (P15: 98-114)*

Einen anderen Kritikpunkt beschreibt die Patientin im weiteren Verlauf des Interviews. Für sie war es wichtig, mit der Ärztin über die weitere medizinische Versorgung

zu sprechen und nochmals eine Ultraschalluntersuchung der Brust erhalten zu haben, was ihr ein Gefühl von Sicherheit vermittelte. Bevor die Chemotherapie anfang, bestand ein großes ärztliches Interesse, die betroffene Brust der Patientin zu untersuchen. Nachdem allerdings die Chemotherapie begonnen wurde, hatte sie den Eindruck eine Art Objekt der Medizin zu sein, da seitens der Ärztin plötzlich kein Interesse an ihr mehr als Person bestand. In der Phase der Chemotherapie, in der vordergründig keine medizinische Entscheidung zu treffen war, hatte Frau P15- im Vergleich zur Versorgungsphase vor der Chemotherapie- den Eindruck, dass das Interesse der Ärzte und Ärztinnen an ihr als Patientin deutlich nachgelassen habe. So haben in der Phase der Chemotherapie weder Untersuchungen noch längere Gespräche stattgefunden. Ohne eine ärztliche Rückmeldung über ihren gesundheitlichen Zustand während der Chemotherapie sind bei der Patientin Ängste aufgekommen, die sich vor allem verstärkt hatten, nachdem sie eine Veränderung an der Brust getastet hatte. Nur auf gezielte Nachfrage konnte die Patientin ihren Wunsch artikulieren, nochmals die Brust untersuchen zu lassen. Für sie ist es nicht erschließbar, warum sie als Patientin mit ihren Sorgen nicht wahrgenommen und gehört wurde. Nach Ansicht der Patientin gehört ein erkennbares Interesse an ihrem Erleben der Erkrankung zum professionellen ärztlichen Handeln dazu: *„(...) das hab' ich so während der ganzen Therapie och für mich vermisst, ist diese Sache als die Diagnose klar war ne, da da wollte jeder der mich zu sehen bekam, von Ärzten wie och immer, der wollte dann meine Brust abtasten, und wollte gucken und und diese Untersuchung und jene Untersuchung, ob des stimmig ist und in der Zeit ((lachend)) wo dann die Chemo läuft, des war so so ganz global allgemein so na ja jetzt bekommen sie ja Chemo, dann tun wir ja was, aber was sich dann so im Innern entwickelt oder nich', ich war natürlich berechtigt beunruhigt. Was was wäre für mich stand für jeden Zeitpunkt fest, wenn da irgendwas gewesen wäre, da hatte sich mal so so 'ne so 'ne Gewebeflüssigkeitseinlagerung abgebildet ja, die spürbar war, das war so nach Ostern, hat mich sehr beunruhigt, ich war denn in 'ner Urlaubsvertretung in A-Stadt, als sie mich dann so die allgemeine Frage ist ja denn beim Portstechen, und wie geht 's ihnen, war meine Antwort, na ich bin 'n bisschen beunruhigt, ich habe so des Gefühl, als ob ich hier 'n dicken Knoten habe, Punkt, da kam keine Reaktion. Und und als das dann zu Ende war die Chemotherapie kam die denn noch mal und fragte mich dann, na wie geht 's ihnen denn jetzt und da hab' ich dann einfach gesagt, ich würd' gerne mal wollen, dass sie mir, dass sie sich meine Brust noch mal anschauen. Ja und das hat sie denn auch auf diese konkrete Sache, also man muss schon als Patient dann och wenn man was will, ganz konkret nachfragen, es gibt so diese ganz allgemeinen Fragen wie geht 's denn und, und und und des ist einfach so 'ne 'ne Höflichkeitsfrage ne, wenn man sich so trifft, na wie geht 's dir denn heute, na ja bis vorhin ging 's noch, mal sehen wie 's nachher ist. Also das das war so, das ist das wo ich dann sage ja, das ist schwierig ne, einerseits sind das Mediziner, aber andererseits sind es och Menschen und grade in dem Fall hat mir das ebend och*

*gut getan, diese diese Ultraschalluntersuchung, ich konnte noch mal sehen, dass da nichts weiter ist, und sie hat dann eben erklärt was da nun noch zu sehen ist und was das dann ist, und und das ist schon so 'n beruhigender Faktor ne.“ (P15: 169-199)*

Abschließend lässt sich herausstellen, dass sich die erlebte Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen in den Interviews nicht auf einzelne Versorgungssituationen reduzieren lässt, sondern in einem größeren Kontext anzuschauen ist. Ferner wurde in diesem Abschnitt zum Ausdruck gebracht, dass es unterschiedliche Facetten im Zusammenhang mit patientenseitiger Zufriedenheit gibt. Die Ausführungen der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen zeigt, dass die Zufriedenheit mit der aktuellen Konsultation im Lichte vielfältiger Versorgungsprozesse für jeden einzelnen Patienten und jeder einzelnen Patientin zu deuten sind.

### **5.2.3 Wünsche und Bedürfnisse aus patientenseitiger Perspektive**

In diesem Abschnitt wird dargestellt, welche Wünsche und Bedürfnisse Patienten und Patientinnen in den Interviews geäußert haben. Inwieweit beschreiben die Interviewpartner und -partnerinnen, ob ihre Wünsche und Bedürfnisse vom Arzt oder der Ärztin gesehen bzw. berücksichtigt worden sind? Wie sehen die beziehungsrelevanten Wünsche und Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen an die Ärzte und Ärztinnen aus? Weiterhin soll aufgezeigt werden, welche Informationsbedürfnisse und Entscheidungspräferenzen die in diesem Projekt interviewten Patienten und Patientinnen haben.

#### **Auf die Begegnung bezogene Wünsche und Bedürfnisse**

In dem Interview P10 berichtet die Patientin von einem für sie wichtigen beziehungsrelevanten Aspekt der Arzt-Patient-Beziehung. Die Interviewpartnerin fühlt sich in einer vertrauensvollen und angenehm erlebten Umgebung mit ihrem/ihrer jeweiligen Gesprächspartner/-in sicher und ist dort eher dazu geneigt, ihre Anliegen offen anzusprechen: *„Also (--) erst mal für mich wär' es sehr wichtig, dass man, wenn 'ne Ärztin reinkommt und so, ja so so 'n Vertrauen muss man haben zur Ärztin, damit man überhaupt über seine Probleme reden kann. Das ist für mich wichtig. Und dass die Ärztin oder Arzt eben halt zuhört, wenn man Probleme hat. Und dass sie eben halt für mich sozusagen nett und freundlich ist ((lacht)). Ja gut, müssen sie ja eigentlich sein, auch die Ärzte. Dass eben halt auch so 'n Vertrauen da ist. Wenn man natürlich merkt, dass da irgendwie nicht die Chemie stimmt, denn fragt man auch gar nicht nach, weil man Angst hat. Ja.“ (P10: 256-264)*

Im Gegensatz zu dem aktuellen Gynäkologen, wo die Patientin im Rahmen einer Brustkrebserkrankung ein abschließendes Bilanzierungsgespräch nach Beendigung einer Chemotherapie hatte, ist sie bei ihrer Frauenärztin schon langjährig in Behandlung. Dort findet die Patientin eine „ehrliche“ Umgebung, wo ihr eine Plattform geboten wird, um die patientenseitigen Ängste offen zu präsentieren: *„Also ich bin schon sehr lange bei meiner Frauenärztin in Behandlung. Und mir gefällt sehr gut bei ihr, dass*

*ebend halt das Vertrauen da ist. Es ist als ob man sich schon ewig kennt. Es is' ist richtig angenehm. Die Gespräche mit denen man, die man führt mit ihr, offen und ehrlich, keine Geheimnisse.“ (P10: 280-284)* Wenn dagegen die „Chemie“ nicht stimmt, findet die Patientin nicht den Mut, alle für sie als belastend erlebten Fragen zu stellen. Einerseits könnte die versteckte Thematisierung des möglichen Rezidivs einen Hinweis darauf geben, dass der Gynäkologe keine Gesprächsatmosphäre von Vertrauen und Empathie vermitteln konnte, in der die Patientin offen und ehrlich hätte sprechen können (vgl. Kap. 5.2.1). Andererseits ist auch zu berücksichtigen, dass die Möglichkeit einer Vertrauensentwicklung bestand, diese aber aufgrund der kurzen Behandlungszeit schwieriger erscheint.

Vertrauen spielt auch für die Patientin P6 eine große Rolle. Bei einem/einer freundlichen und empathischen Arzt/Ärztin könne sich eher Vertrauen entwickeln, wo einem das Gefühl vermittelt wird, dass man als Patient/Patientin wichtig sei: *„Also Vertrauen zu einem Arzt, ist das Wichtigste. Wenn ich zum Arzt, muss ich wegen 'ner Darmspiegelung. Und ich bin reingekommen, hab' den Arzt gesehen, der hat nur paar Worte mit mir gesprochen, war für mich das Thema erledigt. (...) Arrogant und (--) die Nase hoch.“ (P6: 112-115)* Das Gefühl eines Nicht-Zusammenpassens scheint schnell deutlich zu werden, was die Patientin in der Beschreibung eines arrogant und eingebildet wirkenden Arztes darlegt. Der Eindruck einer passenden Arzt-Patient-Beziehung und des „Zurechtkommens“ lässt sich vielleicht durch eine gute Menschenkenntnis und Intuition erklären, ein Gefühl für die passende Begegnung: *„Ja. Sympathisch und wie ich schon sagte, nit so überheblich. Also für mich muss 'n Arzt wie soll ich mich ausdrücken ((seufzt)) (--) ja Freundlichkeit. Dem muss ich in de Augen gucken können und.“ (P6: 182-184)*

Neben den patientenseitigen Wünschen nach Empathie und Vertrauen spielt für die Patientin P11 das Bedürfnis nach Sicherheit und das Gefühl des ernst genommen werden eine große Rolle im Erleben des Kontaktes mit ihrer Hautärztin. Die Patientin ist froh, dass die Ärztin sich alles anhört und sie sprechen lässt. Die Interviewpartnerin bekommt den Eindruck, als Patientin gehört zu werden, da die Ärztin ihr offenbar genügend Raum zur Präsentation ihrer Anliegen gibt. Bei der Patientin verstärkt sich dadurch das Sicherheitsempfinden im Umgang mit der Dermatologin, da sie sich gut aufgehoben fühlt und aus ihrer Sicht eine gegenseitige Sympathie erlebt, die von der Patientin als passende „Chemie“ gedeutet wird. Vor diesem Hintergrund ist die Option zum Sprechen für die Patientin der entscheidende Wunsch an die Ärztin-Patientin-Beziehung, der anscheinend von der Ärztin erfüllt werden konnte: *„Ja na ja es ist, der der Kontakt, dass der Kontakt wirklich so ist, dass man sich nicht scheuen muss, irgendwas zu sagen oder nicht das Gefühl haben muss, dass das der dass der Arzt sagt, wat erzählt sie mir denn was geht mich denn das an. Das gibt 's auch. Und und das das einfach ja hab' ich ja schon gesagt, dass die Chemie auch stimmt. Und ich glaube dass sie mich auch ganz gut leiden kann. Und dass einfach, tja dass man sich sich bei dem*

*Arzt aufgehoben fühlt. Dass man nicht, wenn man denn weg ist, auf einmal das Gefühl kriegt, ja war 's das jetzt oder hättest vielleicht doch noch dies oder jenes anders sein können. Wird das wirklich. Ja, das find ich ist wichtig. Dass man also die Sicherheit hat. Das würd' ich ganz doll unterstreichen, die Sicherheit ja. Des muss man bei 'nem Arzt haben. Und die gibt sie. Und deswegen kann ich auch nicht jetzt hinterher noch nachdenken, ob da irgendwas nicht oder so, ist nicht, ist in Ordnung.“ (P11: 404-417)*

Genauso wie P11 möchte auch die Interviewpartnerin P15 als Patientin gesehen und gehört werden und äußert daher den Wunsch nach kommunikativer Begleitung auf „Augenhöhe“ im Gespräch mit ihrer behandelnden Gynäkologin, welcher aus ihrer Sicht nicht erfüllt werden konnte. Die Patientin hat einfache Fragen nach dem Erleben der Chemotherapie seitens der Ärztin vermisst, um eventuell aufkommende Ängste und Verunsicherungen zu besprechen. Für die Patientin gehört die Form der „*heilsamen Kommunikation*“ (P15: 115) zum ärztlichen Handeln dazu. Sie hinterfragt ihr eigenes Handeln („*Mein Bauch weiß dass alles richtig war.*“ [P15: 137]), jedoch bleibt das eigentliche Erleben der Patientin der Medizin verborgen, weil die Ärzte und Ärztinnen nicht die Gefühle der Patientin hinterfragen. Durch Gespräche hätten die patientenseitigen Gefühle (v. a. Ängste) evoziert werden können, was die Ärztin aber scheinbar nicht getan hat und dadurch der Eindruck entsteht, dass Gefühle in der Medizin keinen Platz haben: „*Und ich sag' denn mal doch heilsame Kommunikation. Manchmal reicht es schon, mit jemanden über Sachen zu reden, und dann ist das schon, ich hatte mir doch manchmal so gewünscht so, sind ja denn immer so, wir sind immer so im Schnitt so vier, fünf, manchmal auch sechs Frauen, die gleichzeitig die Chemotherapie erhalten haben und es gab dann immer einen kurzen Kontakt zur Ärztin beim Portanstechen, aber ich hab' denn so grade jetzt och drüber, über nachgedacht so in Richtung Abschlussgespräch, was ich mir so wünschen würde für mich oder für die nachfolgenden Patienten, wo ich einfach sagen muss ich fänd 's eigentlich schön, wenn so im Rahmen so dieser dieser Chemobehandlung bei dem fünf, sechs Leute da sitzen, und wenn sich die Ärztin mal so für zehn, fünfzehn Minuten aus ihrem andern Prozess ausklinken könnte und einfach mal sagen würde, na Mädels wie geht 's euch denn und habt ihr irgendwelche Fragen, also wir haben schon uns untereinander viel geholfen mit Tipps, Erfahrungen, die jeder so für sich sammelt, aber es hat ja immer 'ne andre Gewichtung, wenn dann die Ärztin sagt, also das ist richtig oder das muss man bedenken und, ich für mich ich weiß nich' inwieweit man das dann och hätte einklagen sollen, können, das weiß man ja auch nich' was man als Patient jetzt verlangen darf, aber ich hätte mir schon gewünscht, dass mal zu irgendeinem Zeitpunkt sie nachgefragt hätte und gesagt hätte, na ja wie kommen sie denn jetzt klar. Und was machen sie denn noch außerdem ne. Und das weiß weder meine behandelnde Frauenärztin noch sie weiß es und mein Bauch weiß dass alles richtig war. Aber wie das nun so ist, ja ich hätte natürlich och gerne mal so 'ne so 'ne Rückmeldung gehabt, (...).*“ (P15: 115-139)

Aus Sicht der Patientin wurde die zu leistende Krankheitsarbeit von der Gynäkologin

nicht genügend anerkannt. Die Patientin hat aus ihrer Perspektive ein Gefühl vermittelt bekommen, nicht als Individuum wahrgenommen und gehört zu werden. Da die Interviewpartnerin die Chemotherapie als schweren Weg erlebt hat, hätte sie sich eine intensivere Begleitung in Form von Gesprächen gewünscht. Die Gespräche mit ebenfalls von Brustkrebs betroffenen Frauen seien zwar einerseits hilfreich, aber im Vergleich dazu wird das ärztliche Wort von der Patientin stärker gewichtet und bekommt damit einen höheren Stellenwert in der Entängstigung im Rahmen des therapeutischen Prozesses. Demnach hätte eine Kommunikation auf „Augenhöhe“ zum Sicherheitserleben der Patientin beigetragen.

### **Auf die Information bezogene Wünsche und Bedürfnisse**

In den Interviews ist deutlich geworden, dass Patienten und Patientinnen Informationsbedürfnisse haben, die im unterschiedlichen Maße zum Ausdruck gebracht werden können. Auf der einen Seite gibt es Interviewpartner und -partnerinnen, die in einem Gespräch viele Informationen von ihrem Arzt/ihrer Ärztin bekommen möchten, auf der anderen Seite aber auch diejenigen, die „Stück für Stück“ informiert werden wollen. Am Beispiel des Patienten P4 zeigt sich, dass sich nach der reinen Informationsübermittlung eventuell neue Fragen entwickeln können, die der Patient ärztlicherseits beantwortet haben möchte. Der Patient äußert den Wunsch, über die Möglichkeiten sowie Vor- und Nachteile einer Behandlung informiert zu werden: *„Ich möchte informiert sein, über das was ich an gesundheitlichen Problemen hab, und wie die Behandlung aussehen könnte und welche Probleme die wiederum mit sich bringen könnte. Das meine ich im Wesentlichen damit.“* (P4: 320-322) Die Option für ein zweites Gespräch wird für wichtig befunden, da sich durch die Aneignung von weiteren Informationen nach dem ersten Gespräch durchaus noch neue Fragen auftun könnten, die in einem weiteren Gesprächstermin zu erörtern wären: *„Auf jeden Fall wichtig ist natürlich 'en Gespräch, mit der Option noch ein zweites hinten anschieben zu können, weil so bei näherer Betrachtung des ersten Gesprächs könnte es durchaus sein, dass die eine oder andere Frage dadurch dann erst mal später entsteht. Dass man da noch mal die Möglichkeit hat, nachzufassen, wie ist das in der und der Situation, was ist denn damit. So könnte ich mir das vorstellen, wie jetzt auch hier Herr Y hat mir noch zwei Internetadressen genannt. Wo ich mich auch noch weiter informieren werde.“* (P4: 334-340) Im Rahmen des neu diagnostizierten Bluthochdrucks ist der Prozess der Informationsvermittlung entscheidend für die weitere Versorgung des Patienten. Daher erscheint die Möglichkeit eines zweiten Arztgespräches für den Patienten sehr wichtig, um offene Fragen und Unsicherheiten frühzeitig zu klären, da nach der Konsultation bei dem Interviewpartner offensichtlich eine weitere Frage (bzgl. der Wirkungsweise von Betablockern) entstanden ist: *„Also meine Fragen, die ich selber hatte, sind weitestgehend beantwortet. Weitestgehend deshalb, weil an einer Stelle hab ich halt eben so im Nachhinein*



*dann doch 'en kleinen, Nachfrage hätt' ich jetzt noch, die mir aber so während des Gesprächs nicht spontan eingefallen war.“ (P4: 84-87)*

Der Modus der Informationsvermittlung gestaltet sich bei dem Patienten P1 in einer anderen Form. Der Patient hat ein langes Konsultationsgespräch (30:33 Minuten) erlebt, in dem ihm viele Informationen zu dem aktuell aufgetretenen Diabetes präsentiert worden sind. Für ihn ist es die erste Phase der Informationsvermittlung, da noch weitere Gesprächstermine vereinbart wurden. In dieser ersten Phase wurde eine ganze Menge *„auf die Reise geschickt“* (P1: 85), was bedeutet, dass der Patient erst einmal Zeit braucht, um die Informationen zu verarbeiten und zu sortieren. Vor dem Hintergrund weiterer Gespräche ist der Patient mit der Informationsmenge zufrieden und zugleich erleichtert, nicht zu viele Informationen bekommen zu haben, die ihn überfordern oder verunsichern würden: *„Also was ich als sehr gut empfinde ist und damit hat er eigentlich auch dann geendet, das Thema wir haben jetzt, wie lange haben wir zusammen gegessen, mindestens 30, 35 Minuten ich hab jetzt schon eine ganze Menge erklärt. Und 'ne ganze Menge auf die Reise geschickt. Und Dinge, die dann so von meiner Frau als Zusatzfragen kamen, wie ist denn das mit Cholesterin und dies und das und jenes, hat er erstmal klein gehalten nach dem Motto, das sprechen wir das nächste Mal in vier, sechs Wochen, wenn wir so in die nächste Phase eingehen. Ich will dich als Patienten jetzt nicht voll schütten mit mit 1000 Dingen, da sind sowieso schon 1000 Dinge, die jetzt neu auf einen zukommen. Aber nur step by step eben in der Reihenfolge, die er für richtig hält. Und das finde ich auch sehr sehr gut, weil ja er hätte sich sicherlich eine halbe Stunde noch mehr Zeit nehmen können, rein theoretisch und mich voll blasen mit allen möglichen Informationen. Aber dann geh ich wahrscheinlich ja genau mit dem raus zu sagen, huff was war das denn jetzt alles. Jetzt muss ich noch mehr verarbeiten und kann das gar nicht mehr sortieren, am besten hätte ich Steno mitschreiben müssen. Das kann's ja au nicht sein. Also ich find den Weg mit dem fühl ich mich im Moment auch wohl. Zu sagen ja okay er wird schon wissen, in welcher Reihenfolge er mir welche neuen Dingen dann eben präsentiert, wie macht man was, was hat das damit zu tun und und und.“* (P1: 82-101) Der Patient vertraut dem Informationsgehalt der ärztlichen Aussagen. Für ihn ist es selbstverständlich, dass der Arzt die Reihenfolge der Informationspräsentation bestimmt und somit den „Takt“ vorgibt, welche Schritte in der Aufklärung über die Erkrankung die nächsten und richtigen sind. Der Wunsch nach gestaffelten Informationen erscheint hier nicht per se als eigenes Bedürfnis, sondern als eine Art „angepasste Zufriedenheit“ mit der Vorgabe des ärztlichen Angebotes, wie er informiert werden möchte (*„Aber nur step by step eben in der Reihenfolge, die er für richtig hält. Und das finde ich auch sehr sehr gut, ...“* [P1: 91-92]).

Im weiteren Verlauf des Interviews benennt der Patient allerdings ein konkretes Informationsbedürfnis, welches durch negative Erfahrungen mit ärztlichen Kontakten scheinbar verstärkt wurde. Der Patient äußert die Erwartung, qualitativ gute Informatio-

nen ohne die Anwendung einer Fachsprache zu bekommen, um sich ein Bild über die eigene Situation machen zu können: *„Was mir wichtig ist, dass ich elementare Dinge ja auf auf normalem Hochdeutsch erklärt bekomme, damit ich das einzuordnen weiß. (...) Aber soweit wesentliche Dinge vernünftig eben auch erklärt werden, einfach knapp und prägnant, warum dieser Weg eingeschlagen wird. Ja das ist schon meine Erwartungshaltung. Da hab ich also in in anderer Arztfakultät in der Vergangenheit auch bei bei Zahnärzten Dinge erlebt, wo ich denn auch sage, das kann nicht angehen. Ärzte von alter Schule, die denn einfach rum pröckeln, irgendwas machen, den Raum verlassen, anschließend verlässt man selber die Praxis und weiß überhaupt nicht, was ist überhaupt gemacht worden, warum.“ (P1: 204-221)*

Die Patientin P9 kann bei ihrer aktuellen Ärztin ihre Bedürfnisse zum Ausdruck bringen: Sie hat den Wunsch, umfassend beraten und informiert zu werden. In vergangenen Arztgesprächen wurde der Patientin das Gefühl vermittelt, in eine bestimmte therapeutische Richtung gedrängt zu werden (z. B. Operation der Myome) und daher nicht wirklich frei entscheiden zu können. Die Informations- und Beratungswünsche konnten anscheinend ausreichend von ihrer Gynäkologin erfüllt werden, da die Interviewpartnerin ihre Fragen gut beantwortet bekommt. Durch die Beratung und die Beantwortung ihrer Fragen konnten die Ängste der Patientin derart von der Ärztin aufgenommen werden, um eine gemeinsame Lösung ihrer gesundheitlichen Beschwerden zu finden: *„Ja ich bin schon mit der Erwartung auch gekommen, dass sie mich umfassend berät, und dass wir auf mein spezielles, individuelles Problem, dass wir irgendwie 'ne Lösung finden, die mir auch angenehm ist. Und das war schon so meine Erwartung. Ich hatte auch 'ne sehr angstvolle Erwartung die sich aber immer wieder auch wiederholt hat in meinem Leben. Das ist wie so 'n Muster und da komm' ich merk' ich kaum raus, dass auch sehr viel Angst und negative Erwartung da ist. Also immer zu denken, na ja jetzt kommt wieder dieses zack du musst, sie müssen sich diesen Operationen unterziehen, da geht kein Weg dran vorbei. Also da war auch schon so 'n Gefühl was kommt da auf mich zu und was wird Frau X sagen. So. Aber die Erwartung der Beratung ist von ihr ja umfassend erfüllt worden. Natürlich auch durch mein nachfragen. Das ist ist klar. Ich hab' ja, ich reagier' ja auch darauf und will nicht nur zuhören und mich berieseln lassen, sondern auch genau bei mir das Wissen. Und diese Fragen kann sie ja auch alle beantworten. Das fand' ich dann schon gut. D. h. im Laufe des Gesprächs sind viele neue Dinge für mich, also mir auch zu wissen, auch der Kopf würde sehr viele verschiedene Informationen, Detailinformationen zu der Spirale zu der OP da gewesen sind und wo ich so merke, doch also das, die Fragen sind beantwortet, aber die muss ich jetzt wirklich auch erst mal sacken lassen und sie hat mir dann ja auch noch Informationsbroschüren an die Hand gegeben, dass ich das wirklich noch mal, peu a peu, aufarbeiten kann, so.“ (P9: 130-151)*

In den Interviews taucht auf, dass das Angebot einer Telefonsprechstunde für die Patienten und Patientinnen eine hohe Wertschätzung erfährt. Diese Möglichkeit er-

scheint wichtig, um Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung zu bekommen und Entscheidungsprozesse in einem angemessenen zeitlichen Rahmen zu bearbeiten. Diese Option bietet auch die Ärztin der Patientin P9 an, um zusätzlichen Informationsbedürfnissen entgegenzukommen: *„Also bisher umfassend haben wir darüber gesprochen, verschiedene Dinge abgewägt und auch überlegt. Und wie ich hier herkam hatt' ich ja noch einige Fragen, viele Fragen. Und das haben wir alles jetzt abgearbeitet. Deswegen sag' ich so 'n bisschen raucht mir der Kopf. Es war sehr viel an Informationen und Fragen. Nee und ich weiß auch bei Frau X wenn ich jetzt zuhause bin und da kommt noch so was in meinen Kopf, wo ich so denke weiß ich nicht, dass ich sie auch anrufen kann. Weil sie bietet ja auch das an. Und das würd' ich auch tun.“* (P9: 156-163) Das Angebot in Form einer telefonischen Erreichbarkeit bei aktuellen medizinischen Problemen wird auch von der Patientin P11 als etwas Besonderes wahrgenommen, was scheinbar das Sicherheitsempfinden der Interviewpartnerin entgegenkommt: *„Und nun ist es halt so, dass ich ganz sicher bin, dass ich gut mich aufgehoben fühle, dass ich anrufen kann, wenn ich wirklich mal 'n Problem hab'. Und das find ich das Allerwichtigste, als wenn man einen Arzt hat, der auch nicht immer da ist, ja gut und und und auch nicht immer gleich ja, aber sie ruft dann zurück.“* (P11: 15-19)

### **Auf die Entscheidung bezogene Wünsche und Bedürfnisse**

In den Interviews wurde gefragt, in welcher Weise sich Patienten und Patientinnen eine stärkere Einbeziehung in Entscheidungsprozesse wünschen würden und was sie allgemein von dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung halten. Dabei ist ein Spannungsfeld zum Tragen gekommen: Auf der einen Seite wollen Patienten und Patientinnen an Entscheidungsprozessen beteiligt werden, auf der anderen Seite fällt es ihnen aber schwer zu formulieren, wie eine konkrete Beteiligung aussehen kann.

Der Patient P5 kann anhand eines Beispiels- er bezieht sich auf die Erkrankung seiner Mutter- seine Vorstellungen über die Einbindung in Entscheidungsprozesse beschreiben. Der Interviewpartner äußert den Wunsch, dass Ärzte und Ärztinnen ihn in seiner Entscheidungsfindung unterstützen. Bei lebensbedrohlichen, komplexen medizinischen Entscheidungen würden der Patient/die Patientin und der Arzt/die Ärztin eine gemeinsame Mitverantwortung für eventuelle Komplikationen tragen. Nach einem Prozess der Risikoabwägung wird nach Meinung des Patienten eine gemeinsame Entscheidung gefällt: *„Weil das sind lebensbedrohliche Operationen und ja dass da auf jeden Fall der Arzt und auch der Patient auch auch selber entscheiden muss, welche Möglichkeiten es gibt an Operationen. Es gibt ja verschiedene Arten, drei Arten der Operation an der Aorta. Wie ich es bei meiner Mutter jetzt erlebt habe. Ja da muss meine Mutter auch die Verantwortung tragen, welche der Operationen durchgeführt wird ne. Risikoreiche, weniger risikoreiche ja aber die vielleicht auch nicht so wirksam sein kann ne. Dass da auf jeden Fall der Patient da auch mit entscheiden muss natürlich. Aber es, da braucht der Patient dann aber auch entsprechend 'n guten Arzt. Der*

*da auch entsprechend Ahnung hat und auch 'ne Unterstützung bieten kann.“ (P5: 349-358)*

Einerseits sollten die Patienten und Patientinnen mitentscheiden, da die Folgen dieser Entscheidung sie direkt betreffen. Andererseits braucht es aber auch Ärzte und Ärztinnen, die das Wissen und die kommunikativen Fähigkeiten besitzen, den Patienten/die Patientin bei seiner/ihrer Entscheidung zu unterstützen. Dabei scheint es nicht nur eine Frage der Verantwortung zu sein, sondern es erscheint auch wichtig, dass Patienten und Patientinnen ihr persönliches Risikoerleben dem Arzt/ der Ärztin beschreiben. Denn das Wissen um das Risikoerleben ist ärztlicherseits hilfreich, um eine Unterstützung im Entscheidungsprozess zu bieten. Zwar gibt es Beispiele, wo die therapeutische Entscheidung eindeutig ist (*„Also ich denke schon wenn es, gut, wenn ich, wenn ich mir 'n Arm gebrochen habe, ist es einfach ne, der muss eingegipst werden, der muss gerade gest\_ richtig gestellt werden, eingegipst werden, Ende aus ja.“ [P5: 370-372]*), doch bei komplizierteren Eingriffen (Beispiel der Aorta-OP der Mutter) ist es aus Sicht des Patienten unumgänglich, adäquat informiert und aufgeklärt zu werden. Denn bei hinterher auftretenden Problemen können Patienten und Patientinnen sich nicht aus der Mitverantwortung entziehen, da vorher eine Risikoabschätzung auf Basis ärztlicher Informationen vorgenommen wurde, was für den Interviewpartner ein Prozess der Partizipation darstellt: *„Da kommt der Arzt hin und sagt, das und das wird jetzt gemacht, Ende aus, ja richtig ne. So das ist die eine Sache. Die andere Sache aber wo man sagt, es ist 'ne komplexe Sache. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die auch von dem von dem Patienten auch von Belang ist. Auch auch wichtig ist, denn letzt\_ letztendlich geht's da um um Leben und Tod, beispielsweise jetzt bei meiner Mutter ja so. Dass das man, ja doch dass der Arzt dem Patienten auch wirklich sagt das und das und das wäre möglich, und diese und jene Folgen können auftreten. Das sollte der, denk ich schon, dass der Patient da schon auch, mit 'ne Entscheidung treffen soll. Ganz einfach. Denn wenn es mal irgendwo mal schief laufen sollte, egal jetzt in welcher Situation, das dass man auch na sagen wir mal, wenn der Patient entsprechend gut aufgeklärt ist und dementsprechend auch mit entsch\_ entschieden hat was passiert, damit der der Patient wenn es mal nicht richtig, wenn 'ne Komplikation aufgetreten ist, dass dann auch der Patient auch selber weiß okay, aber das wusste ich schon vorher, ja. Dass nicht unbedingt jetzt nur der Arzt nur der der böse Peter dann ist.“ (P5: 376-391)*

Wie im vorherigen Abschnitt dargestellt, möchte der Patient P4 umfassend informiert werden. Die Partizipationspräferenz des Patienten konzentriert sich auf den Bereich der Information über Therapieoptionen sowie Risiken und Nebenwirkungen einer Behandlung. Der Patient fordert Aufklärung und Transparenz über die Vor- und Nachteile einer Therapie, um abzuwägen und zu entscheiden, welche Option am wenigsten die Lebensqualität beeinflusst. Eine Möglichkeit stellt für ihn auch das Ablehnen einer Behandlung dar: *„Halt ich auch für sehr wichtig. Dass man nicht einfach ins Kranken-*

*haus geht und so da bin ich, ich bin krank, jetzt mach mich gesund. Sondern auf jeden Fall entsprechend auch aufgeklärt wird, welche Behandlung durchgeführt werden soll, welche Risiken da drin bestehen, obwohl das zum Teil eben auch recht bedenklich ist, wenn man so die Liste der möglichen Komplikationen dann detailliert mitbekommt, aber ich denke, man muss es einfach vernünftig wissen um selber entscheiden zu können, was ist mir jetzt wichtiger. Die Reparatur dessen was mich im Moment stört, oder die potentielle Gefahr, der damit verbundenen Nebenwirkungen. Nur so kann man wirklich entscheiden, dass man sagt okay, dann lebe ich lieber vielleicht mit diesem Gebrechen oder wenn das jetzt nicht irgendwie stetig mehr wird und lass das mit dieser Behandlung. Also insofern finde ich das sehr wichtig, aufgeklärt zu sein, was 'ne Behandlung bewirkt, welche Probleme die Behandlung mit sich bringen kann.“ (P4: 294-307)*

In dem folgenden Interviewausschnitt wird deutlich, dass der Patient die Selbstentscheidung sowie den Informationsbedarf vom Krankheitsbild und den damit verbundenen psychischen Belastungen abhängig macht. Die Interviewsequenz zeigt, wie schwierig es für einen einzelnen Patienten ist, was Partizipation bedeutet und wie kompliziert das Konzept des „Shared Decision Making“ erlebt wird. Bei für ihn dramatischen Erkrankungen möchte der Patient zwar umfassend informiert werden, hat jedoch das Empfinden primär auf das Expertenurteil des Arztes/der Ärztin angewiesen zu sein. Diese Einstellung verdeutlicht er mit dem Vergleich von Zahnschmerzen und einer Krebserkrankung. Bei weniger dramatischen Erkrankungen hat man unter Umständen mehr Zeit sich selber zu informieren, gerade wenn es eindeutige Behandlungsoptionen gibt (hier: Zahnimplantat). Dagegen gibt es bei komplexeren Krankheiten, weniger Einflussmöglichkeiten und Zeit zum Abwarten (hier: Chemotherapie). Eine hohe Krankheitslast macht es schwierig, eine Entscheidung zu treffen, da die Informationssuche in der Krankenrolle als belastend erlebt wird: „Mit entscheiden halte ich auch für wichtig. Ich werde natürlich den Rat des Arztes auf jeden Fall mit einbeziehen, das ist klar, er ist halt eben der Fachmann auf dem Gebiet ((lachend)). Und, er ist aber auch der einzige, der wirklich abschätzen kann wie notwendig eine gewisse Behandlung ist. Wenn ich Zahnschmerzen habe, kann ich da selber mitreden, da weiß ich, da muss was passieren. (...) Würde man bei mir 'ne 'ne Krebserkrankung diagnostizieren, da kann ich relativ wenig selber machen. Da kann ich dreimal am Tag rumlaufen und joggen oder sonst was, da wird sich wenig dran ändern. Also bei 'ner sehr sehr umfangreichen Geschichte wäre ich dann schon durchaus weitestgehend auf das angewiesen, was mein Arzt mir nennt. (...) Und da glaube ich, je nachdem, wenn man da einmal drinsteckt, dann ist es auch relativ schnell vorbei so mit dem großen, selber noch mit gucken und machen, ich denke da ist man einerseits auch psychisch viel zu sehr mit sich selbst beschäftigt, als dass man jetzt noch anfangen würde, möchte medizinische Literatur zu wälzen um zu gucken, ob das wirklich so die einzige Möglichkeit ist, die der Arzt da vorgeschlagen hat, oder ob es da im anderen Bereich noch Alternativen gibt. (-

-) Also ich denke so, dieses wirkliche Einflussnehmen, das ist mehr so bei weniger dramatischen Angelegenheiten. Wie ich eben so sagte, so'n Zahnimplantat, das kann man jetzt machen, das kann man aber auch in vier Wochen noch machen. Da geht zwischendurch nix kaputt.“ (P4: 361-441) Der Anteil der Partizipation wird durch die eigene Auseinandersetzung mit einer schweren Erkrankung geringer. Indem man selber mit „Sich“ und der Krankheit zu tun hat, rückt die Beschäftigung mit medizinischen Informationen in den Hintergrund. So werden die Entscheidungen und die dazu notwendigen Informationen vom Thema anhängig gemacht. Der Patient präferiert eigentlich eine Selbstentscheidung, welche aber durch die Dramatik und einer zunehmenden psychischen Belastung einer Erkrankung immer schwieriger zu werden scheint, bis letztendlich die Entscheidungsverantwortung an den Arzt/die Ärztin abgegeben wird.

Auf der einen Seite gibt es Patienten und Patientinnen, die von ihrem jeweiligen Arzt/ihrer jeweiligen Ärztin im Entscheidungsprozess unterstützt werden möchten. Auf der anderen Seite gibt es auch Patienten und Patientinnen, die bereits eine Entscheidung getroffen haben, weil sie diese als alternativlos betrachten. So auch die Patientin P8, die aufgrund zunehmender Hörprobleme ein Gespräch über die Ergebnisse eines Hör-Tests mit ihrem Hals-Nasen-Ohren-Arzt geführt hat. Dabei ist zum Tragen gekommen, dass sie schon die Entscheidung getroffen hatte, in der Zukunft ein Hörgerät zu tragen, was die zwei Interviewausschnitte verdeutlichen:

I: *Haben Sie denn mit Ihrem Arzt noch mal abgewogen so das Für und Wider von Hörgeräten oder war das eigentlich schon klar?*

P8: *Nee, dat hat man mir ja die Woche schon gesagt. Also dass, dass ich da nicht drum rum komme ne. Und wat andres gibt et ja nicht ne. (P8: 94-98)*

I: *Wie geht es Ihnen mit der Vorstellung, dass Sie dann ein Hörgerät haben werden?*

P8: *Ja dat kann ich jetzt noch nicht sagen. Also dat wird sich dann, ich bin ich bin an für sich 'en Mensch, wat sein muss muss sein ne. Es bringt ja nix. Dass ich mich jetzt dagegen streub', warum ne? Also mein ich wenigstens. Also. (P8: 170-176)*

Nicht alle Patienten und Patientinnen haben konkrete Vorstellungen über die Einbindung in Entscheidungsprozesse und können sich detailliert zu diesem Thema äußern. So antwortet der Patient P7 auf die Frage nach einer stärkeren Einbeziehung: „Na ist vom Prinzip ist das nicht schlecht. Ja. Aber wie soll sich der Patient mehr einbringen, ja? Als Patient kennt man sich ja mit die ganzen Tabletten nicht aus, die man verschreibt gekriegt. (--) Na ja. Aber im Grund ist schon okay so. Im Großen und Ganzen.“ (P7: 144-147) Obwohl der Patient einer Einbindung in Entscheidungsprozesse grundsätzlich positiv gegenüber steht, entwickelt er selbst keine partizipativen Vorschläge

und sieht keine Bereiche von Partizipation innerhalb und außerhalb von Pharmakotherapie. Der Patient hat vermutlich keine Idee einer Partizipation, was auch darauf zurückgeführt werden kann, dass keine Angebote zur Partizipation bestanden haben.

Eine radikal andere Vorstellung von Entscheidungsprozessen hat die Patientin P10. Ähnlich wie P7 legt sie zwar dar, dass Ärzte und Ärztinnen Handlungsempfehlungen geben, jedoch vertritt sie dann die Auffassung, dass die Entscheidung und vor allem deren Umsetzung allein Angelegenheit der Patientin/des Patienten sei (und nicht eine des Arztes/der Ärztin oder eine partizipative, von beiden Beteiligten getragene Angelegenheit): *„Ansonsten, ja mit einbeziehen? Die Entscheidung, die liegt sowieso beim Patienten, ob man 's macht oder nicht. Die Ärzte sagen zwar, du musst es machen und des machen. Aber ob man 's macht, ist dann natürlich den Patienten überlassen, ob er 's macht halt. Ja, ansonsten.“* (P10: 226-230) Aus ihrer Sicht ist es klar, dass letztendlich die Entscheidung und damit auch die Last der Entscheidungsverantwortung bei dem Patienten/der Patientin selber liegen.

Wie schon beschrieben, erwartet der Patient P1 qualitativ gute Informationen über seine Erkrankung von dem Mediziner/der Medizinerin zu bekommen. Jedoch hat auch dieser Patient keine konkreten Vorstellungen über die Einbindung in Entscheidungsprozesse. Eine gemeinsame Entscheidung hält er nicht für möglich, da er nicht über das medizinische Fachwissen verfügt. Der Interviewpartner hat zwar ein Informationsbedürfnis, die Entscheidungskompetenz gibt er aber an den jeweiligen Arzt/die jeweilige Ärztin ab: *„Also ehrlich gesagt so 'ne Einbeziehung nach dem Motto jetzt jetzt schmeißen wir mal beide unsere Meinung zusammen oder dergleichen, das funktioniert ja gar nicht. Der Arzt ist der Arzt und der wird sch\_ den den richtigen Weg als solches wissen. (...) Aber ich möchte eigentlich nicht unbedingt jetzt in Entscheidungsprozesse mit eingebunden werden, nach dem Motto, nun hätten wir also jetzt hier das Medikament A und B oder den Lösungsweg A und B und und nun entscheiden wir mal gemeinsam, das kann ja nicht funktionieren. Ich bin nicht Mediziner, ich hab nicht Medizin studiert, ich hab keine Ahnung. Wenn überhaupt dann hatte ich mal zwei Freundinnen, die mal irgendwann vor zwanzig Jahren als Arzthelferin tätig waren. Aber das bringt mir ja nicht irgendwo den Lösungsweg Entscheidungen mit herbeizuführen.“* (P1: 201-214)

Es lässt sich abschließend festhalten, dass die in diesem Abschnitt aufgezeigten Wünsche und Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen auf unterschiedliche Art und Weise zum Ausdruck kommen. Obwohl es Hinweise gibt, inwieweit die geäußerten Bedürfnisse von dem jeweiligen Arzt/ der jeweiligen Ärztin berücksichtigt worden sind, kann anhand des Interviewmaterials der Patienten und Patientinnen diese Frage letztendlich nicht vollständig beantwortet werden. Einen weiteren Blick auf diese Frage können die Beiträge zu den Ärzte- und Ärztinneninterviews sowie den Konversationsanalysen in diesem Projektbericht geben.

Zum Abschluss des Kapitels 5.2 wird ein Rückblick auf die empirische Analyse der Patientinnen- und Patienteninterviews gegeben, in dem wichtige Interpretationsergebnisse zusammengefasst werden.

In dem ersten Abschnitt „Patientenseitige Themen/Ziele der Konsultation“ wurde der Frage nachgegangen, wie sich die Themenfindung für die Konsultation aus Sicht der Patienten und Patientinnen abgebildet hat. Anhand der vielfältigen Äußerungen der Interviewpartner und -partnerinnen ist zum Ausdruck gebracht worden, wie unterschiedlich und individuell sich die Themenfindung aus Patientensicht gestaltete. So können Themen im Vorfeld der Konsultation gemeinsam verabredet bzw. von vornherein definiert worden sein. Darüber hinaus gibt es auch Beispiele, wo es keine vorab festgelegten Themen für die Konsultation gab und Patienten und Patientinnen das ärztliche Thema als eigenes Thema übernommen haben. Oder die Priorität der eigenen Themen wurde zurückgestellt, um sich der ärztlichen Themenvorgabe quasi anzupassen. Die patientenseitigen Themen können sich von denen der Ärzte/Ärztinnen unterscheiden, so benennen Interviewpartner und -partnerinnen eigene Themen für die Konsultation mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin. Patienten und Patientinnen haben auch darauf hingewiesen, dass ihre Themen entweder zu wenig oder aus ihrer Sicht nicht genügend Raum gegeben wurde. Als „Sonderfall“ gestaltete sich die Präsentation eines versteckten Themas einer Patientin.

Trotz dieser z.T. als kritisch zu bezeichnenden Varianten von Themenfindungen (z. B. dominierende Themenvorgabe seitens der Ärzte und Ärztinnen) finden sich kaum Hinweise auf Unzufriedenheit von Patienten und Patientinnen mit der Konsultation. Vielmehr konnte herausgestellt werden, dass große patientenseitige Zufriedenheit mit der zurückliegenden Konsultation geäußert wird. Diese Zufriedenheit ist sehr facettenreich, wie die Interviewinterpretationen belegen. Die verschiedenen „Arten“ patientenseitiger Zufriedenheit sind im Lichte von vielfältigen Blicken auf das Versorgungsprozess zu erklären. In den Interviews ist zum Ausdruck gekommen, dass Patienten und Patientinnen die aktuelle Versorgungssituation vor allem im Vergleich zu vorherigen Ereignissen deuten. Offensichtlich haben zurückliegende ärztliche Versorgungssituationen -positiv wie negativ- einen prägenden Einfluss auf die aktuell erlebte ärztliche Versorgung. So äußern sich Patienten und Patientinnen im Lichte überwundener bedrohlicher Erlebnisse und damit verbundener hoher Dankbarkeit zufrieden mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin. Als zufriedenstellend werden von den Interviewpartnern und -partnerinnen Versorgungsprozesse wahrgenommen, in denen kein Entscheidungsdruck und damit eine Entängstigung des Krankheitsgeschehens vermittelt wurden. Die patientenseitige Zufriedenheit steht für einen Teil der Akteure und Akteurinnen im Zusammenhang mit ihren Erwartungen an das Gespräch mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin. Geringe Erwartungen können schneller zufriedenstellend erfüllt werden als hohe Erwartungen seitens der Patienten und Patientinnen. Hierzu wurde das kommunikative Verhalten der Ärzte und Ärztinnen von den Patienten und Patientinnen reflektiert: Wenn die Me-



diziner/-innen den Patienten/-innen den Eindruck vermitteln konnten, aufmerksam zugehört und ihre Anliegen ernst genommen zu haben, wurde dies patientenseitig positiv bewertet.

Auch wenn Hinweise auf Unzufriedenheit mit der Konsultation in den Patientinnen- und Patienteninterviews aufgetaucht sind, wurden sie doch von den Interviewpartnern und -partnerinnen eher vorsichtig oder in abgeschwächter Weise formuliert. In diesem Zusammenhang ist auf das Projektdesign hinzuweisen: Die nicht gänzlich ausgeschlossene Abhängigkeit zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin kann die patientenseitige Formulierung von Unzufriedenheit mit der Konsultation eventuell erschweren. Patienten und Patientinnen können unter Umständen sich nicht getraut haben, kritische Anmerkungen zu der Konsultation zu machen, um das Arzt-Patient-Verhältnis in der Zukunft nicht zu belasten.

Es bleibt als ein Kernbefund zu konstatieren, dass die erlebte Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen sich nicht auf einzelne Versorgungssituationen reduzieren lässt, sondern in einem größeren Versorgungskontext angeschaut werden muss.

In dem letzten Abschnitt der Analyse der Patientinnen- und Patienteninterviews wurden die Wünsche und Bedürfnisse der Interviewpartner und -partnerinnen dargestellt. Demnach haben Patienten und Patientinnen auf die Begegnung bezogene Wünsche und Bedürfnisse geäußert, worin vor allem der Wunsch nach Empathie und Vertrauen gegenüber dem jeweiligen Arzt/ der jeweiligen Ärztin zum Tragen kam. Ein weiteres patientenseitiges Anliegen ist der Wunsch nach Informationen und Beratung durch den Arzt/die Ärztin und das Bedürfnis auf eine bestimmte Art und Weise informiert zu werden (z. B. leicht verständliche Informationen zu erhalten). Im Hinblick auf die Entscheidung bezogene Wünsche und Bedürfnisse haben die Interpretationsergebnisse deutlich gemacht, dass Patienten und Patientinnen eine stärkere Einbindung in Entscheidungsprozesse zwar grundsätzlich positiv gegenüberstehen, jedoch kaum eine konkrete Beteiligung am Entscheidungsprozess formulieren können. Die Ergebnisse zeigen, wie komplex und individuell die Vorstellungen jedes einzelnen Patienten/ jeder einzelnen Patientin zu Partizipation sind, was die Umsetzung des Konzepts „Shared Decision Making“ in die Praxis schwierig erscheinen lässt. Vor diesem Hintergrund erweist es sich vielmehr als ärztliche Aufgabe, Partizipationsmöglichkeiten der Patienten/-innen zu befördern und eine Atmosphäre zu schaffen, in der „Shared Decision Making“ möglich werden könnte.

### 5.3 Interviews mit Ärzten und Ärztinnen

Im Anschluss an die Konsultationen sind – getrennt von den Interviews mit den am Projekt beteiligten Patienten und Patientinnen – auch Interviews mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen durchgeführt worden. Im Mittelpunkt des folgenden Textes stehen die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung dieser Interviews. Im Rahmen des Auswertungsprozesses sind drei Hauptkategorien entwickelt worden: Arztseitig beschriebene Themen der Konsultation, eine Gesamtreflexion der zurückliegenden Konsultation aus ärztlicher Perspektive und ärztliche Vorstellungen zu Fragen patientenseitiger Partizipation sowie dem Konzept „Shared Decision Making“. Neben Inhalten, die diesen drei Kategorien zugeordnet werden, enthalten die Interviews Einschätzungen der Ärzte und Ärztinnen zu den jeweiligen Krankheitsverläufen der an der Studie beteiligten Patienten und Patientinnen. Verbunden mit dem Ziel, die Anonymität der Patienten und Patientinnen zu schützen, wird auf eine Darlegung dieser Inhalte verzichtet.

#### 5.3.1 Arztseitig beschriebene Themen der Konsultation

Anknüpfend an die im vorhergehenden Teilkapitel dargelegten patientenseitigen Themen (Kap. 5.2.1) wird im Folgenden expliziert, welche Themen aus Sicht der behandelnden Ärzte und Ärztinnen im Mittelpunkt der jeweiligen Konsultation gestanden haben und wie es jeweils zur Themenauswahl gekommen ist. Verbunden mit den Ergebnissen der Konversationsanalysen geht damit die Absicht einher, einen Vergleich zwischen patientenseitig und arztseitig benannten Themen vorzunehmen (Kap. 6).

Das Design des Projektes bringt mit sich, dass jedem aufgezeichneten Konsultationsgespräch eine Anfrage des Arztes/der Ärztin bei einem Patienten/einer Patientin zur möglichen Teilnahme am Projekt zugrunde liegt (vgl. Kap. 3). Über die genaue Gestalt der Anfragen liegen im Rahmen des Projektes keine gesicherten Kenntnisse vor. Denkbar ist beispielsweise, dass zum Abschluss einer vorher gehenden Konsultation ein erneuter Besprechungstermin zwischen Arzt/Ärztin und Patientin/Patient vereinbart worden ist, um offen gebliebene Fragen weiterführend zu erörtern. Vorstellbar ist ebenso, dass – z. B. im Rahmen chronischer Erkrankungen – regelmäßige Konsultationen stattfinden oder dass zur Besprechung eines ganz spezifischen Themas, z. B. der Mitteilung eines Untersuchungsbefundes oder der Erörterung möglicher Behandlungsschritte nach Abschluss einer Chemotherapie, gezielt ein Besprechungstermin zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin vereinbart worden ist. Dieserart vereinbarte Besprechungstermine legen nahe, dass bereits im Vorfeld der aufgezeichneten Konsultationen eine Verständigung über das zu erörternde Thema stattgefunden hat. Fraglich ist jedoch, welche Ziele mit der Erörterung bestimmter Themen jeweils verbunden werden oder – anders ausgedrückt – wie die Themen und die darin enthaltenen Un-

terthemen von den beteiligten Ärzten/Ärztinnen und den Patientinnen/Patienten jeweils gewichtet oder bewertet werden. Zu bedenken ist ferner, dass neben dem (mehr oder weniger gemeinsam) vereinbarten Thema weitere Themen aufscheinen, die eine/einer der beteiligten Akteure/Akteurinnen besprechen möchte.

### Hausärztliche Konsultationsgespräche

Die im Rahmen des Projektes aufgezeichneten hausärztlichen<sup>22</sup> Konsultationen enthalten zum einen Gespräche, die den Beginn einer chronischen Erkrankung (z. B. Diabetes Mellitus) bzw. eines erhöhten Risikos für das Eintreten kardiovaskulärer Ereignisse markieren, zum anderen sind Gespräche aufgezeichnet worden, die im Verlauf chronischer Erkrankungen (z. B. psychische Beeinträchtigungen oder Herzinsuffizienz) geführt worden sind.

A1, Facharzt für Allgemeinmedizin<sup>23</sup>, legt im Interview dar, dass der Konsultationstermin vereinbart worden ist, um die Ergebnisse differenzialdiagnostischer Untersuchungen zur Absicherung der Diabetes-Diagnose beim Patienten P1 gemeinsam zu besprechen. Seine Vorbereitung auf die Konsultation schildert A1 wie folgt: *„Und jetzt heute war die Sache klar. Und heute hatte ich, da hatte ich schon von vornherein eigentlich 'n festes Gefühl. Und 'n fest\_ also vorab, bevor ich ihn gesehen habe, war es mir wichtig, die die diagnostische Unsicherheit möglichst zu minimieren. Also wir hatten die, die Antikörper, die bei Typ-1-Diabetes erhöht sind, die hatten wir erst nicht. Und ich hab vorher in in das elektronische Laborblatt geguckt und hab gesehen, Mensch die haben wir nicht und hab vorher die Helferin gebeten, noch mal im Labor nachzuhaben, dass wir die Befunde haben, damit ich dem auch was sagen kann. Und das klappte dann Gott sei Dank. Also da war ich dann innerlich sozusagen, ich hab auch sogar noch mal im Buch nachgeguckt, war ich innerlich gut aufgestellt, dass ich dann sehr viel Klarheit hatte.“* (A1: 89-99) Anknüpfend an die Darlegung der Untersuchungsergebnisse benennt A1 als Thema bzw. als artseitiges Ziel der Konsultation die Entscheidung über eine zu beginnende Therapie aufgrund der Diabetes-Diagnose. *„Ich hatte eigentlich schon ganz klare Vorstellungen, was ich ihm vorschlagen wollte. Ich hatte die ganz klare Vorstellung, ihm Metformin vorzuschlagen als Zuckertablette, ihn nicht auf Insulin zu bringen und ihn auch mit Blutzuckerselbstmessungen zu verschonen. Also möglichst wenig invasiv zu machen.“* (A1: 123-127)

A4, ebenfalls Facharzt für Allgemeinmedizin, berichtet im Interview von der Konsultation mit dem Patienten P4, bei dem wiederholt erhöhte Blutdruckwerte gemessen

<sup>22</sup> Begrifflich ist üblicherweise von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung die Rede. Diese Begriffswahl ist insofern missverständlich, als dass beide Versorgungsbereiche von Fachärzten und -ärztinnen abgedeckt werden. In Ermangelung alternativer Bezeichnungen zur Abgrenzung der beiden Versorgungsbereiche voneinander werden dennoch die Begriffe hausärztlich und fachärztlich verwendet.

<sup>23</sup> Angaben zu den an der Konsultation beteiligten Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen sind in den Tabellen 6 und 7 (Kap. 3) zusammengestellt.

worden sind. Die Ergebnisse der Messungen stellen aus ärztlicher Sicht das Thema der Konsultation dar. *„Und dann ist die spannende Frage, wie bewertet der betreuende Arzt und wie bewertet der Patient selber sein absolutes und relatives Risiko, was heißt das für den. Was heißt es für ihn, erhöhte Blutdruckwerte zu haben. Und bei der, bei dieser Frage müssen wir ihn halt, müssen wir ihn halt begleiten. Und deshalb haben wir uns verabredet, um um das zu reflektieren, wie geht ein Mann mit diesem Symptom erhöhter Blutdruck um, was bedeutet das für den. Ist das eine Angst induzierende Information, die ihn noch kranker, noch hektischer, noch unruhiger in seinem Leben macht oder kann ihm die Medizin ein Versprechen geben, was in Richtung Sicherheit und Risikobeherrschung geht.“* (A4: 29-38) Ähnlich wie bei A1 liegt auch bei A4 das mit dem Thema der Konsultation einher gehende ärztliche Ziel auf der Ebene einer möglichen pharmakotherapeutischen Intervention. *„Nun haben wir heute uns verabredet, um um das mal anzutesten, wie der unter Umständen darauf reagiert auf die Perspektive mittel- oder langfristig ein Kunde der Pharmaindustrie zu werden.“* (A4: 57-60) Ferner verdeutlicht A4 im Interview, dass sein Patient im Rahmen der Konsultation zwei weitere Themen eingebracht habe, über die er sprechen wollte (vgl. A4: 168-171)<sup>24</sup>.

Ein weiteres Beispiel für ein Gespräch zu Beginn einer chronischen Erkrankung stellt die Begegnung zwischen A12, einer Fachärztin für Allgemeinmedizin, und P12, einer 73 Jahre alten Patientin, dar. P12 ist – aufgrund verschiedener Beschwerden und Erkrankungen – seit mehr als 30 Jahren bei A12 in Behandlung. Die Patientin ist aktuell wegen erhöhter Blutzuckerwerte von ihrer Ärztin angerufen und aufgefordert worden, zu einem Gespräch über das vorliegende Blutuntersuchungsergebnis in die Praxis zu kommen. Die Patientin ist der Aufforderung gefolgt. *„Und und jetzt hab' ich wieder die Kontrollen gemacht und war also entsetzt über die Zuckerwerte, die sich im Laufe einer relativ kurzen Zeit so verschlechtert haben. Daraufhin hab' ich sie angerufen. Das mach' ich also grundsätzlich, wenn ich, wenn ich schlechte Werte egal welcher Art oder schlechte Zuckerwerte habe, da wird der Patient sofort benachrichtigt und nicht erst wie von manchen Fachärzten nach 'm nach sechs Wochen, wenn der Patient dann mal wieder da 'n Termin hat. Und daraufhin hab' ich sie mir für heute wieder bestellt und und das Gespräch geführt. Das hätt' ich in jedem Fall gemacht, auch wenn sie, wenn das heute nicht mit dem Interview gewesen wäre. Und hab' natürlich jetzt sie, jetzt intensiv in das DMP eingeschrieben mit Ernährungsberatung und jetzt wird sie also intensiv geführt.“* (A12: 164-175) Anknüpfend an die vorab zitierte Sequenz scheint das aus ärztlicher Perspektive bestehende Ziel des Gesprächs in einer möglichst zeitnahen und beständigen Senkung der Blutzuckerwerte zu liegen. A12 äußert

<sup>24</sup> [A-P-K 7 stellt ein weiteres Beispiel für den Beginn eines erhöhten kardiovaskulären Gesamtrisikos dar.]

sich im Interview nicht dazu, ob die Patientin in der Konsultation über weitere, jenseits der Diabetes-Diagnose liegende Themen sprechen wollte<sup>25</sup>.

Im Mittelpunkt des Gesprächs zwischen A6, Facharzt für Allgemeinmedizin, und der Patientin P6 steht – aus ärztlicher Perspektive betrachtet – eine Art Bilanzierung des bisherigen Vorgehens im Rahmen eines langfristigen Versorgungsprozesses. *„Ja. Ich hatte mir eine Situation herausgeholt, die an sich exemplarisch ist bei vielen chronisch kranken Patienten, dass man noch mal über die in dem Fall Blutdruck- und Herzmedikation spricht, weil ich auch beim letzten Mal festgestellt hatte dass da, wegen der Dosierung also Unstimmigkeiten bestehen. Die Patientin hat also gleichzeitig 'n Diabetes Mellitus, der an sich sehr gut eingestellt ist 'ne koronare Herzkrankheit, 'ne Hypertonie, also so dass also das Thema Blutdruck sozusagen schon Sinn ergibt. Und deswegen hab ich also Folgendes gemacht, bin das noch mal durchgegangen. Das war auch gar kein Problem, aber ich hab' an sich immer festgestellt, dass wenn man so etwas macht, dass man den Patienten dann auch einen kleinen Therapieplan mit an die Hand geben sollte. Bei den letzten Malen war es so, dass der Blutdruck schon mal so 'n bisschen grenzwertig erhöht war. Also jetzt nicht dramatisch, aber doch grenzwertig und deswegen hab ich also das jetzt noch mal kurz mit ihr besprochen, und vor allen Dingen weil, in dem Moment wo sie 's hört bin ich sicher hat sie auch alles verstanden aber wenn sie dann rausgeht, dann ja, dann ist das eben möglicherweise schon nicht mehr so, deswegen hab' ich das also auch zusätzlich schriftlich gemacht und ihr dann einen kleinen Blutdruckpass noch mal mit an die Hand gegeben, um das also dann auch zuhause mal kontrollieren zu können, weil ja bekanntermaßen umgekehrt das immer auch immer der Arztfaktor ist, wenn man jetzt misst, dann kann man da durchaus auch, durch diese Arztsituation kann es dazu führen, dass der Blutdruck da höher ist und mich natürlich interessiert wie es in der Wirklichkeit ist ja.“* (A6: 10-32) Der Arzt nimmt die von ihm gemessenen, wiederholt „grenzwertig“ erhöhten Blutdruckwerte der Patientin zum Anlass, um in der Vergangenheit bereits gemeinsam erörterte Themen nochmals zu besprechen. Was genau besprochen worden ist, lässt sich anhand des zitierten Interviewausschnittes nicht ergründen. Jedoch wird deutlich, dass das ärztliche Ziel der Konsultation in einer Senkung der Blutdruckwerte liegt. Es ist davon auszugehen, dass der Arzt hofft, durch Wiederholung bereits besprochener therapeutischer Interventionen derart auf das Verhalten der Patientin einwirken zu können, dass es zu einer Blutdrucksenkung kommt.

Der Allgemeinmediziner A5 sowie der Patient P5 haben sich verabredet, um über die Ergebnisse einer Konsultation des Patienten bei einem Facharzt für Neurologie zu sprechen. Da die neurologische Konsultation nicht wie geplant stattgefunden hat, war

<sup>25</sup> [A-P-K 14 stellt ein weiteres Beispiel für die Erörterung eines spezifischen Themas (Fäden ziehen) bei bereits bestehender längerer Behandlung dar.]

eine Erörterung des geplanten Themas nicht möglich. Vermutlich auch der Projektsituation geschuldet, scheint der Arzt situativ entschieden zu haben, das Gespräch für einen Austausch über verschiedene psychosoziale Probleme des Patienten zu nutzen. Da Gespräche dieser Art offenbar in regelmäßigen Abständen stattfinden, konnte A5 davon ausgehen, dass P5 seinem Gesprächsangebot folgt. *„(...) und ich glaub 'n wesentlicher Punkt bei dem Patienten ist einfach auch, dass er einfach reden kann, dass er mal über seine Probleme, obwohl er da häufig auch um sich selbst kreist, aber einfach auch so dieses Gespräch, sagt er auch selbst, das tut ihm also gut. Und von daher bestell' ich den auch so in regelmäßigen Abständen alle zwei bis drei Wochen und mach' dann auch meistens zum Abend 'n Termin, wo ich denn länger Zeit für ihn habe.“* (A5: 34-41) Im Interview äußert A5 sich nicht dazu, ob bzw. inwieweit er die Veränderung des Gesprächsthemas mit dem Patienten abgesprochen hat. Auch bleibt offen, inwiefern das ärztliche Gesprächsangebot mit einem spezifischen Ziel – jenseits der ärztlichen Wahrnehmung, dass ein solches Gespräch dem Patienten gut täte – verbunden war.

A13, Fachärztin für Allgemeinmedizin, und P13, ein 33 jähriger Patient, der in Folge einer Suchterkrankung seit mehr als drei Jahren in ärztlicher Behandlung ist, treffen im Rahmen eines (gesetzlich) vorgegebenen, regelmäßig stattfindenden Routinetermins aufeinander. In Verbindung mit der Verabredung des Termins hat es keine Abmachung über das Gesprächsthema gegeben. So sagt A13 im Interview: *„Es war nicht direkt verabredet ne.“* (A13: 72). Angesprochen habe sie eine aus ärztlicher Sicht als notwendig erachtete Psychotherapie *„(...) und noch mal so 'n bisschen drauf hingewiesen, dass, dass es eben einfach wirklich so ist, dass er zwar viel geschafft hat, was seine Krankheit angeht, so 'ne Stabilität erreicht hat so, aber dass das eben, eben noch nicht reicht. Weil da eben noch einiges fehlt an Kompetenzen so, als um irgendwann mal als autonome Persönlichkeit sozusagen durchs Leben zu gehen. Und deswegen also auch noch mal Psychotherapie angesprochen. 'ne Langzeittherapie will er nicht machen. Das ist ihm einfach zu lange, da ist er zu lange von der Familie weg. Und da hab' ich ihm eben heute noch mal 'ne neue Option eben vorgestellt, in der Hoffnung dass er, sich darauf einlässt oder zumindest dann eben noch mal 'ne ambulante Psychotherapie aufnimmt, (...)“* (A13: 40-50). Obwohl das Thema einer potentiellen Psychotherapie nicht verabredet war, geht A13 davon aus, dass der Patient die Thematik aufgrund des gesamten Versorgungsprozesses habe vorhersehen können. *„Insofern hatte er es erwartet, das war jetzt nicht direkt verabredet ja, aber ich hatte mir das vorges\_ ich hatte mir das selbst überlegt, wo ich anknüpfe und was ich und hatte ihm das aber vorher nicht gesagt. Also so war 's nicht, ja. Aber er war jetzt nicht überrascht, weil er das sich denken konnte, das ist ja auch immer das Hauptproblem letztendlich ne in dem Kontext.“* (A13: 85-90) Zusammenfassend betrachtet, lag der Konsultation ein allein aus ärztlicher Sicht festgelegtes Thema zugrunde.

## Fachärztliche Konsultationsgespräche

Die im Rahmen des Projektes aufgezeichneten fachärztlichen Konsultationen enthalten sowohl Gespräche zur Vermittlung spezifischer Untersuchungsergebnisse sowie sich daran anschließender Therapien (K3, K8) als auch Gespräche, die gleichermaßen eine Bilanzierung der zurückliegenden Versorgung wie auch eine Planung zukünftiger Versorgungsschritte umfassen (K10, K15) sowie Gespräche im Verlauf langfristiger Behandlungen (K9, K11).

A3, Facharzt für Urologie, spricht im Interview über das Gespräch mit Herrn P3, einem 72 Jahre alten Patienten, der vor einigen Jahren an Blasenkrebs erkrankt ist. Aktuell liegt das Ergebnis einer kürzlich erfolgten urologischen Untersuchung vor, die erneut eine bösartige Veränderung von Blasenzellen ergeben hat. Gefragt nach dem Gesprächsinhalt der Konsultation, stellt A3 die Übermittlung des Befundes als zentrales Thema dar. Damit verbunden skizziert er das aus seiner Sicht bestehende ärztliche Ziel wie folgt: *„Aber, es ging eben jetzt darum ihm klar für mich aus meiner Sicht ihm klar zu machen, dass die Blasenschleimhaut als ganzes krank ist und an immer wieder neuen Stellen neue Polypen aufschießen können, dass man jetzt engmaschig dranbleiben muss, weil sonst die Prognose sich ganz ganz schnell stark verschlechtert. Er hat 'ne Chance, dass die Blase eben erhalten bleibt, wenn er in 'er engen Überwachung bleibt, aber, diese Chance muss er auch wahrnehmen. Das was also die inhaltliche Schwierigkeit.“* (A3: 23-30) Deutlich wird das ärztliche Bestreben der Beförderung patientenseitiger Compliance als Thema und Ziel der zurückliegenden Konsultation.

Wenngleich bezogen auf einen gänzlich anderen Behandlungskontext, die Verordnung eines Hörgerätes aufgrund von Schwerhörigkeit, scheinen sich die Ausführungen von A8, einem Facharzt für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde, ebenso wie die von A3, auf eine Erhöhung patientenseitiger Compliance zu konzentrieren. In dem Interview mit A8 heißt es: *„Und mir war 's heute eigentlich wichtig, ihr erst mal (--) soweit es mir möglich war, den medizinischen Zusammenhang zu erklären. Also das war mein Ziel eigentlich, dass sie versteht das Ausmaß der Schwerhörigkeit und warum es wichtig ist Hörgeräte zu verschreiben, weil viele Leute Hörgeräte brauchen, aber sie nicht tragen. Also es gibt da auch Zahlen drüber Studien, dass Millionen Personen in Deutschland eigentlich Hörgeräte bräuchten, aber sie nicht tragen, aus welchen Gründen auch immer. Ob das nun Eitelkeit ist, finanzielle Gründe, wie auch immer geartet die Gründe sind. Und das war eigentlich mein primäres Ziel unter dem Aspekt, der Arzt erzählt was, der Patient versteht 20% dessen was er erzählt und 80% nicht. Jetzt mal so als (--) grobe Zahl ((lachend)). Also das war mein primäres Ziel, dass ich versucht habe, ihr das zu erläutern. Und dann eben ganz wichtig auch äh praktische Dinge ihr an die Hand zu geben, wie das organisatorisch läuft, wie die Kostenfrage ist bei Hörgeräten. Wo sie hingehen kann, wie sie einfach und unkompliziert an diese Versorgung kommt, ohne dass sie jetzt selber noch lange zuhause recherchieren muss oder organisatorische Dinge anstellen muss. Das war eigentlich so das (--) meine Intention des*

*Gespräches.*“ (A8: 33-51) A8 geht davon aus, dass die ihn aufsuchende Patientin, sie ist 68 Jahre alt und leidet seit geraumer Zeit an einer zunehmenden Schwerhörigkeit, zukünftig zur vermeintlich großen Gruppe von Personen gehören könnte, die aus seiner Sicht Hörgeräte tragen sollten, dieses jedoch nicht täten. Sein Bestreben ist es, eine seiner Ansicht nach in Zukunft erforderliche Compliance der Patientin durch dezidierte ärztliche Informationen über die Hintergründe der Schwerhörigkeit zu forcieren.

Sowohl das urologische als auch das ohrenärztliche Beispiel verdeutlichen die allgemeine ärztliche Vorannahme, dass der Patient bzw. die Patientin sich zukünftig ‚non-compliant‘ verhalten könnte. Zugleich geben die interviewten Ärzte als Ziel der jeweiligen Konsultation nicht an, patientenseitige Bedürfnisse, Interessen und Präferenzen ergründen zu wollen, um auf dieser Basis das weitere Vorgehen gemeinsam – also zusammen mit dem Patienten/der Patientin – zu erörtern. Vielmehr hinterlassen die ärztlich zitierten Ausführungen den Eindruck, dass ein patientenseitiges Abweichen von den genannten ärztlichen Empfehlungen allein als nicht nachvollziehbar unangemessen und damit ‚non-compliant‘ anzusehen sei.

Auf zwei weitere Gespräche, zwischen einem Facharzt für Gynäkologie (A10) und einer 45-jährigen Patientin sowie zwischen einer Fachärztin für Gynäkologie (A15) und einer 56-jährigen Patientin, soll an dieser Stelle eingegangen werden. Beide Patientinnen sind einige Monate zuvor – aufgrund der Diagnose Brustkrebs – operiert worden. Es folgte eine ambulante chemotherapeutische Behandlung im Rahmen gynäkologischer Praxen mit onkologischem Schwerpunkt. Mit dem Abschluss der Chemotherapie endet die Versorgung der Patientinnen in den spezialisierten Praxen. Sowohl A10 als auch A15 berichten in den Interviews von abschließenden Konsultationsgesprächen, in deren Mittelpunkt gleichermaßen eine Bilanzierung der zurückliegenden Versorgung wie auch eine Planung zukünftiger Versorgungsschritte stand. Beispielhaft sei das Interview mit A10 herausgegriffen, der auf die Frage nach dem Anlass des gerade zurückliegenden Gesprächs mit der Patientin P10 antwortet: *„Ja. Also es handelt sich um eine Brustkrebspatientin und bei Brustkrebs ist ja eine sehr komplexe Diagnostik und Therapie notwendig. Diese Therapie ist weitgehend in Leitlinien auch normiert. Die sind auch nachlesbar und allgemein zugänglich. Und im Rahmen dieses dieser komplexen Therapie ist es natürlich notwendig, dass der Staffelfstab auch jeweils an den jeweiligen Schnittstellen auch lückenlos weitergegeben wird. Und das war auch mein Anliegen, das der Patientin zu vermitteln. Dass es wichtig ist die, diese leitliniengerechte Therapie auch fortzuführen. Dass sie nicht in einem Informationsvakuum verschwindet und die Therapie womöglich gar nicht durchgeführt wird oder vielleicht nicht leitliniengerecht durchgeführt wird. Deswegen hab' ich mich ganz konkret bemüht, ihr auch Hinweise zu geben, wie es denn jetzt weitergeht. Aus meiner Sicht war die Situation bei der Therapie eindeutig. Das was ich wusste aus der Vorgeschichte, was auch aus dem Arztbrief aus der Klinik hervorging hat aus meiner Sicht auch keine weitere Alternative*



zur weiteren Therapie zugelassen ja. Wichtig war also jetzt die Antihormontherapie ihr zu erklären aus meiner Sicht und auch die Strahlentherapie weiter zu erklären. Sie, es war mir auch wichtig Sorgen und Besorgnisse der Patientin auch zu beantworten nicht.“ (A10: 30-48) Anknüpfend an die vorab skizzierten Beispiele fachärztlicher Konsultationsgespräche zeigt sich auch im Interview mit dem Arzt A10, dass er das Thema des Gesprächs verbindet mit dem Ziel einer aus seiner Sicht unabdingbaren Notwendigkeit der Umsetzung spezifischer Behandlungsschritte, deren Fraglosigkeit er mit einem Verweis auf entsprechende Leitlinien bzw. Leitlinieninhalte begründet. Wenngleich A10 betont, dass der Inhalt des Gesprächs auch die ärztliche Beantwortung von Fragen der Patientin vorsah, ist seinen Ausführungen zum Inhalt des Gesprächs kein Hinweis auf eine Aushandlung des weiteren Vorgehens zu entnehmen. Vielmehr besteht sein Ziel darin, die Patientin – im Sinne von Compliance – dazu anzuregen, ihren Beitrag zu einer „leitliniengerechte(n) Therapie“ zu leisten.

Der Konsultation K9 liegt ein in einen langfristigen Behandlungsverlauf eingebettetes Gespräch zwischen einer Fachärztin für Gynäkologie (A9) und einer 47 Jahre alten Patientin zugrunde. Gefragt nach dem Gesprächsanlass fasst die behandelnde Ärztin das Thema des Konsultationsgesprächs im Rahmen des Interviews folgendermaßen zusammen: „Ja=a sie (die Patientin, Anmerk. d. Verf.) kam im September, und sagte, die Blutungen werden immer stärker. Ich habe jetzt schon acht Tage lang Blutungen und ich fühl' mich auch nicht gut und ich glaub', ich muss doch was machen. Und dann hab' ich zu ihr gesagt, weil es gibt viel zu bedenken, es gibt eben erstens diese Vorgeschichten und dass sie nicht einfach eine ist, die sich operieren lässt. Es gibt die Konisation, die sie vorher hatte und es gibt eben verschiedene Optionen. Und deswegen hab' ich zu ihr gesagt, also des kann ich jetzt nicht so nebenbei in der Sprechstunde. Da können wir doch am besten einfach noch mal ausführlich drüber reden. So, das war der An\_ der Auslöser. Das ist und das hat sie auch jetzt wiederholt, dass sie im Sommer eben sehr stark gelitten hat unter starken Blutungen.“ (A9: 81-91) Es fällt auf, dass A9 – gefragt nach dem Konsultationsanlass – im Interview keine Verknüpfung zwischen dem Gesprächsanlass und einem aus ärztlicher Perspektive erwarteten Behandlungsweg darlegt. Vielmehr verdeutlicht sie, dass es „verschiedene Optionen“ des Umgangs mit dem von der Patientin geschilderten Problem gebe. Obwohl nicht auszuschließen ist, dass auch A9 von ihr möglicherweise bevorzugte Behandlungspferenzen im Rahmen der Konsultation unterbreitet hat, bleibt ihre Haltung abzugrenzen von jenen ärztlichen Ausführungen, in denen das Konsultationsthema unauflösbar verbunden erscheint mit aus ärztlicher Sicht bestehender, unumgänglich wirkender Behandlungswege und Behandlungsziele (z. B. bei A3 und A10)<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> [A-P-K 11 stellt ein weiteres Beispiel für ein Konsultationsgespräch dar, dass in einen längerfristigen Behandlungsverlauf eingebettet ist.]

Zusammenfassend bleibt zu konstatieren, dass in den ärztlichen Erzählungen sowohl zu hausärztlichen als auch zu fachärztlichen Konsultationsgesprächen eine Verknüpfung von zu besprechenden Konsultationsthemen mit ärztlichen Vorstellungen über spezifische Behandlungswege und Behandlungsziele aufscheinen. Ebenso festzuhalten bleibt die ärztliche Skizzierung von Konsultationsthemen in Verbindung mit dem Hinweis darauf, dass es verschiedene Behandlungsoptionen gebe, die mit dem Patienten/der Patientin zu besprechen sei. Im Anschluss an die artzseitig beschriebenen Themen folgen im nächsten Kapitel Ausführungen zur Gesamtreflexion der jeweiligen Konsultation aus ärztlicher Perspektive.

### 5.3.2 Ärztliche Gesamtreflexion zur Konsultation<sup>27</sup>

Im Mittelpunkt des nachfolgenden Kapitels stehen Fragen nach Vorstellungen zur ärztlichen Rolle, die den Interviews mit den Ärzten und Ärztinnen zu entnehmen sind. Anders ausgedrückt: Welches Verständnis von der ärztlichen Rolle zeigt sich in den ärztlichen Reflexionen zur Konsultation? Inwieweit zeigen sich die interviewten Ärzte und Ärztinnen zufrieden bzw. unzufrieden im Hinblick auf den Verlauf und die Inhalte der Konsultationen? Und welchen Zusammenhang könnte es zwischen dem Zufriedenheitserleben und dem jeweiligen Rollenverständnis geben? Um einer Antwort auf diese Fragen näher zu kommen, wird – inhaltsanalytisch vorgehend – zunächst betrachtet, mit welchen verschiedenen Facetten sich die befragten Ärzte/Ärztinnen bezogen auf die Konsultationen zufrieden zeigen und anschließend, mit welchen sie sich unzufrieden zeigen.

#### **Ärztliche Zielsetzung: Kommunikative Vorbereitung therapeutischer Entscheidungsprozesse im Sinne größtmöglicher patientenseitiger Compliance**

Im Rahmen der Interviews mit den Ärzten und Ärztinnen scheint eine Zufriedenheit auf über eine Vorbereitung der Patienten und Patientinnen auf eine aus ärztlicher Perspektive (voraussichtlich) erforderliche Therapie. So legt A4 – Facharzt für Allgemeinmedizin – im Interview beispielsweise dar, dass er sich mit dem Patienten P4, bei dem wiederholt erhöhte Blutdruckwerte gemessen worden sind, verabredet habe, *„um um das mal anzutesten, wie der unter Umständen darauf reagiert auf die Perspektive mittel- oder langfristig ein Kunde der Pharmaindustrie zu werden“* (A4: 58-60). Für den Arzt umfasst die Vorbereitung des Patienten auf eine potentielle Pharmakotherapie zur Senkung der Blutdruckwerte zum einen die Information, *„dass es in der Regel 'ne Dauertherapie ist, auf die man da zusteuert“* (A4: 62-63) und zum anderen die Mitteilung, dass im Beipackzettel des Medikamentes Nebenwirkungen benannt sind, das Medika-

<sup>27</sup> Auf eine durchgängige, gebündelte Betrachtung der hausärztlichen im Vergleich zu den fachärztlichen Interviews wird – mit Blick auf den zu erwartenden Erkenntnisgewinn – in diesem wie auch im folgenden Unterkapitel (Kap. 4.3.2 und 4.3.3) zugunsten einer kontrastierenden Erörterung einzelner Themen weitgehend verzichtet.

ment aus ärztlicher Perspektive aber dennoch als empfehlenswert eingeschätzt werde. Bezugnehmend auf die Benennung möglicher Nebenwirkungen im Beipackzettel heißt es im Interview: *„Man muss also schon möglich, wenn man, wenn man überhaupt 'ne sinnvolle Pharmakotherapie macht, das das so, so begründen, dass das auch Stand hält.“* (A4: 69-71) Zu einem späteren Zeitpunkt im Verlauf des Interviews ist A4 danach gefragt worden, was das für ihn entscheidende Ergebnis des Gesprächs war. Seine Antwort lautet: *„Medizinisch? Ja das entscheidende Ergebnis des Gespräches ist, dass ich den (Patienten, Anmerk. d. Verf.) darauf vorbereitet hab, wenn der Tag X kommt und ich verschreib dem Ant\_ ein Antihypertensivum, dass ich dann nicht damit rechnen muss, dass der bei dem nächsten Kaffeeklatsch oder wenn seine Frau den Beipackzettel rausfiddelt, dass er das Medikament dann in die Ecke wirft. Wenn wenn ich dem 'en Medikament verschreibe, kann ich davon ausgehen, dass er das auch nimmt. Das ist für mich das, das ist die entscheidende Funktion dieses Gespräches gewesen.“* (A4: 302-309) Dem Zitat ist zu entnehmen, dass der Arzt die kommunikativ gestaltete Vorbereitung des Patienten auf eine potentielle Pharmakotherapie als gelungen betrachtet. So erwartet der Arzt eine hohe Compliance auf Seiten des Patienten im Hinblick auf eine ggf. bevorstehende dauerhafte Einnahme Blutdruck senkender Medikamente.

Im Interview mit A1 – ebenfalls Facharzt für Allgemeinmedizin – spricht der Interviewpartner über einen 44 jährigen Patienten, der vor ca. 14 Tagen von der Diagnose Diabetes erfahren hat. Ebenso wie A4 überdenkt auch A1, welcher Voraussetzungen es auf Seiten eines Patienten/einer Patientin bedürfe, damit sich ein aus ärztlicher Perspektive bestmöglicher Versorgungsweg entfalten könne. *„Ja dass war so mein Gefühl, so 'n junger Mensch, der sich ganz gesund fühlte bisher der schafft das nicht jetzt zuviel auf einmal. Und genauso, er hat 'n sehr hohes Cholesterin an die 400. Da hab ich überhaupt nichts von gesagt. Das hab ich ihm bewusst jetzt vorenthalten, die Frau fragte nach den Blutfetten. Und ich hab gesagt, das möchte ich jetzt nicht. Ich möchte jetzt erst mal das mit dem Zucker und ein Ding nach dem andern, sie brauchen Zeit. Und da verabreden wir uns in vier Wochen und dann reden wir mal da drüber, über den Rest. Erst mal sich damit auseinandersetzen, dieses coping, Annehmen die Diagnose und und das ist das, was mehr an Prognoseverbesserung bringt als jedes Medikament. Das weiß man aus der Diabetesforschung, dass wenn Diabetiker ihre Diagnose annehmen, dass es dass sie dann 'ne bessere Prognose haben. Und da hab ich versucht, erst mal ihm bei behilflich zu sein.“* (A1: 36-48) Obwohl getragen von dem Bestreben, einen – aus ärztlicher Perspektive – möglichst ‚guten‘ Krankheitsverlauf zu ermöglichen, verdeutlichen die Ausführungen des Arztes, dass er den Informationsumfang im Verhältnis zum Informationszeitpunkt festlegt und nicht gemeinsam mit dem Patienten versucht herauszufinden, welche Informationsbedürfnisse dieser aktuell hat. Anders ausgedrückt: A1 hat eine Idee davon, was für den Patienten – aus ärztlicher Sicht – gut sei, ohne diese Idee im Gespräch mit dem Patienten entwickelt oder abge-

sichert zu haben. Eine Begrenzung des Informationsumfangs zum aktuellen Behandlungszeitpunkt befördere, so A1, die Annahme der Diagnose auf Seiten des Patienten, was zu einer verbesserten Prognose führe. Offen bleibt, was A1 unter der Annahme einer Diagnose durch einen Patienten/eine Patientin versteht. Nicht auszuschließen ist, dass A1 die Annahme der Diagnose auch als eine Voraussetzung für patientenseitige Compliance betrachtet. So heißt es im Interview mit dem Arzt: *„Und ihn (den Patienten, Anmerk. d. Verf.) behutsam zu packen und erst mal nicht auf Insulin zu polen, sondern das lässt sich, ließe sich notfalls auch bei Typ-2-Diabetikern ver\_ Typ-1-Diabetikern vertreten, ihn mit Metformin zu behandeln, da hat man neue Studienergebnisse, dass das auch geht zum Teil, um ihm zu ersparen, zu spritzen.“* (A1: 32-36) Das Zitat veranschaulicht die – aus ärztlicher Perspektive bestehende – Verknüpfung zwischen Annahme der Erkrankung (hier Diabetes Mellitus) und der Annahme einer Behandlung (hier die Einnahme eines Blutzucker senkenden Medikamentes). In diesem Sinne ist das Vorgehen des Arztes (begrenzte Informationsvermittlung) auch verbunden mit dem Ziel der Vorbereitung des Patienten auf die ärztlich empfohlene Therapie sowie eine daran gekoppelte Beförderung patientenseitiger Compliance<sup>28</sup>.

### **Ärztliche Zielsetzung: Annahme ärztlicher Entscheidungen durch die Patienten und Patientinnen**

Zufrieden zeigt sich A12 – Fachärztin für Allgemeinmedizin – im Interview angesichts ihrer Einschätzung, dass ‚ihre‘ Patientin, eine 73 jährige Frau, bei der aktuell Diabetes Mellitus diagnostiziert worden ist, das aus ärztlicher Perspektive bestehende Problem verstanden habe und sich mit großer Wahrscheinlichkeit an den ärztlichen Empfehlungen orientieren werde. Unter Bezugnahme auf die aktuell gemessenen hohen Blutzuckerwerte heißt es im Interview: *„Patientin war aufgeschlossen, war ja schon vorinformiert durch das Telefonat. Hat auch selber schon nach, nach Erklärungen gesucht, warum es plötzlich so schlecht geworden sein könnte. Der Winter, mangelnde Bewegung. Und war, ist motiviert das zu ändern. So also sie sie wird auch die Tabletten nehmen. Sie ist an sich eine 'ne korrekte Person und so dass ich da ganz sicher bin, dass wir das im Vierteljahr das Problem im Griff haben.“* (A12: 180-186) Danach gefragt, mit welchen Gefühlen sie in das Gespräch mit der Patientin P12 gegangen sei, antwortet A12: *„Mit den Gefühlen die ich immer habe wenn ich mit den Patienten eigentlich wichtige Dinge besprechen muss. Dass ich mich verständlich machen kann, dass der Patient das begreift und dass er das dann auch realisiert.“* (A12: 201-203) Die mit der Erwartung patientenseitiger Compliance verbundene Haltung der Ärztin wird auch an anderer Stelle im Interview deutlich. Danach gefragt, wie sie damit umgehe, wenn ihre Empfehlungen von Seiten eines Patienten/einer Patientin nicht angenommen werden, antwortet sie: *„Hat ich heute. Vor Ihnen (nicht bezogen auf die Patientin*

<sup>28</sup> [Ähnliche Beispiele finden sich in den Interviews mit A13 und A15.]

*P12 sondern bezogen auf eine vorhergehende Patientin, Anmerk. d. Verf.). Da werd' ich dann böse ((lacht)). Und habe dann gesagt, dass es ohne ihre Mitarbeit nicht geht und dass sie, dass sie nicht erwarten können, dass es mit Handauflegen besser wird. Dass ich also schon appelliere an das Verständnis und an die an die Mitarbeit und an auch die, daran, dass sie sich an bestimmte Regeln auch halten.“ (A12: 208-212) Ärztliche Zufriedenheit, so lässt sich aus diesen Interviewsequenzen ableiten, ist gekoppelt an das patientenseitige Befolgen ärztlicher Therapievorgaben mit dem Ziel, dass aus ärztlicher Perspektive bestehende Problem möglichst zeitnah und dauerhaft zu lösen („so dass ich da ganz sicher bin, dass wir das im Vierteljahr das Problem im Griff haben“). Eine Erörterung patientenseitiger Interessen und Bedürfnisse scheint bei diesem Vorgehen wenig oder keinen Raum zu haben; zumindest gibt es im Interview keinen Hinweis auf eine Beförderung von Prozessen partizipativer Entscheidungsfindungen.*

Zufrieden mit einer als hoch eingeschätzten patientenseitigen Compliance – verstanden als ein Ergebnis der zurückliegenden Konsultation – zeigt sich auch A7, ebenfalls Fachärztin für Allgemeinmedizin: *„(6) Also Herr P7 guckt, guckt sich selber seine Blutzuckerwerte weiterhin an um selber, um zu kontrollieren, ob seine Ernährung gut ist und er ist motiviert weiter mitzumachen. Er macht, er nimmt die Medikamente. Ja er ist motiviert, er hat keine Angst. Ist auch 'n Ergebnis. Man hat das Gefühl, er hat keine Angst. Keine Angst vor Nebenwirkungen, er macht alles mit ja. Er fragt nach 'm Termin, er möchte Teststreifen. Das ist 'n gutes Ergebnis. Er ist motiviert. Hm=hm. Obwohl man ihm wirklich jeden, jede Information auch 'n bisschen aus der Nase ziehen muss ne. Aber er ist motiviert ne. Soll man nicht unterschätzen. Ruhig, aber er macht mit.“ (A7: 178-186)<sup>29</sup>.*

Ärztliche Zufriedenheit im Angesicht der Wahrnehmung, dass ein Patient/eine Patientin das aus medizinischer Sicht bestehende Problem erfasst und erklärt habe, sich an die ärztlichen Empfehlungen halten zu wollen, findet sich auch in den Interviews mit fachärztlich tätigen Ärzten und Ärztinnen. Beispielhaft sei auf das Interview mit A3 – Facharzt für Urologie – hingewiesen, der als explizite Herausforderung des Gesprächs mit einem 72 jährigen, an Blasenkrebs erkrankten Patienten angibt, diesem zu vermitteln, dass er in der kommenden Zeit zu regelmäßigen Kontrolluntersuchungen in die urologische Praxis kommen müsse. *„Er (der Patient, Anmerk. d. Verf.) hat 'ne Chance, dass die Blase eben erhalten bleibt, wenn er in 'er engen Überwachung bleibt, aber, diese Chance muss er auch wahrnehmen. Das was also die inhaltliche Schwierigkeit. Die pers\_ persönlich hab ich nicht das Gefühl, mit ihm nicht gut kommunizieren zu können, weil er, er er ist wach, er versteht das, er kann das auch zum Teil wiederholen, er kann es vielleicht nicht prägnant formulieren. Aber ich hab, hab damit mit ihm da ein gutes Gefühl, dass er die Inhalte auch auch wirklich wahrnimmt und dass er nicht so zu-*

<sup>29</sup> [Ähnliche Beispiele finden sich auch im Interview mit A6.]

*macht, wie schon mal andre Patienten, wenn die erstmalig mit so 'ner schlimmen Diagnose konfrontiert werden, dass die dann das über sich ergehen lassen, aber, es letztendlich nicht verstehen.“ (A3: 28-38) A3 schätzt es, dass der Patient – seiner Wahrnehmung nach – die aus ärztlicher Sicht bestehende Problemlage verstanden hat. Ein solches Verstehen scheint wiederum als Voraussetzung für eine vom Arzt erwünschte hohe patientenseitige Compliance zu sein. Danach gefragt, mit welchen Gefühlen A3 in das Gespräch mit Patienten P3 gegangen sei, antwortet er im Interview: „Ne Aufgabe, dem Patienten das klar zu machen, die Vermittlung klar zu machen, die Dringlichkeit auch klar zu machen, dass das jetzt 'ne andre Dimension hat als vorher. Das ist schon 'ne Aufgabe, die letztendlich auch darüber, die Erfüllung auch darüber entscheidet, ob der für die Zukunft 'ne gute Prognose hat. Also das ist, das find ich sehr veran\_ verantwortungsvoll.“ (A3: 72-77) A3 betrachtet es als seine „Aufgabe“, in einer Art und Weise mit dem Patienten zu sprechen, die zum Ziel hat, dass der Patient die ärztlichen Einschätzungen zum weiteren Vorgehen übernimmt. Die alleinige Fokussierung der ärztlichen Perspektive wird insoweit unterstrichen, als dass im Interview mit dem Arzt keine Rede ist von einem Gespräch über Fragen von Lebensqualität und von patientenseitigen Wünschen zur Gestaltung der kommenden Lebenszeit. Gefragt nach dem Ergebnis der Konsultation, erläutert A3: „Er (der Patient, Anmerk. d. Verf.) hat's verstanden, er bleibt bei der Stange. Und er weiß, dass er in sechs Wochen noch mal dran muss, als unmittelbar nächsten Schritt. Und dass er im Augenblick die OP, die letzte OP gut verpackt hat, keine Schmerzen hat, beschwerdefrei ist. Nach anfänglichen Wundschwierigkeiten, die normal sind. Die er aber auch so einsortieren kann.“ (A3: 129-133) A3 zeigt sich zufrieden mit dem Ergebnis der Konsultation angesichts einer seiner Einschätzung nach zu erwartenden patientenseitigen Compliance<sup>30</sup>.*

Im Rahmen der Erörterung ärztlicher Zufriedenheit hinzuweisen bleibt u. a. auf das Interview mit A11, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, dem andere Einschätzungen zur ärztlichen Zufriedenheit zu entnehmen sind, als sie in den vorab dargelegten Beispielen zur Sprache gekommen sind. Grundlage des Interviews mit A11 ist die Konsultation mit einer 80jährigen Patientin (P11), bei der vor längerer Zeit Nesselsucht diagnostiziert worden ist. Im Kontext ihrer Gesamteinschätzung zur zurückliegenden Konsultation äußert sich A11 wie folgt: „Sie hat da, haben Sie ja gemerkt oder Sie haben es nicht gemerkt, Sie werden 's denn abhören dass sie wieder eine andere Sache eingebracht hat ((lacht)). Ein anderes Krankheitsbild mir vorgestellt hat, das ist sicherlich auch in ihrer Persönlichkeit bedingt, dass sie gerne eben Krankheitsbilder vorstellt und. Oder sagen wir so, sie ist X-Beruf und sie möchte natürlich auch gerne beachtet werden. Und das hängt damit zusammen. Wir haben diese Quaddelsucht zufrieden stellend eingestellt. Wir konnten sie nicht ganz beseitigen. Möglicherweise verschwin-

<sup>30</sup> [Ein weiteres Beispiel aus dem fachärztlichen Spektrum stellt die Konsultation A8 dar.]

*det sie noch, aber so, dass sie damit ganz gut zurechtkommt, haben wir es eingestellt. Und wir haben auch oder die Patientin hat da selber recht gut mitgemacht, sie hat sich auch selbst mit dem Krankheitsbild beschäftigt und ich hab' ihr auch versucht zu erklären, was die Ursachen sein können, wie man mit diesem Krankheitsbild umgehen kann. Und es ist auch eine recht zufrieden stellende Übereinkunft zustande gekommen, in der Richtung. Ja. Es ist mir auch besser gelungen, als am Anfang, dem St\_ dem Gespräch etwas Struktur zu verleihen. Am Anfang war 's so, dass sie auch sehr aufgeregt war, viele Dinge auf einmal angebracht hat und man sich sozusagen aus dem Gespräch das Wesentliche rauspicken musste und mit ziemlich energischen Strukturversuchen Muster reinzubringen. Und das das macht sie jetzt auch von selbst ganz gut mit, dass sie, dass sie dass sie sagt, wir machen jetzt das eine, dann kommt das nächste und evtl. noch was. Und dann ((lachend)). Also insgesamt bin ich recht zufrieden und ich hoffe, dass die Patientin zurechtkommt und dass, wir haben auch ein recht nettes Verhältnis zueinander. Gut, das war 's.“ (A11: 26-50) Und zu einem späteren Zeitpunkt im Interviewverlauf heißt es: „Also für mich ist entscheidend, dass sie die Quaddelsucht jetzt nicht als schwere Krankheit für sich auffasst, sondern als eine zwar unangenehme Sache, mit der man aber gut zurechtkommen kann und die sie nicht sehr wesentlich in ihrem Leben beeinträchtigt. Das war auch entscheidend, dass ich ihr nicht einrede, sie darf nichts essen weder alles Mögliche nicht tun, sondern, dass sie damit einigermaßen normal leben kann. (--). Das ist das entscheidende. Dann gibt es mehrere Dinge, die man erreichen will, z. B. dass der Patientenkontakt erhalten bleibt, aber nicht nicht zu intensiv wird, so dass sie sozusagen unabhängig auch von mir ist. Das ist auch für mich wichtig.“ (A11: 123-132) Die Ärztin äußert sich zufrieden darüber, dass es gelungen sei, das Krankheitsbild zu entdramatisieren, der Patientin Raum für eigene Vorstellungen zu lassen, ihre Selbständigkeit zu fördern und damit eine als problematisch erachtete Abhängigkeit innerhalb der Ärztin-Patientin-Beziehung zu verhindern. Zufrieden zeigt sich die Ärztin ferner mit der – über den Verlauf der Behandlung – gemeinsam entwickelten Gesprächsstruktur (und damit auch Gesprächskultur), die sie als eine beständige Kommunikationsbasis betrachtet. Ähnlich wie in den vorhergehenden Beispielen betont auch A11 das Ziel einer Verbesserung oder Stabilisierung der gesundheitlichen Situation („Wir haben diese Quaddelsucht zufrieden stellend eingestellt.“), jedoch wird dem kommunikativen Prozess zwischen ihr als Ärztin und der Patientin auf dem Weg zur Erreichung des Zieles eine besondere Bedeutung beigemessen. Dementsprechend formuliert A11 keinen ärztlich definierten Weg, den es der Patientin so zu unterbreiten gelte, dass sie sich in ihrem künftigen Handeln daran orientiere („Das war auch entscheidend, dass ich ihr nicht einrede, sie darf nichts essen weder alles Mögliche nicht tun, sondern, dass sie damit einigermaßen normal leben kann.“). Nicht auszuschließen ist, dass die Haltung der Ärztin in einem Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der Patientin steht. Anders ausgedrückt: Es mag sein, dass die Art des Krankheitsbildes (z. B. Herzinfarkt versus Nesselsucht) einen mehr oder weni-*

ger stark ausgeprägten ärztlichen Druck erzeugt, der sich in der auf Compliance zielenden ärztlichen Haltung gegenüber den Patienten und Patientinnen widerspiegelt. So könnte beispielsweise die ärztliche Sorge vor einem Herzinfarkt bei einem Patienten/einer Patientin oder die Sorge vor einem möglicherweise drohenden Rezidiv „größer“ sein als die Sorge vor einer erneuten Hautreaktion aufgrund von Nesselsucht. Gleichwohl bleibt zu betonen, dass A11 die – im Rahmen jeder Konsultation theoretisch bestehenden – Möglichkeit wahrgenommen hat, gemeinsam mit der Patientin (P11) einen Behandlungsweg zu entwickeln und umzusetzen. Diesem Behandlungsweg inhärent war auch eine Information der Patientin über mögliche Ursachen der Erkrankung sowie mögliche Umgangsweisen mit den Beschwerden (*„und ich hab' ihr auch versucht zu erklären, was die Ursachen sein können, wie man mit diesem Krankheitsbild umgehen kann“*).

Eine mögliche Bedeutung des Krankheitsbildes für die ärztliche Haltung gegenüber einer Patientin zeigt auch das Interview mit A9 – Fachärztin für Gynäkologie. In dem Interview bezieht sich A9 auf das Gespräch mit einer 47 Jahre alten Patientin, in dem es um mögliche Behandlungsoptionen angesichts einer Menorrhagie geht. A9 legt dar, dass aufgrund eines unauffälligen Blutbildes aus medizinischer Sicht keine Intervention (explizit keine operative Entfernung der Gebärmutter) erforderlich sei. Diese Ausgangssituation ermöglicht eine Erörterung verschiedener denkbarer Handlungsmöglichkeiten mit dem Ziel der Reduktion der Beschwerden der Patientin. Im Interview mit A9 heißt es: *„Und, aber ich bin eben ganz zufrieden, dass wir in dieser Situation das (eine Operation, Anmerk. d. Verf.) nicht so machen mussten. Ich war zunächst mal überrascht, dass sie (die Patientin, Anmerk. d. Verf.) so auf die Spirale zusteuerte, weil also da zeigte sie großes Interesse, so also doch ein Bedürfnis, ihre Symptome zu lindern, und sich nicht immer, sagen wir mal es ist schon so wie sie das beschreibt, 'ne ganz schöne Beeinträchtigung. Aber dann kamen eben zwei Punkte die auch wiederum, wo sie dann auch wieder zurückging. Der eine Punkt war, dass sie das selber bezahlen muss und das teuer ist. (...). Aber ich glaube das hätte sie noch in Kauf genommen, nur dann ging es in die Richtung Brustkrebs ihrer Mutter, Brustkrebsrisiko. Und dies Risiko ist, man muss ehrlich sagen vollständig ungesichert. Das ist, wir wissen darüber überhaupt nichts. Ob diese minimale Dosis Gelbkörperhormon das Brustkrebsrisiko erhöht oder nicht. Aber sie hatte eben auch da eine Vorgeschichte, nämlich die mit ihrer Mutter. (...). Auf jeden Fall, da hab ich 'n ganz großes Zurücknehmen gemerkt bei ihr, dass sie sagt also das will ich mir doch noch mal gut überlegen. Und dann kommt immer bei ihr auch so 'n gewisser Optimismus vielleicht gibt es sich ja von alleine, vielleicht legt es sich ja auch wieder. Und im Endeffekt ist sie ja auch tatsächlich nur noch ein paar Jahre von den Wechseljahren entfernt, die Zyklen sind schon länger geworden, es kann auch gut sein. Vielleicht ist es wirklich auch nicht nötig. Aber man merkt auch bei ihr immer eine gewisse Unsicherheit. Es gibt auch andere Frauen, die äh mit Myomen Probleme haben. Ich hab' viele Patientinnen, die sich nicht operie-*



ren lassen wollen. Aber bei ihr ist es so, dass man immer eine Angst im Hintergrund spürt. Die Angst ist, aber wenn ich irgendwie gefährdet bin, dann sag' mir bitte, ich soll mich operieren lassen. Ich will nichts versäumen. Und es ist ja auch berechtigt.“ (A9: 31-68) Deutlich wird die Möglichkeit einer Erörterung verschiedener Optionen, einschließlich der Variante beobachtend abzuwarten, solange eine medizinische Notwendigkeit für ein bestimmtes Vorgehen, z. B. die operative Entfernung der Gebärmutter, ausgeschlossen werden kann. Die Ärztin legt dar, dass die Patientin ihr vermittelt habe, dass sie sich eine ärztliche Bewertung ihrer Situation wünsche als Grundlage für eine Behandlungsentscheidung („aber wenn ich irgendwie gefährdet bin, dann sag' mir bitte, ich soll mich operieren lassen“).

Auch an einer anderen Stelle im Interview mit A9 wird deutlich, dass die Ärztin die Interessen und Entscheidungen ‚ihrer‘ Patientinnen akzeptiert, jedoch besteht für sie eine Grenze ärztlicher Akzeptanz, wenn sie eine gesundheitliche Gefahr auf Seiten der Patientinnen befürchtet. „Sondern das (der Wunsch nach einer spezifischen Behandlung, z. B. die operative Entfernung der Gebärmutter, Anmerk. d. Verf.) muss als Entscheidung von ihr (der Patientin, Anmerk. d. Verf.) kommen, dass sie sagt, ich möchte das gern, so. Also insofern ich bin, ich stell' mich da einfach auf die Frauen ein. Was was die mir vermitteln und ich greife eigentlich nur ein mit meiner Meinung oder mit irgendwie direktiv werde ich eigentlich, wenn ich, wenn, wenn ich es unvernünftig finde. Z. B. wenn eine Frau vollständig ausgeblutet ist und sie einfach keine Grenzen setzen kann und sagen kann jetzt muss aber mal was geschehen. Das gibt es manchmal, dass die auf sechs oder sieben Gramm Hb sich ausbluten lassen. Und dann ist es so, dass ich auch irgendwie direkter werde. Ja, aber sonst ist es ja deren Körper und ich gucke nur dass sie sich nicht schaden.“ (A9: 266-276)

Das Argument, als Arzt bzw. Ärztin möglichen Schaden von Patientinnen und Patienten abwenden zu wollen, dürfte auch im Kontext der vorab dargestellten Beispiele kardiovaskulärer wie auch urologischer Versorgung von Bedeutung gewesen sein. Jedoch bleibt zu bedenken, welche kommunikativen Möglichkeiten der Erörterung ärztlich und patientenseitig bestehender Probleme es gibt und inwieweit diese Möglichkeiten im Rahmen von Konsultationen erschöpfend genutzt werden.

### **Ärztliche Zielsetzung: Besprechen von aus ärztlicher Perspektive wichtigen Themen und Beantwortung patientenseitiger Fragen**

Zufrieden zeigen sich im Rahmen des Projektes interviewte Ärzte und Ärztinnen sofern sie den Eindruck haben, dass die aus ärztlicher Perspektive als wichtig angesehenen Themen angesprochen worden sind und zugleich patientenseitige Fragen beantwortet werden konnten.

A10, Facharzt für Gynäkologie, äußert sich zufrieden darüber, dass er im Rahmen der Konsultation gegenüber der Patientin alle aus ärztlicher Perspektive zukünftig notwendigen Versorgungsschritte benannt und die Patientin zugleich die Möglichkeit

bekommen habe, Fragen zu stellen. „Ja, ich versuche das Gespräch zu strukturieren. Dass wir auch die sachlichen Punkte zunächst abarbeiten, dass wir aber auch der Patientin Zeit geben, selber Fragen zu stellen. Also mit diesem inneren Plan im Kopf gehe ich in so ein Gespräch hinein. Dadurch dass wir das sehr häufig machen, wir sind ja eine Schwerpunktpraxis für K\_ insbesondere für diese Patientinnen (für Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen, Anmerk. d. Verf.) läuft das auch nach einem inneren Schema ab ja, von dem natürlich nach Bedarf abweichen kann. Aber ich, gehe schon mit einer festen Struktur in so ein Gespräch hinein. Ich informiere mich natürlich auch fachlich über die besondere Situation bei der Patientin. Man muss wissen, wie ist denn die Tumorbilogie bei dieser Patientin. Wie ist mis\_ wie ist es mit dem Alltag. Welche Leitlinien gibt es bei der, in dieser speziellen Situation. Jede Patientin ist anders. Und da muss man natürlich auch informiert sein, über den einzelnen Fall.“ (A10: 83-96) Im Hinblick auf die Patientin, über die A10 im Rahmen des Interviews spricht, war aus Perspektive des Arztes „die Situation bei der Therapie eindeutig. Das was ich wusste aus der Vorgeschichte, was auch aus dem Arztbrief aus der Klinik hervorging ähm hat aus meiner Sicht auch keine weitere Alternative zur weiteren Therapie zugelassen ja.“ (A10: 42-45) Entsprechend habe er die Patientin im Rahmen der Konsultation informiert. Danach gefragt, was aus seiner Sicht im Gespräch zwischen ihm und der Patientin gut gelaufen sei, antwortet A10: „Ich denke gut gelaufen ist, dass wir der Patientin also eindeutig auch einen Fahrplan in die Hand geben konnten. Dass sie jetzt nach unserer relativ kurzen Zeitspanne, in der wie die Patientin begleiten durften, nicht in ein Informationsvakuum fällt. Das sie also auch eine Orientierung hat, fachlich wie geht es mit mir weiter, was passiert jetzt mit mir, was sind die nächsten Schritte. An wen kann ich mich jetzt wenden. Und was aus meiner Sicht gut ist, wir haben die Patientin auch nicht alleingelassen in ihrer Situation, sondern haben ihr auch das Angebot gemacht ganz konkret, wenn sie Fragen haben, die ein anderer nicht beantworten kann, dann können sie uns jederzeit wieder anrufen und sei es in fünf Jahren. Das Angebot haben wir ganz konkret unterbreitet. Ich glaube die Information ist auch angekommen bei ihr.“ (A10: 102-113)

Ähnlich wie A10 spricht auch A7, Fachärztin für Allgemeinmedizin, davon, dass sie einen Plan für die Realisierung von Gesprächen mit Patienten und Patientinnen hat. Ähnlich wie A10 scheint sie diesen Plan jedoch nicht mit ihrem jeweiligen Gegenüber zu besprechen, sondern folgt ihm im Sinne eines vorab bereits feststehenden Ablaufschemas. Über ihre Vorstellungen zur Gesprächsgestaltung äußert sich A7 im Interview wie folgt: „Es kommt immer auf den Patienten an. Wenn der Patient selber das Gespräch eröffnet mit 'ner Vielzahl von Beschwerden, bin ich in 'ner a\_ absolut schwierigen Situation, den Hebel rumzureißen. Und überhaupt das zu sagen, was ich sagen möchte. Sondern dann redet er über seine Beschwerden, Dinge. Und wenn der Patient das nicht tut, dann hab' ich eher die Chance zu sagen, zu fragen erstens, frag' ich im-

*mer, was gibt 's Neu\_ was gibt 's Neues, was bewegt sie, was führt sie zu uns, ist alles in Ordnung. Solche Fragen. Und dann komm' ich auf den Punkt. Manchmal gelingt 's mir gar nicht, Dinge anzusprechen, die ich möchte. Oder es ist äußerst schwierig. Also meine Maxime ist auch mal die, Patienten erst mal reden lassen und dann, sag' ich auch was. Es gibt dazu andere Standpunkt ne, so fühl' ich mich aber wohler. Und mittlerweile denk' ich auch Ärzte sind keine Missionare und es steht uns auch nicht an, Patienten zu missionieren. Und was ich sagen möchte und das das sag' ich dem Patienten aber dann auch im im angepassten Ton und in 'ner Situation wo 's passt.“ (A7: 116-130)*

Im Gegensatz zum Plan von A10 sieht die Agenda von A7 vor, zunächst den Patienten oder die Patientin nach ihrem Befinden zu fragen, um im Anschluss daran die ärztlichen Themen zu formulieren. Die Fragen an ihr Gegenüber scheint sie als eine Art ‚Vorgespräch‘ zu betrachten, denn erst im Anschluss daran folgen die für sie zentralen Themen („Und dann komm' ich auf den Punkt.“). Im Hinblick auf die beiden zitierten Beispiele (A10 und A7) fällt auf, dass die Interviewpartnerin wie auch der Interviewpartner bezogen auf den Ablauf der Konsultationen keine Verknüpfung – im Sinne einer wechselseitigen Verwobenheit – darlegen zwischen den ärztlichen und den patienten- bzw. patientinnenseitigen Themen. Anders ausgedrückt: Das Nacheinander von ärztlicher Rede und Rede des Patienten/der Patientin scheint zu suggerieren, als ob die jeweiligen Themen nur bedingt etwas miteinander zu tun hätten. Ein solches Nebeneinander kommt auch im folgenden Zitat zum Ausdruck. „Also würd' ich denken, das (Gespräch, Anmerk. d. Verf.) ist gut gelaufen. Vom Gefühl her, würd' ich sagen, es war gut so. Vom Gefühl. Ich hab das jetzt noch nicht seziert unter kommunikationstechnischen Aspekten, aber so vom Gefühl her, würd' ich sagen war, war in Ordnung. Herr P7 hat es mir ja auch leicht gemacht, der ist ja keiner der, der das Gespräch, den Gesprächsfaden abbricht, der Zwischenfragen stellt, der die, das Themen\_ vom Thema wegspringt. Insofern konnten wir schon am Thema dranbleiben. Doch war schon, war insofern leichter mit ihm als mit anderen ja.“ (A7: 149-156)

Zusammenfassend festzuhalten bleibt, dass sich sowohl A10 als auch A7 zufrieden darüber äußern, dass alle aus ihrer ärztlichen Sicht wichtigen Themen im Rahmen der Konsultationen angesprochen bzw. erörtert werden konnten<sup>31</sup>.

Im Kontext ärztlicher Ausführungen zur Zufriedenheit über die Information von Patienten und Patientinnen wird deutlich, dass auch über Situationen gesprochen wird, in denen ärztliche Mitteilungen im Gespräch offenbar als nicht ausreichend angesehen werden. A15 – Fachärztin für Gynäkologie – stellt im Interview dar, dass sie der Patientin P15 im Rahmen eines Abschlussgespräches nach einer Chemotherapie Informations-

<sup>31</sup> [Ähnliche Beispiele finden sich auch in den Interviews mit A14, Fachärztin für Allgemeinmedizin und A15, Fachärztin für Gynäkologie.]

material mitgegeben hat. „Na ja sagen wir mal so, ich denk' mal dass alle Punkte die unklar waren angesprochen worden sind. Patientin hatte sich ja auch Notizen gemacht und was für sie jetzt im Abschlussgespräch von Bedeutung ist. Und die Punkte da haben wir denn noch mal geguckt, ich sag', gucken sie noch mal, haben wir alles abgearbeitet sind die Sachen jetzt klar. Jaa also die Fragen die unklar sind, waren beantwortet, was schwieriger war, da haben wir noch Infomaterial mitgegeben, da guckt sie dann auch noch mal zuhause nach und was jetzt eigentlich in der Zeit ansteht wo drauf, was jetzt noch zur Therapie gehört, was Bestrahlungen und, Anschlussheilbehandlung sind wir eingegangen, die weitere Behandlung, (...).“ (A15: 100-109)

Ausführungen zu einem ärztlichen Auftrag zur eigenständigen vertieften Auseinandersetzung des Patienten (P4) mit einem Versorgungsthema finden sich auch im Rahmen des Interviews mit A4, einem Facharzt für Allgemeinmedizin. Im Rahmen der Behandlung des Patienten, so A4, sei über eine potentielle Verordnung Blutdruck senkender Medikamente in Verbindung mit einem möglicherweise erhöhten kardiovaskulären Gesamtrisiko zu entscheiden. Im Prozess der Entscheidungsfindung weist er den Patienten auf Internetseiten hin, die – mittels so genannter Risikorechner – eine Form der Risikoabwägung vorsehen. „Für uns ist eigentlich klar, wann immer wir die Chance haben, 'nem Patienten irgend 'ne vernünftige Google-Adresse mitzugeben, dann machen wir das. Und in der Regel sind die Menschen auch gern bereit, sich zu informieren. Bei dem Herrn P4 ist heute noch keine Entscheidung gefallen, wir wollten noch 'n paar Argumente sammeln. Wir haben ihm als Hausaufgabe mitgegeben, haben die bekannten im Internet verfügbaren Statistiken zur Evaluation des eigenen kardiovaskulären Risikos noch mal anzuschauen, sich damit auseinanderzusetzen.“ (A4: 82-90)

Geht man davon aus, dass eine Auseinandersetzung mit dem eigenen (hier kardiovaskulären) Risikoerleben mittels internetgestützter Risikoberechnungen – explizit jenseits des Rechenvorgangs – nicht unkompliziert ist, dann zeigt sich in beiden Beispielen eine, zumindest partielle Verschiebung der Auseinandersetzung mit diffizilen Themen vom Konsultationsgespräch in den Alltag des Patienten bzw. der Patientin. A15 spricht darüber, dass sie „noch Infomaterial mitgegeben“ habe, was bedeuten kann, dass das Informationsmaterial eine Ergänzung zum stattgehabten Gespräch darstellt. A4 beschreibt den an den Patienten gerichteten Informationsauftrag als „Hausaufgabe“, was möglicherweise darauf hinweist, dass das an den Patienten delegierte Thema im Rahmen der folgenden Konsultation aufgegriffen und erörtert werden soll. Offen bleibt, inwieweit das ärztliche Vorgehen den Interessen und Anliegen der Patientin/des Patienten entspricht. Es ist sowohl denkbar, dass das Vorgehen mit patientenseitigen Gefühlen der Überforderung einhergeht als auch vorstellbar, dass der Patient/die Patientin die Möglichkeit vertiefter eigenständiger Beschäftigung mit dem jeweiligen Thema schätzt<sup>32</sup>.

<sup>32</sup> [Ein ähnliches Beispiel findet sich auch im Interview mit A9.]

In den Interviews finden sich des Weiteren Äußerungen ärztlicher Zufriedenheit über Konsultationen, in deren Verlauf es gelungen sei, den Patienten/die Patientin umfassend zu Wort kommen zu lassen und seine bzw. ihre Fragen angemessen beantworten zu können. A5, Facharzt für Allgemeinmedizin, äußert sich beispielsweise zufrieden darüber, dass der Patient (P5), ein 52jähriger Mann, bei dem eine Depression diagnostiziert worden ist, in der Konsultation über verschiedene, ihn beschäftigende Themen gesprochen und eigene Lösungsvorschläge entwickelt habe. Vor diesem Hintergrund wird Begleitung und Unterstützung des Patienten als wesentliche ärztliche Aufgabe beschrieben. *„Ja, ich will ja nicht hier den Patienten hier vollreden, sondern der soll mir sagen, wo liegen seine Probleme und ich hör mir das an und versuch' dann auch ihn zu irgendwelchen Lösungen oder dass er reflektiert, wie kann ich das ändern. Und ihn dann entsprechend zu unterstützen. Also nicht auf den Patienten einreden sondern, eben mehr zuhören.“* (A5: 179-184) Die Orientierung an den Interessen und Anliegen des Patienten, so ist dem Zitat zu entnehmen, scheint jedoch nicht gänzlich frei davon zu sein, den Patienten von der Annahme ärztlicher Empfehlungen zu überzeugen (*„und versuch' dann auch ihn zu irgendwelchen Lösungen“*). Die Fortsetzung des Satzes mit den Worten *„oder dass er reflektiert, wie kann ich das ändern“* zeigt das ärztliche Anliegen, dass der Patient (auch) selbst aktiv wird im Hinblick auf die Suche nach möglichen Lösungsansätzen. Die ärztliche Ambivalenz zwischen Patientenorientierung einerseits und ärztlicher Orientierung andererseits spiegelt sich auch im folgenden Zitat wider: *„Ja er, er drängte im Prinzip denk ich oder war es an für sich hmm bin bisschen im Zweifel. Wie ich Ihnen eben schon sagte, er wollte ja die Psychotherapie beim Kollegen beginnen. Aber er drängte mehr oder oder bedrängte mich so nach dem Motto: Hallo sag doch, dass ich zu 'nem andern gehen soll, wo ich mehr oder weniger mindestens einmal die Woche hin kann. Ja. Und da war ich an und für sich, ich denk' na hat er Recht hat er nicht Recht obwohl ich im Nachhinein doch dass er die Entscheidung also wozu ich ihm geraten hab' bei dem Kollegen zu bleiben, es da zumindest zu versuchen sei richtig gewesen. Falls man sieht oder er sagt ich, das passt nicht oder ich es muss ja auch das Verhältnis stimmen, dann könnt' man immer noch andere Möglichkeit suchen, zumal es heut' ja gar nicht so einfach ist, psychotherapeutische Behandlung zu kriegen, in kürzerer Zeit. Ja.“* (A5: 101-113)

Ebenso wie A5 stellt auch A14, Fachärztin für Allgemeinmedizin, die Begleitung und Unterstützung von Patienten und Patientinnen als wesentliche ärztliche Aufgabe dar. Sie äußert sich zufrieden angesichts der zur Erörterung stehenden Konsultation, da es (ihr) gelungen sei, den Patienten über seine Belange sprechen zu lassen. *„Ja ich hab' ja in mit Herrn P14 also mit meinem Patienten einen Patienten ausgesucht, der sehr viel von mir wissen will. Der sehr viel fragt, aber auch unwahrscheinlich erzählt. Also er erzählt ganz doll und richtig schwallartig und lange ausführlich, so dass man sicherlich auch gemerkt hat Sie werden es ja bei der Aufzeichnung dann sehen, dass es mir schwer fällt hier beratend teilweise tätig zu sein und ich hab' auch immer den Ein-*

*druck, dass ich also ihn unterbrechen muss während des Redeflusses und auch immer nur Brocken Wortbrocken, so leichte minimale medizinische Erklärungen einwerfe. Ja also das jetzt so vom Gespräch her. Hab' ich aber bei meiner Patientenauswahl nicht unbedingt gezielt gemacht, aber bewusst weil ich viele Patienten habe die sehr sehr gerne erzählen die sehr gerne kommen, eigentlich mehr von sich erzählen, von ihren Sorgen, was jetzt also hier nicht ganz so sorgenbelastet war und auch nicht ganz so familiär belastet war. Aber, das Gespräch der Patient sucht das Gespräch mit dem Arzt und der Arzt ist hier eigentlich in dem Fall vielleicht nur noch der kleine Berater und der Seelsorger und der ja Manager der ganzen vielen Gesundheitsfragen die eigentlich dann noch hinzukommen und weswegen er eigentlich zu mir gekommen ist.“ (A14: 7-24)* In der zitierten Interviewsequenz rekurriert A14 auf Fragen des Projektdesigns. Sie war gebeten worden, Patienten/Patientinnen aus ihrer Praxis anzusprechen und zu fragen, ob sie sich eine Teilnahme am Projekt vorstellen könnten (vgl. Kap. 3, Methodisches Vorgehen). Rückblickend konstatiert A14, dass der am Projekt teilhabende Patient (P14) insoweit „typisch“ für ihre Praxis sei, als dass er – wie viele andere Patienten und Patientinnen in ihrer Praxis auch – einen aus ihrer Sicht umfangreichen Redebedarf habe. Im Hinblick auf die zurückliegende Konsultation sei es ihr – angesichts des patientenseitigen Redebedarfs – schwer gefallen, ihre ärztlichen Themen zu platzieren. Ihrer Wahrnehmung nach hat sie ihre ärztlichen Belange der Patientenorientierung untergeordnet und sich schwerpunktmäßig auf eine Beratungsrolle bzw. die Rolle eines „Seelsorger(s)“ und „Manager(s)“ konzentriert. Obwohl sich A14 zufrieden zeigt mit der zurückliegenden Konsultation, bleibt zu hinterfragen, inwieweit eine Verzahnung patienten- und arztseitiger Themen verwirklicht werden konnten. In Verbindung mit den vorab skizzierten Beispielen (A7 und A10) lässt sich die Annahme formulieren, dass sowohl eine ausgeprägte ärztliche Themenorientierung als auch eine ausgebildete patientenseitige Themenorientierung die Schwierigkeit einer Verknüpfung der verschiedenen Themenfelder innerhalb der Konsultation mit sich bringen kann.

Abschließend sei auf Ausführungen im Interview mit A9, Fachärztin für Gynäkologie, hingewiesen. A9 zeigt sich zufrieden mit dem, im Verlauf der Konsultation gestalteten Wechselspiel aus patientinnenseitigen Fragen und ärztlichen Antworten. *„Also eher gut gelaufen ist dass ich so das Gefühl hatte, die Patientin konnte ganz deutlich sagen, was sie will und was sie wissen will. Und ich konnte alle ihre Fragen beantworten. Ich hab' auch das Gefühl gehabt, ich kann auch ein bisschen bildlich es ihr, so dass sie sich vorstellen kann, was da passiert oder die Operationen laufen. Ich hab' auch das Gefühl, es ist nicht irgendwie, ich habe nicht ihre Angst oder Unsicherheit in Bezug auf ihren Körper verstärkt, sondern im Gegenteil. Das ist ganz gut gelaufen.“ (A9: 112-118)* A9 scheint es als ihre ärztliche Aufgabe zu verstehen, Informationen nicht ‚abstrakt‘ sondern mit individuellem Bezug zur Patientin zu formulieren und zugleich darauf zu achten, möglicherweise bestehende patientinnenseitige Ängste zu begrenzen bzw.

zumindest nicht durch ärztliche Ausführungen zu verstärken. Die Einbettung der Informationsvermittlung in einen Kontextprozess scheint sich – aus ärztlicher Perspektive – im Verlauf der Konsultation als Dialog fördernd erwiesen zu haben.

Losgelöst davon, welchen ‚Gesprächsplan‘ die befragten Ärzte und Ärztinnen verfolgen (z. B. eine bestimmte Reihenfolge von Informationsvermittlung und Beantwortung patienten- und patientinnenseitiger Fragen durchzusetzen, z. B. einem Patienten/einer Patientin Raum zum Sprechen über die eigenen Belange zu geben), lässt sich den Interviews nicht entnehmen, auf welcher Grundlage sich die Interviewpartnerinnen und -partner jeweils für einen bestimmten Gesprächsstil entschieden haben. Es fällt auf, dass sich den Interviews keine Hinweise auf eine bewusste Handlungsorientierung in Anlehnung an erlernte Kommunikationskonzepte entnehmen lassen, wobei einschränkend zu betonen bleibt, dass nicht vertiefend danach gefragt worden ist, wie die Entscheidung für eine bestimmte Art und Weise der Gesprächsgestaltung entstanden ist. Dass es – gerade in Zusammenhang mit dem Konzept „Shared Decision Making“ – einen Bedarf nach umfassenderen Kenntnissen zur Gestaltung von Kommunikationsprozessen gibt, zeigt das folgende Zitat von A7, einer Fachärztin für Allgemeinmedizin:

*„Aber weil jetzt um Kommunikation sich hier alles gedreht hat, da fällt mir das ein, wie wie wie goldrichtig wie wichtig, wie evident so was wäre ja. Schade ich hab 's nie gelernt, nie. Nie hat einer mit mir, niemand hat mir 'n ärztliches Gespräch beigebracht ja. Wir wurden ja von Anfang an alleine, der Patient und du in ein Sprechzimmer rein. So und jetzt macht mal ne. Natürlich hat man im Krankenhaus die Vorbilder gehabt, wie wie redet der Oberarzt und der Stationsarzt und das waren so die Vorbilder und an denen orientierst du dich. Und denn macht das jeder so, wie er denkt ne. Aber ich denk' mir mit 'nem echten Training, mit 'ner Ausbildung wär' det weitaus günstiger, für alle Beteiligten. Und wenn ich diesen, diesen Gesichtspunkt, diese shared decision, diesen nach denen man Patientengespräche führen sollte, so wurden wir überhaupt nicht ausgebildet ne. Das ist auch schade ja. Müsste jemanden, 'n Psychologe mit uns üben, wie so 'n Gespräch geführt werden müsste, wenn man das unter diesem Aspekt führen sollte. Das ist 'ne Übungssache, du musst das üben und das x-mal machen, bevor du überhaupt da hinkommst. Vielleicht kommt's ja noch. Also ich würde für mich 'n Kommunikationstraining immer in Angriff nehmen wollen und machen.“ (A7: 386-402)<sup>33</sup>*

Neben Ausführungen zur ärztlichen Zufriedenheit im Rahmen der Gesamtreflexionen zu den Konsultationen, äußern sich die im Rahmen des Projektes interviewten Ärzte und Ärztinnen auch dazu, mit welchen Teilaspekten der Konsultationsgespräche sie weniger zufrieden bzw. unzufrieden gewesen sind.

<sup>33</sup> [Ähnliche Ausführungen finden sich auch im Interview mit A13.]

## Unzufriedenheit mit Teilaspekten des Konsultationsgesprächs

Die verschiedenen, im Rahmen der ärztlichen Interviews benannten Facetten der Unzufriedenheit lassen sich unterteilen in jene, die sich auf das Verhalten der Patienten/Patientinnen und jene, die sich auf das eigene ärztliche Vorgehen beziehen<sup>34</sup>.

Danach gefragt, was sie sich im Hinblick auf die Konsultation möglicherweise anders gewünscht habe, äußert A15, Fachärztin für Gynäkologie, Kritik am Vorgehen der Patientin (P15), die zu einem Gespräch nach Abschluss einer ambulanten Chemotherapie in die Praxis gekommen ist. *„Ja sag' ich mal jetzt net bei dem Gespräch nur nich', sondern mehr so 'n bisschen die Gesamtsituation so na da war ich schon bei dem Arzt, da war ich schon bei dem Arzt und der hat mir schon des verschrieben und so weiter und so fort, wo ich also sage, das sind eigentlich so immer so 'n bisschen die Punkte, wo ich erst mal 'n Therapieschritt abschließen lassen will, dafür sind ja die Abschlussgespräche und wie geht 's jetzt weiter und dass ich dann ebend sage dies und jenes und nicht dass die Patientin sagt hab' ich schon, das Rezept hab' ich schon, hat mir mein Hausarzt oder mein Gynäkologe und da war ich schon beim Hautarzt. Also das sind so die Sachen, wo man einerseits die Patienten verstehen kann, aber des irgendwo denn doch so 'n bisschen unbefriedigend ist ja. Also aus unserer Situation heraus ne. Man sagt, kommen sie zum A\_ Abschlussgespräch, da klären wir alles weitere und dann stellt sich im Gespräch heraus, das hab' ich da auch schon und das hab' ich hier schon. Und des sind so die Sachen wo ich sage, na schön, da haben wir ja schon wieder mehrere die in der Suppe kochen und ob das dann immer so förderlich ist, ist dann der andre Punkt ja. Also des sind so immer für mich jetzt hat 's da so herausgehört, was ich in den Situationen nich' ganz so schön finde, weil was sagen die andern schon oder was haben die andern schon gesagt, also man ist jetzt nicht so in der Linie drinne wo man sagt hier, des lassen wir in die Hand, die und die Empfehlung geb' ich ihnen und jetzt geb' ich sie in die Hände der andern zurück, ja weil das och aus meiner Sicht so 'n bisschen den Touch hat, na können die sich nicht bis zum Ende um die Patienten kümmern, also das mag ich also was heißt sicherlich ob 's Befindlichkeitsstörungen sind oder irgendwas ja, aber das sind so Sachen, das find' ich immer nicht ganz so klasse.“* (A15: 56-81)

Die Ärztin (A15) äußert Unzufriedenheit darüber, dass die Patientin (P15) bereits vor dem verabredeten Abschlussgespräch eigeninitiativ geworden sei und andere Ärzte/Ärztinnen aufgesucht habe, um gesundheitliche Probleme – die u.U. mit der zurückliegenden Chemotherapie zusammenhängen – zu besprechen und Lösungsansätze zu entwickeln. Durch das Verhalten der Patientin sieht sich die Ärztin in ihrer

<sup>34</sup> Ärztliche Unzufriedenheit wird auch im Hinblick auf Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung geäußert, z. B. hinsichtlich einer als steigend erlebten Notwendigkeit, mit Patientinnen/Patienten auch über ökonomische Fragen sprechen zu müssen (vgl. z. B. A9). Ohne die Relevanz dieser Thematik schmälern zu wollen, wird sie an dieser Stelle nicht weiter vertieft, da sie sich im Rahmen der Auswertung der Interviews als nicht zentral gezeigt hat.



Rolle als Koordinatorin der Versorgung nicht anerkannt. Vielmehr scheint A15 den Eindruck zu haben, dass die Patientin in unangemessener Weise selbst Teile der ärztlichen Rolle übernommen und damit in den ärztlichen Ablaufplan eingegriffen hat (*„das sind eigentlich so immer so 'n bisschen die Punkte, wo ich erst mal 'n Therapieschritt abschließen lassen will“*). Problematisch sind für A15 zwei weitere Aspekte: zum einen befürchtet sie, dass die Versorgungsqualität leiden könnte, wenn zu viele Ärzte/Ärztinnen gleichzeitig in den Versorgungsablauf eingreifen, zum anderen denkt sie darüber nach, inwieweit das Verhalten der Patientin auf sie zurückfallen könnte. Sie vermutet, dass die von der Patientin parallel aufgesuchten Ärzte/Ärztinnen ihr ärztliches Vorgehen kritisch betrachten im Sinne eines unvollständig angebotenen Versorgungsprozesses. Bemühungen um Relativierung der Unzufriedenheit finden sich einerseits in der Anmerkung, auch Verständnis für das patientinnenseitige Vorgehen zu haben (*„wo man einerseits die Patienten verstehen kann“*) und andererseits darin, dass ein intradisziplinärer Versorgungsprozess auch eine Bereicherung darstellen könne. So heißt es im Interview: *„Andererseits freut man sich ja auch wenn die andern Kollegen auch was machen und mitdenken und mit Hand anlegen.“* (A15: 92-94) Trotz der Relativierung bleibt zu konstatieren, dass die von der Patientin jenseits des ärztlichen Gesprächs entfaltete Eigeninitiative aus Sicht der behandelnden Ärztin als den Versorgungsprozess störend erlebt wird.

Ein weiteres, ebenfalls auf das Verhalten einer Patientin bezogenes Beispiel, findet sich im Interview mit A10, einem Facharzt für Gynäkologie. Er erläutert seinen Eindruck, dass die Patientin ihm während der Konsultation Informationen vorenthalten habe. *„Als negativ habe ich auch empfunden, ich hatte eine Zeit lang das Gefühl, dass mir die Patientin selbst Informationen vorenthält, von sich selbst ja. Und ich konnte es jetzt im konkreten Fall nicht im Gesprächsverlauf erspüren, was es ist. Aber es war so eine gewisse Nichtinformiertheit von meiner Seite da. Ich hatte das Gefühl, irgendwas möchte mir die Patientin sagen, aber ich weiß nicht was es ist. Und konnte es auch nicht ergründen, auch nicht durch nachfragen. Das ist mir selber negativ aufgefallen.“* (A10: 117-124) Und weiter heißt es: *„Na ja man muss, natürlich fühl' ich mich erst mal gekränkt, klar. Ich möchte natürlich dass die Patientin mir offen gegenübertritt und mir auch nichts verheimlicht und das ist natürlich auch 'ne gewisse Kränkung, klar. Ich versuche mit dieser Kränkung auch sachlich umzugehen und es nicht persönlich zu nehmen, sondern ebend ich sage mir, die Patientin ist in einer besonderen Situation, sie ist in einem psychischen Ausnahmezustand mit der frischen Diagnose Brustkrebs, mit dieser leben\_ lebensverändernden Situation Brustkrebs und versuche es nicht persönlich zu nehmen.“* (A10: 137-145)

Wenngleich aus einem anderen Grund als A15 zeigt sich A10 in seiner Rolle als Arzt „gekränkt“ angesichts einer Patientin, die seiner Wahrnehmung nach für ihn relevante Informationen zurückgehalten habe. Während A10 darüber nachdenkt, welche patientinnenseitigen Gründe zu einer Zurückhaltung möglicherweise bestehender In-

formationen geführt haben könnten, reflektiert er im Interview nicht, inwieweit es einen Zusammenhang zwischen ärztlichem Verhalten und Gesprächsatmosphäre geben könnte. Explizit zu bedenken bleibt an dieser Stelle die Begebenheit der Aufzeichnung der Konsultation, die eine mögliche Ursache sein kann für die ärztlich wahrgenommene Zurückhaltung der Patientin über sich zu sprechen.

Die folgenden beiden Beispiele verdeutlichen Aspekte der Unzufriedenheit, die in der Schnittmenge von patienten- bzw. patientinnenseitigem und ärztlichem Verhalten anzusiedeln sind. Im Rahmen seiner Gesamtreflexion zur zurückliegenden Konsultation formuliert A8, Facharzt für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde, seine Unzufriedenheit darüber, dass die Patientin (P8) ihn während seiner fachlichen Ausführungen mehrfach unterbrochen habe. *„Was ich was mich gestört hatte, ich hatte teilweise versucht so Sachen zu erzählen, war ein Unterbrechen von der Patientin also. Ich, sie ist häufiger dann mit Fragen schon so vorgeprescht ((lachend)) und hat dann so reingefragt. War aber dann letztlich okay. Ich hab' mich im meinem Redefluss nicht gestört gefühlt. Also ich hatte nicht das Gefühl, dass ich nicht so zu Potte komme, sondern ich hatte das Gefühl, dass ich schon auch so mein Anliegen bringen kann. Wenngleich sie natürlich immer Zwischenfragen hatte und eingehakt hatte.“* (A8: 90-97) Die Unzufriedenheit von A8 bleibt insoweit begrenzt, als dass er seinen Kommunikationsplan trotz des ihn störenden Verhaltens der Patientin um- bzw. durchgesetzt hat.

Im Interview mit A14, Fachärztin für Allgemeinmedizin, findet sich eine ähnliche Problematik wie von A8 geschildert, jedoch mit anderer Situationsbewertung. Die Ärztin (A14) legt dar, dass es ihr im Gespräch mit dem Patienten (P14) nicht gelungen sei, ihre kommunikativen Fähigkeiten bei der Vermittlung ärztlicher Informationen zu entfalten. Ebenso wie A8 scheint sie einen Plan gehabt zu haben, entlang dessen sie den Patienten informieren wollte. *„Na ja, man geht ja erst mal in so ein Gespräch und überlegt was will man vielleicht erreichen. Was ich nicht erreicht habe ist eigentlich zu zeigen dass ich eine Ärztin bin die versucht den Patienten alles sehr einfach, medizinisch einfach mit guten Worten zu erklären und was ich auch immer versuche ist nicht zu viele lateinische Wörter zu verwenden, und nicht zu fachspezifisch zu sprechen. Hier heute in dem Gespräch hab' ich fast nur Wort\_ ja Wortfetzen verwendet während des Gesprächs des Patienten und habe nicht so beratend gearbeitet wie es eigentlich sonst der Fall ist. Was gut gelaufen, also das ist die Kritik an mich. Dann dass ich ja mich so' n bisschen in die zweite Reihe gestellt habe in dem Gespräch denk' ich. Dass ja meine Art und Weise der Gesprächstechnik nicht so hervorkam wie ich 's sonst mit ander 'n Patienten mache. Und dass (--) dass ja das es nicht, es war oberflächlich medizinisch, also es möcht' ich auch sagen es war jetzt ja, jaa nicht ...“* (A14: 209-223) Dennoch, so lässt sich einem folgenden Interviewabschnitt entnehmen, sei sie nicht unzufrieden mit der Konsultation gewesen: *„Nein ich bin nicht unzufrieden, ich bin im Nachhinein, also das is' meine Kritik zu mir. Den Patienten möchte ich nicht kritisieren*

*weil ich ihn ja eh kenne, weil er so heute war wie er sonst in den Gesprächen auch ist.“ (A14: 228-231)*

Beiden Beispielen gemeinsam ist, dass der Arzt (A8) bzw. die Ärztin (A14) die Zufriedenheit mit der Konsultation daran bemisst, inwieweit eine Umsetzung des ärztlichen Planes gelungen ist. A8 konstatiert, dass er seinen Plan trotz patientenseitiger Störungen umsetzen konnte. A14 kritisiert weniger den Umfang der von ihr wahrgenommenen patientenseitigen Redebeiträge denn vielmehr ihr eigenes, ärztliche Verhalten. Letztlich impliziert diese Selbstkritik – im Erleben der Ärztin – die Überlegung, dass es ihr nicht gelungen sei, sich mit ihren Vorstellungen der Gesprächsgestaltung durchzusetzen. In anderen Gesprächskonstellationen (auch mit dem Patienten P14) sei das, so ist dem Interview mit A14 zu entnehmen, weniger problematisch gewesen. *„Sonst in den Gesprächen hab' ich also mehr die Möglichkeit, wenn 's um neue Krankheitsbilder geht, da kann ich also mehr das Gespräch auch an auch an mich reißen.“ (A14: 231-233)*

Unzufriedenheit darüber, patientenseitige und ärztliche Themen nur bedingt (bzw. nicht) wechselseitig aufeinander bezogen und miteinander verbunden zu haben, äußern weder A14 noch A8.

Ein weiterer Bereich in den Interviews thematisierter ärztlicher Unzufriedenheit betrifft das Einbringen von Fragen, die an den Patienten/die Patientin gerichtet sind. Das angesprochene Feld umfasst Überlegungen zu fehlenden Rückversicherungsfragen bis hin zur retrospektiven Feststellung, in der Konsultation keinerlei Aufforderung an den Patienten gerichtet zu haben, Fragen zu stellen.

A3, Facharzt für Urologie, formuliert im Interview, dass er sich rückblickend nicht sicher sei, ob der Patient (P3) seine ärztlichen Ausführungen verstanden habe. *„Die die Rückabfrage, ob er alles im Detail verstanden hat, die ist nicht so ganz gut gelaufen. Ich hab ihn glaub ich zwei, dreimal gefragt haben wir das, sind wir da an Bord, könn' wir das. Ich glaube das ist, das ist etwas unteroptimal da, hätte ich mir von ihm mehr Rückmeldung, Rückkopplung erhofft oder ich hab's halt nicht rauskitzeln können. Ich hoffe auch, dass er jetzt weiß, in welchem Rahmen seine Krankheit einsortiert werden muss. Und wie das für die Zukunft sich positionieren, er sich positionieren muss. Ja.“ (A3: 97-104)* Auch ohne dezidierte Antwort seitens des Patienten hofft A3, dass seine Ausführungen vom Patienten im ärztlich gemeinten Sinne verstanden worden sind und sich P3 zukünftig compliant zeigen wird. Die auf die Konsultation gerichtete Reflexion des Arztes führt im weiteren Interviewverlauf zur Formulierung des Wunsches, Kompetenzen entwickeln zu wollen, Situationen wie die vorab skizzierte besser handhaben zu können. *„Also das würde ich mir eigentlich für die, für die Eindrücklichkeit noch besser wünschen, und ich würde mich, wär' wär' froh, wenn ich noch irgend 'n Trick wüsste, wie man eben diese, diese Rückkopplung von, durch den Patienten besser machen könnte.“ (A3: 121-124)* Offen bleibt, wie A3 verfahren würde, wenn sich ein

Patient/eine Patientin entscheidet – über den Aspekt des Verstehens ärztlicher Informationen hinausgehend – die ärztlichen Empfehlungen nicht anzunehmen<sup>35</sup>.

Frau A7, Fachärztin für Allgemeinmedizin, führt im Rahmen ihrer Gesamtreflexion der zurückliegenden Konsultation an, dass sie den Patienten (P7) nicht aufgefordert habe, Fragen an sie zu richten. *„Was ich nicht gemacht habe, ich hab' ihm nicht die Möglichkeit gegeben, Fragen zu stellen. Das war jetzt schon mein erster, mein erster Selbstkritikpunkt. Der fällt mir jetzt sofort ein. Keine Möglichkeit für Fragen gegeben, unprofessionell. Na gut.“* (A7: 169-172)

Welche weiteren Facetten ärztlicher Unzufriedenheit scheinen in den Interviews auf? A10 (Facharzt für Gynäkologie) merkt kritisch an, dass die zurückliegende Konsultation unter *„besonderen Umstände(n)“* (A10: 114) stattgefunden habe, da die Patientin während des Gesprächs eine Chemotherapie Infusion bekommen habe. *„Was lief nicht gut bei der Patientin? Ja, das sind die besonderen Umstände. Sie erhält ja gerade noch eine Infusion. Ja sie hing also während des Gesprächs an ihrer Infusion. Das sind vielleicht besondere negative Umstände, die ein entspanntes Gespräch vielleicht behindern.“* (A10: 113-117) Und weiter heißt es: *„Vielleicht auch noch als Negativum. Man ist ja als Arzt immer geneigt, in seiner eigenen Sprache zu reden. Vielleicht habe ich Fachbegriffe verwendet, die die Patientin nicht verstehen kann von ihrem medizinischen Informationsstand. Ich versuche es immer in Patientensprache zu übersetzen. Es ist möglich, dass mir unbewusst vielleicht sprachliche Termini entrutscht sind, die die Patientin nicht verstanden hat. Das halte ich für möglich.“* (A10: 113-130)

Des Weiteren weist A10 im Interview daraufhin, dass er die Patientin im Gespräch nicht auf die Möglichkeit psychoonkologischer Versorgung hingewiesen habe (vgl. A10: 165-172).

A9 (Fachärztin für Gynäkologie) benennt im Rahmen des Interviews einen aus ihrer Sicht weniger gelungenen Aspekt der Risikokommunikation im Konsultationsgespräch. Sie überdenkt, wie sie Informationen zu einem nicht genau benennbaren Risiko, aufgrund einer Hormonspirale zur Dämpfung von Wechseljahresbeschwerden an Brustkrebs zu erkranken, im Gespräch mit der Patientin anders hätte formulieren können. *„Und die zweite Sache, wo ich mir unsicher bin, ob das gut gelaufen ist das ist wenn die Patientin jetzt tatsächlich den Rückzieher gemacht hat (sich gegen eine Hormonspirale entschieden hat, Anmerk. d. Verf.) wegen diesem Brustkrebsrisiko, das ich von mir aus gar nicht unbedingt angesprochen hätte, weil es definitiv zahlenmäßig so wenig relevant ist, aber es steht im Beipackzettel. Und es könnte vielleicht ein Ausmaß haben dass man sagen könnte, eins von (--) oder noch weniger, 0,5 oder weniger als 1 von 10.000 Frauen würden vielleicht durch diese Spirale mehr Brustkrebs bekommen.“*

<sup>35</sup> [Ein ähnliches Beispiel findet sich auch im Interview mit A8.]

*Es ist so wenig relevant, aber es ist bei der Patientin das Thema Brustkrebs und man muss es ja erwähnen, weil es steht drin im Beipackzettel. Führt es dazu, dass ohh das ist gefährlich für meine Brust und Mutter hatte das, so. Also ich finde das 'n bisschen unangemessen und ich finde das schwer, wirklich solche minimalen Risiken wirklich zu vermitteln. Ich bin sonst in Bezug auf 'ne Hormontherapie postmenopausal extrem zurückhaltend. Und es kriegen bei mir ganz wenig Frauen wirklich die Hormone, weil es erstens viele gar nicht brauchen, wenn sie 'ne Ermutigung kriegen und entsprechende Informationen und zweitens viele es auch gar nicht wollen. Und ich bin nicht eine die Risiken bagatellisieren möchte um um Hormone zu verkaufen ja. Das ist da überhaupt, da bin ich eher das Gegenteil. Aber an diesem Punkt muss ich sagen, hab' ich gemerkt, wie sie da den Rückzieher macht und dass ich da mich frage ob an dem Punkt nicht eine Risikokommunikation noch 'n bisschen besser laufen könnte.“ (A9: 140-161)*

A9 sieht es als eine Herausforderung an, ein aus ärztlicher Perspektive minimal erscheinendes Risiko im Gespräch mit Patientinnen zu erörtern, ohne dabei einen Anstieg patientinnenseitiger Ängste zu evozieren. Sie spricht damit das Spannungsfeld von mehr oder weniger objektiv messbaren Risiken auf der einen Seite und einem subjektiven Risikoerleben – das nicht losgelöst von Kontextprozessen zu betrachten ist – auf der anderen Seite an. Eingebettet in dieses Spannungsfeld, erlebt sie es als „schwer, wirklich solche minimalen Risiken wirklich zu vermitteln“ (A9: 151-152). Es bedürfe, so die Einschätzung von A9, umfassenderer, interaktionsbezogener Materialien für die Risikokommunikation. „Ja z. B. ich finde das in Bezug auf Risikokommunikation sind wir noch ziemlich unterbelichtet. Es gibt, ich hab' mir auch mal jetzt in Vorbereitung für dieses Gespräch hab' ich mir auch mal diverse Aufklärungspapiere angeguckt. Da steht ja nie eine Zahl drin. Wie hoch ist das Risiko, dass sie durch diese Spirale zusätzlichen Brust\_ es sind ja Zahlen, die man sich irgendwie ausdenken muss, wenn man [unverständlich, 2 Wörter] kennt oder so ne. Aber die sind nicht wirklich irgendwo präsent die Zahlen. Und ich finde auch die Zahl an sich ist für 'ne Patientin nichts was wirklich 'ne Aussage hat. Aber es gibt z. B. Bildmaterial und es gibt ja solche, manche z. B. die Ingrid Mühlhauser, die hat ja auch solches Bildmaterial entwickelt, wo man dann sieht meinetwegen 10.000 Frauenköpfe und einer ist dann bunt so dass man sagen kann Menschenskind, das ist ja 'ne Nadel im Heuhaufen. So dass man ein Bild davon bekommt und nicht eine Zahl. Das sagt vielleicht mehr.“ (A9: 166-179)

Zusammenfassend bleibt zu konstatieren, dass sich die ärztliche Unzufriedenheit zum einen auf das Verhalten der Patienten und Patientinnen und zum anderen auf das eigene ärztliche Vorgehen bezieht. Hinsichtlich des ärztlich erlebten Verhaltens von Patienten und Patientinnen werden als Kritikpunkte zum Beispiel ein patientinnenseitiger Eingriff in den ärztlich geplanten Versorgungsablauf, ein vermutetes Zurückhalten von Informationen sowie eine wiederholte patientinnenseitige Unterbrechung ärztlicher

Rede benannt. Die Analyse dieser Beispiele hat gezeigt, dass sich die Unzufriedenheit vornehmlich darauf bezieht, dass es letztlich nicht gelungen sei, die Patienten und Patientinnen zu einem ärztlich erwarteten Verhalten zu motivieren. Bezogen auf das eigene ärztliche Vorgehen werden als Kritikpunkte zum Beispiel benannt, keine Rückversicherungsfragen gestellt, nicht zum Stellen patientenseitiger Fragen animiert sowie keinen für eine Patientin entspannten Gesprächsrahmen geschaffen zu haben. Kritisch dargelegt wird ferner das Fehlen interaktionsbezogener Materialien zur Risikokommunikation und das damit verbundene Ziel, einen Anstieg patientinnenseitiger Ängste zu vermeiden. Die Analyse dieser Beispiele impliziert eine kritische Reflexion der eigenen Rolle und dem dieser Rolle inhärenten Verhalten.

### **5.3.3. Partizipation von Patienten und Patientinnen – Überlegungen zum Konzept „Shared Decision Making“**

Im Mittelpunkt des nachfolgenden Kapitels steht die Frage danach, wie die Interviewpartner und Interviewpartnerinnen das Konzept „Shared Decision Making“ – verstanden als ein neues Versorgungskonzept, das sich auf die Partizipation von Patienten und Patientinnen am Versorgungsprozess bezieht – mit ihren Vorstellungen zur ärztlichen Rolle verbinden. Etwaige Diskrepanzen zwischen Äußerungen zu den konkreten Konsultationssituationen und zum Konzept „Shared Decision Making“ im Allgemeinen werden im Einzelnen hingegen nicht vertiefend betrachtet. Hintergrund dieser Überlegung ist, dass die Gesprächspartner und -partnerinnen im Rahmen der Interviews nicht gebeten oder aufgefordert worden sind, sich zu möglichen Diskrepanzen zu äußern und zu verhalten. Das Kapitel 5.3.3 umfasst zwei Themenkomplexe, zum einen Ausführungen zur „Funktionalisierung des Konzeptes ‚Shared Decision Making‘ als modernes Compliance Instrument“ und zum anderen Ausführungen zur „Skepsis gegenüber dem Konzept“.

#### **Funktionalisierung des Konzeptes „Shared Decision Making“ als modernes Compliance Instrument**

Im Rahmen der Interviews wird das Moment der Informationsvermittlung als Kern des Konzeptes „Shared Decision Making“ verstanden, das wesentlich beitrage zur Entwicklung von Vertrauen in der Begegnung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin. So ist in dem Interview mit A4 beispielsweise die Rede davon, dass sich Patienten und Patientinnen allein durch ärztliches Bestreben zur Reduzierung des Informationsgefälles ernst genommen fühlen und folglich zur Vertrauensfortsetzung bereit seien. *„Das Potential der Illusion, was da drin ist, das Illusionspotential, das der Arzt im Know-how, den Kompetenzvorsprung gegenüber dem Patienten kommunikationspsychologisch gnädig minimiert, der in Wirklichkeit universal groß ist. Und er hebt den, er hebt den Patienten der, an der Expertise von der fachlichen Expertise definitiv keine Chance hat. Ich wiederhol noch mal, absolutes und relatives Risiko geht in Kraut und Rüben bei*

den Leuten durcheinander, keiner kann sein Risiko vernünftig bewerten, der der der auch Arzt profitiert von Shared Decision Making, ich meine mehr als der Patient, weil weil der Patient sich in der Gesellschaft, in der das wichtig ist, als fair behandelt fühlt, weil der Patient sich in der Gesellschaft, die nicht mehr hierarchisch strukturiert ist, sich fair behandelt fühlt und bereit ist, diesem Arzt weiterhin sein Vertrauen zu schenken.“ (A4: 413-424) Dem Interviewausschnitt ist zu entnehmen, dass A4 es als unwirklich betrachtet, die seiner Einschätzung nach bestehende gravierende Informationsdifferenz zwischen Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen zu verringern. Gleichwohl werde das ärztliche Bemühen um Informationsweitergabe in seinem Erleben patientenseitig als Wertschätzung empfunden. Insoweit versteht A4 das Konzept „Shared Decision Making“ weniger als ein Instrument zur Demokratisierung von Begegnungen zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen denn vielmehr als ein ärztlicher Gewinn, da der Schein, den das Konzept umgibt eine Verwirklichung ärztlicher Ziele befördern könne. Ferner betont A4, dass eine Vorgehensweise im Sinne partizipativer Entscheidungsprozesse nicht dazu führen dürfte, professionelle Verantwortung zu vernachlässigen. *„Allerdings, allerdings muss deutlich werden, dass ich die Verantwortung nicht abgeben kann. Die Verantwortung meiner Kompetenz. Und das führt dazu, dass das Shared Decision Making Gespräch, Stichwort der gleichen Augenhöhe, von der die Sozialpolitiker träumen, gleiche Augenhöhe von Patient und Arzt, in der Regel abgeschlossen hat mit der Frage des Patienten, ja was mache ich, wie soll ich es denn jetzt machen, was würden sie denn an meiner Stelle machen. Und und dann muss ich zu meiner, ich ich bin der Meinung, man sollte es so machen. Ja gut, dann machen wir es so.“* (A4: 435-443)

Auch A5, ebenfalls ein Facharzt für Allgemeinmedizin, betont das Moment der Information im Rahmen der Begegnung mit Patienten und Patientinnen. In Abgrenzung zu A4 geht er jedoch davon aus, dass es durchaus gelingen könne, Patienten und Patientinnen so zu informieren, dass sie Untersuchungsergebnisse und therapeutische Empfehlungen verstehen könnten. *„Nee, ich bin also dafür (für das Konzept „Shared Decision Making“, Anmerk. d. Verf.). Eindeutig. Also den Patienten wirklich in alle Entscheidungen mit einzubinden. Ich muss, Voraussetzung ist, dass ich ihm vernünftig erkläre, was ist das, was passiert da mit dir. Oder was muss weiter geschehen. Ja dass er 's verstehen kann. Und wenn er 's verstanden hat, ist in den meisten Fällen auch dass der Patient dann, ich rate ihm zu etwas, dass er dann sagt, okay Herr Doktor, so machen wir's.“* (A5: 264-269) Und gefragt nach dem Nutzen des Konzeptes „Shared Decision Making“ antwortet A5: *„Der Nutzen hab ich glaub ich eben schon mal erwähnt, es kommt 'ne bedeutend bessere Compliance dabei raus. Ja. Also ich kann dann so doch viel sicherer sein, dass der Patient das tut, was wir beide besprochen haben und erarbeitet haben. Weil der Patient auch das Gefühl hat, ich werd' mit eingebunden. Ich werd' nicht von oben etwas wird mir aufgetrichtert sondern mir ist das verständlich, ich hab 's eingesehen und ja denn mach ich 's auch.“* (A5: 316-322) A5 geht

davon aus, dass eine Information von Patienten und Patientinnen quasi gleichbedeutend sei mit einer patientenseitigen Annahme ärztlicher Therapieempfehlungen. Letztlich betont er damit, dass ärztliche Informationen seiner Einschätzung nach eine solche Gestalt haben, die von Patienten und Patientinnen als sinnhaft und überzeugend verstanden wird. Gelingt es, über den Weg der Informationsvermittlung zu einer Therapieentscheidung zu kommen, der der Patient/die Patientin zustimmt, so A5, sei von einer nachfolgend hohen patienten- und patientinnenseitigen Compliance auszugehen<sup>36</sup>.

Das Verhältnis von Information und Compliance wird auch in anderen Interviews aufgegriffen und erörtert. Neben der Überlegung, dass Information Compliance befördern könne, steht ferner die Frage im Mittelpunkt, wie ein Abweichen von ärztlichen Empfehlungen betrachtet wird.

Von der Einschränkung abgesehen, dass nicht jeder Patient/jede Patientin partizipieren wolle, begrüßt A3, Facharzt für Urologie, das Konzept „Shared Decision Making“ als *„prinzipiell positiv weil, ein guter, ein gut informierter Patient kann besser mitarbeiten“* (A3: 285-286). Dass auch für ihn die Beförderung patientenseitiger Compliance eine hohe Bedeutung zu haben scheint, zeigt sich als er danach gefragt wird, wie er es erlebe, wenn Patienten und Patientinnen seine ärztlichen Empfehlungen nicht annehmen würden. *„Als ich ganz jung im Beruf war ja, das hab ich als persönliche Beleidigung gesehen, muss ich wirklich sagen ((lachend)). Inzwischen, hab ich so für mich so 'ne Sprachregelung gefunden, dass ich mit dem Patienten sage, wir haben das jetzt besprochen sie möchten das, ich würde das andere favorisieren, aber ich kann das mit tragen. Das ist im Prinzip jetzt O-Ton. Genauso sag ich das. Ich kann das mit tragen, ich würd' sie aber bitten, diese und diese Punkte dann mitzumachen. Also die wären für mich wichtig, damit wir diesen Weg auch wirklich dann gehen können. Wenn Sie so wollen, paar Eckbedingungen dann für diese andre Entscheidung, die der Patient für sich stellt, dann aber doch markieren.“* (A3: 292-301)

Ähnlich wie A3 betont auch A10, Facharzt für Gynäkologie, dass es von ärztlicher Seite zu akzeptieren sei, wenn Patientinnen eine ärztliche Empfehlung nicht annehmen. Er greift das Beispiel auf, dass sich eine Patientin gegen eine Antihormontherapie im Kontext einer Brustkrebserkrankung entscheidet. In dem Interview mit A10 heißt es; *„Grundsätzlich muss man diese Entscheidung respektieren. (-- ) Ich habe auch im Einzelfall Patientinnen erlebt, die eine eindeutig empfohlene Antihormontherapie, um bei dem Blei\_ Beispiel zu bleiben ablehnen und für sich selber diese Entscheidung tragen. Mit dem Hinweis auf die sachliche Risikosenkung durch eine Antihormontherapie, die ja nun breit belegt ist, ja da haben wir auch wieder Daten, die regelmäßig aktualisiert werden, z. B. zum Tamoxifen, da liegen ja sehr evidente Daten vor, mit 15 Jahren Nachbeobachtungszeit. Mit diesem Hinweis, entlassen wir dann die Pa-*

<sup>36</sup> [Ähnliche Vorstellungen finden sich auch im Interview A13.]



*tientin, ja wenn sie für sich selber sagt ja ich weiß, es gäbe einen Nutzen, aber ich entscheide für mich selbst, ich will das nicht. Dann ist, bleibt das die Entscheidung der Patientin ja. Wir sind keine Militärs, die Patienten sind keine Untergebenen, sondern sie sind uns gleichberechtigt und gleichgestellte Bürger. Wir versuchen auch dort ein Informed consent herzustellen. Wenn es nicht möglich ist, wird es dokumentiert und die Patientenentscheidung wird aber trotzdem respektiert. Dieser Fall tritt selten auf.“ (A10: 259-274)*

Den vorab skizzierten Beispielen gemeinsam ist, dass von einem ärztlich definierten ‚bestmöglichen‘ Weg ausgegangen wird. Die von Patienten und Patientinnen möglicherweise angeführten Gründe, sich gegen ärztliche Empfehlungen zu entscheiden, erhalten demgegenüber keine gleichwertige Bedeutung, so dass es weniger um eine Aushandlung des zukünftigen Versorgungsweges denn vielmehr um eine, den Arzt/die Ärztin absichernde Dokumentation der patientenseitigen Entscheidung geht. Die Fraglichkeit einer gleichwertigen Bedeutung patienten- und patientinnenseitiger Einschätzungen zum Versorgungsprozess wird explizit im folgenden Interviewausschnitt aufgegriffen und erörtert. Danach gefragt, ob er sich an Beispiele weniger gut gelungener Gesprächsführung erinnern könnte, antwortet A6, Facharzt für Allgemeinmedizin, wie folgt: *„Ja, das gibt ’s immer mal wieder. Ist ja eine Sache, sich eine gute Gesprächsführung vorzustellen. Und das andere ist natürlich, dass, Kollege sagte letztes, die irrationalen Momente unserer Patienten ja. Manchmal ist es ja so, mir erscheint etwas sehr wichtig und der Patient redet über ganz was anderes ((lachend)) ja. Da ist es sicherlich nicht ganz einfach immer mal wieder die ja irgendwie da ’ne Gemeinsamkeit zu schaffen. Eben das was der Patient für wichtig hält oder vornehmlich für wichtig hält muss ja überhaupt nicht übereinstimmen mit dem was der, der Arzt für wichtig hält. Deswegen muss man dann auch natürlich, man muss auch natürlich manchmal wenn man sieht jetzt ist er nicht ansprechbar, mal ’n Schnitt machen und und vielleicht dann noch mal ’n späteres Gespräch. Oder wenn sich rausstellt, kann ja auch mal sein bei übervoller Sprechstunde, dass man einfach sagt, da ist was, das sollten wir schon noch besprechen. Dann also da noch mal ’n neuen Termin zu machen. Vielleicht mal am Ende der Sprechstunde, um dann Zeit zu haben. Also dass Gespräche auch mal misslingen können, ich glaub’ das weiß jeder und und das an sich ist ja insofern noch nicht mal so tragisch, als dass man den Faden zum Patienten oder den Zugang zum Patienten nicht verlieren sollte.“ (A6: 314-331)* A6 konstatiert, dass ärztliche und patientenseitige Themen und Interessen nicht zwangsläufig übereinstimmen. Jedoch wird aus dieser Beobachtung nicht die Notwendigkeit einer immer wieder neu zu vollziehenden Aushandlung eines gemeinsamen und deshalb bestmöglichen Weges abgeleitet, sondern es erfolgt ein Abschätzen bestehender Möglichkeiten, Patienten und Patientinnen zum Befolgen des ärztlichen Plans anzuregen. So verfolgt A6 – im Sinne einer aus ärztlicher Sicht anzustrebenden Compliance – die Möglichkeit wiederholter Gespräche mit Patienten und Patientinnen, um auf diese Weise die vermeint-

lich „irrationalen Momente unserer Patienten“ nochmals aufzugreifen mit dem Ziel, zu einem ärztlich erwünschten Versorgungsweg zu gelangen.

Neben einer Dokumentation nicht angenommener ärztlicher Empfehlungen sowie dem Versuch, Patienten und Patientinnen durch wiederholte Gespräche vom ärztlichen Weg als dem vermeintlich bestmöglichen zu überzeugen, ist im folgenden Interviewausschnitt von einer – bei Bedarf – ausgeprägt direktiven Vorgehensweise die Rede. Danach gefragt, wie sie verfare, wenn Patienten und Patientinnen ihre Empfehlungen nicht annehmen, zum Beispiel die Einnahme Blutdruck senkender Medikamente ablehnen, antwortet A13: *„Na ja also ich meine das da greif' ich das, auf das zurück, was ich selber weiß oder wo ich denke, das ist jetzt auch der Stand der Erkenntnisstand der wissenschaftlich akzeptierte und versuche den dann schon, den Patienten klar zu machen, was passiert, wenn sie es jetzt nicht nehmen. Also wenn sie eben ihre Blutdrucksenker nicht nehmen und dann eben riskieren, dass sie eben einen Herzinfarkt oder 'n Schlaganfall irgendwann kriegen, das müssen die meisten schon ziemlich drastisch geschildert bekommen, was das bedeuten kann. Also da bin ich dann auch nicht so empf\_ also nicht so ängstlich. Also da bin ich dann ganz rigoros ja und sag' das und das passiert, aber es ist ihre Entscheidung trotzdem ja. Also ich, ich bin da nicht beleidigt, das wär' völlig unsinnig ja. Weil es ist ja ihre Sache, es ist ihre Gesundheit und das müssen sie sich klarmachen dass sie dafür Verantwortung tragen und nicht nur ich. Das tragen sie in erster Linie selber. Das muss ich ihnen also klarmachen ne.“* (A13: 486-499) A13, Fachärztin für Allgemeinmedizin, legt dar, dass sie sich nicht scheue, auf Angst erzeugende Szenarien (Herzinfarkt, Schlaganfall) zurückzugreifen, um patienten- und patientinnenseitige Compliance zu erwirken. Die ärztliche Vorgehensweise lässt vermuten, dass die Furcht vor Non-Compliance nicht nur die Sorge um die Patienten und Patientinnen widerspiegelt sondern ebenso aufmerksam macht auf den Druck, im ärztlichen Sinne rollenkonform zu handeln. Insoweit lässt sich der Hinweis auf eine Verschiebung von Verantwortung bei Ablehnung ärztlicher Empfehlungen seitens der Patienten und Patientinnen auch als eine Form ärztlicher Entlastung deuten.

Ein direktiver ärztlicher Kommunikationsstil mag als Gegenseite zu einem mit dem Konzept „Shared Decision Making“ verbundenen partizipativen Stil verstanden werden. Die bereits in den voran skizzierten und erörterten Zitaten unterbreitete Funktionalisierung des Konzeptes „Shared Decision Making“ als ein modernes Compliance Instrument findet seinen spezifischen Ausdruck in der Abwägung, ob mit dem Konzept ein im ärztlich definierten Sinne ‚besseres‘ Versorgungsergebnis zu erzielen sei als mit einem direktiven Vorgehen. Dazu ein Zitat als dem Interview mit A7, einer Fachärztin für Allgemeinmedizin: *„'n streitbares Konzept. Ich persönlich befürworte es. Weiß aber aus Erfahrung, dass man z. B. bei, gerade wenn wir jetzt den konkreten Fall Diabetesbetreuung hat, mit 'ner straffen frontalen Vorgehensweise keine schlechteren oder sogar bessere Ergebnisse hat, als wenn man den Patienten mit einbezieht und*

*fragt oder ihn nach seinen Zielsetzungen fragt ja.“ (A7: 252-256) Das Konzept „Shared Decision Making“ wird insoweit in Frage gestellt, als dass es nicht per se mit ‚besseren‘ Versorgungsergebnissen einhergehe.*

Im Rahmen der vorab skizzierten Ausführungen zu Informations- und Entscheidungsprozessen ist keine Diskussion über das Moment therapeutischer Uneindeutigkeit erfolgt. Vielmehr liegt den Ausführungen in den Interviews die Idee zugrunde, dass es – je nach Behandlungsanlass – einen spezifischen ärztlichen Behandlungsplan gibt, der mehr oder weniger fraglos erscheint. Folglich ist weder von der Unabdingbarkeit eines wechselseitigen Informationsaustauschs noch von Prozessen gemeinsamer kommunikativer Abwägung zwischen verschiedenen Therapieoptionen die Rede. Auch A9, Fachärztin für Gynäkologie, spricht im Interview nicht vom Moment therapeutischer Uneindeutigkeit. Jedoch betont sie die Bedeutung ärztlichen Zuhörens als Voraussetzung für die Entfaltung individueller Präferenzen von Patientinnen. *„Also ich habe nur Patienten, die selber entscheiden. Meinen Sie, das ist auch nicht 'ne Frage des Intellekts, das ist überhaupt keine Frage von Intelligenz, sondern es ist einfach so, dass die Patienten im Grunde genommen ihre Präferenzen deutlich machen können meines Erachtens, wenn man ihnen entsprechend zuhört.“ (A9: 286-290) Und danach gefragt, was von ärztlicher Seite wichtig sei, damit Patientinnen die Möglichkeit haben, ihre Präferenzen zu entfalten, antwortet A9: „Ja man muss da einfach offen sein, man muss einfach offen sein und ihnen das zugestehen. Wenn man von vornherein der Meinung ist, man wüsste das besser oder nur weil 's für 100 Frauen so ist, muss es ja für die 101. nicht so sein. Man muss sie als Individuum sehen.“ (A9: 295-298) Entlang des Zitates wird ein Abrücken von einem fixen ärztlichen Behandlungsplan deutlich zugunsten einer Offenheit gegenüber den Anliegen und Interessen der Patientinnen.*

### **Skepsis gegenüber dem Konzept „Shared Decision Making“**

Die von den Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen benannte Skepsis gegenüber dem Konzept „Shared Decision Making“ konzentriert sich vornehmlich auf die Ebene der Patientinnen und Patienten, deren Möglichkeiten und/oder Fähigkeiten der Entscheidungsbeteiligung aus ärztlicher Perspektive als begrenzt eingeschätzt werden. Unterschieden wird zwischen Grenzen des Konzeptes „Shared Decision Making“, die mit ärztlich wahrgenommenen, fehlenden kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten eines Patienten/einer Patientin begründet werden und Grenzen, die erkrankungsbedingt erscheinen.

*„Nun gut. Ich kann dazu ja noch sagen, dass es schon ein Kommunikation, ein hohes Kommunikationsniveau war (bezogen auf die zurückliegende Konsultation mit P4, Anmerk. d. Verf.), weil dieser Mensch, weil dieser Mensch schon nachvollziehen kann und sich eigene Gedanken macht. Das ist schon 'n Unterschied, schon 'n Unterschied, ob du mit 'm älteren Menschen mit 'nem beginnenden organischen und psychi-*

*schen Syndrom die Geheimnisse des Fettstoffwechsels reflektierst und überlegst, Primär- oder Sekundärprävention trotz oder grade wegen 82 Jahre und Numbers needed to treat diskutierst oder nicht. Also, das war ein funktionelles Gespräch, bei dem der Zeitaufwand und der Nutzen vertretbar waren. Ich weiß nicht, wie lange das gedauert hat, vielleicht 20 Minuten. Aber das ist die Basis, das ist eine Basis für 10 Jahre weitere Blutdruckbetreuung. Und.“ (A4: 143-154)* A4, Facharzt für Allgemeinmedizin, ist der Auffassung, dass es bestimmter kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten auf Seiten der Patienten und Patientinnen bedürfe, um – auch unter zeitlichen Gesichtspunkten – Gespräche im Sinne eines Shared Decision Making zu führen. Im Rahmen des vorab skizzierten Beispiels verknüpft A4 den Grad wahrgenommener kognitiver und kommunikativer Kompetenzen mit dem Faktor Lebensalter. Eine Grenze des Konzeptes, so lassen sich die Ausführungen von A4 deuten, ergebe sich, wenn ein Patient/eine Patientin Schwierigkeiten habe, die ärztlichen Informationen zu verstehen.

A8, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, zählt verschiedene Gruppen von Patienten und Patientinnen auf, mit denen er sich partizipative Prozesse weniger gut vorstellen kann. *„Ja das sind bei Patienten wo ich meine, dass die Auffassungsgabe nicht reicht. Ob das nun 'n bewusstloser Patient ist oder 'n Patient, wo die Situation erfordert, dass man das tut, was man für richtig hält, auch wenn ja wenn es sein muss, wenn 'n Notfall ist oder wenn 'n Patient kommt, der vielleicht behindert ist. Da ist natürlich so, dass man das dann macht, was man selber für richtig hält. Oder wenn man selber vielleicht auch wertend an den Patienten herangeht und denkt, na ja also er kann 's eh nicht beurteilen, also mach ich das, was ich persönlich für ihn für richtig halte. Nehmen wir 'n Kind oder 'n älteren Patienten oder 'n Patienten wo sie wissen, dass er (--) ja den sie kennen, der nicht vernünftig ist ((lacht)). Wo sie die Verantwortung dann für ihn übernehmen. Also das sind eigentlich würde ich sagen die Situationen, wo sie das Gefühl haben er sie müssen die Verantwortung für ihn übernehmen.“* (A8: 210-222) In seiner Aufzählung unterscheidet A8 zwischen Grenzen des Konzeptes „Shared Decision Making“, die mit der ärztlich wahrgenommenen „Auffassungsgabe“ eines Patienten/einer Patientin begründet werden und Grenzen, die erkrankungsbedingt erscheinen (Notfall, Bewusstlosigkeit)<sup>37</sup>. Erkrankungsbedingte Grenzen führt auch A1, Facharzt für Allgemeinmedizin, in dem mit ihm geführten Interview an. *„Praktizieren wir ja laufend (Shared Decision Making, Anmerk. d. Verf.), insbesondere bei präventiven Angelegenheiten. Das ist, würd' ich schon unterscheiden. Also wenn jemand akut krank ist, dann ist er oft dankbar, dass, dass ich einfach handle. Und will dann oft gar nicht so viel auch mitreden. Wenn einer Schmerzen hat, dann soll ich die wegmachen. Und und der Weg ist ihm oft völlig egal.“* (A1: 155-159)

<sup>37</sup> [Ausführungen zu ärztlich wahrgenommenen kognitiv bedingten Grenzen des Konzeptes finden sich auch im Interview mit A13, Fachärztin für Allgemeinmedizin und im Interview mit A3, Facharzt für Urologie.]

Die vorab zitierten Beispiele zusammenfassend, wird unterschieden zwischen Situationen, in denen Patienten und Patientinnen sich nicht mehr verbal äußern können (z. B. bei Bewusstlosigkeit), Situationen, in denen sie am Prozess der Entscheidung nicht partizipieren wollen sondern sich eine ärztliche Entscheidung wünschen (z. B. bei starken Schmerzen) und Situationen, in denen aus ärztlicher Perspektive – losgelöst von patientenseitigen Partizipationswünschen – nicht gesichert erscheint, dass ein Patient/eine Patientin in der Lage sei, die ärztlichen Informationen zu verstehen.

Den Ausführungen der Interviewpartner und -partnerinnen (ebenso wie dem Konzept „Shared Decision Making“) liegt der Ansatz zugrunde, dass Entscheidungen vornehmlich auf der Grundlage kognitiv basierter Verstehensprozesse vollzogen werden. Sofern also nicht einschätzbar erscheint, ob etwas verstanden worden ist oder nicht bzw. sofern Entscheidungen jenseits kognitiver Wege getroffen werden, entstehen offene Fragen, sobald Patienten und Patientinnen sich gegen ärztliche Empfehlungen entscheiden. Würden sich die Patienten und Patientinnen anders entscheiden, wenn sie die Informationen anders verstanden hätten? Ist es erforderlich, die Informationen zu wiederholen, damit Patienten und Patientinnen die Chance haben, ihre Entscheidung noch einmal zu überdenken?

Letztlich geht mit dem Argument der kognitiven Grenzen einerseits die Gefahr einher, dass Patienten und Patientinnen die Möglichkeit zur Partizipation abgesprochen wird, sofern sie sich nicht an den ärztlichen Empfehlungen orientieren wollen. Andererseits ist den Ausführungen auch zu entnehmen, dass eine aus ärztlicher Perspektive bestehende Unwägbarkeit patientenseitiger Entscheidungsprozesse konflikthaft erscheint, wenn Patienten und Patientinnen sich im Rahmen partizipativer Prozesse für Versorgungswege entscheiden, die u.U. als nicht vereinbar mit einem ärztlich empfundenen Handlungs- und Heilungsauftrag erlebt werden. Als extremes, einem ärztlichen Heilungsauftrag entgegenstehendes Beispiel mag die Entscheidung eines Patienten/einer Patientin, sich selbst töten zu wollen, gelten. So führt A5, Facharzt für Allgemeinmedizin zu der Frage nach möglichen Grenzen des Konzeptes „Shared Decision Making“ aus: *„Ich würde sagen beim Suizid. Da sind Grenzen, da ist die absolute Grenze sag' ich mal. Ja. Da kann ich mit dem Patienten nicht besprechen. Der will sich ja umbringen.“* (A5: 273-275)

Auch in anderen Interviews werden (weniger extreme) Beispiele, angeführt, anhand derer eine aus ärztlicher Perspektive bestehende Notwendigkeit begründet wird, nicht partizipativ vorgehen zu können. So erläutert A7, Fachärztin für Allgemeinmedizin, beispielsweise, dass sie eine patientenseitige Partizipation bei bereits langjährig bestehender chronischer Erkrankung als konflikthaft empfindet, insoweit bei jenen Patienten und Patientinnen in der Regel ein Verlust an Motivation zur Verhaltensänderung zu beobachten sein und sie keine Versorgungsziele mehr benennen könnten. *„Die Patienten selber, Herr P7 hatte 'ne Zielsetzung, er ist ja auch frischer Diabetiker, er will abnehmen. Wir haben ihm gesagt, Herr P7 wenn ihr Körpergewicht um einen gewissen*

*Prozentsatz sich reduziert, ab 'nem bestimmten Punkt haben sie keinen Zucker mehr, nur die Veranlagung. Und das ist für ihn erst mal jetzt 'n Stimulus. Wenn jetzt Diabetiker aber 10 oder 20 Jahre Typ-2-Diabetiker sind, wenn ich die nach Zielen frage, die können mir nie 'ne Antwort geben, dass mein Zucker besser wird. Und wenn ich denn frage, wie wollen wir das jetzt machen, dann sind die ratlos.“ (A7: 257-261)*

A13, ebenfalls Fachärztin für Allgemeinmedizin, formuliert ihrer Ansicht nach bestehende Grenzen des Konzeptes „Shared Decision Making“ am Beispiel von Patienten und Patientinnen mit Sucht- bzw. Abhängigkeitserkrankungen. *„Also bei Drogenabhängigen oder überhaupt bei Abhängigkeitserkrankungen ist das, geht das nicht ohne Druck leider ja. Also das ist einfach 'n Mittel, was (--) auch erwartet wird. Grade bei so schwachen selbst schwachen Persönlichkeiten ist es so, also jedenfalls in diesem Kontext Suchterkrankung, weil die ja wie gesagt nicht in der Lage sind oft, sich selbst zu strukturieren, erwarten die von anderen eben auch dass die ihnen Vorschläge machen und 'ne Struktur ihnen vorgeben ja.“ (A13: 248-254)* Und weiter heißt es in dem Interview: *„Es (die Behandlung, Anmerk. d. Verf.) ist also sehr streng strukturiert. Hat aber auch was damit zu tun, dass die Substitution eine, durch ganz ganz viele Gesetze und Regeln und Richtlinien usw. festgezurrt Behandlung ist, wo, die aber auch bedeutet, dass wir als Ärzte ständig überprüft werden. Also wir müssen uns da einfach, wir müssen das also weitergeben ja. Der Druck der von außen auf uns kommt, wenn wir das machen, oder die Strukturen und eben die die strenge Ordnung, die uns da auferlegt wird, die müssen wir weiterreichen. Und das wird, wird natürlich von den Betroffenen nicht immer so gerne gesehen, weil die das nicht verstehen können. Aber, das geht nicht anders ne und das ist einfach so, gehört einfach zur Methode auch mit dazu ne.“ (A13: 275-285)* A13 führt zwei Argumente gegen ein partizipatives Vorgehen im Kontext einer Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen an: zum einen verunmögliche die Art der Erkrankung eine Partizipation und zum anderen gebe es nicht nur einen ärztlichen Heilungsauftrag sondern auch eine gesetzliche Handlungsvorgabe. Beides führe dazu, dass Ärzte und Ärztinnen in diesem Zusammenhang eher direktiv denn partizipativ vorgehen müssten. Mit dem dargelegten Beispiel skizziert A13 einen Zwangskontext, der die Weitergabe eines gesetzlich formulierten Drucks an die Patienten und Patientinnen impliziert.

Für A9, Fachärztin für Gynäkologie, treten Grenzen eines partizipativen Interaktionsstils auf, sofern Patientinnen Entscheidungen treffen, die aus ärztlicher Perspektive mit akuten gesundheitlichen Gefahren einhergehen. *„Also insofern ich bin, ich stell' mich da einfach auf die Frauen ein. Was was die mir vermitteln und ich greife eigentlich nur ein mit meiner Meinung oder mit irgendwie direktiv werde ich eigentlich, wenn ich, wenn, wenn ich es unvernünftig finde. Z. B. wenn eine Frau vollständig ausgeblutet ist und sie einfach keine Grenzen setzen kann und sagen kann jetzt muss aber mal was geschehen. Das gibt es manchmal, dass die auf sechs oder sieben Gramm HB sich ausbluten lassen. Und dann ist es so, dass ich auch irgendwie direkter werde. Ja,*

*aber sonst ist es ja deren Körper und ich gucke nur dass sie sich nicht schaden.“ (A9: 268-276) Danach gefragt, wie ein direkter Interaktionsstil für sie aussehe, antwortet A9: „Dann werd' ich eigentlich ziemlich klar und gewissermaßen autoritär und dann sag' ich zu ihnen, wissen sie was, das geht jetzt so nicht weiter. Erstens, zweitens, drittens. Und wenn sie jetzt nicht was tun, dann werden sie als nächstes usw. usf. So dann. Manchmal reicht das auch noch nicht ne. Dann geht die Frau weg und geht vielleicht zum andern Arzt. Aber irgendwo passiert das auch glücklicherweise sehr sehr selten, aber in bestimmten Situationen muss es schon auch klar sein.“ (A9: 337-343)*

Die verschiedenen, vorab skizzierten Beispiele zusammenfassend, bleibt nochmals festzuhalten, dass eine aus ärztlicher Perspektive bestehende Unwägbarkeit patientenseitiger Entscheidungsprozesse konflikthaft erscheint, wenn Patienten und Patientinnen sich für Versorgungswege entscheiden, die von Ärzten und Ärztinnen als nicht vereinbar mit einem ärztlich empfundenen Handlungs- und Heilungsauftrag erlebt werden. Eine mögliche Auflösung des bestehenden Spannungsfeldes zwischen patientenseitigen und ärztlichen Interessen und Anliegen zeigt sich in der ärztlichen Entscheidung für ein direktives Vorgehen, explizit dann, wenn aus ärztlicher Perspektive Zweifel daran bestehen, dass ein Patient/eine Patientin Informationen nicht verstanden habe (*„Oder wenn man selber vielleicht auch wertend an den Patienten herangeht und denkt, na ja also er kann 's eh nicht beurteilen, also mach ich das, was ich persönlich für ihn für richtig halte.“ [A8: 215-217]*).

Explizit im hausärztlichen Bereich wird bei der Interaktionsgestaltung zurückgegriffen auf die, aufgrund der Dauer der Begegnung bestehenden Kenntnisse über Patienten und Patientinnen. *„Und erst mal kenn' ich ja auch meine Patienten schon viele, viele Jahre, weiß auch wie ich mit ihm reden muss, welchen welchen IQ ich voraussetzen kann, ob ich es einfach gestalten kann oder ob ich es oder einfach gestalten muss oder ob ich etwas wissenschaftlicher rangehen kann. Das kann man natürlich nicht wissen wenn man den Patienten grade zwei Minuten sieht.“ (A12: 19-24)*<sup>38</sup>

Ein weiterer Weg der Überbrückung von Differenzen zwischen patientinnenseitigen und ärztlichen Anliegen wird gesehen in einer ärztlichen Akzeptanz der von Patientinnen und Patienten getroffenen Entscheidungen. *„Na sicherlich fällt' s manchmal schwer nachzuvollziehen woher sie ihre Entscheidung nehmen. Aber man muss manchmal auch sagen, dass Patienten, die bewusst 'ne Entscheidung fällen, die sich 'n bisschen damit auseinandergesetzt haben, die mitunter nicht schlechter fahren. Ja wenn ich sag ich mal 'ne Patientin habe, die ist, der sollte 'ne Antikörpertherapie für ein Jahr lang mit Herceptin® gegeben werden und die will das aber nich' ja, weil sie Angst vor den Nebenwirkungen hat na ja, dann muss ich das irgendwo akzep-*

<sup>38</sup> [Die Bedeutung von Kenntnissen über das häusliche Umfeld im Hinblick auf den Prozess der Entscheidungsfindung spricht auch A7, Fachärztin für Allgemeinmedizin, an.]

tieren. Ich muss es zwar sicherlich aus meiner Sicht muss mich absichern, hab' ich drüber gesprochen nicht, lass' ich 's mir unterschreiben, aber ich muss natürlich ebend diese Sachen auch irgendwo durchgehen lassen ja, das ist sicherlich immer schwierig mitunter manchmal wo man denkt mein Gott versuchst alles rauszuholen ja oder was, (...). Und ich denk' mal, wir müssen uns da losmachen dass wir den Frauen in der Richtung immer aufdoktrieren was sie machen müssen ja wenn ich, das geht nich' ja also mich kann man auch nich' zwingen Tomatenbrot zu essen, wenn ich 's nich' essen will ja. Das fällt zwar immer schwer, weil man denkt, fühlt sich immer so, wir geben uns auch Mühe und fühlt sich so am Ego so 'n bisschen mitunter auch angegriffen ja, (...).“ (A15: 208-232) Mit einer Umsetzung des Konzeptes „Shared Decision Making“ so A15, Fachärztin für Gynäkologie, gehe einher, „irgendwo“ akzeptieren zu müssen, dass Patientinnen sich bewusst nicht an ärztlichen Empfehlungen orientieren. Eine solche Akzeptanz falle mitunter schwer, zumal sie – explizit in Folge eines als hoch betrachteten ärztlichen Engagements – als Kränkung erlebt werden kann. Wenn nun die Rede ist von der Akzeptanz patientenseitiger Präferenzen und Entscheidungen, so bleibt dem Prozess inhärent, dass die patientinnenseitigen Entscheidungen ‚hingegenommen‘ werden, obwohl die ärztlichen Empfehlungen als die besseren betrachtet werden. Insoweit erscheint es vorstellbar, dass es aus ärztlicher Perspektive irritiert (und kränkt), wenn sich die Entscheidungen der Patientinnen und Patienten als positiv herausstellen (*Na sicherlich fällt' s manchmal schwer nachzuvollziehen woher sie ihre Entscheidung nehmen. Aber man muss manchmal auch sagen, dass Patienten, die bewusst 'ne Entscheidung fällen, die sich 'n bisschen damit auseinandergesetzt haben, die mitunter nicht schlechter fahren.*). Letztlich bleibt das Spannungsfeld bestehen, als Arzt/Ärztin eine Idee von einem – abstrakt betrachtet – bestmöglichen Versorgungsweg zu kennen, der jedoch von einer Patientin/einem Patienten nicht angenommen und verfolgt wird. Den Interviews sind keine Hinweise darauf zu entnehmen, dass ein Lösungsweg im wiederholten Gespräch mit den Patienten und Patientinnen über ihre jeweiligen Entscheidungsmotive liegen könnte. Wohl aber gibt es Hinweise darauf, als Arzt/Ärztin offen zu sein für patientinnenseitige Präferenzen (*„Ja man muss da einfach offen sein, man muss einfach offen sein und ihnen das zugestehen. Wenn man von vornherein der Meinung ist, man wüsste das besser oder nur weil 's für 100 Frauen so ist, muss es ja für die 101. nicht so sein. Man muss sie als Individuum sehen.“* [A9: 295-298]), jedoch betont auch A9, dass sie einen direktiven Interaktionsstil wählt, sofern sie den Eindruck gewinnt, eine Patientin würde sich mit ihrer Entscheidung selber schaden (*„Dann werd' ich eigentlich ziemlich klar und gewissermaßen autoritär und dann sag' ich zu ihnen, wissen sie was, das geht jetzt so nicht weiter.“* [A9: 337-338]).

Allein die den Interviews zu entnehmenden Hinweise auf die Notwendigkeit kommunikativer Qualifikation verdeutlichen, dass ärztliche Skepsis gegenüber dem Konzept „Shared Decision Making“ nicht ausschließlich auf Seiten der Patienten und Patientin-



nen verortet wird. So legt A13, Fachärztin für Allgemeinmedizin, beispielsweise die Erfordernis ärztlichen Kommunikationstrainings dar: *„Ja also, ich würde das also dann wenn ich die Möglichkeit hätte mit Studenten durchexerzieren und üben. Z. B. das, sie stellen sich vor sie sind im Krankenhaus und Frau X ist unerwartet in der Nacht gestorben, da stehen die Angehörigen, jetzt führen sie mal mit denen Gespräche, bringen sie denen das mal bei. Also mir ist das z. B. passiert, also als Assistenzärztin völlig unbeleckt muss\_ wurde ich vom Stationsarzt damit, daran\_ dazu verdonnert so 'n Gespräch zu führen und konnte es gar nicht, wusste gar nicht was ich da sagen sollte ne. Das fand' ich unmöglich ja. Ich hab' das dann irgendwie so hingekriegt und so mit 'n bisschen Empathie und so so alles, aber alles so aus 'm Bauch raus. Aber ich finde da drauf soll man sich nicht verlassen, weil das ist nicht einfach so da, das muss man schon lernen. Genauso lernen wie Blut abnehmen oder Spritzen geben ja, das ist nichts, was einem, das vom Himmel fällt.“* (A13: 399-411) Und im Interview mit A7, ebenfalls Fachärztin für Allgemeinmedizin, heißt es: *„Nie hat einer mit mir, niemand hat mir 'n ärztliches Gespräch beigebracht ja. Wir wurden ja von Anfang an alleine, der Patient und du in ein Sprechzimmer rein. So und jetzt macht mal ne. Natürlich hat man im Krankenhaus die Vorbilder gehabt, wie wie redet der Oberarzt und der Stationsarzt und das waren so die Vorbilder und an denen orientierst du dich. Und denn macht das jeder so, wie er denkt ne. Aber ich denk' mir mit 'nem echten Training, mit 'ner Ausbildung wär' det weitaus günstiger, für alle Beteiligten. Und wenn ich diesen, diesen Gesichtspunkt, diese shared decision, diesen nach denen man Patientengespräche führen sollte, so wurden wir überhaupt nicht ausgebildet ne.“* (A7: 388-397)

### 5.3.4 Resümee

Die Analyse der mit den Ärzten und Ärztinnen geführten Interviews beginnt mit einer Erörterung arztseitig beschriebener Themen der Konsultationen (Kap. 5.3.1). Gemäß dem Untersuchungsdesign ist davon auszugehen, dass bereits im Vorfeld der aufgezeichneten Konsultationen eine Verständigung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin über das zu besprechende Thema stattgefunden hat. Offen bleibt dabei gleichwohl, mit welchen ärztlichen Zielen die ausgewählten Konsultationsthemen jeweils verbunden werden. Im Mittelpunkt der hausärztlichen Konsultationen standen schwerpunktmäßig Gespräche über einen (möglichen) Beginn chronischer Erkrankungen bzw. Gespräche im Verlauf bereits bestehender chronischer Erkrankungen. Die aufgezeichneten fachärztlichen Konsultationen umfassen sowohl Gespräche zur Vermittlung spezifischer Untersuchungsergebnisse sowie sich daran anschließender Therapiewege, Gespräche, die eine Bilanzierung bisheriger und eine Planung zukünftiger Versorgungsschritte umfassen und Gespräche, die im Verlauf langfristiger Versorgungsprozesse geführt worden sind. Als Ergebnis festzuhalten bleibt, dass in den ärztlichen Erzählungen sowohl zu hausärztlichen als auch zu fachärztlichen Konsultationsgesprä-

chen eine Verknüpfung von zu besprechenden Konsultationsthemen mit ärztlichen Vorstellungen über spezifische Behandlungswege und Behandlungsziele aufscheinen.

Die Analyse der Interviews wird fortgesetzt mit einer Betrachtung der ärztlichen Gesamtreflexionen zu den jeweils vorab aufgezeichneten Konsultationen (Kap. 5.3.2). Abgeleitet aus dem Erleben von Zufriedenheit und Unzufriedenheit, ist dabei von besonderer Bedeutung, welches Verständnis von der ärztlichen Rolle sich in den ärztlichen Reflexionen zu den Konsultationen zeigt.

Die Ergebnisse der Interviewauswertung verdeutlichen unterschiedliche ärztliche Zielsetzungen: eine kommunikative Vorbereitung therapeutischer Entscheidungsprozesse im Sinne größtmöglicher patientenseitiger Compliance, eine Annahme ärztlicher Entscheidungen durch die Patienten und Patientinnen sowie ein Besprechen von aus ärztlicher Perspektive wichtiger Themen und eine Beantwortung patienten- und patientinnenseitiger Fragen. Im Erleben der interviewten Ärzte und Ärztinnen verbindet sich Zufriedenheit mit einem bestmöglichen Erreichen dieser Ziele. Damit wird der als ärztliche Aufgabe erlebte Auftrag deutlich, Patienten und Patientinnen im Sinne einer zu evozierenden, bestmöglichen Compliance auf die aus ärztlicher Perspektive empfohlene Therapie vorzubereiten. Obwohl in den Interviews über die Anregung von Patienten und Patientinnen zur Beteiligung an den Konsultationen gesprochen wird, deuten die Ergebnisse daraufhin, dass eine gelingende Verzahnung bzw. wechselseitige Bezugnahme von patienten- und patientinnenseitigen sowie ärztlichen Themen nur bedingt zu gelingen scheint. Fast entsteht der Eindruck, als hätten Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen gänzlich verschiedene Themen, die nicht miteinander zu besprechen sondern nacheinander abzuarbeiten seien. In dem Zusammenhang fällt zudem auf, dass Ärzte und Ärztinnen ihre (Un)Zufriedenheit mit Konsultationen an die Realisierung ihres (mehr oder weniger standardisierten) Ablaufplanes für die Gespräche zu binden scheinen.

Zugleich findet sich in den Interviews aber auch die Auffassung, dass die ärztliche Aufgabe darin liege, patienten- und patientinnenseitige Ängste durch ‚ausgewogene‘ Informationen zu dämpfen, Selbständigkeit von Patienten/Patientinnen zu fördern und damit zugleich einer als problematisch erachteten Abhängigkeit innerhalb der Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-Beziehung vorzubeugen. In diesem Kontext ist auch die Rede vom Bestreben nach einer partizipativen Abwägung optional denkbarer Vorgehensweisen. Weiterführend zu untersuchen bleibt, inwieweit die Gestalt von Krankheitsbildern (z. B. deren erlebte Dramatik) Einfluss hat auf ärztliche Vorstellungen über Möglichkeiten und Grenzen patientenseitiger Partizipation.

Die Interpretation der Interviews hat überdies gezeigt, mit welchen Teilaspekten der Konsultationsgespräche die befragten Ärzte und Ärztinnen unzufrieden waren. Zu differenzieren ist zwischen ärztlicher Unzufriedenheit, die sich auf die Ebene des ärztlich wahrgenommenen Verhaltens von Patienten und Patientinnen bezieht und Unzu-

friedenheit hinsichtlich des eigenen ärztlichen Vorgehens. So wird zum einen erörtert, inwieweit es (nicht) gelungen sei, Patienten und Patientinnen von ärztlich erwarteten Verhaltensweisen zu überzeugen. Bezogen auf das ärztliche Vorgehen scheint zum anderen eine mehr oder weniger vertiefte Reflexion des eigenen Kommunikationsstils, zum Beispiel das Fehlen bzw. der fehlende Einsatz interaktionsbezogener Materialien zur Risikokommunikation, auf. Dabei kann die Reflexion des Kommunikationsstils beitragen zu einer kritischen Reflexion der eigenen ärztlichen Rolle und dem dieser Rolle inhärenten Verhalten.

Die Ausführungen zum Konzept „Shared Decision Making“ (Kap. 5.3.3) verdeutlichen, dass Ärzte und Ärztinnen mit dem Konzept spätestens dann an Grenzen stoßen, wenn die Anliegen und Präferenzen der Patienten und Patientinnen einen Widerspruch zum professionell erlebten Heilungs- und Handlungsauftrag darstellen. Lösungen für diesen Konflikt bedürfen sowohl eines professionellen als auch eines gesellschaftlichen Diskurses über Entscheidungsfreiheiten ebenso wie über professionelle Verantwortung. Angesichts der Komplexität der Problematik ist davon auszugehen, dass Lösungen nicht allein in Sprechzimmern, in der einzelnen Interaktion zwischen Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen entwickelt und gefunden werden können. Insoweit wird ärztliches Kommunikationstraining eine notwendige aber keine hinreichende Voraussetzung für die Gestaltung partizipativer Versorgungsprozesse darstellen.

## 6. Schlussbetrachtungen

Der erste Teil der Schlussbetrachtungen (Kap. 6.1) beinhaltet zusammenfassende und ergebnisverdichtende Überlegungen zur Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-Beziehung im Kontext von Konsultationen. Dabei werden die aus den verschiedenen Perspektiven zusammengetragenen und in Beziehung zueinander gesetzten Ergebnisse der Analysen der Interviews mit Patienten/Patientinnen und der Konsultationsanalysen diskutiert. Der zweite Teil der Schlussbetrachtungen impliziert Anregungen zur medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung, die aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung abgeleitet worden sind.

### 6.1 Überlegungen zur Arzt-Patienten-Beziehung im Kontext von Konsultationen

#### **Ergebnisverdichtung zur Kategorie „Thema“ anhand der Auswertung der Interviews mit Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen**

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung der Kapitel „Patientenseitige Ziele/Themen der Konsultation“ (Kap. 5.2.1) und „Arztseitig beschriebene Themen der Konsultation“ (Kap. 5.3.1) vor dem Hintergrund der Kategorie „Thema“ zusammenfassend gedeutet. Dazu werden die Analysen der Patientinnen- und Patienteninterviews sowie der Ärztinnen- und Ärzteinterviews zur Kategorie „Thema“ im Querschnitt betrachtet.

In der Analyse der Interviews mit Patienten und Patientinnen ist zum Ausdruck gekommen, dass patientenseitige Themen nach folgenden Unterkategorien eingeteilt werden können: Im Vorfeld der Konsultation definierte Themen (P4, P9), nicht verabredete Themen für die Konsultation (P6, P7), Patienten/Patientinnen haben eigene Themen (P14, P15) oder nicht ausreichend beleuchtete Themen (P1, P5) und versteckte Thematisierungen (P15). Im Rahmen der Analyse der Ärzte- und Ärztinneninterviews ist der Frage der Themenwahl getrennt nach hausärztlichen (A1, A4, A5, A6, A12, A13) und fachärztlichen (A3, A8, A9, A10, A15) Konsultationsgesprächen nachgegangen worden. Unabhängig vom Konsultationsrahmen wird deutlich, dass aus ärztlicher Sicht scheinbar „klare“ Vorstellungen über die zu besprechenden Themen bestehen. Als bedeutsam zeigt sich ferner eine Verknüpfung der ausgewählten Themen mit spezifischen ärztlichen Vorstellungen über die nachfolgenden Behandlungswege und -ziele.

Zusammenfassend betrachtet bleibt festzuhalten, dass Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen häufig unterschiedliche Themen in den Konsultationen haben, es Differenzen zwischen patientenseitigen und ärztlichen Themen gibt und partiell unter-

schiedliche Ziele mit den jeweiligen Themen verfolgt werden. Die Unterschiede in der Themenpriorität verdeutlicht das Beispiel von A4 und P4: A4 möchte den Patienten P4 auf eine mögliche pharmakotherapeutische Intervention vorbereiten, wohingegen P4 vor allem wissen möchte, welche Möglichkeiten es neben einer medikamentösen Therapie gibt. Neben den fehlenden Übereinstimmungen zwischen den ärztlichen und patientenseitigen Themen hat es den Anschein, dass die eigenen Themen der Patienten und Patientinnen „weit weg“ sind von denen der ärztlichen Themen. Ärzten und Ärztinnen fällt es offenkundig schwer zu reflektieren, wie wichtig die patientenseitigen Themen für die Patienten/Patientinnen selber sein können – etwa die Beachtung von Beschwerden jenseits des ärztlich definierten Behandlungsanlasses (z. B. das Thema Rückenschmerzen für den Patienten P14) oder die Anerkennung der Krankheitsarbeit im Verlauf von Behandlungsprozessen bei schwerwiegenden/chronischen Erkrankungen (z. B. im Rahmen einer Behandlung aufgrund von Brustkrebs bei der Patientin P15). Die Beispiele machen deutlich, dass jeder Akteur/jede Akteurin eigene Vorstellungen über die Relevanz von Themen hat. Für Ärzte/Ärztinnen sind andere Themen wichtig - beispielsweise die Senkung medizinisch definierter Werte - als für Patienten und Patientinnen, die etwa ein verstärktes Interesse haben können, Informationen über den Umgang mit einer Erkrankung im Alltag zu bekommen. So informiert A8, Facharzt für Hals-Nasen und Ohrenheilkunde seine Patientin P8 ausführlich über physiologische Details der Schwerhörigkeit, während P8 stärker interessiert daran ist, über die alltägliche Nutzung von Hörgeräten zu sprechen. So scheinen die jeweilige Rolle (als Arzt/Ärztin; als Patient/Patientin) und die damit verbundenen Interessen das Thema zu bestimmen und damit auf eine gewisse Art und Weise das Gesprächsziel zu steuern. Für Ärzte/Ärztinnen scheint es weniger relevant zu sein, die aus der Perspektive der Patienten und Patientinnen wichtigen Themen in Erfahrung zu bringen, was wiederum den Eindruck eines mangelnden Interesses am patientenseitigen Erleben hervorruft.

Haus- und fachärztliche Konsultationen unterscheiden sich zwar im Thema, aber nicht im Ziel (so vor allem. der kommunikativen Vorbereitung therapeutischer Entscheidungsprozesse im Sinne größtmöglicher Compliance). Bezogen auf die vorliegende Untersuchung zeigt sich, dass die von uns interviewten Ärzte und Ärztinnen meist vorab definierte Ziele für ein Gespräch haben – sie wissen worauf sie hinaus wollen. Die Patienten und Patientinnen haben dagegen weniger klar definierte Gesprächsziele (u. a. wegen fehlender Gesprächsroutine im ärztlichen Kontakt). Sie haben zwar auch eine eigene Agenda, die aber nicht so stark zum Tragen kommt bzw. die sie nicht immer entfalten können. Mögliche Gründe hierfür könnten eine patientenseitige Angst sein, die Themen zu präsentieren oder eine ärztliche Dominanz im Gespräch. Ferner können sich thematische Prioritäten durch den Verlauf von Konsultationen verändern (Barry et al. 2000). Die Auswertung der mit Ärzten und Ärztinnen geführten Interviews offenbart, dass das Ergründen patientenseitiger Bedürfnisse nur bedingt als Ressource

bzw. Basis für eine gemeinsame Erörterung des weiteren Vorgehens betrachtet wird. Demgemäß werden patientenseitige Abweichungen von ärztlichen Empfehlungen als unangemessen und damit als Ausdruck von „Non-Compliance“ betrachtet.

Die vorliegende qualitative Untersuchung spricht stark dafür, dass es keine durchgängige bzw. selbstverständliche gemeinsame Grundlage für das Gespräch zwischen Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen gibt. Folglich kommen wir zu ähnlichen Ergebnissen wie Stewart et al. (2003), die „Finding common ground“ als einen zentralen Aspekt der patientenzentrierten Methode charakterisiert haben. „Finding common ground is the process through which the patient and doctor reach a mutual understanding and mutual agreement in three key areas: defining the problem; establishing the goals and priorities of treatment and/or management; and identifying the roles to be assumed by both the patient and the doctor. To reach common ground often requires that two potentially divergent viewpoints be brought together in a reasonable plan.“ (Stewart et al. 2003: 83)

In Abgrenzung zu dem von Stewart et al. (2003) formulierten Bedarf einer gemeinsamen Themenfindung verweist die vorliegende Untersuchung auf ein Nebeneinander von Themen, d. h. jeder/jede hat seine/ihre eigene ärztliche oder patientenseitige Agenda. Ärztlicherseits zeigt sich in der Tendenz das Bedürfnis, die eigene Agenda durchzusetzen. Eine gelingende Verzahnung bzw. wechselseitige Bezugnahme von patientenseitigen wie ärztlichen Themen scheint nur bedingt zu gelingen. Daher entsteht fast der Eindruck, als hätten Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen gänzlich verschiedene Themen, die nicht miteinander zu besprechen, sondern nacheinander abzuarbeiten seien. Eine Ausnahme scheinen in diesem Zusammenhang Versorgungsprozesse darstellen, in denen es um die Behandlung von Patienten und Patientinnen geht, deren Erkrankungen als potentiell nicht bedrohlich erlebt werden. Beispielsweise sei auf die Behandlung einer Patientin mit Nesselsucht (vgl. A11/P11) oder die Behandlung einer Patientin mit Menorrhagie (vgl. A9/P9) hingewiesen. Denkbar ist, dass es im Rahmen solcher Versorgungsprozesse für Ärzte und Ärztinnen leichter ist, von ihrer geplanten ärztlichen Agenda abzurücken im Vergleich zu Versorgungsprozessen, in denen es zum Beispiel um die Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Krebserkrankungen (vgl. A3/P3) oder mit erhöhtem kardiovaskulären Gesamtrisiko (vgl. z. B. A1/P1, A4/P4, A7/P7) geht.

Der mögliche Konflikt der unzureichenden Bezugnahme ärztlicher und patientenseitiger Themen kann im Rahmen langjähriger Arzt-Patient-Beziehungen teilweise eine Auflösung erfahren, wenn Patienten und Patientinnen scheinbar unbewusst die ärztlichen Themen der Konsultation als eigene Themen übernehmen. Dies könnte erklären, dass trotz des analysierten Nebeneinanders von ärztlichen und patientenseitigen Themen

keiner der Patienten und Patientinnen deutlich zum Ausdruck gebracht hat, dass ihren Themen zu wenig oder kein Raum in der Konsultation gegeben wurde.

### **Ergebnisverdichtung zur Kategorie „Zufriedenheit“**

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung der Kapitel „Zufriedenheit im Rahmen von Versorgungsprozessen“ (Kap. 5.2.2) und „Ärztliche Gesamtreflexion zur Konsultation“ (Kap. 5.3.2) vor dem Hintergrund der Kategorie „Zufriedenheit“ zusammenfassend gedeutet. Dazu werden die Analysen der Patientinnen- und Patienteninterviews sowie der Ärztinnen- und Ärzteinterviews zur Kategorie „Zufriedenheit“ im Querschnitt betrachtet.

Obwohl sich in den Konversationsanalysen deutliche Asymmetrien in der Kommunikation zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen gezeigt haben, werden kaum unzufriedene oder kritische Anmerkungen zu den Konsultationen von den jeweils beteiligten Akteuren und Akteurinnen geäußert. Die konversationsanalytisch dargestellten Hindernisse im Kommunikationsprozess zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin werden in den Interviews von beiden Seiten nicht als kommunikative Defizite reflektiert. Insgesamt zeigt sich arzt- wie patientenseitig eine große Zufriedenheit mit dem zurückliegenden Gespräch.

So gibt es verschiedene „Arten“ von Zufriedenheit aus Patientensicht: Zufriedenheit im Lichte bedrohlicher Erlebnisse (beispielsweise ist P14 im Rahmen einer schweren Erkrankung für jede medizinische Hilfe dankbar), Zufriedenheit im Lichte hoher Dankbarkeit (begründet durch prägende Ereignisse im zurückliegenden ärztlichen Kontakt wie bei P6), Zufriedenheit im Lichte von Versorgungsprozessen ohne Entscheidungsdruck (durch z. B. eine erlebte Freiheit der Entscheidungsfindung wie bei P9) sowie Zufriedenheit im Lichte geringer Erwartungshaltung (wie z. B. bei P1, der sich als unbedarfter und ungeübter Patient beschreibt).

Das Zufriedenheitserleben der Ärzte und Ärztinnen spiegelt sich in den Gesamtreflexionen zu den Konsultationen wider, in denen sich verschiedene Facetten von Zufriedenheit gezeigt haben: angesichts einer kommunikativen Vorbereitung therapeutischer Entscheidungsprozesse im Sinne größtmöglicher patientenseitiger Compliance (z. B. bei A4/P4), angesichts einer Annahme ärztlicher Entscheidungen durch die Patienten und Patientinnen (z. B. bei A12/P12) und angesichts eines Besprechens von aus ärztlicher Sicht wichtigen Themen sowie einer Beantwortung patientenseitiger Fragen (z. B. bei A9/P9). Insoweit ist das Erleben von Zufriedenheit nicht zuletzt gebunden an die Verwirklichung der ärztlichen Zielsetzung(en).

Facetten von Unzufriedenheit mit Teilaspekten des Konsultationsgesprächs lassen sich zudem in jene, die sich auf das Verhalten der Patienten/Patientinnen (z. B.

A8, A15) und jene, die sich auf das eigene ärztliche Vorgehen beziehen (z. B. A7, A9), unterscheiden.

Dass sich wenige Hinweise auf Unzufriedenheit in den Patientinnen- und Patienteninterviews finden, ist zuvorderst Ausdruck der Anbindung von Zufriedenheit an einen Prozesscharakter. Dass kritische oder unzufriedene Patienten/Patientinnen in diesem Projekt die Ausnahme bleiben, ist ferner dem Studiendesign geschuldet (vgl. Kap. 3). So könnte vorsichtig vorgetragene Kritik z. T. dem Umstand geschuldet sein, dass Patienten/Patientinnen davon ausgegangen sind, dass Teile ihrer Äußerungen im Projektbericht öffentlich gemacht werden und ihre Äußerungen somit von ihren behandelnden Ärzten/Ärztinnen wahrgenommen werden könnten. Allerdings könnte auch vermutet werden, dass die Akteure/Akteurinnen mit einer gewissen Grundzufriedenheit und einem geringen Erwartungsniveau in die Konsultation gegangen sind. In Verbindung mit den allgemein hohen Zufriedenheitswerten hat Williams (1994) darauf hingewiesen, dass die Mehrheit der Patienten und Patientinnen ihre Versorgung eher unkritisch bewerten und Unzufriedenheit nur bei extrem negativen Ereignissen zum Ausdruck gebracht wird (Williams 1994: 513). Vor dem Hintergrund des Prozesscharakters von Zufriedenheit ist zum einen zu bedenken, dass Zufriedenheit kurz nach einer Konsultation von kommunikativen Aspekten beeinflusst wird, wohingegen Zufriedenheit nach zwei Wochen und drei Monaten eher mit einem positiven Behandlungsergebnis (z. B. dem Rückgang der Symptome) zusammenhängt (Andén et al. 2005). Zum anderen muss berücksichtigt werden, dass Patientenzufriedenheit auf individueller Ebene einem dynamischen Prozess unterliegen kann, da sich nach Art und Dauer einer Erkrankung der Erfahrungsschatz und Informationsstand von Patienten/Patientinnen verändert und damit auch das Ausmaß der Patientenzufriedenheit variieren kann (Klein 2004).

Wir kommen zu demselben Schluss wie Jacob und Bengel (2000), die die üblicherweise implizite Annahme in Frage stellen, dass es sich bei Zufriedenheit um ein eindimensionales Konstrukt mit den Polen „Zufriedenheit“ und „Unzufriedenheit“ handelt. Statt einer rein quantitativen Messung der allgemeinen Zufriedenheit müsste an deren Stelle eine differenziertere Betrachtung der Art der Zufriedenheit (oder Unzufriedenheit) des Patienten/der Patientin treten (Jacob & Bengel 2000: 295).

Es ist zum Ausdruck gekommen, dass Patienten/Patientinnen und Ärzte/Ärztinnen unter Zufriedenheit mit dem zurückliegenden Gespräch etwas Unterschiedliches verstehen – es lässt sich patienten- wie artzseitig kein einheitliches Muster von Zufriedenheit erkennen, was die Individualität des Aspekts Zufriedenheit widerspiegelt. Zufriedenheit bezieht sich auf unterschiedliches Erleben und somit auf zwei unterschiedliche (Lebens-)Welten. Ärzte und Ärztinnen binden das Maß ihrer Zufriedenheit mit Konsultationen an die Realisierung ihres (mehr oder weniger standardisierten) Ablaufplanes für



Gespräche mit Patienten und Patientinnen wie auch an die Verwirklichung ihrer ärztlichen Ziele. Vorherige Erlebnisse und Erfahrungen mit dem medizinischen Versorgungssystem scheinen dagegen eine relevante Deutungsgrundlage für die patienten-seitig erlebte Zufriedenheit zu sein. Patienten und Patientinnen reflektieren weniger das kommunikative ärztliche Verhalten der aktuellen Konsultation. Insofern lässt sich der Aspekt der Zufriedenheit als etwas der aktuellen Versorgungssituation Übergreifendes deuten, wobei offen bleibt, inwieweit die Akteure und Akteurinnen dies bewusst oder unbewusst machen. Patientenseitige Unzufriedenheit scheint weniger am kommunikativen Verhalten der Ärzte und Ärztinnen bemessen (z. B. einem direktiven Gesprächsstil) zu werden. Es hat eher den Anschein, dass die Patienten und Patientinnen mit sich selber und ihrer zu leistenden Krankheitsarbeit beschäftigt sind. Auf ärztlicher Seite wird insgesamt der Eindruck gewonnen, dass letztlich die Um- bzw. Durchsetzung eines Kommunikationsplanes und die medizinische Interventionslogik das ärztliche Gesprächsverhalten prägen. Dieses Verhalten scheint vorrangig auf patientenseitige Compliance abzu zielen. Außerdem hat es den Anschein, dass Ärzte und Ärztinnen in ihrer medizinischen Interventionslogik „gefangen“ sind, um (verständlicherweise) Schaden von Patienten und Patientinnen abzuwenden, was wiederum verdeutlicht, warum das Ziel patientenseitiger Compliance in der Gesprächsführung für Ärzte und Ärztinnen so wichtig erscheint. Der Konflikt verweist nicht zuletzt auf das Spannungsfeld zwischen einer ärztlichen Verpflichtung gegenüber den Anliegen der Patientinnen/Patienten und gegenüber bekannter bester Evidenz im Hinblick auf die Behandlung einer definierten Krankheit (Charles et al. 1999: 657, Hall 2002: 221, Stamer 2011).

Zufriedenheit erscheint insofern in erheblichem Maße als eine an traditionellen Rollenerwartungen verhaftete Dimension. Patienten und Patientinnen beziehen offenkundig ihre Erwartungen an die Begegnung mit ihren Ärzten und Ärztinnen auf die Erfahrungen ihrer eigenen Krankheitsbiographie bzw. übermittelter Vorstellungen und Bilder. Sie nehmen weithin die erlebten Grenzen hin, so wie sie Möglichkeiten zu umfänglicheren Berichten und Fragen dann umgekehrt auch nutzen. Wenn Patienten und Patientinnen ärztlicherseits Offenheit erleben oder/und dezidiert aufgefordert werden, Fragen zu stellen, werden diese Möglichkeiten in der Regel auch genutzt. Die Darstellung des ärztlichen Selbstverständnisses impliziert jedoch nicht, Patienten und Patientinnen reden zu lassen. Es macht den Eindruck, dass die Interaktionspartner und -partnerinnen an ihren Rollen – als Arzt/Ärztin wie auch als Patient/Patientin – jeweils festhalten. Um eine patientenzentrierte Gesprächsführung zu ermöglichen, die eventuell mit einer höheren patientenseitigen und ärztlichen Zufriedenheit verbunden ist, müssten beide Seiten einen Schritt nach „vorne“ machen und von ihren klassischen Rollenvorstellungen abweichen. Alternativen zum Gewohnten müssen insofern eingeübt und als „real“ erlebt werden.

## **Ergebnisverdichtung zu den Kategorien „Thema“ und „Zufriedenheit“ anhand der Auswertung der Konsultationen**

Wie zeigt sich der Gegenstand der Themenfindung und der Zufriedenheit in der Begegnung zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen aus der Perspektive der Analyse der im Projekt aufgezeichneten Konsultationen (Kap. 5.1.1 und 5.1.2)?

Das vorliegende empirische Studienmaterial hat aufgewiesen, wie folgenreich sich eine fehlende gemeinsame Themenfestlegung zu Beginn der Konsultation auswirkt. Dabei ist zu beachten, dass dieser Verständigungsprozess auch dann nicht zu vernachlässigen ist, wenn die Themenwahl bereits in vorhergehenden Gesprächen verabredet wurde.

Gravierende Folgen für Verlauf und Ergebnis von Gesprächen zeigt in besonderem Maße die Nicht-Beachtung geäußerter patientenseitiger Themen. Patientinnen und Patienten sind nur allzu bereit, sich an die ärztliche Priorisierung von Themen anzupassen. Erfolgt keine Verabredung darüber, wann patientenseitige Themen besprochen werden können, ist es allein der Beharrlichkeit von Patienten und Patientinnen geschuldet, wenn diese Anliegen im Rahmen der Konsultation doch noch zur Sprache kommen (vgl. z. B. K12).

Die fehlende Verabredung eines Themas bzw. die Nicht-Beachtung patientenseitiger Anliegen kann letztlich auf Seiten der Patientinnen und Patienten bis zum Ende der Konsultation offene Fragen und bisweilen große Sorgen hinterlassen (z. B. die im Gespräch nicht ausreichend erörterte Sorge um die weitere Entwicklung der gesundheitlichen Situation, vgl. z. B. K10 und K14). Wie zuvor bereits anhand der Analyse der Interviews mit Patienten und Patientinnen gezeigt, bleibt auch im Hinblick auf die Konsultationen zu konstatieren, dass keine/r der Patientinnen und Patienten explizit zum Ausdruck gebracht hat, dass ihren/seinen Themen zu wenig oder gar kein Raum in der Konsultation gegeben wurde und darüber Unzufriedenheit bestünde.

Erklärbar ist diese Diskrepanz am ehesten durch ungebrochene Rollenübernahmen von Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten. Die Kommunikation zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patientinnen/Patienten findet in stark vorstrukturierten Räumen statt: institutionelle Rahmungen und zementierte Rollenbilder erlauben Ärztinnen und Ärzten, ihre Relevanzsysteme konsequent durchzusetzen. Patientinnen und Patienten akzeptieren dies i. d. R. fraglos.

Diese Deutungen stehen in Übereinstimmung mit der Auffassung, dass es in der Gesprächssituation von Konsultationen um die Herstellung einer sozialen Ordnung geht, weniger einer medizinischen Ordnung. Aaron V. Cicourel (z. B. grundlegend 1973) hat für die Interaktion zwischen Professionellen und Klienten/Klientinnen den Begriff der ‚lokalen Produktion von Wissen‘ geprägt. Er beschreibt detailliert, wie im Rahmen einer medizinischen Untersuchung medizinische, aber auch andere

Relevanzstrukturen des Arztes/der Ärztin mit denen des Klienten/der Klientin interagieren. Es stellt sich heraus, dass gerade die besondere Situation von *Störung der kommunikativen Prozesse durch Brüchigkeit bzw. das Aufbrechen von Relevanzstrukturen* den Vermittlungsprozessen zwischen unterschiedlichen Wissensvorräten im Kontakt zwischen Experten/Expertinnen und Laien ihren besonderen Spielraum gibt (vgl. Cicourel 1973). Fehlt eine solche Durchlässigkeit der ärztlichen Relevanzstrukturen, ist der Raum für patientenseitig relevante Themen, Fragen und Sorgen nicht oder nur sehr bedingt gegeben, wie in der hier vorliegenden Studie offensichtlich wird.

Die Ermutigung von Patientinnen und Patienten, ihre Anliegen vorzubringen, ohne von ärztlicher Seite frühzeitig unterbrochen zu werden, wird in relevanten Publikationen zur Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-Kommunikation als wesentliches Merkmal gelingender Kommunikationsprozesse ausgewiesen (z. B. Simpson et al 1991). Die Ergebnisse der Analysen der hier vorgestellten Konsultationsgespräche bestätigen diesen Aspekt eindringlich. Der Gesprächseröffnung muss bei der Themenfindung eine besondere Bedeutung beigemessen werden. Nicht hinreichende Aufmerksamkeit gegenüber einer Gesprächseröffnung stellt sich als folgenreich für den weiteren Gesprächsverlauf heraus.

### **Ergebnisverdichtung zur Kategorie „Partizipation“ anhand der Auswertung der Interviews und der Konsultationen**

Die Analyse der Interviews mit Patienten und Patientinnen (Kap. 5.2.3) veranschaulicht, dass sie einer stärkeren Einbindung in Entscheidungsprozesse grundsätzlich positiv gegenüberstehen. Zugleich sind den Interviews weitgehend keine konkreten Vorstellungen über eine Beteiligung an Entscheidungsprozessen zu entnehmen, was darauf hinweist, dass eine erhöhte Partizipation eher im Sinne einer abstrakten Idee verstanden wird. Vor diesem Hintergrund erscheint es als zentrale ärztliche Aufgabe, Partizipationsmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu befördern und eine Atmosphäre zu schaffen, in der „Shared Decision Making“ möglich werden kann. Diese Deutung knüpft an die Ausführungen von Elwyn et al. (2000) zur Frage ärztlicher Kompetenzen hinsichtlich einer Umsetzung des Konzeptes „Shared Decision Making“ an: „The clinicians did, however, feel that it was important to frame the process so that patients fully understood that there was an opportunity to take part in a decision and monitor non-verbal signals to check that patients had accepted the offer.“ (Elwyn et al. 2000: 894)

Während es für Patienten und Patientinnen ungewohnt und damit in gewisser Weise auch befremdlich zu sein scheint, an Entscheidungsprozessen aktiv zu partizipieren, verdeutlicht die Analyse der ärztlichen Interviews (Kap. 5.3.3), dass Ärzte und Ärztinnen mit dem Konzept „Shared Decision Making“ spätestens dann an Grenzen stoßen, wenn die Anliegen und Präferenzen der Patienten und Patientinnen einen Widerspruch

zum professionell erlebten Heilungs- und Handlungsauftrag darstellen. Mit dieser Deutung knüpfen wir u. a. an die Ausführungen von Charles et al. (1999: 657) wie auch von Hall (2002: 221) an, die das mit dem Konzept „Shared Decision Making“ für Ärzte/Ärztinnen neu entstandene Spannungsfeld zwischen evidenzbasierter und patientenorientierter Medizin dargelegt haben. Lösungen für diesen Konflikt bedürfen sowohl eines professionellen als auch eines gesellschaftlichen Diskurses über Entscheidungsfreiheiten ebenso wie über professionelle Verantwortung. Dazu zählt auch ein Hinterfragen des traditionellen „Richtig-Falsch-Paradigmas“ in der Medizin (Stamer 2011). Angesichts der Komplexität der Problematik ist davon auszugehen, dass Lösungen nicht allein in Sprechzimmern, in der einzelnen Interaktion zwischen Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen entwickelt und gefunden werden können. Insoweit wird ärztliches Kommunikationstraining eine notwendige aber keine hinreichende Voraussetzung für die Gestaltung partizipativer Versorgungsprozesse darstellen.

Auf der Basis der Analyse von Entscheidungsprozessen im Kontext der Konsultationen (Kap. 5.1.4) konnte aufgezeigt werden, dass eine Vertagung von Entscheidungen für Patienten und Patientinnen die Möglichkeit beinhaltet, sich auf jeweils individuelle Art und Weise mit dem Prozess der Entscheidungsfindung zu befassen. Denkbar ist eine ärztliche Unterstützung der Patienten und Patientinnen in diesem Prozess, z. B. durch die Formulierung erzählgenerierender Fragen, durch aktives Zuhören sowie durch eine gemeinsame Abwägung von medizinisch beschriebenen Risiken ebenso wie von individuellen Risikoempfindungen. Um die Chancen, die in einer gemeinsamen Abwägung potentieller Handlungsalternativen liegen können, umfassend zu nutzen, bleibt im Hinblick auf jede Versorgungsentscheidung zu überdenken, inwieweit sie – aus medizinischen wie auch aus personenbezogenen Gründen – (mehr) zeitliche Spielräume zulässt, um Prozesse partizipativer Entscheidungsfindungen zu befördern.

Das Aufeinandertreffen der unterschiedlichen patientenseitigen und ärztlichen Einschätzungen zu Shared Decision Making verdeutlicht, dass eine Umsetzung des Konzeptes dem Grunde nach radikaler Veränderungen der traditionellen Rollen von Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen bedarf. Inwieweit der Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung sich dieser Thematik annehmen kann, wird im folgenden Kapitel erörtert.

## **6.2 Anregungen zur ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Abgeleitet aus Überlegungen zur Gestaltung der Interaktion im Kontext von Konsultationen werden nachfolgend Schlussfolgerungen für die Entwicklung von Elementen ärztlicher Aus-, Fort- und Weiterbildung aufgezeigt.

## Gestaltung der Begegnung im Kontext der Konsultation

In der vorliegenden Studie stellt sich die Dominanz ärztlicher bzw. medizinischer Relevanzstrukturen als problematisch heraus. Kommunikationsprozesse, in denen diese Dominanz konstituiert wird, erscheinen vordergründig oder subtil als Bemächtigung und stehen damit im Widerspruch zu Forderungen nach patientenseitiger Partizipation bzw. einer Umsetzung des Konzeptes „Shared Decision Making“.

Die Relevanzstrukturen der ärztlichen Profession, die im Behandlungsverlauf wesentlich durch (Be)Handlungsregeln repräsentiert werden, sind weniger als Ordnungen zu verstehen, die Gültigkeit aufgrund von umfassenden oder zutreffenden Inhalten besitzen. Ihre formale Gültigkeit beruht auf gesellschaftlich zugesprochener Definitionsmacht, die sich mit einer quasi unantastbaren Rolle von Ärzten/Ärztinnen als Experten/Expertinnen verbindet. Die inhaltliche Gültigkeit der (Be)handlungsregeln soll wiederum die diskursiv-wissenschaftliche Erzeugung dieses Wissens implizieren. Ein Gegenmodell zu den durch Expertentum quasi vorgegebenen Ordnungen können sog. ausgehandelte Ordnungen bilden, die von Anselm Strauss beschrieben wurden.

Ausgehandelte Ordnungen in diesem Sinne weisen sich dadurch aus, dass sie in den Interaktionen der Beteiligten immer wieder aufs Neue hergestellt werden und Geltung nur in dem Maße erlangen, in dem Akteure/Akteurinnen sie in ihrem Tun implizit oder explizit bestätigen<sup>39</sup>. Das andauernde aktive Herstellen von Ordnung (also das permanente Ordnen) impliziert eine Prozessperspektive<sup>40</sup>. Dabei sind Akteure/Akteurinnen nicht frei darin, eine beliebige Ordnung miteinander auszuhandeln, sondern sie müssen sich mit den in Handlungen offenbar werdenden Strukturen ihrer Umwelt aktiv und reflexiv auseinander setzen und diese mit in ihre Aushandlungen einbeziehen (Strauss 1978). Menschen sind grundsätzlich in verschiedene Relevanzstrukturen involviert. Somit besteht immer eine Verschränkung differenter Relevanzstrukturen, Orientierungen und Verpflichtungen, denen die einzelnen Akteure/Akteurinnen sich verbunden wissen. Einschätzungen und Definitionen konkreter Situationen sind eng mit Perspektiven verbunden. Menschen definieren Situationen nicht einfach ad hoc, sondern sie tra-

<sup>39</sup> Strauss et al. untersuchten Arbeitsprozesse auf verschiedenen Stationen von Krankenhäusern. Es zeigte sich, dass Handlungsbedingungen, die sich z. B. aus Dienstanweisungen, räumlichen Strukturen, professionellen Standards usw. ergeben, nicht hinreichend waren, um tatsächliche Handlungsabläufe zu erklären. Aus ihren Beobachtungen schlussfolgerten die Forscher, dass Aushandlungsprozesse zentral sind für das Verständnis von organisierter Arbeit (vgl. Strauss et al. 1964). Aushandlungsprozesse haben für Strauss eine zentrale Bedeutung für soziale Prozesse. „Das Problem drängte sich unserer Aufmerksamkeit auf, während wir Personal und Patienten beobachteten, (...) denn jeder schien fortwährend über irgendetwas zu verhandeln. Dieses Aushandeln schien so zentral für die untersuchten Ereignisse, dass (...) wir Aushandlung zu einem Schlüsselkonzept machten und den Begriff der ‚ausgehandelten Ordnung‘ prägten“ (Strauss 1978: 4f zit. n. Strübing 2007: 55).

<sup>40</sup> Prozessuales Ordnen ist nach Strauss auf allen Ebenen gesellschaftlichen Handelns Teil unserer Interaktionen: jedes Handeln ist ein Beitrag zum kontinuierlichen Prozess der Strukturierung des Gesellschaftlichen. Handeln wird dabei nicht von Strukturen determiniert, sondern setzt sich mit Strukturen als Ressourcen des Handelns auseinander (Strauss 1993, Strübing 2007).

gen lebensgeschichtliche, im Rahmen biographischer Prozesse entwickelte Perspektiven in sich, die als Ordnungsschemata Wissens- und Handlungsorientierungen organisieren. Von verschiedenen Akteuren/Akteurinnen mit ihren differierenden Perspektiven werden Situationen nicht nur unterschiedlich aufgenommen, sondern diese voneinander abweichenden Situationsdefinitionen werden sie auch zu unterschiedlichen Handlungen bewegen. Dabei sind Perspektiven nicht fest stehende, einmal und für immer erworbene Sichtweisen, sondern sie unterliegen stetem Wandel, der aus fortgesetzter Erfahrungsaufschichtung resultiert. Allmähliche Veränderungen wie auch plötzlich eintretende gravierende Ereignisse lassen zuvor übersehene Elemente oder Konstellationen sichtbar werden und die vertraute Welt in einem anderen Licht aufscheinen (Strauss 1993).

Anknüpfend an die Ausführungen von Strauss (1993) stellen Aushandlungen einen zentralen Modus für die Erzeugung, den Erhalt und die Veränderung jedweder Art sozialer Prozesse dar. Verschiedenes Wissen über Erkrankungen und die Bedeutung einer Krankheit, der aktuelle Zustand des Gesundheitswesens, verbreitete medizinische Definitionen und gesellschaftliche Entwicklungen stellen Aushandlungskontext und strukturellen Kontext im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungssituationen dar.

Da die bestehenden Zusammenhänge nicht außer Kraft gesetzt werden können, kann es nicht das Ziel sein, das Verhältnis wechselseitiger Bezogenheit der vorab dargelegten einzelnen Komponenten im Grundsatz aufzulösen. Jedoch ist es wichtig, die bestehenden Zusammenhänge zu reflektieren und damit transparent zu machen. Anders ausgedrückt: Bedeutsam erscheint vor dem Hintergrund der vorgestellten Untersuchung, den Widersprüchen, Überschneidungen und dem Ineinandergreifen der jeweiligen Relevanzstrukturen Aufmerksamkeit zu widmen, um diese sich wechselseitig stabilisierenden bzw. destabilisierenden Prozesse sichtbar zu machen.

Die Ausbildung und Entwicklung einer in diesem Sinne reflexiven professionellen Praxis könnte eine wertvolle Ergänzung zu aktuellen Weiterbildungs- und Professionalisierungstendenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung darstellen.

### **Schlussfolgerungen für Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Welche konkreten Schlussfolgerungen ergeben sich nun im Lichte der vorgelegten Studie – wie der vorhergehenden Forschung – für eine Weiterentwicklung bestehender Konzepte ärztlicher Aus-, Fort- und Weiterbildung? Die Ausgangssituation zur Beantwortung dieser Frage lässt sich vereinfachend wie folgt beschreiben: offenkundig besteht bei Ärztinnen und Ärzten ein hoher Bedarf an der Vermittlung von Grundlagen nicht-direktiver Gesprächsführung. Insbesondere die Auswertung der Konsultationsgespräche zeigt auf, dass auch in dem untersuchten Sample von Ärztinnen und Ärzten, die auf Grund des Auswahlmodus der Thematik gegenüber als besonders aufge-

geschlossen betrachtet werden können, wenn auch in unterschiedlicher Intensität, so doch grundlegende Defizite bei der Beachtung von Grundregeln professioneller Gesprächsführung aufscheinen. Dies betrifft die ausführlich beleuchteten Abschnitte der Konsultationen von der Gesprächseröffnung über die Themenfindung und Rederechtsorganisation bis zur Beendigung des Gesprächs. Es wäre nun aber zu einfach, genauer gesagt, der Analyse nicht angemessen, schlicht dafür zu plädieren, erneut Trainingseinheiten in professioneller Gesprächsführung als Lösung des Problems auszugeben.

Es geht vielmehr wohl vor allem um die Frage, wie Ärztinnen und Ärzten die Notwendigkeit und der Nutzen eines anderen Zugangs zu den Themen „Gesprächsführung und Kommunikation“ verdeutlicht werden kann. Werden Ärztinnen und Ärzte mit den hier geschilderten Schwachstellen konfrontiert, lautet die klassische Reaktion (keineswegs nur in Deutschland): wenn mehr Zeit zur Verfügung stünde, d. h. natürlich auch vergütet würde, könnten derartige Vorstellungen einer stärker patientenzentrierten Medizin rasch verwirklicht werden. Demgegenüber zeigt die vorgelegte Studie in hoher Übereinstimmung mit (medizin-)soziologischer Literatur auf, dass es sich nicht vordergründig um Wissens- bzw. Schulungsdefizite handelt, sondern dass die typischen Kommunikationsstrukturen ganz maßgeblich Ausdruck vorgegebener wie erlernter Rollenzuweisungen an Ärztinnen und Ärzte wie Patientinnen und Patienten sind. Diese Rollenzuweisungen können nicht durch Wissensvermittlung allein verändert werden können, so wichtig auch immer – beiderseitig wohl bemerkt – die Frage der Verbesserung von spezifischen und allgemeinen Wissensbeständen zu Medizin, Krankheit und Gesundheit auch fraglos ist. Auch die dem Ansatz des Shared Decision Making zugehörige Idee des Teilens von Wissen zur Fundierung einer gemeinsam getragenen Behandlungsentscheidung geht letztlich vor allem davon aus, dass Reformen insbesondere auf der Wissensebene stattfinden müssen. Das SDM-Konzept erkennt vermutlich auch den enormen Handlungsdruck, den Ärztinnen und Ärzte in ihrem bisherigen Rollenverständnis erleben. Diesen Handlungsdruck konnten sie bisher nicht im Kontext der Compliance-Debatte kritisch reflektieren, weil sie befürchten, ihren Ruf als „gute Ärztinnen und Ärzte“ verlieren zu können, wenn sie nicht wie bisher auf der Einhaltung ihrer Empfehlungen bestehen.

Insofern scheint uns auf der Hand zu liegen, dass die traditionellen Kommunikationsmuster in der ärztlichen Sprechstunde nur dann in Richtung einer stärkeren Patientenzentrierung weiterentwickelt werden können, wenn die Implementierung von Prinzipien non-direktiver Gesprächsführung in ihren herausfordernden wie ermutigenden und Nutzen stiftenden Elementen nicht nur intellektuell verstanden sondern in der Interaktion erlebt werden. Hierzu müssten Schulungen anderen Typs entwickelt werden, für die es zwar gewisse Vorbilder etwa in der Ausbildung zur psychosomatischen Medizin gibt, die aber für die vertragsärztliche Praxis de facto bisher nicht greifen. Das innova-

tivste Element auf dem Weg zur Entwicklung neuer Schulungsroutinen ist ohne Frage die Beteiligung von Patientinnen und Patienten. Dies ist in unterschiedlichen Stufen vorstellbar. Am einfachsten zu realisieren ist dies indirekt, nämlich durch die Verwendung typischer, relevanter Abschnitte aus den hier dokumentierten Konsultationsgesprächen. An Hand derartiger Kernstellen kann ein professionelles Kommunikations-training entwickelt werden, zunächst mit der Intention der Sensibilisierung für das Thema „unterschiedliche Perspektiven von Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten“. In aufwändigerer Form ließe sich dies auch durch Verwendung von Videoaufzeichnungen realisieren. Besonders reizvoll wäre freilich, Trainingseinheiten zu entwickeln, an denen Patientinnen und Patienten unmittelbar beteiligt werden. Ziel eines solchen Ansatzes wäre, wechselseitig das Verständnis für die jeweils andere Perspektive zu erhöhen und schrittweise das „Wagnis“ zu erproben, die einzelnen Schritte professioneller Gesprächsführung als Sinn stiftend zu erleben: beginnend mit der Vereinbarung des zentralen Gesprächsthemas und schließend mit der Vergewisserung, wo das durchgeführte Gespräch Klärung gebracht hat und wo weiterer Gesprächsbedarf besteht. Dazu gehört auch ganz zentral die – weithin kontraintuitive – Erkenntnis, dass eine neue Gesprächskultur in aller Regel nicht mit einem höheren Zeitaufwand verbunden ist. Für diesen Ansatz gibt es Erfahrungen aus der Ausbildung, wo Patientenrollen von Schauspielern übernommen werden, die in klassischen, häufig vorkommenden Krankheits- bzw. Beschwerdebildern ausgebildet worden sind. Am aufwändigsten ist fraglos die Entwicklung eines solchen Trainingskonzeptes mit „echten“ Patientinnen und Patienten.

Die sich daran anschließende Frage ist, wie sich der Nutzen eines solchen geänderten Bildungskonzeptes nachweisen lässt. Ein entsprechendes Design müsste gemeinsam entwickelt werden und sollte Gegenstand eines eigenen Forschungsantrags (etwa im Rahmen der Versorgungsforschung) sein.

## Resümee

Der Weg zu "Shared Decision Making" ist aus vielerlei Gründen steiniger als oft angenommen wird. Einer der wichtigen Gründe hierfür ist in der über lange Zeiträume gewachsenen Kommunikationskultur in der ärztlichen Sprechstundenmedizin geschuldet. Auch bei erkennbar großen Bemühungen um eine patientenzentrierte Gesprächsführung ist immer wieder kennzeichnend, dass die ärztliche Denk- und Handlungslogik, die an "Krankheit" und deren lehrbuch- resp. leitliniengemäßer Behandlung orientiert sind, an wichtigen Punkten nicht mit der patientenseitigen Perspektive abgeglichen wird, die an "Kranksein" orientiert ist. Ärztinnen und Ärzte fühlen sich verpflichtet, bzw. sind besorgt, ihre Agenda zum Wohle der Patientinnen und Patienten abzuarbeiten, und verlieren – oft gegen ihre ursprüngliche Intention – die Sensibilität dafür, die Anliegen "der anderen Seite" als genau so bedeutsam zu erachten wie ihre professionelle



Sicht auf Diagnostik und Therapie. Dies führt dazu, dass innerhalb der unabweislich asymmetrischen Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten mit ihren Patientinnen und Patienten beide Seiten rascher als gedacht in den traditionellen Rollenmustern verharren. Das Einüben einer etwa an die non-direktive Gesprächsführung von Rogers (2007/1942) oder die Forschungsergebnisse von Stewart et al. (2003) wie Roter und Hall (1992) angelehnten Konsultation kann gewissermaßen nicht übersprungen werden, wenn Shared Decision Making zum Programm erhoben wird. Die vorliegende Studie ist insoweit ernüchternd; sie kann aber auch als ermutigend gedeutet werden, wenn der Deutung gefolgt wird, dass spürbare Fortschritte zu patientenzentrierter Kommunikation durch das Einüben von einigen wenigen elementaren Grundsätzen guter Gesprächsführung erreichbar sind. Die Entwicklung entsprechender "Übungen" kann dabei fraglos auf belastbare psychologische und pädagogische Forschungsergebnisse und daraus abgeleitete Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepte in der Medizin zurückgreifen. Insoweit geht es erst einmal um die Frage, derartiger Schulung den notwendigen Raum zu geben. Es könnte sich aber auch anbieten, künftig das Konsultationsgespräch selber zum Gegenstand von Gesprächstrainings zu machen: sei es durch Reflektieren von elementaren Sequenzen, wie sie in dieser Studie aufscheinen, sei es durch Aufzeichnung neuer Gespräche sowohl in fiktiven wie realen Gesprächssituationen und deren anschließende wechselseitige Reflexion durch die jeweiligen Gesprächspartnerinnen und -partner. Dabei scheinen uns zwei Fragen zentral zu sein: lässt sich tatsächlich für beide Seiten erfahren, dass sich die Anstrengung zu einer patientenzentrierten Gesprächsführung lohnt und tritt gleichzeitig auf Seiten der Ärzteschaft die Sorge in den Hintergrund, dass eine derartige neue Offenheit mit dem Zeitdruck der Sprechstundenmedizin nicht vereinbar sei. Wenn sich in einem derartigen Forschungs- und Entwicklungsprozess verdichten lässt, welche Elemente der Gesprächsführung von herausgehobener Bedeutung sind, lässt sich vielleicht in naher Zukunft in einer quantitativen Studie zeigen, welchen Nutzen eine derart eingeübte Aufmerksamkeit auf arzt- wie patientenseitige Zufriedenheit hat. Wir möchten deshalb abschließend noch einmal ausdrücklich den beteiligten Ärztinnen, Ärzten, Patientinnen und Patienten danken, dass wir "O-Ton" der Sprechstundenmedizin aufzeichnen und mit den anschließenden Interviews in Beziehung setzen durften. Unsere kritischen Bewertungen dienen allein dem Ziel, für die Verbesserung der Kommunikationskultur in der Sprechstundenmedizin Ansatzpunkte zu entwickeln; sie bleiben von dem Respekt vor den alltäglichen Herausforderungen in der Medizin getragen.

## 7. Literaturverzeichnis

- Andén A, Andersson S-O, Rudebeck C-E. Satisfaction is not all – patients' perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study. *BMC Family Practice* 2005; 6(43).
- Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. *Social Science & Medicine* 1997; 44(1): 85-92.
- Bahrs O. Mein Hausarzt hat Zeit für mich - Wunsch und Wirklichkeit. Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. In: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 2003; 3 (1): 17–23.
- Barry C.A, Bradley C.P, Britten N, Stevenson F.A, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 1246-1250.
- Bestmann B, Verheyen F. Patientenzufriedenheit – Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG). Hamburg 2010. <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/224246/Datei/49342/WINEG%20Wissen%20-%20Patientenzufriedenheit.pdf> [zuletzt eingesehen am 24.12.2010].
- Bliesener T. Beratung als ärztliche Aufgabe – Irrwege und Auswege. Mit einem Beispiel aus der ärztlichen Aidsberatung. In: Löning P, Rehbein J. (Hg.) *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin, New York: de Gruyter; 1993.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-Making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine* 1999; 49: 651-661.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared Decision-Making in the medical encounter. What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* 1997; 44 (5): 681-692.
- Christen R.N, Alder J, Bitzer J. Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynecological outpatient consultations. *Social Science & Medicine* 2008; 66: 1474-1483.
- Cicourel A.V. Basisregeln und normative Regeln im Prozess des Aushandelns von Status und Rolle. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (eds.) *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie*. Bd.1. Reinbek: Rowohlt; 1973: 147-188.
- Collins K, Nicolson P. The meaning of 'satisfaction' for people with dermatological problems: re-assessing approaches to qualitative health psychology research. *Journal of Health Psychology* 2002; 7(5): 615-629.
- Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002; 325: 1-6.
- Donabedian A. Explorations in the quality assessment and monitoring: Volume 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

- Edwards A, Elwyn G, Wood F, Atwell C, Prior L, Houston H. Shared decision making and risk communication in practice. A qualitative study of GPs' experiences. *British Journal of General Practice* 2005; 55: 6-13.
- Edwards A, Elwyn G, Hood K, Atwell C, Robling M, Houston H, Kinnersley P, Russell I and the Study Steering Group. Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Family Practice* 2004; 21: 347-354.
- Edwards C, Staniszewska S. Accessing the user's perspective. *Health and Social Care in the Community* 2000; 8(6): 417-424.
- Elwyn G, Edwards A, Rhydderch M. (Übersetzung von Simon D, Härter M.) Shared Decision Making: das Konzept und seine Anwendung in der klinischen Praxis. In: Härter M, Loh A, Spieß C. (Hrsg.) *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitssystem*. Köln: Dt. Ärzte Verlag; 2005: 3-12.
- Elwyn G, Edwards A, Hood K, Robling M, Atwell C, Russell I, Wensing M, Grol R and the Study Steering Group. Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Family Practice* 2004; 21: 337-346.
- Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 93-99.
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice* 2000; 50: 892-897.
- Flick U. *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag; 2007.
- Flick U, v. Kardoff E, Steinke I. (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag; 2000.
- Gadamer H.-G. Der hermeneutische Vorrang der Frage. In: ders.: *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. 6. Aufl. Tübingen: J.C.B. Mohr Verlag; 1990: 368-384 (1. Aufl. 1960).
- Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco T.L. *Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
- Glaser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine; 1967.
- Hall K.H. Reviewing intuitive decision-making and uncertainty: the implications for medical education. *Medical Education* 2002; 36: 216-224.
- Härter M, Loh A, Spieß C. (Hrsg.) *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitssystem*. Köln: Dt. Ärzte Verlag; 2005.
- Hamann J, Neuner B, Kasper J, Vodermaier A, Loh A, Deinzer A, Heesen C, Kissling W, Busch R, Schmieder R, Spies C, Caspari C, Härter M. Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. *Health Expectations* 2007; 10 (4): 358-363.

- Haugli L, Strand E, Finset A. How do patients with rheumatoid disease experience their relationship with their doctors? A qualitative study of experiences of stress and support in the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling* 2004; 52: 169-17.
- Hornsten A, Lundman B, Kihl E, Sandstrom H. Patient satisfaction with diabetes care. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 51(6): 609–617.
- in der Schmitten J, Mortsiefer A, Abholz H.-H. Abschlussbericht (Düsseldorf). Cluster-Randomised Intervention Study to Optimise the Treatment of Patients with Hypertension in General Practice (Christoph). Universität Düsseldorf. Abteilung für Allgemeinmedizin. Düsseldorf 2008.
- Infante F.A, Proudfoot J.G, Powell D.G, Bubner T.K, Holton C.H, Beilby J.J, Harris M.F. How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *Med J Aust* 2004; 181(2): 70-73.
- Jacob G, Bengel J. Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 2000; 48(3): 280-301.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Studien. Versichertenbefragung 2008. <http://www.kbv.de/12763.html> [zuletzt eingesehen am 25.01.2011].
- Keller R. Verstreute Expertisen. In: Hitzler R, Honer A, Maeder C. (Hg.) Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1994.
- Kinnersley P, Stott N, Peters T, Harvey I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *British Journal of General Practice* 1999; 49: 711-716.
- Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Basler Consensus Statement "Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium": Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. *GMS Z Med Ausbild.* 2008; 25(2): Doc83.
- Klein K. Ereignisorientierte Patientenbefragung – Entwicklung und Validierung eines ereignisorientierten Fragebogens zur Bewertung der stationären medizinischen Rehabilitation. Freiburg 2004. [http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/1505/pdf/Diss\\_Gesamtdoku\\_Anhang\\_Druck\\_Internet\\_ohne\\_S.pdf](http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/1505/pdf/Diss_Gesamtdoku_Anhang_Druck_Internet_ohne_S.pdf) [zuletzt eingesehen am 24.12.2010].
- Knoblauch H. Qualitative Methoden am Scheideweg. Jüngere Entwicklungen der interpretativen Sozialforschung. Mittagsvorlesung. 4. Berliner Methodentreffen Qualitative Forschung. 04.-05. Juli 2008. [http://www.qualitative-forschung.de/methodentreffen/archiv/texte/texte\\_2008/knoblauch.pdf](http://www.qualitative-forschung.de/methodentreffen/archiv/texte/texte_2008/knoblauch.pdf) [zuletzt eingesehen am 06.04.2011].
- Krones T, Keller H, Sönnichsen A.C, Sadowski E.M, Baum E, Wegscheider K, Rochon J, Donner-Banzhoff N. Absolute Cardiovascular Disease Risk and Shared Decision Making in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Family Medicine* 2008; 6 (3): 218-227.

- Krones T, Keller H, Sönnichsen A.C, Sadowski E.M, Baum E, Donner-Banzhoff N. Partizipative Entscheidungsfindung in der kardiovaskulären Risikoprävention: Ergebnisse der Pilotstudie von ARRIBA-Herz, einer konsultationsbezogenen Entscheidungshilfe für die allgemeinmedizinische Praxis. *Z Med Psychol* 2006; 15: 61-70.
- Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. *Academic Medicine* 2003; 78: 802-809.
- Lalouschek J. „Irgendwie hat man ja doch bißl Angst.“ In: Löning P, Rehbein J. (Hg.) *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin, New York: de Gruyter; 1993.
- Lalouschek J. *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung; 2002a.
- Lalouschek J. Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brünner G, Fiehler R, Kindt W. (Hg.) *Angewandte Diskussionsforschung*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung; 2002b.
- Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham I.D. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling* 2008; 73: 526-535.
- Lewis J.R. Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Social Science & Medicine* 1994; 39(5): 655-670.
- Löning P. *Das Arzt-Patienten-Gespräch. Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps*. Bern: Petra Lang; 1985.
- Löning P. Psychische Betreuung als kommunikatives Problem. Elizitierte Schilderung des Befindens und ärztliches Zuhören in der onkologischen Fachpraxis. In: Löning P, Rehbein J. (Hg.) *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin, New York: de Gruyter; 1993.
- Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001; 76(4): 390-3.
- Marcinowicz L, Chlabicz S, Grebowski R. Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors: primary dimensions and an attempt at typology. *BMC Health Services Research* 2009; 9: 63.
- Marcinowicz L, Chlabicz S, Grebowski R. Understanding patient satisfaction with family doctor care. *Journal of Evaluations in Cinical Practice* 2010; 16(4): 712-715.
- Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 8. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag/UTB; 2003.
- Mayring P. *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: , Beltz Verlag, 2002.
- Menz F, Lalouschek J, Stöllberger C, Vodopuitz J. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen. Ergebnisse einer medizinisch-linguistischen transdisziplinären Studie. *Linguistische Berichte* 2002; 191: 343-366.

- Meuser M, Nagel U. ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner A, Littig B, Menz W. (Hg.) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2005: 71-93.
- Meuser M, Nagel U. Experteninterviews und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner A, Littig B, Menz W. (Hg.) Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. grundlegend überarbeitete Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009: 35-60.
- Mortsiefer A, Meysen T, Schumacher M, Lintges C, Stamer M, Schmacke N, Wegscheider K, Abholz H.-H, in der Schmitt J. CHRISTOPH – a cluster-randomized intervention study optimize the treatment of patients with hypertension in General Practice. BMC Family Practice 2008; 9: 33. doi: 10.1186/1471-2296-9-33.
- Müller VE, Stamer M, Richter P. Ethik und Datenschutz im Kontext qualitativer Forschung. Konzept der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung e.V. Bremen 2009. <http://www.akg.uni-bremen.de/pages/welcome.php>. [zuletzt eingesehen am 06.04.2011].
- O'Connor A.M, Bennett C.L, Stacey D, Barry M, Col N.F, Eden K.B, Entwistle V.A, Fiset V, Holmes-Rovner M, Khangura S, Llewellyn-Thomas H, Rovner D. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Library 2009; Issue 3.
- Quasthoff U.M. Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip. Zum Verhältnis von Alltag und Institution am Beispiel der Verteilung des Rederechts in Arzt-Patient-Interaktionen. In: Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R. (Hg.) Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Berlin, New York: de Gruyter; 1990.
- Rogers C.R. Die nicht direktive Beratung. 12. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch-Verlag; 2007. Originaltitel: Counseling and Psychotherapy. Boston 1942.
- Rosumek S. Sprachliche Rituale. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R. (Hg.) Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Berlin, New York: de Gruyter; 1990.
- Roter D.L, Hall J. Doctors Talking with Patients – Patients Talking with Doctors: Improving communication in medical visits. Westport. Conn: Auburn House; 1992.
- Ruprecht T.M. Qualität „through the patient’s eyes“. Picker Institut. Balk-Info 2000; 44: 24-25.
- Sackett D.L, Wennberg J.E. Choosing the best research design for each question. It’s time to stop squabbling over the „best“ methods. BMJ 1997; 315: 1636.
- Sawicki Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht. Medizinische Klinik 2005; 100: 755-768
- Scheibler F, Janssen C, Pfaff H. Shared decision making: ein Überblickartikel über die internationale Forschungsliteratur. Soz.-Präventivmed. 2003; 48: 11-24.

- Scheibler F, Pfaff H. (Hrsg.) Shared Decison-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim und München: Juventa Verlag; 2003.
- Schmacke N. Versorgungsforschung und die Patientenperspektive. In: Amelung V, Dierks M.-L, Krauth C, Schönermark M, Walter U. (Hrsg.) Innovationen im Gesundheitswesen. Springer Verlag; 2011 (im Druck).
- Schneider A, Körner T, Mehring M, Wensing M, Elwyn G, Szecsenyi J. Impact of age, health locus control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice. *Patient Education and Counselling* 2006; 61 (2): 292-298.
- Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303: 1385-1387.
- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine* 1997; 45(12): 1829-1843.
- Spranz-Fogasy T. Ärztliche Kommunikation. Transfer diskursanalytischen Wissens in die Praxis. In: Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R. (Hg.) Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Berlin, New York: de Gruyter; 1990.
- Stamer M. Der Umgang mit Risiken – Hausärztliche Versorgung zwischen Tradition und Moderne. Weinheim und München: Juventa Verlag; 2011 (im Druck).
- Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, v. Kardoff E, Steinke I. (Hrsg.) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag; 2000: 319-331.
- Stewart M, Brown J.B, Weston W.W, McWhinney I.R, McWilliam C.L, Freeman T.R. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. Second edition. Abingdon. Radcliffe Medical Press 2003.
- Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001; 322: 444-5.
- Stewart M A. Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review. *Journal of the Canadian Medical Association* 1995; 152: 1423-1433.
- Stevenson A.C. Compassion and patient centred care. *Aust Fam Physician* 2002; 31(12): 1103-6.
- Strauss A, Schatzmann L, Bucher R, Ehrlich D, Sabshin M. The Hospital and its Negotiated Order. In: Freidson E. (Hg.) The Hospital in Modern Society. New York; 1964: 147-169.
- Strauss A. Continual Permutations of Action. New York: W. de Gruyter; 1993.
- Strauss A. Negotiations: Varieties, Contexts, Processes and Social Order. San Francisco: Jossey-Bass; 1978.
- Strübing J. Anselm Strauss. Konstanz: UVK; 2007.
- Ten Have P. Und der Arzt schweigt. Sprechstunden-Episoden, in denen Ärzte auf Patienteninformation sprachlich nicht reagieren. In: Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R. (Hg.) Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Berlin, New York: de Gruyter; 1990.

- Thomssen W. Das Eigene und das Fremde oder das hermeneutische Verstehen des Anderen. Hessische Blätter für Volksbildung 1992; 4: 300-305.
- Torley D, Zwar N, Comino E.J, Harris M. GPs' views of absolute cardiovascular risk and its role in primary prevention. Australian Family Physician 2005; 34 (6): 503-505.
- Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. BMJ 1999; 319: 766-769.
- van Steenkiste B, Stoffers H, Grol R. Barriers to implementing cardiovascular risk tables in routine general practice. Scand J Prim Care 2004a; 22: 32-37.
- van Steenkiste B, van der Weijden T, Timmermanns D, Vaes J, Stoffers J, Grol R. Patients' ideas, fears and expectations of their coronary risk: barriers for primary prevention. Patient Education and Counseling 2004b; 55: 301-307.
- Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. Fam Pract 1998; 15: 480-492.
- Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? Social Science & Medicine 1994; 38: 509-516.
- Wilm S. Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? Zeitschrift für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2004; 80: 53-57.



## Anhang 1a: Einwilligungserklärung Ärzte/Ärztinnen

VFwF e.V. • Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung  
Wilhelm-Herbst-Str. 7 • 28359 Bremen



**VFwF e.V.**

Verein zur Förderung  
der wissenschaftlichen  
Forschung in der  
Freien Hansestadt  
Bremen e.V.

### Forschungsvorhaben:

„Shared Decision Making oder Kommunikative Kompetenzen?“

### Erklärung der Projektleitung

Hiermit erklärt der Projektleiter, Herr Prof. Dr. med. Norbert Schmacke,

- dass alle von Ihnen gemachten Angaben vollständig anonymisiert werden, so dass ein Rückschluss auf Ihre Person durch unbeteiligte Dritte **nicht** möglich sein wird. Eine Wiedererkennung Ihrer Person durch eine/ einen an dieser Studie beteiligte/ beteiligten und von Ihnen behandelte/ behandelten Patientin/ Patienten ist *theoretisch* nicht auszuschließen (Begründung: der Abschlussbericht steht prinzipiell allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur Verfügung; hier könnte eine interviewte Patientin/ ein interviewter Patient eventuell aus dem Gesamtzusammenhang rückschließen, dass ihre/ seine Gesprächssituation dort auszugsweise abgebildet ist).
- Ferner erklärt der Projektleiter, dass personenbezogene Daten (Audiodateien der Konsultation/en und des Interviews sowie deren schriftliche Version) nur in verschlüsselter Form und getrennt von den Kontaktdaten (Namen und Adressen) aufbewahrt werden und nur der Projektleiter sowie die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter Zugang zu diesen Daten haben.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift)

### Einwilligungserklärung der / des Interviewten

Hiermit versichere ich, Frau / Herr \_\_\_\_\_,

dass Ausschnitte aus der/den aufgezeichneten Konsultation/en sowie Teile meines Interviews unter Wahrung der Anonymität (siehe Erklärung der Projektleitung) im Rahmen des oben genannten Forschungsvorhabens und damit verbundenen Publikationen und Vorträgen genutzt werden können.

Darüber hinaus gestatte ich, dass Ausschnitte aus der/den aufgezeichneten Konsultation/en sowie Teile des Interviews unter Wahrung der Anonymität im Rahmen der Lehre im Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen genutzt werden können: ☐ ja ☐ nein.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift)

**Arbeits- und  
Koordinierungsstelle  
Gesundheitsversorgungs-  
forschung (AKG)**  
[www.agg.uni-bremen.de](http://www.agg.uni-bremen.de)

Prof. Dr. med.  
**Norbert Schmacke**  
Leiter  
Prof. im Fachbereich 11 (Human- und  
Gesundheitswissenschaften) der  
**Universität Bremen**

Wilhelm-Herbst-Str. 7  
Raum 0.16  
28359 Bremen

Tel.: (0421) 218 - 8131  
Fax: (0421) 218 - 8135  
E-Mail: [schmacke@uni-bremen.de](mailto:schmacke@uni-bremen.de)

Gesundheitswissenschaftlerin  
**Dr. Veronika Müller**  
– Wiss. Mitarbeiterin –  
E-Mail: [vmueller@uni-bremen.de](mailto:vmueller@uni-bremen.de)

Raum 0.15  
Tel.: (0421) 218 - 8153

Dipl.-Soz.-Päd.  
**Dr. Petra Richter**  
– Wiss. Mitarbeiterin –  
E-Mail: [richterp@uni-bremen.de](mailto:richterp@uni-bremen.de)

Raum 0.17  
Tel.: (0421) 218 - 9105

Dipl.-Pädagogin  
**Maren Stamer**  
– Wiss. Mitarbeiterin –  
E-Mail: [mstamer@uni-bremen.de](mailto:mstamer@uni-bremen.de)

Raum 0.17  
Tel.: (0421) 218 - 9105

**Vorsitz:**  
Staatsrat Carl Othmer  
Senatorin für Bildung und  
Wissenschaft  
Prof. Dr. Wilfried Müller  
Rektor der Universität Bremen

**Bankverbindung:**  
Sparkasse Bremen  
BLZ: 290 501 01  
Kto. Nr. 101 6377

## Anhang 1b: Einwilligungserklärung Patienten/Patientinnen

VFwF e.V. • Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung  
Wilhelm-Herbst-Str. 7 • 28359 Bremen



Verein zur Förderung  
der wissenschaftlichen  
Forschung in der  
Freien Hansestadt  
Bremen e.V.

### Forschungsvorhaben:

„Shared Decision Making oder Kommunikative Kompetenzen?“

### Erklärung der Projektleitung

Hiermit erklärt der Projektleiter, Herr Prof. Dr. med. Norbert Schmacke,

- dass alle von Ihnen gemachten Angaben vollständig anonymisiert werden, so dass ein Rückschluss auf Ihre Person durch unbeteiligte Dritte **nicht** möglich sein wird. Eine Wiedererkennung Ihrer Person durch den/ die Sie behandelnde/n Arzt/ Ärztin ist theoretisch nicht auszuschließen, da dieser/ diese ebenfalls an der Studie beteiligt ist (Begründung: im Abschlussbericht, der allen Beteiligten zugänglich ist, könnte Ihr Arzt/ Ihre Ärztin aus dort vorhandenen Interviewabschnitten den Rückschluss auf ein bestimmtes Gespräch ziehen).
- Ferner erklärt der Projektleiter, dass personenbezogene Daten (Audiodateien der Konsultation und des Interviews sowie deren schriftliche Version) nur in verschlüsselter Form und getrennt von den Kontaktdaten (Namen und Adressen) aufbewahrt werden und nur der Projektleiter sowie die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter Zugang zu diesen Daten haben.

(Ort, Datum, Unterschrift)

### Einwilligungserklärung der / des Interviewten

Hiermit versichere ich, Frau / Herr \_\_\_\_\_,

dass Ausschnitte aus der aufgezeichneten Konsultation sowie Teile meines Interviews unter Wahrung der Anonymität (siehe Erklärung der Projektleitung) im Rahmen des oben genannten Forschungsvorhabens und damit verbundenen Publikationen und Vorträgen genutzt werden können.

Darüber hinaus gestatte ich, dass Ausschnitte aus der aufgezeichneten Konsultation sowie Teile des Interviews unter Wahrung der Anonymität im Rahmen der Lehre im Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen genutzt werden können: ☐ ja ☐ nein.

(Ort, Datum, Unterschrift)

**Arbeits- und  
Koordinierungsstelle  
Gesundheitsversorgungs-  
forschung (AGK)**  
[www.agk.uni-bremen.de](http://www.agk.uni-bremen.de)

Prof. Dr. med.  
**Norbert Schmacke**  
Leiter  
Prof. im Fachbereich 11 (Human- und  
Gesundheitswissenschaften) der  
**Universität Bremen**

Wilhelm-Herbst-Str. 7  
Raum 0.16  
28359 Bremen

Tel.: (0421) 218 - 8131  
Fax: (0421) 218 - 8135  
E-Mail: [schmacke@uni-bremen.de](mailto:schmacke@uni-bremen.de)

Gesundheitswissenschaftlerin  
**Dr. Veronika Müller**  
– Wiss. Mitarbeiterin –  
E-Mail: [vmueller@uni-bremen.de](mailto:vmueller@uni-bremen.de)

Raum 0.15  
Tel.: (0421) 218 - 8153

Dipl.-Soz.-Päd.  
**Dr. Petra Richter**  
– Wiss. Mitarbeiterin –  
E-Mail: [richterp@uni-bremen.de](mailto:richterp@uni-bremen.de)

Raum 0.17  
Tel.: (0421) 218 - 9105

Dipl.-Pädagogin  
**Maren Stamer**  
– Wiss. Mitarbeiterin –  
E-Mail: [mstamer@uni-bremen.de](mailto:mstamer@uni-bremen.de)

Raum 0.17  
Tel.: (0421) 218 - 9105

**Vorsitz:**  
Staatsrat Carl Othmer  
Senatorin für Bildung und  
Wissenschaft  
Prof. Dr. Wilfried Müller  
Rektor der Universität Bremen

**Bankverbindung:**  
Sparkasse Bremen  
BLZ 290 501 01  
Kto. Nr. 101 6377

## Anhang 2: Transkriptionsnotationen

### Allgemeine Hinweise

- Die Transkription erfolgt wortgenau, auch alltagssprachliche Äußerungen wie z.B. „nee“ oder Floskeln wie z.B. „mhm“ und „oh“ werden mit transkribiert.
- Auch die Transkription der Äußerungen des Interviewers/der Interviewerin erfolgt wortgenau.

### Pausen

- (- -) kurze Pause (bis ca. 5 Sekunden)
- (sec.) längere Pause mit Angabe der Dauer in Sekunden (ab ca. 5 Sek.)

### Satzzeichen

- (Punkte, Kommas, Fragezeichen) jeweils an den Sprachduktus der Interviewten anpassen (keine Orientierung an den geltenden Kommaregeln etc.):
- , kurzes Absetzen zwischen den Satzteilen (Komma)
- . fallende Intonation (Satzende) (Punkt)
- ? Frageintonation

### Weitere Transkriptionsnotationen

- Unterstreichung auffällige Betonung
- [unverständlich, x Wörter] unverständliche Textteile mit Angabe des Umfangs in eckigen Klammern [ein Wort oder mehrere Worte oder mehrere Sätze]
- Wortabbru\_ Markierung eines Abbruchs innerhalb der Wortgrenze
- ((lachend)) Charakterisierung nichtsprachlicher Vorgänge
- (gewesen[?]) schlecht verständliches Wort
- [Telefonklingeln] Vermerk von Unterbrechungen wie z.B. Türklingel, Telefonklingel, Hintergrundgeräusche etc.

### Kennzeichnung wörtlicher Rede

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Da sagte sie, „ja es ist zu erwarten gewesen“.</li> </ul>                      | Kennzeichen wörtlicher Rede, <b>oder</b> (je nach Intonation) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Da sagte sie: „Ja, es ist zu erwarten gewesen.“</li> </ul>                     | häufig verbunden mit einer Veränderung der Stimmlage          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Und dann hab' ich für mich gedacht:<br/>„Das ist spannend gewesen.“</li> </ul> | Kennzeichnung innerer Monologe als wörtliche Rede             |

### Überlappungen und Unterbrechungen von Redebeiträgen

A1: Wie fühlen Sie sich?

P1:                    Was ich Ihnen heute sagen...                    überlappende Redebeiträge

A1: Wie fühlen ...

P1:                    Was ich Ihnen heute sagen wollte.                    Unterbrechung / ins Wort fallen

## Anlage 3: Leitfaden

### Startfrage (kursiv Fragen/Frageversion für Arzt/Ärztin)

Sie wissen, dass wir uns seitens der Universität Bremen für die Frage interessieren, wie Gespräche zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen verlaufen und zufriedenstellend gestaltet werden können. Ich möchte Sie deshalb bitten, über das heutige Gespräch mit Herrn/Frau (Name des Arztes/der Ärztin) (*Name des Patienten/der Patientin*) zu erzählen. Nehmen Sie sich Zeit dafür, auch für Einzelheiten, denn für mich ist alles das interessant, was für Sie wichtig ist. (*Frage analog auch für Arzt/Ärztin*)

### Dann in Abhängigkeit von der ersten Erzählung

Ich möchte Sie zunächst bitten, mir zu erzählen, was der Anlass für das heutige Gespräch mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin (*dem Patienten/der Patientin*) war. (*analog auch für Arzt/Ärztin*)

Können Sie mir sagen, mit welchen Gefühlen Sie in das heutige Gespräch gegangen sind? (*dto*)

Wenn Sie an den Gesprächsverlauf denken: was ist aus Ihrer Sicht gut gelaufen, und was ist weniger gut gelaufen? (*dto*)

Mögen Sie mir etwas darüber berichten, wie Sie sich in dem Gespräch gefühlt haben? (*dto*)

Ich möchte Sie jetzt bitten, mir zu sagen, welches für Sie die entscheidenden Ergebnisse aus dem Gespräch sind. (*dto*).

Können Sie mir sagen, mit welchen Erwartungen (alternativ auch Wünsche oder Ideen) Sie in das Gespräch gegangen sind? (*dto*)

Wenn Sie noch einmal an Ihre Erwartungen vor dem Gespräch zurückdenken: gibt es Dinge in dem Gesprächsverlauf, die Sie sich möglicherweise anders gewünscht hätten? (*dto*)

Alternativ: Wenn Sie noch einmal zurückblicken, wie Sie sich vor dem Gespräch (im Verlauf des Gesprächs) gefühlt haben: gibt es Dinge in dem Gesprächsverlauf, die Sie sich möglicherweise anders gewünscht hätten? *(dto)*

Das Gespräch liegt jetzt ja schon einen Moment zurück. Gibt es vielleicht Fragen, die Sie gern noch losgeworden wären, die aber nicht zur Sprache gekommen sind? *(erster Satz identisch, zweiter Satz: Gibt es vielleicht bestimmte Themen, die Sie eigentlich noch gern angesprochen hätten?)*

### **Je nach Gesprächsverlauf evtl. den Behandlungsanlass/die Erkrankung thematisch aufgreifen**

Anlass des heutigen Gespräches mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin *(dem Patienten/der Patientin)* ist gewesen, dass Sie *(er/sie)* (Benennen der Erkrankung/der Beschwerden) haben *(hat)*. Was ist Ihnen im Hinblick auf diese Beschwerden/diese Erkrankung besonders wichtig?

Inwieweit haben Sie über den weiteren Behandlungsweg gesprochen (Behandlungsplan, Behandlungsziele)? *(dto)*

Heute wird viel davon gesprochen, dass Patienten und Patientinnen intensiver als früher in die Entscheidungen eingebunden werden sollen, welche Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt werden. Können Sie mir sagen, in welcher Weise oder bei welchen Fragen Sie sich eine solche (stärkere) Einbeziehung wünschen? *(dto)*

(evtl. Nachfrage: Was halten Sie allgemein von diesem Konzept?)

Wenn Sie ganz allgemein sagen sollten, was Sie von einem Arzt/einer Ärztin in der ärztlichen Sprechstunde erwarten, was halten Sie dann für besonders wichtig? *(Wenn Sie ganz allgemein sagen sollten, welche Erwartungen heute Patienten und Patienten an Ärzte/Ärztinnen in der Sprechstunde haben, was scheint Ihnen dann besonders bedeutsam?)*

(evtl. Nachfrage: Inwieweit haben Sie auch Erinnerungen an weniger angenehme Erlebnisse bezogen auf Gespräche mit Ärzten/Ärztinnen *(Patienten/Patientinnen)*? (Bitte um Beispiele)

### **Schlussfrage**

Sie haben jetzt ausführlich über Ihre Sicht des Gesprächs und die damit zusammenhängenden Fragen berichtet, wofür ich mich schon einmal herzlich bedanken möchte. Gibt es vielleicht noch andere Dinge, die bislang nicht zur Sprache gekommen sind, die Ihnen aber wichtig sind?